

CuidArte

Enfermagem

ISSN 1982-1166

Catanduva, SP

Volume 5

Número 1

p. 1-72

janeiro/junho 2011

Semestral

EDITOR

Faculdades Integradas Padre Albino

CONSELHO EDITORIAL

Editor Chefe

Virtude Maria Soler

Faculdades Integradas Padre Albino – Catanduva-SP.

Editores

Alessandra Mazzo

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto-SP.

Antonio Carlos de Araújo

Faculdades Integradas D. Pedro II, São José do Rio Preto-SP

Ilza dos Passos Zborowski

Faculdades Integradas Padre Albino – Catanduva-SP.

Luciana Bernardo Miotto

Faculdades Integradas Padre Albino – Catanduva-SP e Veris Faculdades, Campinas-SP.

Maria Regina Lourenço Jabur

Fundação Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FUNFARME.

Bibliotecária e Assessora Técnica

Marisa Centurion Stuchi

Faculdades Integradas Padre Albino – Catanduva-SP.



Faculdades Integradas Padre Albino
Mantidas pela Fundação Padre Albino
Autorizadas pela Portaria MEC/SESu no 301, de 11/04/2007

FUNDAÇÃO PADRE ALBINO

Conselho de Curadores

Presidente: Antonio Hércules

Diretoria Administrativa

Presidente: Geraldo Paiva de Oliveira

Núcleo Gestor de Educação

Antonio Carlos de Araújo

FACULDADES INTEGRADAS PADRE ALBINO

Diretor Geral: Nelson Jimenes

Vice Diretor: José Carlos Rodrigues Amarante

Coordenadora Pedagógica:

Dulce Maria da Silva Vendruscolo

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Coordenadora de Graduação:

Dircelene Jussara Sperandio

A *CuidArte* Enfermagem é uma publicação com periodicidade semestral, editada pelo Curso de Graduação em Enfermagem das Faculdades Integradas Padre Albino.



Rua dos Estudantes, 225
Parque Iracema
Catanduva-SP - Brasil
CEP 15809-144
Telefone (17) 3311-3228 / 3311-3335

E-mail: revistaenfermagem@fipa.com.br

CONSELHO CIENTÍFICO

Anamaria Alves Napoleão – Enfermeira – Universidade Federal de São Carlos – UFSCar – SP
Cristina Arreguy-Sena – Enfermeira - Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF – MG
Dircelene Jussara Sperandio – Enfermeira – Faculdades Integradas Padre Albino – FIPA, Catanduva – SP
Dulce Maria da Silva Vendruscolo – Enfermeira – Faculdades Integradas Padre Albino – FIPA, Catanduva – SP
Gilson Luiz Volpato – Biólogo - Instituto de Biociências de Botucatu, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - UNESP, Botucatu - SP
Helena Megumi Sonobe – Enfermeira - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto – SP
Isabel Amélia Costa Mendes - Enfermeira – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto – SP
Isabel Cristina Belasco Bento – Enfermeira – Faculdades Integradas de Bebedouro – FAFIBE - SP
Jane Cristina Anders – Enfermeira – Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Santa Catarina - SC
José Carlos Amado Martins - Enfermeiro - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra - Portugal
Josimerci Ittavo Lamana Faria – Enfermeira – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP – SP
Lizete Diniz Ribas Casagrande – Pedagoga e Socióloga – Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto – SP
Lúcia Marta Giunta da Silva – Enfermeira – Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE) – Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein – São Paulo - SP
Lucieli Dias Pedreschi Chaves – Enfermeira - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto – SP
Magda Fabbri Isaac Silva – Enfermeira – Centro Universitário Barão de Mauá, Ribeirão Preto – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – HCFM-USP – SP
Manoel Santos – Psicólogo – Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP – SP
Manzêlio Cavazzani Júnior – Biólogo - Faculdades Integradas Padre Albino – FIPA, Catanduva – SP

Márcia Bucchi Alencastre – Enfermeira – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP - SP e Faculdade de Educação São Luís de Jaboticabal – SP
Maria Auxiliadora Trevizan - Enfermeira - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP – SP
Maria Cristina de Moura-Ferreira – Enfermeira - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia – FAMED - UFU
Maria de Fátima Farinha Martins Furlan – Enfermeira – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP - SP
Maria Helena Larcher Caliri - Enfermeira - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP - SP
Maria José Bistafa Pereira - Enfermeira - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto – SP
Maria Luiza Nunes Mamede Rosa – Farmacêutica e Bioquímica – Faculdades Integradas Padre Albino – FIPA, Catanduva – SP
Maria Tereza Cuamatzi Peña - Enfermeira – Facultad de Estudios Superiores Zaragoza da Universidad Nacional Autónoma de México – México
Margarida Maria da Silva Vieira – Enfermeira - Universidade Católica Portuguesa – Porto - Portugal
Mariza Almeida Silva – Enfermeira – Universidade Federal da Bahia – UFBA, Salvador – BA.
Marli Villela Mamede - Enfermeira - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP - SP
Mary Elizabeth Santana – Enfermeira – Universidade Federal do Pará – UFPA – Belém do Pará – PA
Myeko Hayashida - Enfermeira - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto – SP
Rosemary Aparecida Garcia Stuchi – Enfermeira – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina – MG
Simone Peruffo Opitz – Enfermeira – Universidade Federal do Acre - UFAC – AC
Sinval Avelino dos Santos – Enfermeiro - Universidade Paulista – UNIP, Ribeirão Preto – SP e Faculdade de Educação São Luís de Jaboticabal – SP
Yolanda Dora Martinez Évora – Enfermeira - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP - SP

NÚCLEO DE EDITORAÇÃO DE REVISTAS



Componentes do Núcleo:

Marino Cattalini (Coordenador)

Antonio Marcio Paschoal

Luciana Bernardo Miotto

Marisa Centurion Stuchi

Virtude Maria Soler

C966 CuidArte enfermagem / Faculdades Integradas Padre Albino, Curso de Graduação em Enfermagem. -- Vol. 5, n. 1 (jan./jun.2011) - . -- Catanduva : Faculdades Integradas Padre Albino, Curso de Enfermagem, 2007- v. : il. ; 27 cm

Semestral.
ISSN 1982-1166

1. Enfermagem - periódico. I. Faculdades Integradas Padre Albino. Curso de Graduação em Enfermagem.

CDD 610.73

- Os artigos publicados na **CuidArte Enfermagem** são de inteira responsabilidade dos autores.
- É permitida a reprodução parcial desde que citada a fonte
- Capa: Ato Comunicação
- Impressão deste periódico: Ramon Nabalbos Gráfica e Editora Ltda.
- Início de circulação: dezembro de 2007 / *Circulation start: December 2007*
- Data de impressão: junho de 2011 / *Printing date: June 2011*

SUMÁRIO / SUMMARY / CONTENIDO

EDITORIAL

Dulce Maria da Silva Vendruscolo

ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES / ARTÍCULOS ORIGINALES

DIMENSÃO ÉTICA DO GERENCIAMENTO EM ENFERMAGEM

THE ETHICAL DIMENSION OF NURSING MANAGEMENT

DIMENSIÓN ÉTICA DE LA GESTIÓN EN ENFERMERÍA

Silveria Rosa Lara, Heloisa Wey Berti 7

USO DE INDICADORES EM CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO EM UM HOSPITAL DE ENSINO

USE OF INDICATORS IN THE CENTER OF MATERIAL AND STERILIZATION IN A TEACHING HOSPITAL

USO DE INDICADORES EN EL CENTRO DE MATERIALES Y ESTERILIZACIÓN EN UN HOSPITAL DE ENSEÑANZA

Renata Prado Bereta, Marli de Carvalho Jericó 16

ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO / UPDATE ARTICLE / ARTÍCULO DE ACTUALIZACIÓN

DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS POR DOSE UNITÁRIA EM HOSPITAIS: CUSTOS *VERSUS* BENEFÍCIOS

MEDICATION DISTRIBUTION SYSTEM PER UNIT-DOSE IN HOSPITALS: COSTS *VERSUS* BENEFITS

DISTRIBUCIÓN DE MEDICACIÓN POR DOSIS UNITARIA EN HOSPITALES: CUESTOS *VERSUS* BENEFICIOS

Liliana Batista Vieira, Ana Paula Pereira, Nelson Pereira de Castro, Márcio Mielo, Ana Maria Laus, Lucieli Dias Pedreschi Chaves 25

ARTIGOS DE REVISÃO / REVIEW ARTICLE / ARTÍCULOS DE REVISIÓN

O LÚDICO E A DEFICIÊNCIA VISUAL: UMA REVISÃO DE LITERATURA

PLAYING AND VISUAL IMPAIRMENT: A REVIEW OF LITERATURE

EL JUEGO Y LA DISCAPACIDAD VISUAL: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA

Marcela Aparecida Mestriner, Mariele Curti, Maria Cláudia Parro 30

HIPERTENSÃO ARTERIAL E INCONTINÊNCIA URINÁRIA NO IDOSO: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

ARTERIAL HYPERTENSION AND URINARY INCONTINENCE IN ELDERLY ADULTS: INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y INCONTINENCIA URINARIA EN EL VIEJO: REVISIÓN INTEGRADORA DE LA LITERATURA

Aline Danielle Iezzi Jardim, Alessandra Mazzo, Fernanda Berchelli Girão, Helena Megumi Sonobe, Mirella Castelhana Souza 38

ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL DA CRIANÇA DIABÉTICA: O PAPEL DA FAMÍLIA E DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

NUTRITIONAL GUIDANCE OF DIABETIC CHILDREN: THE ROLE OF FAMILY AND HEALTH PROFESSIONALS

ORIENTACIÓN NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DIABÉTICOS: EL PAPEL DE LA FAMILIA Y DE LOS PROFESIONALES DE SALUD

Gisele de Fátima Dionisio, Selma C. Chérica Peçanha, Thaís Mieko Takahashi, Lucia Kurdian Maranhã, Luciana Bernardo Miotto .. 44

REVISÃO INTEGRATIVA ACERCA DO TRABALHO DE ENFERMAGEM EM UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

INTEGRATIVE REVIEW ON THE WORK OF NURSES IN UNITS OF URGENCY AND EMERGENCY

REVISIÓN INTEGRADORA SOBRE LA LABOR DE LAS ENFERMERAS EN LAS UNIDADES DE URGENCIA Y EMERGENCIA

Cynthia Ferreira de Melo, Denize Bouttelet Munari, Ana Paula Silva, Virgínia Visconde Brasil 52

A IMPORTÂNCIA DAS ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM NAS GLOSAS HOSPITALARES

THE IMPORTANCE OF NURSING NOTES ON HOSPITAL GLOSSES

LA IMPORTANCIA DE LAS NOTAS DE ENFERMERÍA EN GLOSAS HOSPITALARES

Patrícia Rezende do Prado, Walédya Araújo Lopes de Melo e Assis 62

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

STANDARDS PUBLISHING / NORMAS DE PUBLICACIÓN 69

Editorial

UM PRESENTE PARA O CURSO DE ENFERMAGEM DAS FACULDADES INTEGRADAS PADRE ALBINO: DEZ ANOS DE COMEMORAÇÃO DO CURSO

Dulce Maria da Silva Vendruscolo*

Em 2010 o curso de Enfermagem das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), carinhosamente lembrado como FEC (Faculdade de Enfermagem de Catanduva), contemplou dez anos de existência.

A revista *CuidArte* Enfermagem participa desta comemoração, oferecendo ao Curso de Graduação de Enfermagem e aos diversos cursos de especialização na área um presente inestimável: uma revista científica que traz consigo a possibilidade de atualização e revisão de temas inerentes à prática profissional, ao ensino e à pesquisa, tanto na área da enfermagem quanto na área da saúde, de forma geral.

Em 2007, com a integração das faculdades isoladas da Fundação Padre Albino e sob uma nova estrutura administrativa e de gestão acadêmica, foram implantados núcleos de pesquisa, de extensão e de editoração. Neste contexto, o curso de Enfermagem iniciou a publicação semestral de sua revista científica, a *CuidArte* Enfermagem. Em sua trajetória, enquanto um canal de comunicação e disseminação do conhecimento científico na área, até o momento, divulgou cinco volumes, contendo 40 artigos originais, 18 artigos de revisão, cinco de atualização e um de espaço acadêmico. Nesses quatro anos, a revista consolidou a pesquisa institucional e de iniciação científica no curso de Enfermagem, abrindo também espaço para a divulgação de trabalhos de pesquisa de docentes e enfermeiros de outras localidades do estado, do Brasil e de outros países.

Dando continuidade a este trabalho, neste número são abordadas três áreas temáticas inerentes à prática profissional do enfermeiro: diferentes ferramentas de controle de qualidade e de avaliação de suas atividades profissionais; o cuidado de enfermagem voltado à diversidade e à interdisciplinaridade, com base em diversas estratégias de ação, voltadas tanto à criança quanto ao idoso; e a dimensão ética na gestão de enfermagem.

No campo das reflexões sobre o controle de qualidade e a avaliação da prática profissional do enfermeiro encontra-se um artigo de revisão integrativa sobre o trabalho deste profissional em unidades de urgência e emergência, com foco na melhoria da assistência aos usuários. Também se encontra um estudo sobre indicadores de qualidade de uma central de material e esterilização de um hospital de ensino e outro sobre as anotações de enfermagem e os fatores intervenientes nas glosas hospitalares.

Relativo às preocupações acerca da assistência à saúde pautada na diversidade, há artigos sobre portadores de deficiência visual, crianças diabéticas e idosos. Todos retratam a importância de se buscar estratégias de atendimento diferenciadas que levem em conta as especificidades de cada um destes grupos sociais.

Por fim, em relação à gestão de enfermagem destaca-se a importância da dimensão ética, com base em uma pesquisa qualitativa sobre o desenvolvimento da consciência ética na capacitação profissional do enfermeiro.

Pela fidelidade ao ideal e contribuição da Revista *CuidArte* Enfermagem à instituição educacional e à sociedade, cumprimos o seu corpo editorial e a comunidade acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem pelos dez anos de trabalho dedicados à profissão e à construção do conhecimento na área. Foram dez anos de muita dedicação à formação de profissionais que pudessem, de alguma forma, atuar na melhoria da saúde de seus semelhantes.

* Doutora em Enfermagem Pediátrica pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP). Coordenadora Pedagógica das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP. Contato: coord.pedagogica@fipa.com.br

Dulce Maria da Silva Vendruscolo

In 2010 the nursing course of Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), fondly remembered as FEC (Faculdade de Enfermagem de Catanduva – Nursing College), included ten years of existence.

The journal *Guidarte Enfermagem* participates in this celebration, offering to the undergraduate nursing and several specialized courses in the area a priceless gift: a journal that brings the ability to update and review of issues arising in professional practice, teaching and research both in nursing and in health, in general.

In 2007, with the integration of the faculties of the Fundação Padre Albino and under a new structure and academic management, research centers, extension and publishing were established. In this context, the nursing course began its biannual journal, the *Guidarte Enfermagem*. In his career as a channel for communication and dissemination of scientific knowledge in the area, to date, issued five volumes, containing 40 original articles, 18 review articles, five update articles and one an academic article. In these four years, the journal consolidated institutional research and scientific initiation from nursing, also opening up space for the dissemination of research work of teachers and nurses from other parts of the state, in Brazil and other countries.

Continuing this work, this issue is addressed three themes inherent in professional nursing practice: different tools for quality control and evaluation of their professional activities, nursing care focused on the diversity and interdisciplinary approach, based on various strategies action, aimed at both the child and the elderly, and the ethical dimension in nursing management.

Reflections on the field of quality control and evaluation of professional nursing practice is an integrative review article on the work of professional emergency care units, focusing on improving assistance to users. It is also a study on indicators of quality of material and a central sterilization of a teaching hospital and another on the nursing notes and intervening factors in the hospital gloss.

On concerns about health care based in the diversity, there are articles about the blind, diabetic children and the elderly. All reflect the importance of pursuing different strategies to meet that take into account the specificities of each of these social groups.

Finally, in relation to nursing management highlights the importance of the ethical dimension, based on a qualitative research on the development of ethical awareness in the professional training of nurses.

Fidelity to the ideal and the contribution of the Journal *Guidarte Enfermagem* educational institution and society, we commend your editorial board and the academic community of the Undergraduate Nursing for ten years of work dedicated to the profession and the construction of knowledge in the area. These ten years of dedication to training professionals who could, somehow, to work on improving the health of their peers.

Dulce Maria da Silva Vendruscolo

En 2010 el curso de Enfermería de las Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), recordado con cariño como FEC (Facultad de Enfermería de Catanduva), incluye diez años de existencia.

La revista *Guidarte Enfermagem* participa en esta celebración, ofreciendo al curso de Enfermería y varios cursos especializados en el área un regalo de un valor inestimable: una revista que trae la posibilidad de actualizar y revisar las cuestiones que surjan en la práctica profesional, la enseñanza y el investigación, tanto en la enfermería y en salud, en general.

En 2007, con la integración de las facultades de la Fundação Padre Albino y bajo una nueva estructura de gestión y administración académica, se establecieron centros de investigación, de extensión y de publicación. En este contexto, el curso de Enfermería comenzó su revista semestral, el *Guidarte Enfermagem*. En su carrera como un canal de comunicación y difusión del conocimiento científico en el área, hasta la fecha, publicó cinco volúmenes, que contienen 40 artículos originales, 18 artículos de revisión, cinco artículos de actualización y uno de espacio académico. En estos cuatro años, la revista ha consolidado la investigación institucional y de iniciación científica de la enfermería, abriendo también un espacio para la difusión del trabajo de investigación de profesores y enfermeras de otras partes del estado, en Brasil y otros países.

Dando continuidad a este trabajo, en esta edición se abordan tres temas inherentes a la práctica profesional de enfermería: las diferentes herramientas para el control de calidad y evaluación de sus actividades profesionales, cuidados de enfermería dirigidos a la diversidad y la interdisciplinariedad, basados en varias estrategias de acción, dirigidas a los niños y los ancianos, y la dimensión ética en la gestión de enfermería.

Reflexiones sobre el campo de control de calidad y evaluación de la práctica profesional de enfermeras hay un artículo de revisión integradora sobre el trabajo de estas profesionales en las unidades de atención de emergencias, centrándose en la mejora de la asistencia a los usuarios. Hay también un estudio sobre indicadores de calidad del material y una central de esterilización de un hospital universitario y otro en las notas de enfermería y los factores que intervienen en las glosas del hospital.

Con respecto a las preocupaciones sobre el cuidado de la salud basada en la diversidad, hay artículos sobre los niños ciegos, diabéticos y ancianos. Todos muestran la importancia de la búsqueda de diferentes estrategias de atención que tengan en cuenta las especificidades de cada uno de estos grupos sociales.

Por último, en relación con la gestión de enfermería destaca la importancia de la dimensión ética, basada en una investigación cualitativa sobre el desarrollo de la conciencia ética en la formación profesional de las enfermeras.

La fidelidad a los ideales y la contribución de la Revista *Guidarte Enfermagem* a la institución educativa y la sociedad, saludamos a su consejo editorial y la comunidad académica del curso de Enfermería de sus diez años de trabajo dedicado a la profesión y la construcción del conocimiento en el área. Estos diez años de dedicación a la formación de profesionales que podrían, de alguna manera, trabajar en la mejora de la salud de sus compañeros.

... Enfermagem ~ FIPA
10 anos
de sucesso!!!

Aula Inaugural - Agosto/2000



Formatura Turma 2002 - Novembro/2005



Formatura Turma 2000 - Agosto/2004



Formatura Turma 2001 - Janeiro/2005



V Semana de Enfermagem - Maio/2005



Artigos **O** **riginais**

DIMENSÃO ÉTICA DO GERENCIAMENTO EM ENFERMAGEM

THE ETHICAL DIMENSION OF NURSING MANAGEMENT

DIMENSIÓN ÉTICA DE LA GESTIÓN EN ENFERMERÍA

Silveria Rosa Lara*, Heloisa Wey Berti**

Resumo

No gerenciamento de unidades de internação o enfermeiro se depara com a necessidade de tomada de decisões que envolvem os agentes dos ambientes interno e externo da instituição. Essas medidas carregam consigo um poder influenciador, independentemente do seu grau de benefício. Logo, as questões éticas constituem dimensão importante na administração de enfermagem. O objetivo deste trabalho foi identificar medidas e/ou intervenções adotadas por enfermeiros gerentes de unidades de internação de um hospital universitário, visando à observância da ética profissional. O estudo envolveu 20 enfermeiros que ocupavam cargos de supervisão técnica nas seções ligadas à Divisão de Enfermagem. Estudo exploratório realizado por meio de entrevistas gravadas, com abordagem qualitativa, tendo como referencial o Discurso do Sujeito Coletivo. Evidenciou-se como maior preocupação dos enfermeiros, em relação à prestação da assistência de enfermagem, o déficit de recursos humanos. Os gestores buscam o desenvolvimento dos recursos humanos em enfermagem por meio de atividades educativas na própria unidade, ao mesmo tempo em que adotam as que são oferecidas pela instituição hospitalar. Quando da ocorrência de infrações éticas, recorrem a estratégias individualizadas de orientação ao infrator, até as intervenções jurídicas. A resolução dos conflitos éticos, pelos gestores de enfermagem, geralmente ocorre de forma gradual, segundo o nível de comprometimento, seja do cliente ou da equipe multiprofissional. As atividades educativas têm foco no desenvolvimento de habilidades técnicas, visando prevenir danos físicos à pessoa. Porém, no estudo não foram mencionadas atividades educativas direcionadas ao desenvolvimento da consciência ética dos profissionais. O enfermeiro deve desempenhar atividades gerenciais com respeito à dignidade humana, salvaguardando os direitos pessoais por meio de princípios éticos e preceitos universais.

Palavras-chave: Ética. Enfermagem. Administração.

Abstract

In managing an Inpatient unit, nurses face the need to make decisions involving agents in the institution's internal and external environments. All these measures are influential, regardless of how beneficial they may be. Hence, ethical issues constitute an important dimension of nursing management. This study aimed at identifying measures and/or interventions adopted by managing nurses at Inpatient Units in a University Hospital with the purpose to analyze professional ethics. The study involved nurses holding technical-supervision positions in sectors related to the Nursing Division, comprising a total number of 20. Exploratory study carried by means of taped interviews with a qualitative approach based on the Collective Subject Discourse. Human resources deficit was observed as nurses' major concern in relation to nursing care provision. The managers seek the nursing staff's development by means of educational activities in their own unit at the same time that they adopt those offered by the hospital. When ethical violations occur, they resort to measures ranging from individual strategies for violators' orientation to legal intervention. The resolution of ethical conflicts by nursing managers, usually occurs gradually, according to the level of commitment, either the client or the multidisciplinary team. The educational activities are focused on developing technical skills in order to prevent injury to the person. However, the study was not mentioned educational activities aimed at the development of ethical awareness of professionals. The nurse must perform management activities with respect to human dignity, personal rights safeguarded by universal ethical principles and precepts.

Keywords: Ethics. Nursing. Management.

Resumen

En la gestión de las unidades de hospitalización de la enfermera se enfrenta a la necesidad de tomar decisiones que involucran a los agentes de los entornos internos y externos de la institución. Estas medidas llevan consigo una poderosa influencia, independientemente de su nivel de beneficio. Por lo tanto, la dimensión ética es importante en la administración de enfermería. El objetivo de este estudio fue identificar las medidas y / o intervenciones adoptadas por las enfermeras gestoras de las unidades de hospitalización de un hospital universitario con el fin de mantener la ética profesional. En el estudio participaron 20 enfermeras que ocupaban puestos de supervisión en las secciones técnicas relacionadas con la División de Enfermería. Estudio exploratorio llevado a cabo por medio de entrevistas grabadas con un enfoque cualitativo basado en el Discurso del Sujeto Colectivo. Se hizo evidente que la mayor preocupación de las enfermeras en relación con la prestación de cuidados de enfermería, la escasez de recursos humanos. Los gestores tratan de desarrollar los recursos humanos en enfermería a través de actividades educativas en la propia unidad, mientras que la adopción de los ofrecidos por el hospital. Ante la ocurrencia de infracciones éticas, recurren a la orientación individualizada a los delincuentes, a las intervenciones judiciales. La resolución de conflictos éticos por los gerentes de enfermería generalmente sucede de forma gradual, considerando el nivel de comprometimiento, sea del paciente sea del equipo multiprofesional. Las actividades educativas son enfocadas en el desarrollo de habilidades técnicas que procuran prevenir daños físicos al paciente. Sin embargo, no se han mencionado actividades educativas dirigidas al desarrollo de la conciencia ética de los profesionales.

Palabras clave: Ética. Enfermería. Administración.

* Aluna do quarto ano do Curso de Graduação em Enfermagem. Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP.

** Professora Assistente. Doutora do Departamento de Enfermagem. Faculdade de Medicina de Botucatu. UNESP. Contato: weybe@uol.com.br

INTRODUÇÃO

Gerenciamento em enfermagem significa a organização e manejo da unidade pelo enfermeiro de forma a adequar os recursos materiais e humanos disponíveis, a fim de promover o "bem-estar" e a ausência de riscos para o cliente. O gerenciamento está interligado a toda política institucional na qual a unidade se insere¹.

No gerenciamento de unidades de internação o enfermeiro se depara com a necessidade da tomada de decisões que envolvem os agentes dos ambientes interno e externo da instituição, carregando todas essas medidas um poder influenciador, independente do seu grau de benefício. Logo, as questões éticas são uma dimensão importante da administração de enfermagem².

A ética pode ser definida como uma "reflexão crítica sobre o comportamento humano, no sentido de interpretar, discutir e problematizar os valores, os princípios e as regras morais, à procura do 'bom' para a vida em sociedade"².

Existem inúmeros dilemas éticos ligados ao gerenciamento de enfermagem que, usualmente, assumem o paradoxo entre aquilo que pode ser realizado e aquilo que necessita ser cumprido. Divergem as opiniões sobre o assunto, porém, a prática da enfermagem depende da disponibilidade dos recursos para que se possam acessar as escolhas. Entretanto, muitas vezes, há barreiras, e a deliberação diante do que necessita ser cumprido, do que é relevante e que proporciona menor risco para o cliente, fica condicionada a processos pré-existentes, oriundos das condições de trabalho².

Infrações éticas na enfermagem podem ser decorrentes de comportamentos ou atitudes inadequadas de profissionais de enfermagem durante sua atividade de trabalho, cometidos em relação ao colega de equipe, ao cliente ou à instituição em que trabalha. Tais ocorrências podem ser consequentes da falta de atenção, conhecimentos técnicos, habilidades, dentre outros fatores; ou decorrentes de imprudência, imperícia ou negligência³.

O enfermeiro, ao gerenciar as ações assistenciais, deve ser criativo, tomando sempre decisões coerentes, adequando os recursos humanos e materiais de que está munido, assegurando compromisso com as necessidades

específicas de cada pessoa cuidada, visando à isenção de riscos³.

Portanto, de acordo com as normatizações ético-legais relativas ao exercício da enfermagem, é dever do enfermeiro avaliar cuidadosamente se há riscos aos quais os clientes possam ser expostos, devendo informá-los com finalidade preventiva, por meio de ações educativas que envolvam as políticas das instituições de saúde e o compromisso de todos com as medidas de prevenção dessas infrações⁴.

O debate sobre a ética não deve ser intermitente, principalmente entre os profissionais de saúde, porque com o avanço científico e tecnológico, frequentemente, os profissionais são surpreendidos com o "novo" a exigir solução⁵.

Assim, evidencia-se que as questões éticas estão a todo o momento presentes no gerenciamento de enfermagem. Mediante o conhecimento da situação, do uso das ferramentas éticas e legais e do discernimento dos valores, cultura e convicções envolvidos nas diferentes situações, as tomadas de decisões precisam ser respaldadas pela reflexão ética e fortalecer o compromisso profissional.

No exercício da sua função administrativa o enfermeiro deve liderar a equipe com o compromisso de sempre buscar seu aprimoramento técnico-científico e ético. No entanto, a observância de comportamento ético na prática assistencial, muitas vezes, é infringida, acarretando prejuízos para o cliente e a equipe. A responsabilidade do enfermeiro em garantir uma assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, imprudência e negligência, pautada pela ética profissional, parece não ser tarefa fácil de ser realizada. Deste modo, surge a indagação sobre o que tem sido efetivamente feito na prática assistencial pelos enfermeiros gerentes, para o alcance dessa dimensão sob sua responsabilidade.

Com essas considerações o presente estudo foi conduzido a partir do seguinte problema de pesquisa: como os enfermeiros gerentes de unidades de internação atuam no sentido da observância da ética profissional junto à equipe de trabalho?

Esta investigação foi realizada em um hospital universitário do estado de São Paulo, com a finalidade

de contribuir com o desenvolvimento da consciência ética pelos gerentes de enfermagem.

OBJETIVOS

O objetivo geral deste estudo foi identificar medidas e/ou intervenções adotadas por enfermeiros gerentes de unidades de internação de um hospital universitário do interior paulista, visando ao cumprimento da ética profissional. Foram objetivos específicos: verificar quais as preocupações dos gerentes com relação à prestação da assistência de enfermagem, as preocupações/intervenções dos gerentes com relação à sua equipe de trabalho e identificar medidas/intervenções adotadas visando à observância da ética profissional de enfermagem nas unidades de internação sob a responsabilidade destes profissionais.

MATERIAL E MÉTODO

O estudo foi desenvolvido em um hospital universitário do estado de São Paulo. Envolveu 20 enfermeiros que ocupavam cargos de supervisão técnica nas seções ligadas à Divisão de Enfermagem.

Trata-se de um estudo exploratório, desenvolvido por meio de entrevistas gravadas, com abordagem qualitativa, tendo como referencial metodológico o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)⁶. Este método de organização de discursos coletados em entrevistas possibilita melhor visualização da representação de atores sociais, cujos quesitos básicos envolveram os enfermeiros supervisores técnicos de seção de uma mesma instituição hospitalar.

Quanto ao DSC:

"é composto por aquilo que um dado sujeito individual falou e também por aquilo que poderia ter falado e que seu companheiro de coletividade atualizou por ele. [...] O pensar das pessoas sobre o tema X não é o equivalente ao conteúdo que eventualmente verbalizam nas entrevistas, mas além e mais do que isso é aquilo que podem pensar, ou seja, o que está no horizonte de pensamento de uma dada cultura. Isto significa, por exemplo, que o pensamento de um dado indivíduo pode incluir também aquilo que outros indivíduos socialmente equivalentes verbalizaram por ele"⁶.

Com o material coletado, para cada questão analisada, foram destacadas as ideias centrais - "fórmulas sintéticas que descrevem o(s) sentido(s) presentes nos depoimentos" - e expressões-chave - "trechos selecionados do material que melhor descrevem seu conteúdo"⁶.

O DSC foi elaborado reunindo-se as expressões-chave presentes nos depoimentos, cujas ideias centrais apresentaram sentido semelhante ou complementar⁶. Para a análise dos discursos foram utilizados referenciais teóricos da ética profissional e da administração em enfermagem.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, tendo sua aprovação sob protocolo CEP 3165-2009. Os enfermeiros supervisores técnicos de seção que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Serão apresentadas a seguir as questões formuladas aos enfermeiros participantes do estudo, as ideias centrais encontradas nos discursos em resposta a cada uma das questões e o DSC, formado a partir das expressões-chave contidas em cada ideia central. Os sujeitos foram representados por números e cada uma das quatro questões possibilitou identificar várias expressões-chave, apresentadas como subitens.

Questão 1. No gerenciamento da unidade de internação onde você trabalha, qual tem sido sua maior preocupação em relação à prestação de assistência de enfermagem e por quê?

A) A educação continuada (E1, E4, E18).

"Eu acho que é a questão do treinamento do pessoal, educação continuada, para não ter erro de medicação, para essas coisas técnicas que a gente está precisando de educação continuada. Outra preocupação também é que a maioria dos funcionários que trabalham aqui é de auxiliares de enfermagem e não querem fazer nenhum tipo de reciclagem, às vezes, isso atrapalha um pouquinho a qualidade da assistência".

B) Preocupação com o déficit de recursos humanos (E2, E3, E4, E13, E14).

"A preocupação é o déficit de recursos humanos no dimensionamento. Hoje nós temos pacientes de cuidados intermediários, semi-intensivos e intensivos, então a gente gasta muito tempo de enfermagem, horas de enfermagem cuidando desses pacientes que têm dor crônica intensa, são dependentes, são amputados, então hoje a maior preocupação é o subquadro de recursos humanos."

C) A humanização (E5).

"Eu acho que o básico começa pela humanização. Em você receber o paciente, identificar, passar as informações para identificação da enfermagem, como a mesma funciona, qual a sua rotina, fazer a apresentação dos funcionários."

D) Cuidados de enfermagem e qualidade assistencial (E6, E8, E10, E11, E12, E15, E16, E17, E18, E20).

"É com o cuidado de enfermagem mesmo, como por exemplo, a passagem de sonda. Eu percebi que a maioria dos funcionários não tem habilidades, possuem dificuldades em desempenhar as técnicas. Acabam querendo que o enfermeiro passe as sondas nasogástricas e vesical. Acho que capacitando e treinando a equipe de enfermagem é possível prestar uma melhor assistência. Porque uma coisa é identificar a necessidade dos cuidados e outra é se realmente, eles estão recebendo da forma como devem ser esses cuidados. Então, a preocupação aqui, o enfoque é a qualidade da assistência."

E) Realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em todos os plantões (E7, E19).

"Eu acho que é conseguir em todos os plantões que se faça bem feita a SAE. A gente tem tido algumas dificuldades com relação ao preenchimento do histórico, ou até mesmo das evoluções. Isso é devido à dificuldade, ao despreparo."

F) Rotatividade grande de enfermeiros (E7).

"A gente tem um rodízio grande de enfermeiras. Acabam não ficando muito tempo aqui com a gente. Quando estão conseguindo se desenvolver, aí saem, mas enfim, procuro sempre conversar, fazer algumas leituras sobre o assunto e discutir entre a gente."

G) Prestação de assistência de enfermagem por quatro diferentes categorias de pessoal (E9).

"Há aqui neste setor atendentes de enfermagem autorizados pelo Conselho Regional de Enfermagem (COREN) a trabalharem como auxiliar de enfermagem. Eles têm o curso de auxiliar de enfermagem, mas isso gera conflito, porque temos os técnicos e enfermeiros. Então são quatro classes de enfermagem, quando no COREN são só três. E isso está sendo um problema, gera conflito e problema de escala."

H) Os familiares da pessoa hospitalizada (E18).

"Aqui a gente tem uma preocupação enorme, não só com o paciente, mas também com a família."

Questão 2. Diga quais são suas preocupações em relação ao desenvolvimento da sua equipe de trabalho.

A) Não ser um chefe muito autoritário (E1, E8).

"Eu procuro não ser aquele chefe autoritário, deixar o ambiente mais tranquilo para eles. Uso da compreensão, complacência, ética e informação para isso."

B) Realizar a escala mensal conforme a necessidade de cada servidor (E1, E7, E14, E16, E17, E18).

"Tento sempre atender aos pedidos de folga, fazer uma escala que atenda à necessidade de cada um. Procuro fazer um trabalho de equipe humanizado. Tento facilitar a troca de escala quando alguém tem essa necessidade, justamente para isso, para que eles trabalhem pelo menos mais contentes, e também para amenizar as próprias dificuldades de trabalho. Evitamos deixar servidores trabalhando mais do que quatro dias seguidos, assim como a quantidade de dobras de plantões, apesar da carga horária ser de 40 horas semanais e a jornada de trabalho de seis horas/dia. Porém, em alguns dias é necessário cobrir escala, por déficit de servidores e mesmo para completar as 40 horas semanais, havendo a necessidade de dobrar o plantão."

C) Capacitação para o cuidado de enfermagem (E2, E4, E5, E9, E11, E19).

"A minha preocupação com eles é realmente em capacitar, porque a gente faz muitos curativos, então tenho o cuidado de sempre me atualizar em relação às coberturas. Acho que a capacitação e a educação continuada são importantes para manter a equipe sempre atualizada em relação às técnicas e ao cuidado. A gente orienta quanto às precauções que se tem que tomar, e as medidas para sempre estar atualizado. Eu busco trazer até eles o porquê daquele cuidado, a necessidade de estar fazendo isso ou aquilo e porque é necessário fazer. Acho importante trazer o conhecimento, para que vejam a importância do cuidado que é prestado."

D) Estimular sempre os servidores (E3, E20).

"Eu procuro estimular e elogiar os servidores. Aqui os cuidados são integrais, então as pessoas ficam responsáveis pelo cliente como um todo. O cuidado que tenho com a minha equipe é tentar sempre motivá-los."

E) Oferecer apoio psicológico para os servidores (E6).

"Aqui tem a psicóloga que os acompanha. Isso foi um pedido dos próprios servidores há bastante tempo, mas houve pouca adesão, o pessoal do noturno foi o que mais pediu esse acompanhamento, mas eles não participam. Embora exista o acompanhamento com a psicóloga, uma minoria acaba aderindo."

F) Proteção e uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) (E7, E10).

"Acidente de trabalho é uma questão que eu me preocupo bastante, friso bastante a questão da proteção, do uso de EPI."

G) Desenvolvimento individual do profissional (E12, E13, E18).

"Considerar questões de desenvolvimento, cada um tem um nível de aprendizado, nem todos conseguem desenvolver as atividades da mesma forma, então deve existir uma preocupação em relação ao desenvolvimento de cada profissional dentro da unidade. Respeitando questões de treinamento, de tempo de serviço, de aptidão para o trabalho. Devido ao déficit de pessoal há um estresse, a equipe acaba se desestruturando, havendo muitos em licença-médica. Fazemos pedido de mais funcionários, mas nem sempre temos esse retorno, mesmo porque é um problema institucional."

H) Necessidade de bom relacionamento interpessoal (E15, E17).

"Em relação à equipe o cuidado que eu tenho é para que eles tenham um bom relacionamento entre si, eles costumam fazer trocas de folgas, eu autorizo, contanto que não fique desfalcada a enfermaria. Procuo fazer com que haja uma integração maior entre a enfermagem e a equipe médica e aí a gente faz algumas confraternizações durante o ano, todo mês a gente tem a questão dos aniversariantes, então comemoram-se os aniversários".

Questão 3. Quais são as medidas e/ou intervenções por você adotadas visando melhorar a capacitação da equipe de enfermagem?

A) Programa de educação continuada na própria enfermaria (E1, E3, E5, E8, E12, E13, E14, E15, E16, E17, E18, E19, E20).

"Estamos oferecendo um programa onde os próprios servidores estudam e ministram as aulas. Temos um planejamento anual onde todo mês os servidores são convidados a participarem de palestras que visam, desde a humanização e o trabalho em equipe, até o esclarecimento de alguns procedimentos básicos à enfermaria. Há também a capacitação da equipe para lidar com novos materiais médicos que chegam, não só materiais médicos hospitalares, mas aqueles que eventualmente a gente percebe que não estão tendo um uso efetivo, até por uma deficiência de conhecimento em como utilizá-los melhor."

B) Adoção de treinamentos pela instituição (E1, E3, E4, E6, E7, E11, E16, E17).

"Então, a gente tem os treinamentos que a instituição oferece, estimulando-os a participarem dos cursos oferecidos pela equipe de educação continuada no hospital. Há cursos quase todos os dias e aí os estimulo a irem, quando é possível."

C) Implantação e realização da SAE (E2, E10).

"[...] eu faço a Sistematização [...]. Não falo da Sistematização inteira porque eu não consigo fazer a etapa do diagnóstico como ela deve ser feita, porque a gente não tem um impresso que facilite e eu sou sozinha [...]. então eu faço o gerenciamento geral da unidade e do cuidado também [...]. a gente acompanha e avalia junto com a equipe médica os curativos."

D) Transformar dados em informação (E9).

"Mas é mais isso, eu trabalho muito com dados, eu procuro transformar dados em informação, porque número, se não fizer nada com ele, não adianta, tudo o que eu vou fazer eu coloco nos dados, taxa de ocupação, taxa de infecção hospitalar, média de permanência, eu gosto muito de trabalhar com dados, porque nesse hospital, se você não fornece dados, ninguém te ouve."

Questão 4. Quanto à observância da ética profissional por parte da sua equipe de trabalho, quais medidas e/ou intervenções você já tomou durante este tempo em que você exerce a gerência da unidade de internação?

A) Diálogo e orientação (E1, E2, E7, E9, E10, E11, E12, E16).

"Eu já tive alguns problemas de relacionamento interpessoal, conflitos com as funcionárias e entre os profissionais e pacientes. Quando há o conflito entre os profissionais eu chamo, converso e oriento. É normal ficarem discutindo por causa de feriado, escala, porém minha intenção é fazer com que eles se organizem. Acho que o enfermeiro intervém orientando. O nosso ambiente de trabalho de uma maneira geral está carente de ética, necessitando uma reavaliação geral, da postura profissional dos que diariamente atuam na área."

B) Boletim de Eventos Adversos (E1, E3, E5, E12, E14, E16).

"Fiz a notificação de eventos adversos e daí, mandei para a Divisão de Enfermagem e eles chamaram para conversar, aí depende da gravidade. Nós tivemos problema de falta de ética entre os servidores, foi uma pessoa que abandonou o plantão, ele prejudicou alguns colegas de trabalho e alguns clientes que estavam sob os cuidados dele. Foi então aberta uma sindicância, e ele está respondendo ao processo."

C) Dificuldade para identificar problemas relacionados à ética (E4, E17, E 20).

"Aqui eu não tive problema em relação à ética profissional. Às vezes não é problema ético, mas sim de postura profissional. Falta de ética eu nunca presenciei."

D) Importância da manutenção do respeito e do sigilo (E6, E18).

"Eu acho que tem que cobrar da equipe o respeito. Outro aspecto é a questão do sigilo em relação à situação da família e do próprio paciente."

E) Busca por fatores relacionados, promoção de ações educativas e treinamentos (E12, E13).

"Então, eu tenho que primeiro buscar qual, ou quais foram os fatores que levaram àquele erro, porque a gente parte do princípio que intencionalmente ninguém erra. Então, se houve um erro, se houve uma falha, prefiro buscar o que causou, e qual é o fator que está relacionado com esse erro. E se for alguma coisa que está relacionada a um fator do processo de trabalho, de sobrecarga ou divisão do trabalho, procuro rever os processos e fazer algum tipo de ação educativa para que outros não cometam o mesmo erro, sem expor a pessoa que cometeu a falha."

F) Comportamento dos profissionais em relação aos clientes e a equipe médica (E15).

"Olha, em relação à ética é muito complicado, mas em relação a algumas medidas que eu tomei, foi observar o comportamento deles em relação ao cliente e perante os médicos. Eles têm que ter uma postura profissional adequada."

G) Intervenção do Conselho Tutelar, do promotor ou juiz (E18).

"As questões éticas aqui, elas têm uma implicação bastante grande, a gente trabalha muito, estreitamente com o conselho tutelar. Os problemas familiares são enormes e as intervenções em termos que envolvem o trabalho do promotor e do juiz, são muito frequentes."

DISCUSSÃO

Os recentes estudos na área de gerenciamento em enfermagem permitem que o enfermeiro, por meio do conhecimento, transforme sua prática, aprimore a capacitação dos membros de sua equipe, melhore a organização do serviço onde atua e garanta uma assistência de qualidade para o cliente⁷.

É imprescindível que o gerente de enfermagem utilize sua formação profissional e os valores e princípios adquiridos com o exercício da profissão para que possa proporcionar ao cliente uma assistência de enfermagem individualizada e integral^{8,9}.

Em relação à prestação da assistência de enfermagem, os gestores nas unidades estudadas têm se preocupado em oferecer uma assistência de enfermagem qualificada e mais humanizada, proporcionando aos membros da equipe: capacitação, suprimento do déficit de recursos humanos, planejamento da SAE, garantindo que o indivíduo esteja livre de

quaisquer riscos, assim como contemplar a família no cuidado, garantir assistência, apesar do grande rodízio de enfermeiras e do atendimento ao cliente por três diferentes categorias profissionais.

Foi verificada também, a preocupação constante com a qualidade assistencial. Qualidade de serviço de saúde significa possuir um conjunto de propriedades com o objetivo de produzir serviços adequados à sua missão de atender as necessidades da sua clientela¹⁰.

Sugere-se como forma de organizar o cuidado, a partir das necessidades individuais do cliente e garantir ao mesmo tempo qualidade, instituir a SAE, pois esta assegura que o profissional sistematize a assistência e use seus conhecimentos teórico-práticos na implantação do cuidado de enfermagem.

O não emprego da SAE e a falta de tempo foram argumentos utilizados pelos enfermeiros que não realizavam esse método de trabalho nas unidades. Entretanto, é importante que o gerente busque capacitar-se e envolva a equipe nesse processo¹¹.

O déficit de recursos humanos nas unidades para a assistência de enfermagem, fato presente em muitas unidades assistenciais no Brasil, caracterizou uma das preocupações dos enfermeiros gerenciais nos serviços de saúde. Tais déficits, além de comprometerem a qualidade do cuidado, desencadeiam problemas éticos, legais e de saúde aos trabalhadores da enfermagem¹².

Evidenciou-se neste estudo que o enfermeiro busca dimensionar, diante dos escassos recursos humanos do setor, e obter diferentes formas para suprir as necessidades específicas, tanto qualitativas quanto quantitativas, segundo as necessidades dos clientes e da unidade¹².

Além do déficit de pessoal, problemas relacionados às diferentes categorias de pessoal de enfermagem na instituição, podem trazer sérias implicações para o gerenciamento e a assistência de enfermagem.

A distribuição inadequada das diferentes categorias de profissionais na área da saúde nas instituições pode implicar e comprometer os serviços e a sua qualidade, acarretando gastos maiores e a probabilidade de riscos ou danos ao cliente e a equipe¹².

A articulação ética e o conhecimento técnico-científico no cuidado são importantes armas no cuidado assistencial, visando beneficiar o cliente e a família¹³. Foi possível observar na instituição onde este estudo se desenvolveu que o contato com a família, devido à política adotada na instituição, permite o acompanhamento somente a indivíduos menores de 18 anos e maiores de 65, comprometendo o trabalho assistencial e a satisfação do cliente/família, pois muitas vezes o médico ou o enfermeiro não contam com o familiar na unidade para o esclarecimento de dúvidas e/ou incertezas, diante de problemas éticos.

Com relação ao desenvolvimento da equipe de trabalho, os gestores das unidades desenvolveram como principais requisitos: evitar uma chefia autoritária; elaborar escalas de trabalho, atendendo as necessidades dos servidores; buscar capacitá-los para o cuidado, estimulando-os e oferecendo-lhes apoio psicológico; motivá-los para o uso de EPIs; promover seu desenvolvimento individual e manter um bom relacionamento da equipe multiprofissional, objetivando o desenvolvimento e o aprimoramento gradativo.

É importante que o gerente, ao realizar a organização das escalas mensais de trabalho, conte com a participação da equipe, no sentido de fornecer-lhe oportunidade de, juntos, adequarem os finais de semana e feriados para que todos sejam favorecidos. A equipe de enfermagem trabalha suprimindo todos os turnos e dias da semana. Assim, é preciso que sejam feitas escalas com rodízio, buscando contemplar os direitos dos profissionais (folgas e férias), bem como garantir um número adequado de profissionais para a assistência ao cliente.

Os trabalhadores de enfermagem se deparam com situações de manuseio de materiais que podem lhes causar traumas, como agulhas e lâminas de bisturi, além de materiais biológicos, durante a realização de diversos procedimentos. Isto traz preocupação para os gerentes, conforme evidenciado nos discursos dos sujeitos do estudo.

Fazer parte do cenário profissional de enfermagem possibilita vivenciar, frequentemente, situações difíceis que envolvem o sofrimento e a morte, exigindo que o profissional esteja presente nesse

momento para acolher a pessoa/família que sofre. Porém, necessita cuidar de si mesmo, para que, ao longo do trabalho, não adoça¹⁴. A iniciativa de oferecer apoio psicológico à equipe de enfermagem é importante. Nas unidades estudadas evidenciou-se o relato de dificuldades para a adesão aos programas de atendimento psicológico. Portanto, é importante repensar novas estratégias que proporcionem um melhor resultado.

A equipe de trabalho na enfermagem precisa continuamente ser estimulada e motivada. Motivar significa colocar algo em movimento¹⁵, iniciando-se a partir do momento em que o trabalho do outro é reconhecido como parte integrante de um todo. É imprescindível que o gerente integre a equipe no cuidado e reconheça as potencialidades de cada um dos seus membros. Estratégias motivadoras devem ser desenvolvidas com mais frequência, pois consistem numa maneira de se promover a saúde do trabalhador.

Dividir a tarefa educativa com toda a equipe mostrou-se uma estratégia interessante, ao considerar a participação e a responsabilidade de todos, tanto no preparo quanto na exposição da aula a seus pares, buscando reter conhecimentos pessoais e repassá-los para os colegas. Uma rica forma de aprender a aprender.

A instituição onde se realizou o estudo oferece treinamentos desenvolvidos por uma seção específica denominada Educação Continuada que, periodicamente, propõe algum programa educativo com foco em temas que emergem de necessidades cotidianas, identificadas pelos profissionais nas diversas unidades do hospital. Entretanto, os relatos mostram que nem sempre os profissionais podem frequentar os cursos oferecidos pela instituição, pois via de regra ocorrem durante o horário de trabalho e, devido ao déficit de recursos humanos existente, torna-se inviável ao gerente de enfermagem liberar todos, ou até mesmo alguns, para comparecerem às aulas desses cursos.

É importante que a instituição continue a oferecer treinamentos para os profissionais, entretanto faz-se necessário que sejam pensadas outras maneiras de aumentar o contingente de recursos humanos na enfermagem para contemplar também as atividades educativas.

A SAE é uma ferramenta de trabalho que o gerente deve utilizar para organizar com mais qualidade o cuidado. Está previsto em resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) que a realização da SAE é um dever do enfermeiro. Portanto, é necessária a sua implantação e a organização do tempo para que os subordinados recebam informações e esclarecimentos sobre a sua importância, contribuindo para a sua realização e aplicação na prática clínica, uma conquista profissional significativa que fundamenta a assistência em conhecimento científico.

Da mesma forma, todo processo decisório gerencial deve ser fundamentado em princípios éticos e preceitos universais, capazes de preservarem sempre a dignidade humana. O gerenciamento de enfermagem é, geralmente, permeado por inúmeras variáveis pessoais, profissionais, institucionais, econômicas, legais, políticas e éticas, que influenciam a prática e a qualidade assistencial de enfermagem.

O trabalho do gerente na enfermagem, cotidianamente, deve ser acompanhado de reflexão ética, pois emergem com frequência, na prática profissional, diversas situações conflitantes que podem comprometer os elementos da equipe e a qualidade da assistência.

Os gestores demonstraram utilizar diversas estratégias diante das ocorrências de infrações éticas, entre elas o esclarecimento e a orientação. Esta maneira de agir permite que o profissional reconheça o erro por ocasião da ocorrência e procure refletir sobre ele, sem que haja uma punição precipitada. Outra estratégia utilizada pela equipe para o controle de falhas na assistência é o uso do Boletim de Eventos Adversos. Este instrumento de comunicação leva informações sobre a ocorrência até os escalões superiores da organização, como a Divisão de Enfermagem do Hospital, para exame acurado e tratamento adequado diante do problema¹⁶.

Devem-se considerar, neste contexto, os componentes éticos do cuidado, princípios éticos e valores morais, os hábitos, as virtudes, atitudes e as características e qualidades que definem os comportamentos do cuidador¹⁷.

O sigilo deve existir nas relações interpessoais, interprofissionais e, especialmente, na relação profissional/

cliente e ser exigido como um dever do profissional, entendendo que a pessoa tem o direito de manter as informações pertinentes a si em segredo. Logo, a confidencialidade ocorre quando se preserva o que aconteceu ou está acontecendo e deve ser quebrada somente se a pessoa permitir, ou se for para benefício dele.

Contudo, essa questão ainda é alvo de discussões, pois os profissionais costumam registrar nos prontuários o que foi dito somente a eles pelo doente. Sabe-se que o acesso aos prontuários dos clientes é amplo e efetuado por várias pessoas, acarretando problemas éticos ligados ao sigilo¹⁸.

É dever do enfermeiro desempenhar atividades gerenciais com respeito à dignidade humana e salvaguardar os direitos das pessoas, sendo imprescindível que a tomada de decisões na função gerencial seja pautada por valores éticos como: justiça, respeito às pessoas, honestidade, veracidade, sigilo e beneficência, assim como os valores relativos à profissão¹⁹.

Observar o que está acontecendo no ambiente de trabalho com os profissionais envolvidos no cuidado ao cliente, sejam auxiliares, médicos, fisioterapeutas, dentre outros, é uma estratégia que pode contribuir para aproximá-los desse objetivo comum. Afinal, quanto mais trocas e comunicações ocorrerem, maior será o entendimento de todos sobre as competências de cada um e sobre as necessidades apresentadas pelos clientes.

Quando as ocorrências são complexas e graves, com níveis de decisão de não governabilidade pelo enfermeiro, são tratadas por meio de recursos jurídicos, garantindo ao profissional uma resolução adequada e legal. Essa medida foi citada por um enfermeiro, porém acredita-se que deva ser consenso na atuação dos enfermeiros.

CONCLUSÕES

As medidas ou intervenções adotadas pelos supervisores técnicos acerca das dimensões éticas nas unidades onde se desenvolveu o estudo contemplaram desde medidas simples, como a cobrança da manutenção do sigilo, diálogos e orientações, até o uso de intervenção jurídica.

Destaca-se que alguns dos entrevistados disseram nunca ter enfrentado problemas em relação à ética profissional.

Os supervisores utilizam também o Boletim de Eventos Adversos para comunicar seus superiores quando da ocorrência de infrações éticas. Evidenciou-se a preocupação dos gestores em prestar assistência de qualidade por meio da educação continuada, utilização da SAE e medidas mais humanizadas em relação ao cuidado, e no relacionamento interpessoal com a equipe de enfermagem e os demais profissionais, embora a maior preocupação tenha sido com o déficit de recursos humanos.

Os enfermeiros gerenciais, frente aos problemas, demonstraram preocupação em adequar as escalas de trabalho às necessidades pessoais da equipe e capacitá-la para o cuidado integral aos clientes.

Várias oportunidades são oferecidas aos profissionais de enfermagem, objetivando o desenvolvimento de competências técnicas e científicas para a prevenção de danos físicos ao cliente por imperícia, negligência e/ou imprudência. Entretanto, não foram

mencionadas atividades educativas direcionadas ao desenvolvimento da consciência ética dos profissionais. Cursos sobre ética profissional, discussões sobre o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, análise de problemas e/ou dilemas bioéticos que, certamente, ocorrem em situação clínica, parece ainda não merecerem a atenção especial dos gerenciadores nas unidades de tratamento.

É possível que muitas das questões bioéticas relacionadas ao cuidado possam estar sendo negligenciadas em decorrência da constante preocupação com o cumprimento de prescrições de cuidado por um número deficitário de profissionais, gerando a mecanização do trabalho e a alienação dos profissionais em relação ao objeto do seu trabalho e, por conseguinte, concorrendo para a desmotivação, a insatisfação e o adoecimento.

O estudo permitiu evidenciar alguns aspectos da dimensão ética do gerenciamento em enfermagem na instituição estudada. Assim, sugere-se a adoção de medidas mais eficazes para o desenvolvimento da competência ética no exercício profissional.

REFERÊNCIAS

1. Spagnol CA. (Re)pensando a gerência em enfermagem a partir de conceitos utilizados no campo da saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005; 10(1):119-27.
2. Massarollo BKCM, Fernandes PFM. Ética e gerenciamento em enfermagem. In: Kurcgant P, organizador. *Gerenciamento em enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p.14-25.
3. Freitas FG, Oguisso T. Ocorrências éticas com profissionais de enfermagem: um estudo quantitativo. *Rev Esc Enferm USP*. 2008; 42(1):34-40.
4. Freitas FG, Oguisso T. Ocorrências éticas de enfermagem: cotidiano de enfermeiros gerentes e membros da comissão de ética de enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2006; 14(4):497-502.
5. Santiago AMM, Palácios M. Temas éticos e bioéticos que inquietaram a Enfermagem: publicações da REBEn de 1970-2000. *Rev Bras Enferm*. 2006; 59(3):349-53.
6. Lefèvre F, Lefèvre AM. Depoimentos e discursos: uma proposta de análise em pesquisa social. Brasília: Líber Livro Editora; 2005.
7. Kurcgant P, Ciampone MHT. A pesquisa na área de gerenciamento em enfermagem no Brasil. *Rev Bras Enferm*. 2005; 58(2):161-4.
8. Brasil. Lei n. 7.498, 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)*; 1986 Jun 26; Seção 1:1.
9. Mazur SC, Labronici L, Wolff GDL. Ética e gerência no cuidado de enfermagem. *Cogitare Enferm*. 2007; 12(3):371-6.
10. Mezomo JC. *Gestão da qualidade na saúde*. São Paulo: Manole; 2001.
11. Oliveira ML, Evangelista AR. Sistematização da assistência de enfermagem (SAE): excelência no cuidado. *Perquirere*. 2010; 7(1):83-8.
12. Nicola LA, Anselmi LM. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em um hospital universitário. *Rev Bras Enferm*. 2005; 58(2):186-90.
13. Salicio BMD, Gaiva MAM. O significado de humanização da assistência para enfermeiros que atuam em UTI. *Rev Eletrônica de Enfermagem [periódico na Internet]*. 2006; 8(3):370-6. [acesso em 2010 abr. 02]. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a08.htm.
14. Baggio AM, Formaggio MF. Trabalho, cotidiano e o profissional de enfermagem: o significado do cuidado de si. *Cogitare Enferm*. 2008; 13(1):67-74.
15. Nakamura CC. Motivação no trabalho. *Maringá Management: Rev Ciências Empresariais*. 2005; 2(1):20-5.
16. Paiva MCMS, Paiva SAR, Berti HW. Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(2):287-94.
17. Restrepo MEM. La ética en la arte de cuidar. *Investigación em enfermaria. Universidad de Antioquia [periódico na internet]* 2002. [acesso em 2010 abr. 02]. Disponível em: <http://tone.udea.edu.co/revista/html/modules.p.h.p>
18. Peres SCHS, Peres SA, Fantini MA. Sigilo profissional e valores éticos. *RFO*. 2008; 13(1):7-13.
19. Maicon PM, Polak YNS, Méier MJ. The bioethics in the management of nursing work process: a reflexion. *Online Braz J Nurs [periódico na internet]*. 2005. [acesso em 2010 abr. 25]. Disponível em: www.uff.br/nepae/objn402marconetal.htm

Recebido em: 20/02/2011

Aceite em: 15/04/2011

USO DE INDICADORES EM CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO EM UM HOSPITAL DE ENSINO¹

USE OF INDICATORS IN THE CENTER OF MATERIAL AND STERILIZATION IN A TEACHING HOSPITAL

USO DE INDICADORES EN EL CENTRO DE MATERIALES Y ESTERILIZACIÓN EN UN HOSPITAL DE ENSEÑANZA

Renata Prado Bereta*, Marli de Carvalho Jericó**

Resumo

A qualidade dos serviços em âmbito hospitalar deve acompanhar a evolução da assistência à saúde e decorrer da adequada gestão desses serviços. Indicadores têm sido muito utilizados no processo de avaliação para mensurar a produtividade e a qualidade do trabalho executado. Esse estudo teve como objetivo avaliar o uso de indicadores e verificar sua exequibilidade em um Centro de Material e Esterilização de um hospital de ensino. Trata-se de estudo descritivo, exploratório e retrospectivo, com abordagem quantitativa, realizado por meio da análise de registros efetuados ao longo de um ano. A escolha dos indicadores ocorreu mediante o referencial de Donabedian que inclui a avaliação da estrutura, do processo e do resultado dos serviços. O indicador de estrutura investigado foi exequível, resultando em 3,7 horas o índice de treinamento de profissionais de enfermagem, justificando a necessidade de investimentos específicos na área. Porém, os indicadores de processo não se mostraram exequíveis, pois não atenderam às práticas recomendadas pela literatura científica, especificamente quanto à frequência de realização da manutenção preventiva das autoclaves, a avaliação da bomba de vácuo por meio do teste de Bowie Dick e do indicador biológico. A produção das autoclaves alcançou a média de 34,2% demonstrando não ser necessária a aquisição de novas tecnologias, mas aumentar a demanda. Acerca do indicador de resultado, este se observou ser exequível, pois a taxa de acidente de trabalho de 24,5 % apontou a necessidade de melhorias. Conclui-se que ao avaliar as atividades de um serviço por meio de indicadores deve-se ter cautela na análise dos dados, assim como possuir conhecimento especializado, a fim de nortear uma tomada de decisão segura e eficaz. Não se recomenda a utilização de apenas um único indicador na avaliação de serviços de forma generalizada, mas a utilização dos indicadores de estrutura, processo e resultado para uma análise situacional mais fidedigna.

Palavras-chave: Indicadores de qualidade em assistência à saúde. Administração de materiais no hospital. Enfermagem.

Abstract

Hospital service quality should follow health care evolution and proper management of these services. Indicators have long been used in the evaluation process to measure work productivity and quality. This study aimed to evaluate the use of indicators and to assess its feasibility in a Sterilization and Material Center of a teaching Hospital. It is a descriptive, exploratory and retrospective, with quantitative approach study comparing records made over 1 year. Donabedian standards were used to choose indicators including process structure evaluation and outcome of services. The structure indicator investigated was feasible, resulting in a 3.7 hours index for nurses training, justifying the need for specific investments in the area. However, the process indicators were not feasible because it did not meet the recommended scientific literature practices, specifically regarding autoclaves preventive maintenance frequency, vacuum pump evaluation through the Bowie Dick test and the biological indicator. Autoclave production was 34.2% in average showing that it is not necessary to acquire new technology, but increasing the demand. Regarding the outcome indicator this was observed to be feasible, because a 24.5% accidents rate at work indicated the need for improvements. We can conclude that when evaluating service activities via the indicators we should be cautious in analyzing the data, as well as having specialized knowledge in order to guide a safe and effective decision making. It is not recommended the use of only one indicator for services evaluation in a general way, but using structure, process and outcome of indicators for a more reliable situational analysis.

Keywords: Quality indicators, health care. Materials management, hospital. Nursing.

Resumen

La calidad de los servicios del hospital debe seguir la evolución de la atención de la salud y el curso apropiado de la gestión de estos servicios. Los indicadores han sido utilizados en el proceso de evaluación para medir la productividad y la calidad del trabajo realizado. Este estudio tuvo como objetivo evaluar el uso de indicadores y de evaluar su viabilidad en un Centro de Material y Esterilización de un hospital de enseñanza. Se trata de estudio descriptivo, exploratorio, retrospectivo, con abordaje cuantitativo realizado a través del análisis de los registros realizados durante un año. La selección de indicadores se produjo mediante el referencial de Donabedian, que incluye la evaluación de la estructura, del proceso y del resultado de los servicios. El indicador de estructura investigado fue posible, lo que resulta en 3,7 horas, el índice de entrenamiento de profesionales de enfermería, lo que justifica la necesidad de inversiones específicas en el área. Sin embargo, los indicadores de proceso no se muestran ejecutables, debido a que no cumplían con las prácticas recomendadas de la literatura científica, específicamente en relación a la frecuencia de mantenimiento preventivo de los autoclaves, la evaluación de la bomba de vacío a través de la prueba Bowie Dick y el indicador biológico. La producción de las autoclaves alcanzó un promedio de 34,2 que muestra que no es necesario adquirir nueva tecnología, pero la creciente demanda. Acerca de la medida de resultado, esto fue observado para ser viable, porque la tasa de accidentes de trabajo el 24,5% indicó la necesidad de mejoras. Llegamos a la conclusión de que en la evaluación de las actividades de un servicio a través de los indicadores deben ser cautelosos en el análisis de los datos, así como los conocimientos especializados a fin de orientar la toma de decisiones efectiva y segura. No se recomienda para uso exclusivo de un solo indicador en la evaluación de los servicios en todos los ámbitos, pero el uso de indicadores de estructura, proceso y resultado de un análisis situacional más fiable.

Palabras clave: Indicadores de calidad de la atención de salud. Administración de materiales de hospital. Enfermería.

¹ Parte do Trabalho de Conclusão de Curso para obtenção do título de Aprimoranda em Enfermagem em Centro Cirúrgico.

* Enfermeira graduada pelas Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP. Enfermeira do Centro Cirúrgico do Hospital de Base de São José do Rio Preto-SP, Brasil. Contato: renata_bereta@hotmail.com

** Doutora em Enfermagem Fundamental pela EERP-USP, Ribeirão Preto-SP. Docente da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), São José do Rio Preto-SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

Centro de Material e Esterilização (CME) denomina setores específicos pelo fornecimento de materiais e artigos adequadamente processados para o atendimento direto e a assistência à saúde de indivíduos enfermos e sadios. Por suas particularidades e características, constitui-se num setor de apoio técnico a todas as áreas assistenciais nos estabelecimentos de saúde¹.

O bom desempenho de uma equipe de CME está diretamente relacionado à qualidade dos processos próprios empregados nos serviços, sendo consequente da combinação de instalações físicas, tecnológicas e equipamentos adequados, operados por pessoas competentes, habilitadas e treinadas periodicamente. Dessa forma, o conhecimento não deverá ser somente empírico, mas utilizado cientificamente de forma a permitir a mensuração dos fatos e dos resultados, além de multiplicar o conhecimento e o aprendizado².

Previamente à avaliação de qualidade em qualquer tipo de serviço é necessário apreender o significado de qualidade e definir como esta se compõe³. Porém, esta definição se torna complexa e tem sido objeto de muitos estudos, uma vez que a qualidade é um atributo onde cada pessoa tem uma compreensão, podendo ainda estar relacionado aos seus interesses pessoais, costumes e nível intelectual e social⁴. A palavra qualidade origina-se do latim *qualitate* e significa dom, virtude, grau de perfeição, de precisão, de conformidade a certo padrão⁵. A definição de qualidade é complexa e deve referenciar diversas dimensões, as quais, geralmente, são agrupadas em sete atributos: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade³.

O enfermeiro responsável pelo CME precisa acompanhar os diferentes processos de trabalho, assim como deve entender claramente o processo utilizado para assegurar a qualidade, empregar metas exequíveis e que promovam o alcance de melhorias, selecionando ferramentas adequadas e necessárias para monitorar os avanços⁶.

Portanto, para avaliar a qualidade da assistência é necessário unir os conceitos e as definições gerais e traduzi-los em critérios operacionais. Indicadores de

qualidade consistem em critérios indicadores³; outras definições de indicadores descrevem-nos como uma ferramenta gerencial para a mensuração, monitoração e a avaliação da qualidade e da produtividade dos serviços⁷. Tais instrumentos, geralmente, são utilizados para avaliar a conformidade a um padrão ou a conquista de metas de qualidade, oferecendo também uma medida específica e quantificável das expectativas de satisfação dos clientes⁸.

A utilidade dos indicadores pode estar relacionada a vários fatores, dentre eles: obtenção de dados para análise, avaliação da efetividade de ações de melhoria, o desempenho obtido pelos processos utilizados, o grau de satisfação dos clientes internos e externos e retro alimentação do planejamento estratégico⁸.

A utilização de indicadores em gestão, assim como em outras áreas de trabalho, vem sendo cada vez mais difundida. Esta difusão permite o estabelecimento de padrões e facilidade na análise das tendências ao longo do tempo, tornando a gestão mais objetiva, pois permite ao profissional monitorar com mais eficácia os eventos, além de fornecer informações para correções, quando necessárias⁷. Atualmente as instituições de saúde tanto públicas como privadas estão demonstrando interesse em melhorar a qualidade do serviço prestado, desta forma estão implantando várias formas de mensurar esta qualidade⁹. Evidencia-se, portanto, a necessidade e o quão positiva será a utilização de indicadores em CME, considerando-se que a qualidade do serviço será monitorada, podendo sofrer mudanças periódicas visando melhorias contínuas.

Avedis Donabedian¹⁰ desenvolveu um quadro conceitual, fundamental para o entendimento da avaliação de qualidade em saúde, a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultados, classicamente considerados uma tríade. Os indicadores também podem ser classificados segundo essa tríade, pois as avaliações estruturais serão referentes à capacidade presumida de provedores, recursos humanos e materiais, possibilitando que se efetue uma assistência à saúde mais qualificada. As avaliações de resultado consistem na verificação da frequência em que o evento acontece. Através desses resultados é possível estimar os fatores de risco que

determinam a qualidade do trabalho, assim como, submeter esses fatores a estudos intervencionais. Avaliações processuais de desempenho incluem ações de comunicação, acessibilidade, educação, investigação, prescrições, intervenções clínicas entre outras. Os três grupos se complementam e devem ser utilizados conjuntamente, com vistas a obtenção de um melhor resultado¹¹.

Para que um indicador seja utilizado de forma efetiva na tomada de decisão, é necessário compreendê-lo em todas as suas dimensões, considerando-se, portanto: seu numerador, denominador, o objetivo da mensuração e qual sua fidedignidade. O uso de apenas um indicador de forma isolada, dificilmente será capaz de demonstrar os fatos reais, mas a utilização de um grupo de indicadores retratará melhor a realidade situacional. A contextualização adequada no tempo e espaço deve ser feita para evitar conclusões precipitadas, ou até mesmo ações inadequadas. Diante desse propósito, os dados coletados devem ser trabalhados de forma a permitirem a obtenção de todas as informações necessárias, o que permitirá também uma adequada avaliação do sistema de indicadores utilizados¹⁰.

A implantação de forma satisfatória de um sistema de indicadores requer a definição do que será mensurado, verificando a preconização recomendada pela literatura científica ou dos indicadores adotados por outros setores em diferentes locais. Também, é importante verificar a possibilidade de coleta de dados de forma fácil, validar o uso dos indicadores escolhidos para a realidade proposta, definir as pessoas responsáveis pela coleta e a análise, estabelecer a sistemática de análise e o monitoramento, além de estabelecer mecanismos que garantam o uso dos indicadores para a tomada de decisão e mudanças das práticas habituais¹⁰.

Como instrumento para a avaliação e a mensuração de metas de qualidade e resultados propostos no planejamento, os indicadores podem referenciar a monitoração da assistência, a satisfação dos clientes e ainda monitoração das transações comerciais⁸.

Um dos fatores que normalmente dificultam a determinação dos processos que devem ser avaliados e monitorados em CME recai sobre a complexidade do reprocessamento dos artigos médico-hospitalares e

desconhecimento do trabalho com indicadores nesses setores⁶. Diante deste pensamento se propôs analisar os indicadores utilizados na unidade em estudo.

OBJETIVOS

Avaliar os indicadores de estrutura, processo e de resultado, utilizados em um Centro de Material e Esterilização de um hospital de ensino, bem como verificar sua exequibilidade na gestão da produtividade e qualidade dos serviços.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, retrospectivo, com abordagem quantitativa, desenvolvido por meio da utilização de registros, estatísticas e documentos, referentes ao processo de trabalho em CME de um hospital de ensino, cuja capacidade é de 760 leitos, localizado em uma cidade no interior paulista. O hospital é centro de referência e presta assistência hospitalar e ambulatorial a várias especialidades médicas, perfazendo, em média, 2.500 internações mensais e 2.000 cirurgias/mês de pequeno, médio e grande porte.

O setor de CME do referido hospital abrange uma área de 650 m², dividida em expurgo, área de desinfecção, sala de dobradura de compressas, almoxarifado, preparo e armazenamento de material não estéril, esterilização e arsenal. O setor envolve o trabalho de 54 servidores, sendo 50 auxiliares de enfermagem, três enfermeiros e um auxiliar de serviços gerais. O funcionamento ocorre durante todo o dia e atende ao complexo hospitalar, o hemocentro e as áreas ambulatoriais.

O período da coleta de dados envolveu os meses de junho a setembro de 2009, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), parecer nº 322/2009, e a autorização formal da instituição e da supervisão de enfermagem da unidade investigada, conforme a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Foram utilizados formulários como instrumentos de coleta de dados, contendo quesitos estruturados para se elaborar os seguintes indicadores: índice de treinamento de profissional de enfermagem, manutenção da autoclave, taxa de produção da autoclave, avaliação microbiológica da bomba de vácuo e do processo de esterilização a vapor saturado sob pressão e taxa de

acidente de trabalho envolvendo profissionais da área de enfermagem.

Sequencialmente estão apresentadas as avaliações e as fórmulas utilizadas para a coleta de dados.

O índice do indicador de treinamento de profissionais de enfermagem foi obtido mediante utilização da equação proposta pelo Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH)¹².

$$\text{Índice de treinamento de profissionais de enfermagem} = \frac{(n^{\circ} \text{ func. ouvintes do curso 1} \times \text{carga horária do curso 1}) + (n^{\circ} \text{ func. ouvintes do curso 2} \times \text{carga horária do curso 2}) + (n^{\circ} \text{ func. ouvintes do curso n} \times \text{carga horária do curso n})}{N^{\circ} \text{ de horas / homem trabalhadas}} \times 1000$$

Os dados referentes aos treinamentos foram disponibilizados pelo Centro de Educação Permanente (CEP) e abrangeram o período de janeiro a dezembro de 2008.

$$\text{Taxa de produção da autoclave} = \frac{\text{capacidade utilizada}}{\text{capacidade instalada}} \times 100$$

Para o cálculo da capacidade instalada considerou-se o tempo de cada ciclo de esterilização da autoclave, calculado em 55 minutos, acrescido de mais 20 minutos para a secagem do material, totalizando 75 minutos. Após, foi calculado quantos ciclos seriam possíveis de serem realizados em 24h, e mensalmente, no período de agosto de 2008 a julho de 2009.

$$\text{Avaliação da bomba de vácuo} = \frac{n^{\circ} \text{ de teste Bowie Dick insatisfatórios}}{\text{Total de testes realizados}} \times 100$$

O controle do processo de esterilização por vapor saturado sob pressão se refere a eficácia do equipamento, o registro de seus parâmetros, o teste de Bowie Dick e o uso de indicadores químicos e biológicos¹.

O teste de Bowie Dick avalia a eficácia do sistema a vácuo das autoclaves. A presença de ar ou de gases não-condensáveis na câmara e/ou no interior dos pacotes forma uma barreira térmica, prejudicando a ação e penetração do vapor na superfície dos artigos, o que pode resultar em um ciclo falho de esterilização. Preconiza-se o uso diário desse teste no primeiro ciclo e também após as manutenções preventivas e corretivas¹. Os dados coletados

foram referentes ao período de janeiro a dezembro de 2008.

$$\text{Avaliação microbiológica da esterilização a vapor} = \frac{n^{\circ} \text{ de testes Biológicos positivos}}{\text{Total de testes realizados}} \times 100$$

O teste Biológico também compõe o controle do processo de esterilização por vapor saturado, é caracterizado por uma preparação padronizada de esporos bacterianos do *Geobacillus stearothermophilus*, utilizados para comprovar a morte bacteriana após a esterilização. A frequência mínima indicada é o uso semanal, porém, também é indicada a frequência diária, havendo recomendações para o uso também em cargas que contenham materiais de implante¹. Os dados coletados foram referentes ao período de janeiro a dezembro de 2008.

$$\text{Taxa de acidente de trabalho} = \frac{n^{\circ} \text{ de acidentes de trabalho}}{n^{\circ} \text{ de func. da equipe de enfermagem em atividade}} \times 100$$

Os dados das notificações foram disponibilizados pelo Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), referentes ao ano de 2008 e o número de funcionários da equipe de enfermagem composta por 53 pessoas.

Os acidentes de trajetos não foram incluídos na taxa de acidente de trabalho de profissionais de enfermagem, segundo o Manual de Indicadores de Enfermagem (NAGEH)¹¹.

Após a coleta de dados foi construído um banco de dados no *Excel Microsoft 2003*, procedeu-se o tratamento em números absolutos, média e percentual, e após, apresentados sob a forma de figuras e tabelas.

RESULTADOS

Para a apresentação dos resultados obedeceu-se a tríade de Donabedian, cujos indicadores englobaram a estrutura, o processo e os resultados, obtidos no CME.

Indicador de estrutura

Índice de treinamento de profissionais de enfermagem

Os treinamentos foram divididos em: geral, destinado a todos os servidores da enfermagem do

hospital; específico, direcionado aos servidores do bloco cirúrgico, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 - Demonstrativo da participação dos servidores do CME em treinamentos, no período de janeiro a dezembro de 2008

Mês	Tipo de Treinamento	Horas	Setores	Participantes	%
Geral					
Fevereiro	Reciclagem de papel	1	43	43	100,0
Março	Indicador de quedas	1	43	0	0
Abril	Prevenção de acidente de trabalho	1	42	42	100,0
Maio	Prevenção de infecção	1	43	34	79,0
Junho	Úlcera por pressão	1	42	7	16,7
Agosto	Processo de enfermagem e anotações	1	45	12	26,7
Setembro	Cuidados com dietas enterais e parenterais	1	43	0	0
Outubro	Indicadores de flebite	1	47	46	97,9
Novembro	Passagem de plantão	1	47	34	72,3
Específico					
Fevereiro	Indicador de qualidade na assistência	1	3	3	100,0
Março	Liderança Servidora	1	2	2	100,0
Abril	Limpeza da sala cirúrgica	1	42	26	61,9
Abril	Atualização em quimioterapia	1	3	2	66,7
Maio	Escovação da mãos	1	43	40	93,0
Maio	Equipamentos: Cusa e Midas	1	43	33	74,7
Maio	Fixação segura em cateter	1	43	4	9,3
Setembro	Degermação da pele	1	43	11	25,6
Outubro	Motores Strike	1	47	45	95,7
TOTAL		18	664	384	57,8

Observa-se pelos dados especificados na Tabela 1 que, dos 664 servidores esperados para os treinamentos oferecidos pelo hospital, apenas 57,8% (384) das pessoas participaram. Dessa forma, o indicador de horas de treinamento por funcionário foi de, aproximadamente, 3,7 horas.

Indicador de processo

As cinco autoclaves avaliadas foram denominadas como: A, B, C, D, E. Quanto à manutenção das autoclaves, os resultados estão demonstrados na Tabela 2.

Tabela 2 - Demonstrativo das causas e a frequência de manutenção corretiva e preventiva das autoclaves, no período de janeiro a dezembro de 2008

Causas/Autoclaves	A	B	C	D	E	N	%
Manutenção Corretiva							
Problemas com guarnição		2	2			4	17,39
Molhando material	2			2		4	17,39
Erro no pré-vácuo		1	2			3	13,04
Erro de esterilização			1			1	4,35
Porta desajustada					1	1	4,35
Vazamento	2	4	1		1	8	34,78
Válvula de segurança			1	1		2	8,70
Total	4	7	7	3	2	23	100,0
Manutenção Preventiva							
Sem problemas	5			4	10	19	48,72
Troca da bomba de água	1					1	2,56
Troca do contator	1					1	2,56
Troca da fiação	1					1	2,56
Reaperto dos contatos elétricos	1	1	1	2		5	12,82
Substituição dos eletrodos		1				1	2,56
Ajuste na porta		1				1	2,56
Troca de peças/bomba de vácuo			1	3	1	5	12,82
Substituição da guarnição				1		1	2,56
Correção de vazamento, limpeza				1		1	2,56
Alimentação de água				1		1	2,56
Troca de Diafragma				1		1	2,56
Instalação de válvula de retenção				1		1	2,56
Total	9	3	2	14	11	39	100

Foram utilizadas 62 operações para o serviço de manutenção no CME durante o período investigado, sendo que a manutenção preventiva representou 62,9% (39) e a corretiva 37,1% (23).

As autoclaves com maior frequência de manutenção corretiva foram as autoclaves B e C, totalizando sete cada uma e menor número de manutenção preventiva. Enquanto, as que tiveram maior número de manutenção preventiva, D e E, apresentaram menor necessidade de manutenção corretiva.

As principais causas de manutenção corretiva foram associadas a vazamento, totalizando 8 (34,78%) reparos, enquanto na manutenção preventiva 19 (48,72%) não apresentaram problemas. As autoclaves identificadas como não estando em conformidade relacionaram-se a necessidade de reaperto dos contatos elétricos e a troca de peças da bomba de vácuo, perfazendo um total de 5 (12,82%) para cada uma delas.

Produção da autoclave

Tabela 3 – Distribuição do total de ciclos/mês das autoclaves quanto à capacidade utilizada e instalada, no período de agosto de 2008 a julho de 2009

Mês	A	B	C	D	E	Total CU	Total CI	%
Ago/08	185	248	180	239	431	1283	2976	43,10
Set/08	37	220	203	381	389	1230	2880	42,70
Out/08	9	177	0	0	0	186	2976	6,25
Nov/08	0	202	205	381	370	1158	2880	40,20
Dez/08	6	176	141	282	325	930	2976	31,25
Jan/09	0	172	199	308	230	909	2976	30,50
Fev/09	49	192	139	357	346	1083	2688	40,30
Mar/09	147	213	37	402	376	1175	2976	39,50
Abr/09	79	153	39	346	321	938	2880	32,60
Mai/09	18	119	110	239	229	715	2976	24,00
Jun/09	49	230	224	351	337	1191	2880	41,40
Jul/09	15	223	218	363	376	1195	2976	40,15
CU	594	2325	1695	3649	3730	11993		
CI	7008	7008	7008	7008	7008	35040	35040	
%	8,5	33,2	24,2	52,1	53,2	34,2	100	

*CU – capacidade utilizada; CI – capacidade instalada.

O CME obteve sua maior produção/utilização das autoclaves no mês de agosto, totalizando um número de 1.283 ciclos (43,10%) e em outubro o de menor frequência, alcançando apenas 186 ciclos (6,25%).

Em relação à produção de cada um dos cinco equipamentos da unidade, observou-se que a autoclave A foi utilizada somente 8,5% (n=594) do total de sua capacidade, e a que apresentou maior produção/utilização foi a autoclave E (53,2%), totalizando (n=3730). A média de utilização das autoclaves obtida no estudo correspondeu a 34,2%.

Avaliação da bomba de vácuo

Tabela 4 - Distribuição dos testes de Bowie Dick realizados nas autoclaves B e C, segundo a conformidade funcional, no período de janeiro a dezembro de 2008

MÊS/ AUTO- CLAVE	B TESTES REALIZADOS	B TESTES ESPERADOS	% B	C TESTES REALIZADOS	C TESTES ESPERADOS	% C	% TOTAL
Janeiro	4	31	12,9	3	31	9,7	11,3
Fevereiro	12	28	42,8	3	28	10,7	26,8
Março	1	31	3,2	1	31	3,2	3,2
Abril	8	30	26,7	3	30	10,0	18,3
Maió	0	31	0,0	0	31	0	0
Junho	20	30	66,7	5	30	16,7	41,7
Julho	11	31	35,5	10	31	32,2	33,9
Agosto	6	31	19,3	16	31	51,6	35,5
Setembro	17	30	56,7	9	30	30,0	43,3
Outubro	18	31	58,1	0	31	0	29,0
Novembro	0	30	0	0	30	0	0
Dezembro	0	31	0	0	31	0	0
TOTAL	97	365	26,6	50	365	13,7	20,1

*Nenhum teste apresentou resultado insatisfatório.

Este indicador demonstrou que não houve falha na bomba de vácuo dos equipamentos nos testes realizados. Contudo, os registros não se mostraram sistemáticos, havendo meses em que não foi realizado nenhum teste, conforme observado nos meses de maio, novembro e dezembro para as autoclaves B e C, e também no mês de outubro para a autoclave C.

Avaliação microbiológica

Tabela 5 - Distribuição do teste biológico realizado nas autoclaves que apresentaram negatividade, no período de janeiro a dezembro de 2008

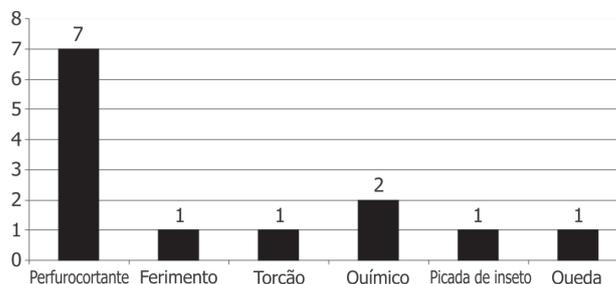
MÊS/ AUTOCLAVE	A	B	C	D	E	TOTAL
Janeiro	22	23	22	21	22	110
Fevereiro	14	14	3	21	18	70
Março	19	2	18	18	19	76
Abril	22	14	14	20	20	90
Maió	0	18	10	19	19	66
Junho	0	25	3	21	24	73
Julho	0	22	22	22	21	87
Agosto	0	11	21	12	22	66
Setembro	0	34	15	23	25	97
Outubro	0	25	0	0	9	34
Novembro	0	0	0	0	0	0
Dezembro	0	0	0	0	0	0
TOTAL	77	188	128	177	199	769

Os testes das autoclaves A, B, C e E apresentaram total negatividade e a autoclave D 98,9%, ou seja, dois dos testes realizados nesta autoclave, um no mês de março e outro em setembro, apresentaram positividade. Neste quesito também se observou que em vários meses não foram realizados os testes, principalmente na autoclave A de julho a dezembro, e em todas as autoclaves nos meses de novembro e dezembro.

Indicador de resultado

Taxa de acidente de trabalho envolvendo profissional da área de enfermagem

Gráfico 1 – Distribuição do tipo de acidentes ocupacionais ocorridos no CME, no período de janeiro a dezembro de 2008



Os acidentes de trabalho notificados no período investigado totalizaram 13, em dez dessas ocorrências não houve a necessidade de afastamento do profissional e apenas em três casos sim. Todos os acidentes envolveram somente auxiliares de enfermagem, obtendo-se um indicador de 24,5%.

As causas dos acidentes foram variadas, mas principalmente relacionadas a lesões perfurocortantes, num total de sete ocorrências (53,84%).

DISCUSSÃO

Avaliar a qualidade na prestação de serviços tem se tornado uma prática importante na atuação do enfermeiro gerente de CME. Para tanto, é necessário mensurar dados e analisá-los, para subsidiar a tomada de decisão na busca da melhoria contínua da assistência de enfermagem, nesse sentido, o uso de indicadores de qualidade e produtividade atende a essa finalidade.

Segundo a tríade de Donabedian, um dos indicadores de estrutura a ser analisado é o índice de treinamento de profissionais, neste estudo, utilizado com a equipe de enfermagem. Este indicador tem por objetivo considerar o total de horas de treinamento investidas pela instituição na capacitação e desenvolvimento dos servidores¹². Um estudo realizado¹³ nas unidades de internação de um hospital público de grande porte atingiu o índice de sete horas treinamento/homem/ano, enquanto que os achados desse estudo foram de 3,7 horas de treinamento/homem/ano, especificamente no CME. Não se

encontrou na literatura científica publicada e consultada estudos desenvolvidos em CME para a comparação dos resultados obtidos nesta pesquisa.

A educação continuada é uma das formas de assegurar a manutenção da competência da equipe de enfermagem em relação à assistência. A equipe de enfermagem é composta por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, e todos devem ser treinados e atualizados frequentemente, visto que, a assistência de enfermagem é prestada por todos os elementos da equipe¹⁴. O enfermeiro é o gestor da equipe de enfermagem, e uma de suas funções é administrar os recursos humanos, por meio da realização de programas de treinamento e de educação permanente¹.

Os indicadores de processo investigados foram quatro. O primeiro referiu-se a manutenção de autoclaves de esterilização por vapor saturado sob pressão. Um dos benefícios da manutenção preventiva é o aumento do tempo de vida útil do equipamento, evitando gastos com a manutenção corretiva. Segundo as Práticas Recomendadas da Sociedade Brasileira de Enfermagem em Centro Cirúrgico (SOBECC)¹, a eficácia do equipamento deve ser garantida por meio de manutenção preventiva e/ou corretiva e deve-se realizar manutenção preventiva dos equipamentos mensalmente, bem como a limpeza da câmara interna do equipamento, no mínimo, semanalmente¹.

Observou-se nesta investigação que as recomendações relativas à manutenção preventiva não foram seguidas mensalmente, pois foram realizadas abaixo do recomendado nas autoclaves A - 9, B - 3, C - 2, E - 11, e acima do recomendado na autoclave D - 14, refletindo a falta de planejamento e de controle na programação das manutenções preventivas.

A produtividade tem sido cada vez mais destacada em vários meios de comunicação, tanto científicos, quanto públicos. Para esta avaliação é necessário analisar o tempo despendido na execução da tarefa¹⁵. Corroborando com essas afirmações, o segundo indicador desta categoria foi utilizado para averiguar a produção das autoclaves por meio da capacidade utilizada e instalada do equipamento. Os resultados mostraram que o CME tem condições de aumentar muito a produção de esterilização em todas as autoclaves, e que

certamente, a curto e médio prazo, não levará a necessidade da aquisição de novos equipamentos.

O terceiro indicador avaliado neste estudo foi a Avaliação da Bomba de Vácuo, por meio do teste Bowie Dick (Indicador Químico Classe 2), que tem como propósito avaliar a eficácia dos sistemas de remoção dinâmica de ar da autoclave¹⁶. Os resultados mostraram que este tipo de teste foi realizado somente em duas das cinco autoclaves, por estas serem mais modernas e com condições de fazer o ciclo para o teste Bowie Dick. Este teste, de modo geral, não é realizado aos finais de semana e feriados, de acordo com a supervisora do CME, devido à falta exclusiva de enfermeiro no setor para acompanhar e avaliar o resultado do teste. No entanto, os testes realizados apresentaram 100% de conformidade, embora os registros não tenham sido sistematicamente realizados, segundo o Manual da SOBECC¹, comprometendo, portanto, a exequibilidade do indicador, pois este deve ser realizado no primeiro ciclo de cada dia, o que resultaria em 365 testes de Bowie Dick por autoclave.

Quanto ao quarto indicador, relativo ao teste microbiológico, e que faz parte do controle do processo de esterilização por vapor saturado sob pressão, caracterizado por uma preparação padronizada de esporos bacterianos do *Geobacillus stearothermophilus*, serve para comprovar a morte bacteriana após a esterilização¹. O teste é realizado no CME na primeira carga após o Bowie Dick e em todas as cargas que tenham materiais de implantes. Segundo as recomendações¹, este teste pode ser realizado semanalmente ou diariamente e em materiais de implantes. Os registros para este teste mostraram falta de sistematização, o que torna esse indicador não exequível. Quanto à eficácia do teste, verificou-se que em quatro autoclaves se obteve um indicador 100% satisfatório, e em uma delas, 98,9% satisfatório.

Como indicador de resultado, foi pesquisada a taxa de acidente de trabalho dos profissionais de enfermagem. Acidente ocupacional é definido como aquele que ocorre envolvendo a pessoa no exercício do trabalho, ou a serviço da empresa, capaz de provocar lesão corporal ou perturbação funcional, ou que cause morte, ou perda, ou redução permanente ou temporária da capacidade para o trabalho¹². Esse indicador é

demonstrado pela relação entre o número de acidentes de trabalho envolvendo profissionais de enfermagem e o número de atividades¹². Para Possari¹⁷, estudos sobre acidente de trabalho em CME são escassos, e segundo o manual de avaliação da qualidade de práticas de controle de infecção hospitalar, esse indicador deveria ser de zero por cento, porém não foi condizente com os resultados obtidos neste estudo, cuja taxa foi de 24,5%¹¹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os indicadores são ferramentas gerenciais quantitativas utilizadas para mensurar a produtividade e a qualidade em processos avaliatórios; auxiliam também a comparação com os resultados obtidos por outros serviços, além de direcionar as ações corretivas e favorecer a busca pela excelência no trabalho.

Este estudo possibilitou concluir que o indicador de estrutura no setor investigado foi exequível, resultando em 3,7 horas para o índice de treinamento de profissionais de enfermagem, justificando a necessidade de capacitação dos servidores do CME. Os

indicadores de processo não foram exequíveis, pois não atenderam às práticas recomendadas pela literatura científica, especificamente em relação a frequência de realização, ou seja, manutenção preventiva das autoclaves, avaliação da bomba de vácuo por meio do teste de Bowie Dick e indicador biológico. Para a produção das autoclaves, obteve-se a média de 34,2%, demonstrando não haver a necessidade de aquisição de novas tecnologias, mas o aumento da demanda. O indicador de resultado foi exequível com uma taxa de acidente de trabalho equivalente a 24,5%, apontando condições favoráveis à obtenção de melhorias no setor. Dessa forma, ao avaliar um serviço por meio de indicadores, impõe-se a necessidade de se obter registros confiáveis e sistematizados, assim como é preciso usar cautela na análise dos dados e conhecimento especializado, a fim de nortear uma tomada de decisão segura e eficaz. Contudo, o uso de um único indicador não permite avaliar a produtividade e a qualidade do serviço, sendo necessário e recomendado o emprego dos indicadores de estrutura, processo e resultado.

REFERÊNCIAS

1. Práticas recomendadas SOBECC. Centro de Material e Esterilização. São Paulo: SOBECC; 2007.
2. Nepote MHA. Análise do desempenho das atividades no centro cirúrgico através de indicadores quantitativos e qualitativos. *Rev Adm Saúde*. 2003; 5(21):21-30.
3. Kluck M, Guimarães JR, Ferreira J, Prompt CA. A gestão da qualidade assistencial do Hospital das Clínicas de Porto Alegre: implementação e validação de indicadores. *Rev Adm Saúde* 2008; 10(40):97-102.
4. Jiménez REP. Indicadores de Calidad y eficiencia de los Servicios Hospitalarios. Una mirada actual. *Rev Cubana Salud Pública*. 2004; 1(30):17-36.
5. Michaelis: dicionário escolar da língua portuguesa. São Paulo: Melhoramentos; 2008.
6. Calicchio LG, Santos FP, Silva CPR. Indicadores de monitoramento em centro de material e esterilização. In: Leão ER, Silva CPR, Alvarenga DC, Mendonça SHF. Qualidade em saúde e indicadores como ferramenta de gestão. São Caetano do Sul, SP: Yends; 2008. p. 281-94.
7. Duarte IG, Ferreira, DP. Uso de indicadores na gestão de um centro cirúrgico. *Rev Adm Saúde*. 2006; 8(31):63-70.
8. Marx LC. Gestão de enfermagem voltada a resultados. In: Marx LC. Competências de enfermagem: sedimentadas no sistema primary nurse. Petrópolis, RJ: EPUB; 2006. p. 143-7.
9. Ramírez STJ, Nájera AP, Nigenda GL. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud em México: perspectivas de los usuarios. *Salud Publica Mex*. 1998; 1(40):3-12.
10. Saúde & Cidadania. Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania). [acesso em 2009 mar 13]. Disponível em: http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/ed_03/03_05.html
11. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Divisão de Infecção Hospitalar Centro de Vigilância Epidemiológica. Manual de avaliação da qualidade de práticas de controle de infecção hospitalar. São Paulo; 2006.
12. Manual de Indicadores de Enfermagem NAGEH. Programa de Qualidade Hospitalar (CQH). São Paulo: APM/ CREMESP; 2006.
13. Relatório gestão 2007. Diretoria da Enfermagem. Desenvolvimento de pessoal. [acesso em 2010 jan 24]. Disponível em: http://www.unifesp.br/spdm/hsp/relatorio_gestao/relatorio2007/developimento.htm
14. Koizumi MS, Kimura M, Miyadahira AMK, Cruz DALM, Padilha KG, Sousa RMC et al. Educação continuada da equipe de enfermagem nas UTIs do município de São Paulo. *Rev Latino-am Enferm*. 1998; 6(3):33-41.
15. Sancinetti TR, Gatto MAF. Parâmetros de produtividade de um centro de material e esterilização. *Rev Esc Enferm USP*. 2007, 2(41):264-70.
16. Hancock CO. O que fazer quando há um problema com o teste Bowie Dick. [acesso em 2010 mar 9]. Disponível em: <http://ultimedia.3m.com/mws/mediawebsrver?66666UuZjcFSLXTtNxT2N8TXEVuQECuZgVs6EVs6E666666>.
17. Possari JF. Biosegurança no centro de material e esterilização. In: Centro de Material e Esterilização: planejamento e gestão. São Paulo: Iátria; 2007. p. 119-32.

Recebido em: 23/03/2011

Aceite em: 11/05/2011



Artigo de Atualização ou Divulgação

DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS POR DOSE UNITÁRIA EM HOSPITAIS: CUSTOS VERSUS BENEFÍCIOS¹

MEDICATION DISTRIBUTION SYSTEM PER UNIT-DOSE IN HOSPITALS: COSTS VERSUS BENEFITS

DISTRIBUCIÓN DE MEDICACIÓN POR DOSIS UNITARIA EN HOSPITALES: CUESTOS VERSUS BENEFICIOS

Liliana Batista Vieira*, Ana Paula Pereira**, Nelson Pereira de Castro**, Márcio Mielo***, Ana Maria Laus****, Lucieli Dias Pedreschi Chaves****

Resumo

Por meio das novas tecnologias aplicadas à saúde têm se conseguido, de forma inegável, aumentar a duração e a qualidade de vida, reduzir a dor e o sofrimento e recuperar a capacidade funcional das pessoas, entre outras. No entanto, estes benefícios têm sido, frequentemente, acusados de estarem associados ao aumento de custos. Os medicamentos representam uma parcela muito alta do orçamento dos hospitais, justificando, portanto, a implantação de medidas que assegurem o seu uso correto. É importante pensar um sistema de dispensação de medicamentos que reduza consideravelmente os estoques, facilite a devolução e, assim, reduza o desperdício no ambiente hospitalar, ao mesmo tempo em que garanta a segurança do paciente. Este texto tem como objetivo discutir o sistema de dispensação de medicamentos por dose unitária em hospitais, confrontando seus custos e benefícios. Com a implantação da dispensação de medicamentos por dose unitária em hospitais, a administração de doses erradas foi reduzida em mais de 80%. Apesar desse sistema estar sendo utilizado com êxito nos países da América do Norte e Europa, ainda são raros os hospitais brasileiros que o adotam. É necessário que se realizem novos estudos sobre o sistema de distribuição de medicamentos por dose unitária em hospitais, considerando aspectos não somente relacionados aos custos, como a operacionalização do processo e a capacitação de recursos humanos, mas principalmente aspectos relacionados aos benefícios, tais como maior segurança do paciente, melhor utilização dos profissionais envolvidos, maior controle dos medicamentos e até mesmo a redução dos custos.

Palavras-chave: Dose unitária. Sistemas de medicação. Sistemas de medicação no hospital. Custos e análise de custo.

Abstract

New technologies applied to health are achieved to increase the length and quality of life, reduce pain and suffering and restore functional capacity of people, among others. However, these benefits have often been accused of being associated with increased costs. Medications are a very high proportion of hospital budgets, and thus justifies the implementation of measures to ensure its correct use. It is important to consider a system of medications dispensing that greatly reduce inventories, facilitate the return and thus reduce waste in hospitals, while ensuring patient safety. This paper aims to discuss the medication dispensing system per unit dose in hospitals and compare the costs and benefits. With the implementation of medications dispensing per unit dose in hospitals, administration of wrong dose was reduced by more than 80%. Although this system is being used successfully in the countries of North America and Europe, there are only a few Brazilian hospitals that adopt it. It is necessary to conduct further studies on the medication distribution system per unit-dose in hospitals not only considering issues related to costs, such as the operationalization of the process and training of human resources, but issues related to benefits such as improved security of patient, better use of professionals, greater control of medicines and even reduction costs.

Keywords: Unit dose. Medication systems. Medication systems, hospital. Costs and cost analysis.

Resumen

Las nuevas tecnologías aplicadas a la salud han logrado, de manera innegable, aumentar la duración y la calidad de vida, reducir el dolor y el sufrimiento y recuperar la capacidad funcional de personas, entre otras. Sin embargo, estos beneficios han sido frecuentemente acusados de estar asociados al aumento de costos. Las medicinas representan una parcela muy alta del presupuesto de los hospitales, justificando, por lo tanto, la implementación de medidas que aseguren su uso correcto. Es importante pensar en un sistema de dispensación de medicinas que reduzca considerablemente los estoques, facilite la devolución y así reduzca el desperdicio en el ambiente hospitalaria al mismo tiempo que garantice la seguridad del paciente. Este texto tiene como objetivo discutir el sistema de dispensación de medicinas por dosis unitaria en hospitales, confrontando sus costos y beneficios. Con la implantación de la dispensación de medicinas por dosis unitarias en hospitales, la administración de dosis incorrectas fue reducida en más de 80%. A pesar de este sistema estar siendo utilizado con éxito en los países de América del Norte y Europa, todavía son raros los hospitales brasileños que lo adoptan. Es necesario que se realicen nuevos estudios sobre el sistema de distribución de medicinas por dosis unitarias en hospitales considerando aspectos no solamente relacionados a los costos como a la operacionalización del proceso y la capacitación de recursos humanos, pero principalmente a aspectos relacionados a los beneficios, tales como más grande seguridad del paciente, mejor utilización de los profesionales envueltos, un control más grande de las medicinas y hasta mismo la reducción de los costos.

Palabras clave: Dosis unitaria. Sistemas de medicación. Sistemas de medicación en hospital. Costos y análisis de costo.

¹ Artigo desenvolvido durante a disciplina de Pós-Graduação "ERG 5875 - Perspectivas atuais de gerenciamento na área hospitalar: a questão econômica" da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). Contato: lilianab@fcrp.usp.br

* Farmacêutica, Mestre em Ciências Farmacêuticas, aluna de doutorado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem Fundamental da EERP/USP.

** Enfermeiros, alunos de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da EERP/USP.

*** Enfermeiro, Mestre em Enfermagem Fundamental, aluno especial do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da EERP/USP.

**** Enfermeiras, Professoras Doutoras do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da EERP/USP.

INTRODUÇÃO

Por meio das novas tecnologias aplicadas à saúde têm se conseguido, de forma inegável, aumentar a duração e a qualidade de vida, as taxas de cura em situações clínicas definidas, reduzir a dor e o sofrimento e recuperar a capacidade funcional das pessoas, entre outras. No entanto, estes benefícios têm sido, frequentemente, acusados de estarem associados ao aumento de custos.

É preciso refletir sobre o esforço para promover e aperfeiçoar a oferta de produtos e serviços em saúde, com vistas à obtenção dos melhores resultados, tarefa esta que tem exigido dos profissionais e gestores da área da saúde uma compreensão mútua sobre custos, para a identificação de alternativas que garantam tal propósito.

Neste sentido, pensar o uso racional de medicamentos torna-se uma tarefa imperiosa, uma vez que estes têm uma representatividade significativa no que tange aos custos e, ao mesmo tempo, são essenciais na absoluta maioria das ações em saúde.

Os medicamentos representam uma parcela muito alta do orçamento dos hospitais, justificando, portanto, a implantação de medidas que assegurem o seu uso correto¹.

Os erros de medicação podem ocorrer em qualquer etapa da terapia medicamentosa, quais sejam: prescrição, transcrição, dispensação, distribuição, preparo, administração e monitorização. De acordo com o relatório "To Err is human", publicado em 1999 pelos Institutos Americanos de Medicina, cerca de 44.000 a 98.000 pacientes morrem a cada ano naquele país devido às iatrogenias médicas, estando 7.000 delas relacionadas aos erros de medicação^{2,3}. A morbimortalidade relacionada ao uso de medicamentos tem custado mais de U\$136 bilhões por ano aos Estados Unidos, sendo que 60% destes custos poderiam ter sido evitados^{3,4}.

Várias são as medidas já referenciadas na literatura como estratégias para a redução e prevenção dos erros de medicação nas instituições hospitalares, destacando-se medidas tecnológicas como a implantação da prescrição médica eletrônica, do código de barras e do sistema de dispensação de medicamentos por dose unitária (SDMDU)^{3,5}.

SISTEMA DE DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS

O sistema de distribuição de medicamentos nas instituições hospitalares é importante, tanto técnica, quanto financeiramente. Um sistema bem estruturado permite maior controle sobre os medicamentos e o faturamento gasto por paciente, facilitando a observância de custos e o controle de gastos total.

Os sistemas de distribuição de medicamentos são divididos em dois grandes grupos: o tradicional e o moderno. O primeiro inclui o coletivo, o individualizado e o misto; o último, o sistema por dose unitária^{6,7}.

No final da década de 1950, com o aumento do uso de medicamentos mais potentes, mas também causadores de graves efeitos colaterais, iniciou-se a publicação de trabalhos sobre a incidência de erros de medicação em hospitais⁸.

Os dados desses estudos apontaram que, em média, para cada seis doses administradas ao paciente, uma estava errada. O sistema tradicional de distribuição de medicamentos vigente na época necessitava ser repensado, visando melhorar a segurança do paciente⁸.

Nos anos 1960, muitos farmacêuticos hospitalares formaram grupos para conduzir uma pesquisa com objetivo de encontrar um método mais seguro e mais efetivo de distribuição de medicamentos. A primeira tentativa de descrever o SDMDU foi documentada em alguns hospitais comunitários em Long Beach, na Califórnia, Rochester e Minnesota nos Estados Unidos. Os farmacêuticos hospitalares das universidades da Flórida, Arkansas, Iowa, Wisconsin, Kentucky e Ohio, nos Estados Unidos, mais tarde desenvolveram o conceito de um novo sistema: a dose unitária^{9,10}, capaz de reduzir a incidência de erros de medicação, o custo dos medicamentos, as perdas e os furtos dos mesmos, bem como melhorar o aproveitamento dos profissionais envolvidos e o nível da assistência ao paciente⁸.

No SDMDU, o farmacêutico recebe a prescrição médica do paciente ou sua cópia direta; elabora o perfil farmacoterapêutico do paciente e analisa as informações da prescrição; quando necessário, faz intervenções na terapêutica medicamentosa e dispensa os medicamentos em embalagens de dose unitária. Estas contêm a quantidade do medicamento que um médico prescreve a um determinado paciente, para determinada hora, estando prontas para serem administradas, não requerendo manipulação prévia da enfermagem⁸.

Diversos autores relataram as numerosas vantagens apresentadas pelo SDMDU em hospitais, quando comparado aos demais sistemas de distribuição^{1,8,11,12}, entre elas:

- diminuição drástica de erros de medicação, pois é o sistema que melhor garante que o medicamento prescrito chegue ao paciente para o qual foi destinado, de acordo com a prescrição do médico;
- redução do tempo do pessoal de enfermagem com a manipulação de medicamentos e o controle de

estoques da unidade de internação, podendo dedicar-se mais tempo ao cuidado do paciente;

- controle mais efetivo sobre os medicamentos, já que diminui o custo hospitalar associado ao medicamento ao minimizar os estoques dos serviços, diminuindo os desperdícios por perdas, deterioração, vencimento e outros fatores, recuperando aqueles não administrados ao paciente;

- integração do farmacêutico com a equipe de saúde, com melhor controle e seguimento farmacoterapêutico dos pacientes, facilitando a avaliação de incidentes potenciais com medicamentos e a realização de intervenções farmacêuticas;

- oferta de medicamentos em doses organizadas e higiênicas;

- aperfeiçoamento da cobrança do medicamento administrado ao paciente, permitindo uma fatura mais exata dos gastos medicamentosos que realmente foram administrados;

- aumento da segurança do médico;

- otimização da qualidade assistencial, pela maior facilidade de adaptação aos procedimentos informatizados e automatizados.

Entretanto, também foram apontadas desvantagens deste sistema como: o aumento de recursos humanos e de infraestrutura da farmácia hospitalar, exigência de investimento inicial, incremento das atividades desenvolvidas pela farmácia e aquisição de materiais e equipamentos especializados^{12,13}.

É importante entender o sistema de dose unitária como uma linha de produção em que todos os passos são minuciosamente acompanhados, controlados e conferidos pelo farmacêutico, garantindo a eficiência operativa e a segurança do paciente¹².

Pesquisadores norte-americanos descreveram que a mudança do sistema tradicional para a dose unitária diminuiu a taxa de erros de 13% para 1,9%¹⁴. Com a implantação do SDMDU em hospitais, a administração de doses erradas foi reduzida em mais de 80%^{14,15}. Em 1977, a *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations* recomendou o SDMDU para ser utilizado em hospitais¹⁰. Sabe-se que em hospitais estadunidenses, ingleses e canadenses onde foi implantado o sistema de dose unitária, as taxas de erros de medicação caíram de um erro/paciente/dia para dois ou três erros/paciente/semana¹⁶.

Apesar do SDMDU estar sendo utilizado com êxito nos países da América do Norte e Europa, ainda são raros

os hospitais brasileiros que o adotam. É importante aprimorar o conhecimento sobre o sistema, relatar o resultado e incentivar a sua implantação nos hospitais⁸.

Assim, após apresentar os aspectos relativos à organização do processo de trabalho da farmácia hospitalar, na adequação de custos e utilização de recursos financeiros disponíveis, na adoção de práticas seguras para o paciente e na contemporaneidade da temática, este texto tem como objetivo discutir o sistema de dispensação de medicamentos por dose unitária em hospitais, apontando seus custos e benefícios.

DISCUSSÃO

Após um levantamento bibliográfico, pode-se observar que são poucos os trabalhos produzidos sobre SDMDU e, principalmente, quando o aspecto estudado refere-se a custos ou impactos financeiros. Do ponto de vista técnico, as vantagens oferecidas por este método são infinitamente superiores às desvantagens, devendo ser analisado ao se pensar em um sistema de dispensação de medicamentos.

Entre os trabalhos encontrados na literatura, fica evidente que no SDMDU a interface entre almoxarifado, farmácia e enfermagem é de fundamental importância para que o processo tenha sucesso. Mostram ainda que a dispensação de medicamentos por dose unitária leva a uma redução de erros, permite uma distribuição de medicamentos de forma ordenada e racional, além da rastreabilidade de medicamentos utilizados; aumenta a segurança para pacientes e reduz os custos com medicamentos, o que leva a uma discussão estratégica sobre este tipo de sistema em ambientes hospitalares^{14,17-19}.

Ainda com relação aos recursos humanos envolvidos neste sistema de dispensação, é fundamental, do ponto de vista de custos, rever o quantitativo de pessoal da enfermagem envolvido na assistência direta ao paciente, pois, muitas vezes, incorporam-se algumas tecnologias ao processo de cuidar com o objetivo de facilitar o trabalho e não se faz uma reavaliação de impacto em recursos humanos ao se incorporá-las, o que muitas vezes implica nos custos finais da produção do cuidado em saúde.

A dispensação de medicamentos por dose unitária exige o envolvimento ativo e atento do farmacêutico, bem como sua função educativa no sentido de suprir o corpo clínico de informações sobre medicamentos, representando uma das últimas oportunidades de identificar, corrigir ou reduzir possíveis riscos associados à terapêutica.

Além dos aspectos econômico-financeiros citados até o momento, há ainda que se pensar em custos que não

podem ser mensurados causados pelos erros na administração de medicamentos, tais como fármaco, dose, forma farmacêutica, via de administração ou paciente errado, que são maiores no sistema de distribuição tradicional, e que mais uma vez devem ser considerados ao se escolher um sistema de dispensação no ambiente hospitalar. Esses erros podem levar a importantes agravos à saúde dos pacientes, com relevantes repercussões econômicas e sociais, sendo considerados, atualmente, um problema de saúde pública⁸.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa reflexão permitiu entender a importância da gestão econômica associada ao processo de aquisição, armazenamento e dispensação de medicamentos no ambiente hospitalar, considerando a fatia financeira que estes representam dentro do orçamento.

Permitiu ainda avaliar que as vantagens do SDMDU são, sobremaneira, mais evidentes do que as

desvantagens quanto à segurança do paciente. Evidenciou-se que este proporciona a diminuição de erros no preparo da medicação, otimiza o tempo do pessoal de enfermagem, traduzido pela elevação da qualidade da assistência prestada aos pacientes, facilitando também, maior coesão do farmacêutico com a equipe de saúde.

Há que se pensar ainda em estudos quantitativos que avaliem o impacto econômico da utilização deste sistema, considerando os materiais empregados e os recursos humanos, os sub-estoques e desperdícios, as interações farmacológicas indesejáveis, os erros de administração de medicamentos, capazes de causar sequelas e até mesmo a morte, entre outros.

É necessário que se realizem novas pesquisas, considerando aspectos não somente relacionados aos custos, como a operacionalização do processo e a capacitação de recursos humanos, mas, principalmente, aspectos relacionados aos benefícios que garantam a segurança do paciente.

Agradecimentos

Agradecemos a Prof^a. Dr^a. Maria Luiza Anselmi pelos conhecimentos compartilhados durante a disciplina "Perspectivas atuais de gerenciamento na área hospitalar: a questão econômica", da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP).

REFERÊNCIAS

1. Maia Neto JF. Farmácia hospitalar: um enfoque sistêmico. Brasília: Thesaurus; 1995.
2. Leape LL, Berwick DM, Bates DW. What practices will most improve safety? Evidence-based medicine meets patient safety. *JAMA*. 2002; 288(4):501-7.
3. Cassiani SHB, Gimenes FRE, Monzani AAS. O uso da tecnologia para a segurança do paciente. *Rev Eletr Enf [Internet]*. 2009; 11(2):413-7. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a24.htm>.
4. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. 3rd ed. Washington: National Academy of Institute of Sciences; 2000.
5. Rothschild JM, Keohane CA, Cook EF, Orav EJ, Burdick E, Thompson S et al. A controlled trial of smart pumps to improve medication safety in critically ill patients. *Crit Care Med*. 2005; 33(3):533-40.
6. Ribeiro E. Dose unitária: sistema de distribuição de medicamentos em hospitais [dissertação]. São Paulo: Escola de Administração de Empresas de São Paulo – Fundação Getúlio Vargas; 1992.
7. Ribeiro E. "Dose unitária": sistema de distribuição de medicamentos em hospitais. *Rev Adm Empr*. 1993; 33:62-73.
8. Ribeiro E. Sistemas de distribuição de medicamentos para pacientes internados. In: Storpirtis S, Mori ALPM, Yochiy A, Ribeiro E, Porta V. Farmácia clínica e atenção farmacêutica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008. p.161-70.
9. Cunha GWB. Dose unitária: solução eficaz e eficiente. *Rev da Secretaria de Saúde de São Paulo*. 1997; 6(25):14.
10. Cipriano S. Sistema de dispensação de medicamentos em dose unitária. In: Ueta J, Cassiani SHB. A segurança dos pacientes na utilização da medicação. São Paulo: Artes Médicas; 2004. p.73-83.
11. Freitas AR. Vigilância sanitária hospitalar: sistema de distribuição de medicamentos por dose unitária (SDMDU) em foco. Rio de Janeiro: ENSP; 2004.
12. Scodelario Cortes C, Marjorye da Silva F, Panissa GM, Neves Araújo SA. O sistema de distribuição de medicamentos por dose unitária: ações do enfermeiro hospitalar. *Conscientiae Saúde*. 2009; 8(2):259-65.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Controle de Infecção hospitalar. Guia básico para a farmácia hospitalar. Brasília: MS/SAS; 1994.
14. Rosa MB, Perini E. Erros de medicação: quem foi? *Rev Assoc Med Bras*. 2003; 49(3):335-41.
15. Barker KN. The effects of an experimental medication system on medication errors and costs. I. Introduction and errors study. *Am J Health Syst Pharm*. 1969; 26(6):324-33.
16. Barker KN, Allan EL. Research on drug-use-system errors. *Am J Health Syst Pharm*. 1995; 52(4):400-3.
17. Poveda Andrés JL, Hernández Sansalvador M, Díez Martínez AM, García Gómez C. Análisis coste-beneficio del proceso de semiautomatización en la preparación de dosis unitarias por el Servicio de Farmacia. *Farm Hosp*. 2004; 28:76-83.
18. Coimbra JAH, Valsechi EASS, Carvalho MDB, Peloso SM. Sistema de distribuição de medicamentos por dose unitária: reflexões para a prática da enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem*. 1998; 6(4):15-9.
19. Sáenz Vega Z, Salas Arrieta L. Sistema de distribución de medicamentos por dosis unitaria para 24 horas, una propuesta de evaluación. *Rev Cienc Adm Financ Segur Soc*. 1997; 5(2):32-7.

Recebido em: 03/04/2011

Aceite em: 28/05/2011



Artigos de Revisão

O LÚDICO E A DEFICIÊNCIA VISUAL: UMA REVISÃO DE LITERATURA¹

PLAYING AND VISUAL IMPAIRMENT: A REVIEW OF LITERATURE

EL JUEGO Y LA DISCAPACIDAD VISUAL: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA

Marcela Aparecida Mestriner*, Mariele Curti*, Maria Cláudia Parro**

Resumo

O brinquedo é um objeto facilitador do desenvolvimento das atividades lúdicas que desperta a curiosidade, exercita a inteligência, permite a imaginação e estimula a criatividade. A brincadeira é uma rica fonte de comunicação por meio da qual a criança promove uma série de aspectos que contribuem tanto para o desenvolvimento individual quanto social. As crianças com deficiência visual possuem limitações em captarem estímulos ambientais provocadores de ação, ou mesmo de reagirem a eles, podendo ser privadas das melhores oportunidades de desenvolvimento. Considerando esses aspectos, o presente trabalho apresentou como objetivo realizar um levantamento bibliográfico, em periódicos nacionais, no período de 2000 a 2009, acerca do uso da brinquedoterapia para estimular o desenvolvimento da criança deficiente visual. A pesquisa realizou-se nas bases de dados LILACS e SciELO. Foram encontrados seis artigos referentes à temática. O periódico que mais publicou a temática foi a Revista Brasileira de Educação Especial. Dentre os estudos, a abordagem quantitativa representou a maioria. Metade das publicações concentra-se na área de Psicologia. Durante o estudo pôde ser visualizado que o brinquedo é uma importante estratégia quando utilizada para o desenvolvimento e a socialização da criança com deficiência visual. Entretanto, é uma temática ainda pouco estudada e divulgada entre o meio científico de enfermagem.

Palavras-chave: Recreação. Jogos e brinquedos. Portadores de deficiência visual. Desenvolvimento infantil.

Abstract

The toy is an object facilitates the development of recreational activities which arouse curiosity, intelligence exercises, allows the imagination and stimulates creativity. The play is a rich source of communication through which the child runs a number of aspects that contribute to both the individual and social development. Children with disabilities have limitations in capturing visual environmental cues that trigger action, or even react to them, may be deprived of the best development opportunities. Considering these aspects, this work had as objective to do a survey, in national journals in the period 2000 to 2009, about the use of brinquedoterapia to stimulate the development of visually impaired children. The study was conducted in the databases LILACS and SciELO. Six articles were found concerning the subject. The newspaper had published more the subject was the Journal of Special Education. Among the studies, the quantitative approach represented the majority. Half of the publications focused on the area of psychology. During the study could be seen that the toy is used as an important strategy for the development and socialization of children with visual impairments. However, it is a subject still little studied and disseminated among the scientific nursing.

Keywords: Recreation. Juego e implementos de juego. Visually impaired persons. Child development.

Resumen

El juguete es un objeto facilitar el desarrollo de actividades recreativas que despiertan su interés, los ejercicios de la inteligencia, la imaginación permite y estimula la creatividad. La obra es una rica fuente de comunicación a través del cual el niño realiza una serie de aspectos que contribuyen tanto al desarrollo individual y social. Los niños con discapacidad tienen limitaciones en la captación visual de las señales ambientales que determinan la intervención, o incluso reaccionar a ellos, puede ser privado de las mejores oportunidades de desarrollo. Teniendo en cuenta estos aspectos, este trabajo tuvo como objetivo hacer una encuesta, en revistas nacionales en el período 2000 a 2009, sobre el uso de brinquedoterapia para estimular el desarrollo de los niños con discapacidad visual. El estudio se llevó a cabo en la bases de datos LILACS y SciELO. Seis artículos fueron encontrados sobre el tema. El periódico había publicado más el tema era el Diario de la Educación Especial. Entre los estudios, el enfoque cuantitativo representaba a la mayoría. La mitad de las publicaciones se centraron en el área de la psicología. Durante el estudio se podía ver que el juguete es utilizado como una estrategia importante para el desarrollo y la socialización de los niños con impedimentos visuales. Sin embargo, es un tema todavía poco estudiado y difundido entre el científico de la enfermería.

Palabras clave: Recreación. Play and playthings. Personas con daño visual. Desarrollo infantil.

¹ Artigo científico extraído do Trabalho de Conclusão de Curso para obtenção do título de Graduação em Enfermagem das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP.

* Acadêmicas de Enfermagem das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP.

** Mestre, Docente das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP. Contato: mcparro@bol.com.br

INTRODUÇÃO

A criança se constrói como ser ao interagir com o outro e com o mundo. Nesse sentido, o brincar representa uma função de destaque no crescimento e desenvolvimento infantil. Ao interagir ludicamente com o mundo, a criança vai descobrindo o mundo e a si mesma, organizando o seu interior a partir das vivências no seu meio exterior, já que, movida pela curiosidade, descobre coisas e situações novas¹.

É atribuída à família a responsabilidade de zelar pelo brincar, considerado essencial para a estimulação do desenvolvimento afetivo, cognitivo e físico da criança. No entanto, é preciso compreender essa necessidade de brincar como uma necessidade básica. O brincar é a atividade predominante na infância e vem sendo explorado no campo científico, com o intuito de identificar as suas relações com o desenvolvimento e com a saúde e, entre outros objetivos, intervir nos processos de educação e de aprendizagem das crianças².

Pelo brincar o desenvolvimento infantil está sendo estimulado, independente do tipo ou das características do brinquedo, mesmo porque as brincadeiras mudam conforme muda a idade da criança. Por meio da brincadeira a criança, sem perceber, estimula uma série de aspectos que contribuem tanto para o desenvolvimento individual do ser, quanto para o social. Consiste numa rica fonte de comunicação, pois até mesmo na brincadeira solitária a criança, pelo faz de conta, imagina que está conversando com alguém ou com os seus próprios brinquedos. Com isso, a linguagem é desenvolvida com a ampliação do vocabulário e o exercício da pronúncia de palavras e frases².

A importância do brincar no ambiente hospitalar, felizmente, vem sendo valorizada, como se pode verificar na Lei nº 11.104, de 21 de março de 2005, a qual apresenta a obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação. Essa estratégia pode minimizar o ambiente hostil e estranho da instituição hospitalar e proporcionar um atendimento global durante a internação, tornando o hospital um local de desenvolvimento saudável para as crianças e suas famílias³.

Para a criança com deficiência há o entrelaçamento de suas condições com os lugares sociais a ela atribuídos e construídos nas relações sociais, o que nos convoca a pensar no desenvolvimento, considerando esses aspectos no encontro entre o sujeito em constituição e o ambiente. É importante conhecer as atividades que a criança com deficiência realiza ou pode vir a realizar, atividades estas que são vistas como produções de cultura e experiências de manifestação da subjetividade, considerando ainda o desenvolvimento do brincar e a ênfase dessa atividade no cotidiano da criança, objetivos a serem incluídos nos cuidados a ela oferecidos, visando facilitar sua participação social⁴.

Quando se trata de crianças com necessidades especiais, as questões relacionadas à interação social tornam-se ainda mais importantes, já que, por possuírem certas limitações (algumas relacionadas às possibilidades de locomoção e exploração de objetos), são, frequentemente, consideradas incapazes de participar e contribuir nas atividades em grupo. Desse modo, as crianças com necessidades especiais são, muitas vezes, isoladas do contato com parceiros e têm suas interações restritas à relação com o adulto. Esse isolamento pode ocorrer nas relações com parentes e vizinhos, na escola e nas relações de caráter terapêutico⁵.

Os resultados do estudo de Souza e Batista⁵, com foco no desenvolvimento de crianças com deficiência visual ao longo de todo o período pré-escolar, evidenciaram que essas crianças encontraram dificuldades em se envolverem nas atividades de brincadeira livre com crianças sem prejuízos na acuidade visual, limitando-se a interagir com o adulto ou a brincarem sozinhas. Fato principalmente devido a pouca disponibilidade de brinquedos interessantes para elas, já que na maioria deles predominam atrativos visuais, e ao fato de que, na brincadeira livre, as crianças que enxergam interagem, predominantemente, por meios não verbais, com expressões faciais e movimentos corporais que dificultam a participação da criança com deficiência visual.

Os mesmos autores concluíram também que a situação de brincadeira livre em grupo se mostrou um

espaço favorável para que crianças com deficiência estabelecessem e sustentassem interações com seus parceiros, de forma similar ao observado para as crianças com desenvolvimento típico. De modo geral, a observação constante do brincar, com um olhar atento às potencialidades da criança, permitiu evidenciar importantes indícios de desenvolvimento social⁵.

A criança dotada de visão é motivada a agir porque extrai do seu meio os estímulos provocadores de ação. Já a criança com baixa visão pode não captar esses estímulos ou não saber como reagir a eles, ficando, assim, privada das melhores oportunidades de desenvolvimento. Essa é a razão pela qual ela pode precisar de ajuda até para brincar. O brinquedo é um objeto facilitador do desenvolvimento das atividades lúdicas, que desperta a curiosidade, exercita a inteligência, permite a imaginação e estimula a criatividade, bem como a representação e a expressão de imagens que evocam aspectos da realidade⁶.

Considerando a literatura estudada, que destaca a importância do brincar para o desenvolvimento da criança dotada de visão, bem como da criança com deficiência visual, e buscando compreender a utilização da brinquedoterapia na estimulação do desenvolvimento de crianças deficientes visuais, fez-se o seguinte questionamento: qual a produção nacional de conhecimentos científicos acerca do uso da brinquedoterapia para estimular o desenvolvimento da criança com deficiência visual?

OBJETIVO

Realizar uma revisão bibliográfica, em periódicos nacionais, no período de 2000 a 2009, acerca do uso da brinquedoterapia como estímulo ao desenvolvimento da criança portadora de deficiência visual.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão narrativa de literatura nacional que ocorreu na Biblioteca Virtual da Bireme, nas bases de dados LILACS e SciELO. Para a busca das informações, foram utilizadas as palavras-chave: lúdico, brinquedo, deficiência visual e desenvolvimento. Foram levantados os artigos científicos na íntegra, publicados nos últimos dez anos, sobre o uso da brinquedoterapia

no desenvolvimento da criança com deficiência visual, e excluídos os artigos em outra língua senão a portuguesa. A análise das publicações foi direcionada por elementos adaptados do instrumento de URSI⁷ conforme o Quadro 1.

Quadro 1 – Instrumento para coleta de dados bibliográficos adaptado de URSI

1 Identificação	
Título do artigo	
Título do periódico	
Autores	Nome: Local de trabalho: Graduação:
País	
Idioma	
Ano de publicação	
Sede do estudo	
2 Tipo de revista	
Publicação de enfermagem	
Publicação de outras áreas	
3 Características metodológicas do estudo	
1 Tipo de publicação	1.1 Pesquisa () abordagem quantitativa () experimental () quase experimental () não experimental () abordagem qualitativa 1.2 Não pesquisa () revisão de literatura () relato de experiência () outras. Qual? _____
2 Objetivo	
3 População	
4 Amostra	
5 Local	
6 Resultados	
7 Conclusão	

O propósito geral de uma revisão de literatura de pesquisa é reunir conhecimento sobre o assunto a ser estudado, proporcionando aos leitores os antecedentes para compreensão do conhecimento atual sobre o tema de pesquisa e esclarecer a importância do novo estudo. As revisões de literatura servem, assim, como função integradora e facilitam o acúmulo de conhecimento⁸.

Após o levantamento do material, realizou-se a leitura de todos os títulos e resumos dos artigos científicos identificados nas bases de dados, sendo selecionados os estudos pertinentes aos critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontrados seis estudos em periódicos nacionais sobre a temática pretendida. As pesquisas analisadas foram publicadas em periódicos cuja frequência e respectivos anos de publicação estão demonstrados na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição dos trabalhos científicos publicados em periódicos nacionais, segundo o título do periódico e o ano da publicação

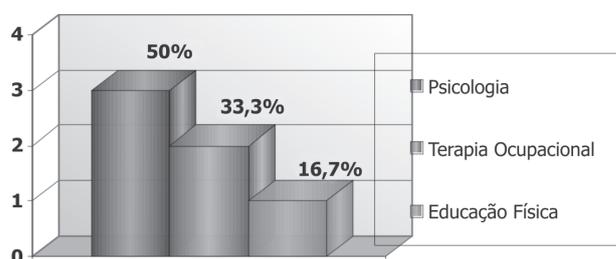
PERIÓDICO	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	TOTAL
Revista Brasileira de Educação Especial	01							01			02
Revista de Pediatria								01			01
Revista Brasileira de Ciência e Esporte							01				01
O Mundo da Saúde									01		01
Psicologia: Reflexão e Crítica									01		01
TOTAL	01	-	-	-	-	-	02	01	02	-	06

O periódico que mais publicou os artigos em questão foi a Revista Brasileira de Educação Especial (33,3%), seguida por outras revistas conforme ilustra a Tabela 1.

No período de 2001 a 2005 não foram encontradas publicações. A concentração de publicações ocorreu no período de 2006 a 2008 com cinco (83,3%) artigos publicados. Esses estudos foram desenvolvidos na cidade de Campinas-SP, por meio do Centro de Estudos e Pesquisa em Reabilitação (CEPRE)⁹, departamento vinculado à Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

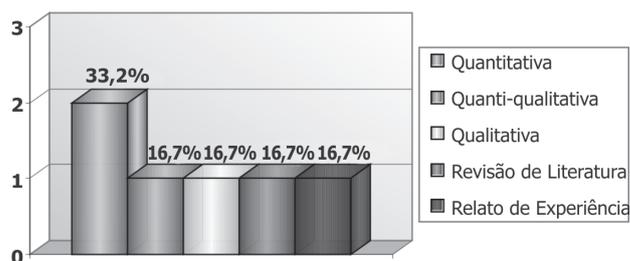
O CEPRE tem por finalidade a pesquisa, o ensino e a assistência na área das deficiências sensoriais. O departamento tem como funções atuar no planejamento, implantação e divulgação de estudos e pesquisas na área das deficiências, e promover a formação e a especialização de pesquisadores e profissionais para atuarem na educação, habilitação e reabilitação da pessoa com deficiência. Oferece também atendimentos regulares à pessoa com deficiência, visando à educação, habilitação e reabilitação desses indivíduos e suas famílias, bem como se propõe a atuar em programas de prevenção de deficiências e de defesa da cidadania pessoal.

Os dados obtidos possibilitaram concluir que o aumento da concentração dos periódicos no período de 2006 a 2008 poderia estar atrelado à implantação do Curso de Fonoaudiologia em 2002 na UNICAMP. Assim, como à criação, em 2007, do Programa de Mestrado Profissional "Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação", que ampliou o enfoque multidisciplinar dos trabalhos nas áreas de ensino, pesquisa e extensão realizados pelo CEPRE⁹.

Gráfico 1 – Distribuição dos artigos científicos publicados em periódicos nacionais segundo a área de estudo

A análise do Gráfico 1 permite observar que a maioria dos estudos sobre o uso da brinquedoterapia, utilizados também para o estímulo do desenvolvimento da criança com deficiência visual, concentrou-se na área de Psicologia, com três publicações (50%), seguidos pela área de Terapia Ocupacional com duas (33,3%) e pela de Educação Física com uma (16,7%). Os autores desses estudos caracterizam-se por acadêmicos ligados a cursos de graduação ou programas de pós-graduação *Stricto Sensu* nas áreas citadas.

Na área de Enfermagem não foram encontrados estudos sobre essa temática. As produções de enfermagem com utilização do lúdico tratam de temas ligados à educação em saúde e humanização da assistência, principalmente em unidades pediátricas. Tal fato pode estar relacionado à promulgação da Lei nº. 11.104, de 21 de março de 2005¹⁰, que obriga a instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação.

Gráfico 2 - Distribuição dos artigos científicos em periódicos nacionais segundo o desenho metodológico

Segundo os dados do Gráfico 2, o tipo de desenho metodológico utilizado nos estudos sobre o uso da brinquedoterapia no estímulo do desenvolvimento da criança com deficiência visual predominante foi relativo à metodologia quantitativa (33,2%); as pesquisas qualitativas e quanti-qualitativas igualaram-se aos delineamentos de revisão narrativa de literatura (16,7%) e de relato de experiência.

Nos estudos quantitativos, os pesquisadores apresentaram uma declaração de finalidade e depois uma ou mais hipóteses, as quais foram uma tentativa de previsão sobre as relações entre as variáveis estudadas. Os estudos qualitativos foram usados para buscar desenvolver, especificamente, teorias fundamentadas, ou seja, explicações impulsionadas pelos dados para responderem pelos fenômenos sob estudo. Já a revisão de literatura teve como propósito geral reunir conhecimentos sobre os temas encontrados, localizar informações inerentes ao assunto pesquisado, facilitando o acúmulo de conhecimentos⁸.

As finalidades específicas da pesquisa em enfermagem incluem a identificação, a descrição, a exploração, a explicação, a previsão e o controle. Há

uma tendência emergente em integrar os dados quantitativos aos qualitativos em estudos únicos ou em conjuntos coordenados de estudos. Ambos são complementares, representando palavras e números, isto é, linguagens fundamentais da comunicação humana. Usando métodos múltiplos, o pesquisador permite que cada método desempenhe seu papel, evitando, possivelmente, as limitações da abordagem única⁸.

Um relato de experiência possui sua relevância unida à pertinência e à importância dos problemas que nele são expostos, assim como o nível de generalização na aplicação de procedimentos ou de resultados da intervenção em outras situações semelhantes. É conveniente como uma colaboração à *práxis* metodológica da área à qual pertence¹¹.

Quadro 2 – Distribuição dos artigos selecionados, segundo as características metodológicas do estudo

AUTORIA E ANO	TIPO DE ESTUDO	OBJETIVOS	POPULAÇÃO	AMOSTRA	LOCAL
Silveira; Loguercio; Sperb (2000)	Pesquisa quantitativa	1. Observar e descrever as brincadeiras de crianças deficientes visuais pré-escolares com referência aos seus aspectos cognitivos. 2. Verificar se a influência dos contextos (brincadeira espontânea e proposta) determinaria de alguma forma distinções em seus níveis simbólicos.	Crianças entre seis e 11 anos	Seis crianças	Colégio pré-escolar
Nobre et al. (2007)	Pesquisa qualitativa	Descrever as atividades utilizadas como recurso terapêutico, em atendimento da Terapia Ocupacional, para crianças com baixa visão.	Crianças entre oito e 13 anos	Oito crianças	Centro de Estudo e Pesquisa em Reabilitação CEPRE (UNICAMP)
Oliveira Filho et al. (2006)	Revisão de literatura	Identificar nas pessoas com deficiência visual as manifestações do desenvolvimento motor influenciadas pelo jogo.	---	---	Laboratório de Atividade Motora Adaptada – LAMA (UNICAMP)
Motta; Marchiore; Pinto (2008)	Relato de experiência	Ressaltar a importância da adaptação de brinquedos para a promoção do desenvolvimento integral da criança com deficiência visual, em especial nos casos de visão subnormal.	Crianças entre dois e quatro anos	---	---
Souza; Batista (2008)	Pesquisa quantitativa	---	Crianças entre quatro e 12 anos	Nove crianças	Centro de Estudo e Pesquisa em Reabilitação CEPRE (UNICAMP)
Huera et al. (2006)	Pesquisa quali-quantitativa	Descrever modos de brincar por parte das crianças com deficiência visual, algumas com outras alterações para identificação de origem orgânica.	Crianças entre quatro e sete anos	Oito crianças	Centro de Estudo e Pesquisa em Reabilitação CEPRE (UNICAMP)

Um fator essencial para o desenvolvimento da criança é, sem dúvida, o brincar. Ele está presente em todas as fases da vida e favorece, além da diversão, a expressão de sentimentos e emoções pelos quais o indivíduo passa. Por intermédio do lúdico, a criança adquire novos conhecimentos em seu processo de desenvolver-se no mundo, descobre sua individualidade e conhece a realidade. Por meio da fantasia, consegue elaborar suas vivências, tanto as prazerosas quanto as difíceis. O brincar adquire, portanto, várias formas de contribuição para o desenvolvimento infantil¹².

Silveira, Loguercio e Sperb¹³ relatam em seu estudo que no contexto espontâneo todas as

brincadeiras do período sensorio-motor são pré-simbólicas e que no período simbólico aparecem brincadeiras mais evoluídas em relação ao desenvolvimento cognitivo. Já no contexto das crianças deficientes aparecem somente brincadeiras simbólicas, e destas, 72,7% são mais evoluídas (atos simbólicos planejados de esquemas múltiplos). Portanto, a proposta de cunho simbólico com predomínio de 72,8% levou a criança a representar muito mais do que quando uma proposta organizada não lhe foi dada. O jogo simbólico é um importante passo para a atualização do poder simbólico da linguagem como veículo para a construção de espaços mentais imaginários, incluindo a capacidade de lidar simultaneamente com aspectos do mundo real^{13,14}.

Os pesquisadores anteriormente citados concluíram, portanto, que as crianças deficientes visuais quando estimuladas a brincar aceitam as propostas e se integram ativamente nas brincadeiras, mas necessitam ser ensinadas a brincar, pois espontaneamente brincam muito menos que crianças de visão normal. O adulto pode proporcionar a essa criança segurança afetiva, motivação pelo apoio verbal e controle sobre o meio, possibilitando que consiga brincar melhor, pois a linguagem tem fundamental importância no desenvolvimento cognitivo de deficientes visuais¹³.

Conforme o estudo de Hueara et al.¹⁵, o reconhecimento de objetos pela criança deficiente visual não depende apenas do tato, mas também de diálogo com os adultos e parceiros, pois a exploração tátil leva ao reconhecimento de atributos e propriedades dos objetos, confirmados pelos adultos. A participação das mães na descrição do ambiente e de objetos torna-se fundamental para manter a atenção e participação da criança deficiente visual na interação com o grupo¹⁶. A deficiência cria dificuldades para a participação em muitas atividades da vida social, contudo, mantém a principal fonte de conteúdos de desenvolvimento que é a linguagem, constituindo o principal meio de superar as consequências da deficiência¹⁵.

O adulto torna-se o parceiro mais competente nas interações e na construção conjunta de conhecimento e a situação de brincar e o faz-de-conta são importantes indicadores do desenvolvimento infantil, no caso das crianças com deficiência. É durante a brincadeira que elas revelam as competências que normalmente não eram reconhecidas nas atividades cotidianas e em diferentes modos de avaliação mais dirigida. Ao lidar com diferentes situações durante a brincadeira, a criança estaria, sem a intencionalidade, criando condições e formas de interação que a auxiliarão mais tarde, quando tornar-se adulta^{15,17}.

Motta, Marchiore e Pinto⁶ relataram em sua pesquisa que os jogos e brinquedos adaptados ajudam a desenvolver as percepções táteis e auditivas, auxiliando a criança com baixa visão a aprimorar os sentidos, dos quais valer-se-á para compensar a deficiência visual, pois facilitam a participação social e permitem que a criança realize uma atividade ou tarefa que, de outra forma, seria

incapaz. As adaptações deverão ser cuidadosamente planejadas para que sejam integradas à vida, pois a criança com deficiência visual não aprende de maneira incidental como a criança que enxerga, pois necessita de um ambiente de aprendizagem planejado e organizado para ampliar e enriquecer suas experiências de vida, para obter informações e adquirir conhecimentos⁶.

Uma das maneiras de acompanhar e favorecer o desenvolvimento da criança com visão subnormal é despertar seu interesse pela exploração segura do ambiente através da interação com as pessoas, uma tarefa gratificante, pois, no caminho das explorações, a atividade do brincar permite interagir de forma agradável com ela, apoiando o desenvolvimento de suas potencialidades, preparando-a para a vida adulta. Os brinquedos deverão estar adequados ao interesse, às necessidades e às capacidades dela, respeitando-se a etapa de desenvolvimento em que se encontra. Um brinquedo pode favorecer a percepção de vários sentidos como uma forma efetiva de promover o desenvolvimento integral dessa criança⁶.

Os resultados do estudo de Nobre et al.¹⁸ evidenciaram que o brincar atua como grande recurso terapêutico para crianças com baixa visão, uma vez que faz parte do cotidiano de toda criança e favorece o seu crescimento e desenvolvimento. A partir de experiências compartilhadas, as crianças têm a oportunidade de enriquecer o seu mundo interior e de ampliar as vivências que auxiliam na construção de sua identidade. Essas atividades promovem a integração do deficiente visual em grupo (visto correrem o risco de serem socialmente isoladas da interação com parceiros), reduzem sua tendência habitual ao encapsulamento e facilitam o desenvolvimento cognitivo, sensorial, emocional e social^{18,19}.

Para Motta, Marchiore e Pinto⁶ e Nobre et al.¹⁸, o terapeuta ocupacional poderá contribuir para o desenvolvimento da criança com deficiência visual, auxiliando-a a aprender a usar seus recursos pessoais e os instrumentos de que poderá beneficiar-se, numa situação de realização e vivência de atividades, de modo a tornar-se um agente em seu convívio social, em busca de sua realização pessoal. Assim como ser útil em sua reabilitação, desenvolvendo a funcionalidade visual, por meio da construção de cenas, da representação

sequencial de histórias, dos jogos de memória adaptados e das atividades plásticas e de expressão.

Leite e Shimo¹², porém, destacam a necessidade do desenvolvimento da prática do brincar nos cursos de graduação e pós-graduação *Lato e Stricto Sensu* em Enfermagem, bem como os de nível técnico, de modo a possibilitarem aos estudantes a capacitação necessária para o reconhecimento desta prática na assistência às crianças e desenvolvimento de habilidades para o seu uso pessoal. Afirmam ainda que tal prática deva ser tão valorizada como qualquer outro conhecimento científico ministrado nestes cursos, já que o brincar é cientificamente comprovado e essencial para o desenvolvimento e bem-estar das crianças, pois é visível a deficiência de desenvolvimento profissional que enfoque a brincadeira^{12,19}.

Souza e Batista⁵, em seu estudo, identificaram que o modo de agir das crianças se assemelhou às ações de cuidado do adulto para com crianças pequenas e, portanto, pode constituir um importante indicativo do quanto o ambiente social e as relações nele estabelecidas são compreendidos por crianças com necessidades especiais. Além disso, esse contexto pode proporcionar uma oportunidade para que elas se constituam como pessoas competentes e responsáveis por outras, o que raramente acontece em sua vida cotidiana, sendo muito relevante para seu desenvolvimento. Dessa forma, concluíram que as crianças demonstraram competências relativas à compreensão das limitações do parceiro, tolerância, paciência, noção e intenção de cuidado, iniciativas de interação e transmissão de conhecimentos⁵.

Para Souza e Batista⁵, a observação constante do brincar, com um olhar atento às potencialidades da criança, permitiu evidenciar importantes indícios de desenvolvimento social. A situação naturalística de brincadeira em grupo revelou-se um espaço favorável para que crianças com alterações no desenvolvimento estabelecessem e sustentassem diferentes modalidades de interação com seus parceiros, em processos análogos aos referidos na literatura sobre desenvolvimento infantil, além dos benefícios obtidos.

Com base no estudo de Oliveira Filho et al.²⁰, a literatura deixa clara a necessidade da vivência de experiências por meio de brinquedos, como forma de

facilitar a abstração das informações do meio, através da interação com adultos e pela motivação e estímulo para jogar.

Estes autores também concluíram que o jogo para a pessoa com deficiência visual ocorre de maneira limitada em decorrência da estimulação inadequada, comprometendo, assim, o processo de desenvolvimento sensorial e motor da criança. O processo de estimulação deve ser direcionado por práticas sistematizadas e por agentes educacionais preparados. Somente por meio de atitudes educacionais sistematizadas as pessoas com deficiência visual poderão atingir níveis de desenvolvimento cognitivo próximos aos de pessoas sem essa limitação. Essa restrição de oportunidades é elemento chave no déficit do desenvolvimento motor. O envolvimento pelo jogo pode ser o principal elemento para reverter esse quadro, permitindo à criança desenvolver uma condição cada vez maior de autonomia e interação com o meio e as pessoas que a rodeiam^{20,21}.

Segundo Montilha et al.²², os profissionais que atuam na reabilitação e na educação de pessoas deficientes visuais necessitam deter conhecimentos sobre as limitações desses indivíduos, bem como sobre o sistema de ensino e reabilitação vigentes. Acreditam que a escola e a reabilitação devem caminhar juntas, suprimindo as reais dificuldades da criança, do adolescente e do adulto, portadores de deficiência visual.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a análise dos dados coletados pôde-se verificar que os resultados de produções sobre o uso da brinquedoterapia para estimular o desenvolvimento da criança com deficiência visual ainda são escassos.

Foram encontrados apenas seis estudos, todos com uma abordagem prevalente sobre a importância do envolvimento do profissional e da família na busca por um melhor desenvolvimento da criança com deficiência visual, além dos benefícios, principalmente na interação social, que o brincar ocasiona à criança.

Concluiu-se que as famílias estão muito pouco orientadas e preparadas para lidar com seus filhos deficientes visuais, sendo raro ainda encontrar um clima de aceitação no qual a criança seja encorajada a

explorar o meio em que vive. Esse despreparo das famílias compromete o desenvolvimento cognitivo, emocional e também socioafetivo da criança. Pessoas deficientes visuais necessitam, portanto, de um ambiente de aprendizagem planejado e organizado a fim de ampliar e enriquecer suas experiências de vida,

através de estímulos para obter maiores informações e adquirir conhecimento.

Frente a pouca exploração do tema na área da Enfermagem, evidencia-se a importância de se realizar novos estudos no intuito de aprimorar a qualidade da assistência a crianças deficientes visuais.

REFERÊNCIAS

1. Ravelli APX, Motta MGC. O lúdico e o desenvolvimento infantil: um enfoque na música e no cuidado de enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2005; 58(5):611-3.
2. Cordazzo STD, Vieira ML. A brincadeira e suas implicações nos processos de aprendizagem e de desenvolvimento. *Estud Pesqui Psicol.* 2007; 7(1):92-104.
3. Oliveira LDB, Gabarra LM, Marcon C, Silva JLC, Macchiaverni J. A brinquedoteca hospitalar como fator de promoção no desenvolvimento infantil: relato de experiência. *Rev. Bras. Crescimento Desenvol. Hum.* 2009; 19(2):306-12.
4. Takatori M, Bomtempo E, Pereira FSD, Lin LW, Bansi LO, Correia RL. O lúdico no atendimento de crianças com deficiência: uma reflexão sobre a produção cultural na infância. *Estilos Clin.* 2007; 12(12):90-107.
5. Souza CML, Batista CG. Interação entre crianças com necessidades especiais em contexto lúdico: possibilidades de desenvolvimento. *Psicol Reflex Crit.* 2008; 21(3):383-91.
6. Motta MP, Marchiore LM, Pinto JH. Confecção de brinquedo adaptado: uma proposta de intervenção da terapia ocupacional com crianças de baixa visão. *Mundo da Saúde.* 2008; 32(2):139-45.
7. Ursi ES. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005.
8. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
9. CEPRE. Centro de Estudos e Pesquisa em Reabilitação. [acesso em 2010 abr 20]. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/centros-e-nucleos/cepre>.
10. BRASIL. Decreto-lei nº 11.104, de 21 de março de 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11104.htm
11. Psicoperspectiva Individuo y Sociedad. Sugestões para a estruturação dos Relatos de Experiência Profissional. [acesso em 2010 abr 18]. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/revistas/psicoepe/pinstruc.htm>.
12. Leite TMC, Shimo AKK. O brinquedo no hospital: uma análise da produção acadêmica dos enfermeiros brasileiros. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2007; 11(2):343-50.
13. Silveira AD, Loguercio LC, Sperber TM. A brincadeira simbólica de crianças deficientes visuais pré-escolares. *Rev Bras Ed Esp.* 2000; 6(1):133-46.
14. Sinha C. Blending out of the background: Play, props and staging in the material world. *J Pragmatics: an Interdisciplinary Monthly of Language Studies.* 2005; 37:1537-54.
15. Hueara L, Hueara L, Souza CML, Batista CG, Melgaço MB, Tavares FS. O faz-de-conta em crianças com deficiência visual: identificando habilidades. *Rev Bras Ed Esp.* 2006; 12(3):351-68.
16. Pereira MP, Ramsden G. The use of directives in verbal interactions between blind children and their mothers. *J Visual Impairment & Blindness.* 2001; 95(3):133-49.
17. Bjorklund DF, Pellegrini AD. Child development and evolutionary psychology. *Child Development.* 2000; 71(6):1687-708.
18. Nobre MIRS, Figueiredo MO, Danelutti UCV, Montilha RCI. A terapia ocupacional na reabilitação de crianças com baixa visão. *Pediatria SP.* 2007; 29(3):237-40.
19. Guralnick MJ. Involvement with peers: Comparisons between young children with and without Down syndrome. *J Intellect Disabil Res.* 2002; 46(Pt 5):379-93.
20. Oliveira Filho CW, Mataruna L, Carvalho AJS, Araújo PF, Almeida JJG. As relações do jogo e o desenvolvimento motor na pessoa com deficiência visual. *Rev Bras Ciênc Esporte.* 2006; 27(2):131-47.
21. Cooney MH. Is play important? Guatemalan kindergartner's classroom experiences and their parent's and teacher's perceptions of learning through play. *J Res Child Educ.* 2004; 18(4): 261-77.
22. Montilha RCI, Temporini ER, Nobre MIRS, Gasparetto MERF, Kara-José N. Utilização de recursos ópticos e equipamentos por escolares com deficiência visual. *Arq Bras Oftalmol.* 2006; 69(2):207-11.

Recebido em: 21/03/2011

Aceite em: 14/05/2011

HIPERTENSÃO ARTERIAL E INCONTINÊNCIA URINÁRIA NO IDOSO: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

ARTERIAL HYPERTENSION AND URINARY INCONTINENCE IN ELDERLY ADULTS: INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y INCONTINENCIA URINARIA EN EL VIEJO: REVISIÓN INTEGRADORA DE LA LITERATURA

Aline Danielle Iezzi Jardim*, Alessandra Mazzo**, Fernanda Berchelli Girão***, Helena Megumi Sonobe****, Mirella Castelhanosouza*****

Resumo

Indivíduos idosos geralmente têm problemas de hipertensão arterial e incontinência urinária. O objetivo deste estudo foi buscar na literatura os fatores que relacionam a hipertensão arterial à incontinência urinária no idoso, realizado através da revisão integrativa da literatura nas bases de dados MEDLINE e LILACS, no período de 1999 a 2009, através da questão norteadora: existe relação entre hipertensão arterial e incontinência urinária no idoso? Dentre os artigos identificados, todos relacionam alterações miccionais ao idoso hipertenso, através do uso de diuréticos, ocasionando a síndrome da bexiga hiperativa, mudanças na atividade sexual, risco de queda e a importância dos programas de promoção à saúde no enfrentamento da hipertensão arterial e da incontinência urinária. Não foram encontradas fortes evidências da relação entre hipertensão arterial e a incontinência urinária, porém é explícito que tais problemas estão presentes no cotidiano do idoso, possuem impacto direto na sua qualidade de vida e necessitam de uma assistência de enfermagem qualificada.

Palavras-chave: Idoso. Incontinência urinária. Hipertensão. Enfermagem.

Abstract

Older individuals often have problems of hypertension and urinary incontinence. This integrative literature review aimed to survey in literature the factors that relate arterial hypertension to urinary incontinence in elderly adults. The research was carried out using MEDLINE and LILACS databases, comprising the period between 1999 and 2009, through the guiding question: are arterial hypertension and urinary incontinence in elderly adults related? Among the identified articles, all relate urinary alterations with the hypertensive elderly adults, through the use of diuretics, resulting in overactive bladder disorder, changes in sexual activity, risk of fall and the importance of the health promotion programs facing arterial hypertension and urinary incontinence. Strong evidences were not found correlating arterial hypertension and urinary incontinence. However, it is explicit that such problems are present in elderly adults daily life, and have direct impact on their quality of life and thus they need a quality nursing care.

Keywords: Aged. Urinary incontinence. Hypertension. Nursing.

Resumen

Las personas mayores suelen tener problemas de hipertensión y la incontinencia urinaria. El objetivo de este estudio fue buscar en la literatura los factores relacionados a la hipertensión arterial a la incontinencia urinaria en el viejo. Realizó-se revisión integradora de la literatura en las bases de datos MEDLINE y LILACS, en el período de 1999 hasta 2009, con la cuestión orientadora: ¿existe relación entre hipertensión y incontinencia urinaria en viejo? De los artículos identificados, todos relacionan alteraciones miccionales al viejo hipertenso, por el uso de diuréticos, ocasionando la síndrome de la vejiga hiperativa, cambios en la actividad sexual, riesgo de caída y la importancia de los programas de promoción a la salud en el enfrentamiento de la hipertensión arterial a la incontinencia urinaria. No se encontró fuertes evidencias de relación entre la hipertensión arterial y incontinencia urinaria, pero es explícito que tales problemas están presentes en el cotidiano del viejo, posuen impacto directo en la calidad de vida y necesitan de asistencia de enfermería calificada.

Palabras clave: Viejo. Incontinencia urinaria. Hipertensión. Enfermería.

* Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Cardiologia.

** Professora. Doutora. Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, Centro Colaborador da OMS. Contato: amazzo@eerp.usp.br.

*** Enfermeira do Centro de Terapia Intensiva Adulto e Unidade Coronariana do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP. Mestranda pelo Programa de Enfermagem Geral e Especializada, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP.

**** Professora. Doutora. Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, Centro Colaborador da OMS.

***** Bolsista de Apoio Técnico CNPq.

INTRODUÇÃO

A Hipertensão arterial (HA) é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) afirmam que a doença cardiovascular é a primeira causa de morte mundial e a HA é uma das principais doenças responsáveis¹.

No continente americano, a HA acomete cerca de 140 milhões de pessoas, sendo que a metade delas desconhece ser portadora da doença. Dos que descobrem ser hipertensos, 30% não realizam o tratamento de maneira adequada, por falta de motivação ou recursos. No Brasil, estima-se que 35% da população acima de 40 anos tenha hipertensão e que este problema tende a agravar-se com o aumento da longevidade, uma vez que 65% dos idosos são portadores de hipertensão arterial sistêmica. Dentre os idosos existe maior prevalência da HA naqueles que possuem menor escolaridade, são migrantes, tem sobrepeso ou obesidade^{2,3}.

O envelhecimento leva a modificações celulares e extracelulares da aparência física, além de declínio das funções orgânicas. A capacidade do organismo em manter a homeostasia diminui, ocorrendo modificações nos sistemas orgânicos e tornando o funcionamento do organismo menos eficiente pelos déficits celulares e tissulares. Essas alterações acometem vários sistemas do organismo, dentre os quais o sistema cardiovascular e o sistema urinário^{4,5}.

Na população geriátrica, as doenças cardiovasculares possuem grande representatividade no aumento do risco de morbidade e mortalidade, são responsáveis por 40% dos casos de aposentadoria precoce e de absenteísmo no trabalho; fato a ser destacado, uma vez que o trabalho permite ao idoso a inserção e formação de redes sociais^{2,3}.

No idoso as valvas cardíacas tornam-se espessas, com maior rigidez, perdendo o músculo e as artérias cardíacas sua elasticidade. Cálcio e gorduras acumulam-se dentro das paredes das artérias e as veias tornam-se mais tortuosas. O débito cardíaco máximo diminui em, aproximadamente, 25%, entre os 20 e 80 anos, podendo o ritmo do pulso no idoso ser discretamente irregular, pelo enrijecimento da artéria radial².

À medida que o coração bombeia contra uma aorta mais rígida a pressão sistólica aumenta, gerando

um alargamento da pressão de pulso para as leituras médias da pressão arterial (PA) em pessoas aparentemente saudáveis, desde o nascimento até a idade avançada. Pode ocorrer o aumento tanto da pressão sistólica quanto da diastólica, pela rigidez que acomete as principais artérias com o avanço da idade. A PA no idoso é considerada normal quando os valores da pressão arterial se encontram igual a 140 x 90mm Hg, ou inferiores^{4,5}.

A HA é fator de risco modificável nas doenças cardiovasculares e as modificações comportamentais favorecem a redução dos níveis pressóricos. O tratamento anti-hipertensivo inicial, em alguns casos, é realizado pela adoção de hábitos de vida saudáveis, porém, não existindo êxito no controle dos níveis pressóricos, com frequência institui-se o tratamento medicamentoso^{6,7}.

Mais de dois terços dos pacientes que possuem HA não atingem níveis pressóricos ideais utilizando apenas uma droga anti-hipertensiva e, por isso, necessitam da associação de compostos com diferentes mecanismos de ação. Regularmente o uso de diuréticos tiazídicos são os fármacos de primeira escolha para idosos HA sem comorbidades⁸.

O uso de diuréticos associado a drogas anti-hipertensivas pode potencializar ou desenvolver sintomas, predispondo o idoso a outros fatores como o aumento da frequência e da urgência de urinar, o risco de queda e variados agravos à saúde. Dentre eles, destacam-se as alterações nas eliminações urinárias e, mais especificamente, a incontinência urinária (IU)²⁻⁷.

As eliminações urinárias são uma das funções básicas do organismo e dependem das funções dos rins, ureteres, bexiga e uretra. A urina é transparente, com odor típico e a quantidade do volume diário individual de urina no adulto é cerca de 1.200 a 1.500 ml/dia, em intervalos que correspondem a um padrão rotineiro e individual. Sua coloração varia desde um amarelo claro até um amarelo âmbar, dependendo do estado de hidratação do indivíduo. As anormalidades no funcionamento do sistema urinário são acompanhadas de distúrbios no ato da micção^{4,5}.

Não inerente somente aos idosos, porém com alta taxa de incidência nessa população, a IU é uma

alteração miccional que, segundo a *International Continence Society*, pode ser definida pela perda involuntária de urina. Nas mulheres ocorre devido à queda dos níveis de estrógeno, pelo enfraquecimento dos músculos perineais, trabalho de parto e obesidade; nos homens idosos por meio da hipertrofia prostática. Além disso, o uso de diuréticos, as incapacidades funcionais, assim como as barreiras ambientais e cognitivas, podem contribuir para a IU no idoso⁵⁻⁹.

No intuito de repensar e qualificar a assistência de enfermagem ao idoso hipertenso que faz uso de diuréticos, o enfermeiro deve implantar ações que tragam subsídios para segurança do paciente, possibilitem a compreensão e a convivência com a terapêutica adequada, seja nos aspectos da promoção, prevenção ou tratamento à saúde².

A atuação na prática clínica em instituição de longa permanência para idosos despertou o interesse dos autores deste estudo, especialmente em relação ao cuidado de idosos que possuem HA e IU, no tocante à possibilidade da relação entre esses fatores. Além disso, foi considerada a necessidade do embasamento científico do cuidado de enfermagem, destacando e apoiando a atuação do enfermeiro na equipe multiprofissional.

Para tanto, este estudo teve por objetivo buscar na literatura nacional e internacional os fatores que relacionam a HA à IU no idoso.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório realizado com base em uma revisão integrativa da literatura. Esse tipo de revisão da literatura é utilizada para um maior entendimento de um fenômeno com base em estudos anteriores, reunindo dados de diferentes tipos de delineamento de pesquisas, o que possibilita ampliar as conclusões¹⁰.

Para a relevância desse método e sua efetiva contribuição na implantação das intervenções aos pacientes, existe a necessidade de se realizar o seguimento criterioso das seguintes etapas: identificação do problema e da questão de pesquisa, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão dos estudos, a definição das informações a serem extraídas dos estudos

selecionados, a avaliação dos estudos selecionados, a interpretação e a síntese dos resultados encontrados¹⁰.

Para a seleção dos artigos, considerou-se a produção científica acerca da relação entre HA e IU no idoso, partindo-se da questão norteadora: existe relação entre a HA e a IU no idoso?

A base de dados utilizada para a busca foi a *Medical Literature Analysis and Retrieval System online* (MEDLINE) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Na realização da busca foram definidos, de acordo com o catálogo da Bireme, os descritores: incontinência urinária, idoso e hipertensão.

Os critérios de inclusão definidos foram: publicações realizadas no período de 1999 a 2009, nos idiomas inglês e português e que respondessem a pergunta da pesquisa. Dos 17 artigos encontrados, após leitura dos títulos e resumos, quatro responderam aos critérios de inclusão compondo, assim, a amostra. Esses foram lidos na íntegra e, posteriormente, analisados com o auxílio de um instrumento de coleta de dados bibliográficos, proposto por Ursi em 2006, que contempla dados relacionados à identificação de autoria, ano e periódico de publicação, delineamento metodológico, intervenção estudada, principais resultados e conclusões¹¹.

A análise da classificação das evidências do estudo foi fundamentada na proposta de Stetler et al.¹², cuja classificação das evidências científicas envolve seis níveis:

- Nível I: estudos relacionados à metanálise de múltiplos estudos controlados;
- Nível II: estudos experimentais individuais;
- Nível III: estudos quase-experimentais, como ensaio clínico não randomizado, grupo único pré e pós teste, além de séries temporais ou caso-controle;
- Nível IV: estudos não experimentais, como pesquisa descritiva, correlacional e comparativa, com abordagem qualitativa e estudos de caso;
- Nível V: dados de avaliação de programas obtidos de forma sistemática;
- Nível VI: opiniões de especialistas, relatos de experiência, consensos, regulamentos e legislações¹².

O detalhamento metodológico foi fundamentado em Polit, Beck e Hungler¹³ e a

apresentação dos resultados foi realizada de forma descritiva.

RESULTADOS

Os quatro artigos selecionados que responderam aos critérios de inclusão foram encontrados na *Medical Literature Analysis and Retrieval System online* (MEDLINE). Todos os estudos foram publicados nos últimos cinco anos, sendo que a metade no ano de 2008, um (25%) em 2009 e um (25%) em 2006. Os artigos foram

publicados em língua inglesa e em periódicos holandês, americano, australiano e japonês.

Com relação ao nível de evidência dos estudos, segundo a proposta de Stetler et al.¹², três (75%) indicam nível de evidência IV, caracterizando-se como pesquisas descritivas realizadas com uso de questionários e avaliações em saúde, e um (25%) dos estudos é experimental, de caso controle, delimitando nível de evidência III.

Os aspectos abordados e os principais resultados dos estudos analisados estão descritos no Quadro 1.

Quadro 1 - Estudos selecionados sobre a relação da HA e IU no idoso

Autoria do artigo e ano de publicação	Delineamento e nível de evidência do artigo	Assuntos abordados	Principais resultados encontrados
Pils K, Neumann F; 2006	Descritivo, exploratório (Nível IV)	Avaliação do isolamento social, da mobilidade, da HA e IU num grupo de idosos que participam de uma atividade para promoção da saúde.	Idosos participantes de grupo possuem estilo de vida mais saudável, equivalência na incidência de IU e HA quando comparados aos que não participam. No entanto, apresentam melhora de mobilidade, marcha, diminuição do risco de quedas, adesão ao tratamento medicamentoso e enfrentamento dos problemas de IU.
Irwin DE, Milsom I, Reilly K, Hunskaar S, Kopp Z, Herschorn S et al.; 2008	Estudo de caso-controle (Nível III)	A prevalência da disfunção erétil e o impacto dos sintomas urinários na atividade sexual em homens com bexiga urinária hiperativa.	Pacientes hipertensos em uso de diuréticos que apresentam sintomas urinários tiveram diminuição significativa das atividades sexuais quando comparados aos indivíduos hipertensos que não apresentam sintomas urinários.
Kim H, Suzuki T, Yoshida H, Yoshida Y, Shimada H.; 2008	Descritivo, exploratório (Nível IV)	Estudo da prevalência da síndrome geriátrica e fatores de riscos associados com obesidade em uma comunidade de mulheres obesas e idosas.	Mulheres com maiores índices de obesidade possuem maior prevalência de IU. O aumento da obesidade está relacionado com uma menor capacidade intelectual, aumento nos índices de queda e desequilíbrio, uso de medicações para dor, IU e hipertensão. Não foi encontrada correlação entre hipertensão, IU e dor.
Ekundayo OJ, Markland A, Lefante C, Sui X, Goode PS, Allman RM; 2009	Descritivo, exploratório (Nível IV)	Associação do uso de diuréticos na síndrome da bexiga hiperativa em pacientes hipertensos.	O uso de diuréticos está associado ao aumento da frequência e urgência urinária, mas não com IU.

DISCUSSÃO

Segundo os artigos estudados, alterações miccionais podem estar relacionadas com o tratamento da HA. As medicações anti-hipertensivas e os diuréticos aumentam o débito urinário, agravando sintomas em pacientes portadores de problemas urinários⁸.

Tais alterações não são exclusivamente ocasionadas pela ação dos medicamentos, estando também relacionadas a condições das estruturas anatômicas envolvidas no processo da micção. Um dos artigos analisados associa o uso de diuréticos com a bexiga hiperativa e não com a IU, no entanto, outros estudos, têm mencionado que as perdas urinárias por urgência constituem-se na principal causa de IU em idosos de ambos os sexos⁸⁻¹⁴.

A bexiga hiperativa, também denominada síndrome de urgência ou frequência, é caracterizada pela urgência miccional, com ou sem urge-incontinência, sendo, na

maioria das vezes, acompanhada pela noctúria, aumento da frequência urinária e ausência de fatores metabólicos infecciosos ou locais. Também pode levar o paciente a apresentar micções repetidas, em pequeno volume, com diminuição do volume máximo urinado¹⁴.

Uma vez que o tratamento medicamentoso da HA tem como principal objetivo reduzir riscos cardiovasculares, a escolha dos medicamentos a serem utilizados nos pacientes idosos deve ser cuidadosa e levar em consideração as possíveis interações medicamentosas e outras comorbidades como cardiopatias, IU e hipotensão ortostática⁶⁻⁸⁻¹⁵.

Os diuréticos são os fármacos mais utilizados para o tratamento da HA. Seu uso prolongado pode acarretar problemas como hipopotassemia, acompanhada, algumas vezes, por hipomagnesemia, sintomas como sonolência, sedeção, boca seca, fadiga, hipotensão postural e disfunção sexual⁷.

No estudo de caso-controle, com um nível de evidência III, ao comparar pacientes hipertensos em uso de anti-hipertensivos e pacientes hipertensos em uso de anti-hipertensivos e diuréticos, os autores observaram que as alterações miccionais relacionadas à bexiga hiperativa pelo uso de diuréticos nos pacientes hipertensos diminuíam significativamente sua atividade sexual quando comparados ao outro grupo¹⁶.

Na assistência de enfermagem ao idoso HA em uso de diurético destaca-se o grave risco de queda, pela associação do aumento da frequência urinária ocasionado pela bexiga hiperativa; pelas modificações na capacidade de mobilidade; pela hipotensão ortostática e arritmia. O estudo da obesidade, enquanto fator de risco comum entre portadores de HA, IU e desequilíbrio, retratado numa das pesquisas analisadas, não demonstrou a correlação entre esses elementos^{17,18}.

As modificações ocasionadas pela IU e pela HA na rotina daqueles que as vivenciam são profundas. Sendo esses problemas inerentes aos idosos, os quais nem sempre procuram auxílio profissional por conta do constrangimento, é função do enfermeiro estar atento às modificações na sua qualidade de vida, que podem ser influenciadas por questões de higiene, isolamento social, restrições, riscos psicobiológicos, entre outros^{7-20,21}.

Ressalta-se que a promoção da saúde do idoso, pela formação de grupos e convívio social, além de ser uma das diretrizes traçadas pela legislação voltada ao idoso, tem se mostrado como uma estratégia eficaz nos programas de controle da hipertensão e nas questões relacionadas ao envelhecimento. São consideradas,

portanto, formas de renovação das expectativas em relação ao tratamento da HA e aos problemas urinários¹⁹⁻²¹.

Nesse contexto, o papel do enfermeiro nos mais diversos aspectos da saúde deve conter fundamentação teórica, prática e empática nas relações com o paciente idoso hipertenso que apresenta IU. O intuito é destacar-se enquanto profissional integrante da equipe de saúde e resgatar para si as diversas dimensões do cuidado em enfermagem.

CONCLUSÕES

Nas bases de dados pesquisadas foi encontrado e selecionado um restrito número de artigos, segundo a pergunta de pesquisa elaborada. Dentre os estudos selecionados, não foi visualizado nível forte de evidência que direcione a prática de enfermagem. Tais fatos implicam na necessidade de se ampliar a busca em novas bases de dados, com delimitação de novas perguntas de pesquisa sobre o assunto e desenvolvimento de estudos com desenhos metodológicos mais elaborados para obtenção de evidências mais consistentes.

Embora não se tenha identificado fortes evidências da relação entre a HA e a IU, é explícito que esses problemas estão presentes no cotidiano do idoso e possuem impacto direto na sua qualidade de vida. Nesse sentido, torna-se imprescindível a atuação de enfermeiros, com conhecimento teórico e com estratégias melhor definidas sobre o tema, vislumbrando a melhora da qualidade de vida do idoso, pelo planejamento, acompanhamento e direcionamento das práticas de saúde para essa população.

REFERÊNCIAS

1. Souza AR, Costa A, Nakamura D, Mocheti LN, Stevanato PRF, Ovando LA. Um estudo sobre hipertensão arterial sistêmica na cidade de Campo Grande, MG. *Arq Bras Cardiologia*. 2007; 88(4):441-6.
2. Lyra Júnior DP, Amaral RT, Veiga EV, Cárnio EC, Nogueira MS, Pelá IR. A farmacoterapia no idoso: revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2006; 14(3):435-41.
3. Zaitume, MPA, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(2):285-94.
4. Jarvis C. Exame físico e avaliação de saúde. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
5. Moreira PA, Jalles MP, Reinaldo MAS. "Quem gosta de mim sou eu": contradições acerca da percepção do idoso diante do processo de envelhecimento. *Rev Enferm UFPE on line*. 2007; 1(1):63-71.
6. Garcia SMS, Galvão MTG, Araujo EC, Cavalcanti AMTS. Aspectos sócio-epidemiológicos e clínicos de portadores de hipertensão arterial. *Rev Enferm UFPE On Line*. 2007; 1(2):152-59.
7. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial [página na Internet]. São Paulo (SP): SBC, SBH, SBN; 2006 [acesso em 2009 Jun 28]. Disponível em: www.sbn.org.br/Diretrizes/V_Diretrizes_Brasileiras_de_Hipertensao_Arterial.pdf
8. Ekundayo OJ, Markland A, Lefante C, Sui X, Goode PS, Allman RM; et al. Association of diuretic use and overactive bladder syndrome in older adults: a propensity score analysis. *Arch Gerontol Geriatr*. 2009; 49(1):64-8.
9. Honório DM, Santos MA. Incontinência urinária e envelhecimento: impacto no cotidiano e na qualidade de vida. *Rev Bras Enferm*. 2009; 62(1):51-6.
10. Mendes KDSM, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008; 17(4):758-64.

11. Ursi ES, Galvão CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2006; 14(1):124-31.
12. Stetler CB, Morsi D, Rucki S, Broughton S, Corrigan B, Fitzgerald J et al. Utilization-focused interative reviews in a nursing service. *Appl Nurs Res*. 1988; 11(4):195-206.
13. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
14. Arruda RM, Kolpelman A, Sartori, MGF, Lima GR, Baracat, EC, Girão, MJBC. Bexiga hiperativa. UNIFESP. Escola Paulista de Medicina 2009. [acesso em 2009 Jan 05]. Disponível em: <http://www.uroginecologia.com.br/index/?q=node>
15. Bloch KV, Rodrigues CS, Fiszman R. Epidemiologia dos fatores de risco para hipertensão arterial: uma revisão crítica da literatura brasileira. *Rev Bras Hipertensão*. 2006; 13(2):134-43.
16. Irwin DE, Milsom I, Reilly K, Hunskaar S, Kopp Z, Herschorn S, et al. Overactive bladder is associated with erectile dysfunction and reduced sexual quality of life in men. *Sex Med*. 2008; 5(12):2904-10.
17. Kim H, Suzuki T, Yoshida H, Yoshida Y, Shimada H. Prevalence of geriatric syndrome and risk factors associated with obesity in community-dwelling elderly women *Nippon Ronen Igakkai Zasshi*. 2008; 45(4):414-20.
18. Jahana, KO, Diogo MJD. Queda em idosos: principais causas e consequências. *Saúde Coletiva*. 2007; 4(17):148-53.
19. Borba AMC, Lelis, MAS, Brêtras, ACP. Significado de ter incontinência urinária e ser incontinente na visão das mulheres. *Texto Contexto Enferm*. 2008; 17(3):527-35.
20. Mendes MRSSB, Gusmão JL, Mancussi e Faro AC, Leite R CBO. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. *Acta Paul Enferm*. 2005; 18(4):422-6.
21. Pils K, Neumann F. Different attitudes towards hypertension and urinary tract incontinence in elderly individuals participating in a health promotion project. *Wien Med Wochenschr*. 2006; 156(5-6):158-61.

Recebido em: 21/04/2011

Aceite em: 04/06/2011

ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL DA CRIANÇA DIABÉTICA: O PAPEL DA FAMÍLIA E DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

NUTRITIONAL GUIDANCE OF DIABETIC CHILDREN: THE ROLE OF FAMILY AND HEALTH PROFESSIONALS

ORIENTACIÓN NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DIABÉTICOS: EL PAPEL DE LA FAMILIA Y DE LOS PROFESIONALES DE SALUD

Gisele de Fátima Dionisio*, Selma C. Chérica Peçanha*, Thaís Mieko Takahashi*, Lucia Kurdian Maranhã**, Luciana Bernardo Miotto***

Resumo

O Diabetes *Mellitus* tipo 1 ou Diabetes *Mellitus* insulino-dependente inicia-se, geralmente, na infância, embora possa se apresentar em qualquer idade. O tratamento da criança diabética relaciona-se com a aceitação ou não da doença pela criança e sua família e, entre outros aspectos, está baseado em uma orientação nutricional adequada. Assim, o objetivo do estudo é identificar o papel da família e da equipe multiprofissional de saúde na orientação nutricional da criança diabética. Estudo de revisão bibliográfica com base em artigos científicos de língua portuguesa, publicados em periódicos indexados no período de 2000 a 2010. Foi feito um levantamento nos bancos de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e *Scientific Electronic Library Online*. Os artigos encontrados foram organizados de acordo com o ano de publicação, autoria, título, periódico, objetivos do estudo, delineamento, resultados e conclusão. A análise qualitativa do material possibilitou a criação de três categorias para discussão: 1) principais problemas enfrentados pela criança e sua família após o diagnóstico, 2) mudanças no comportamento alimentar da criança e sua família após o diagnóstico, 3) papel da equipe multiprofissional de saúde. Nos artigos analisados, os autores foram unânimes em apontar que o apoio e a motivação da família influenciam a criança de forma positiva e representa o ponto chave para o controle da doença e a qualidade de vida dos portadores.

Palavras-chave: Criança. Diabetes *mellitus* tipo 1. Orientação. Dietoterapia. Pessoal de saúde.

Abstract

Diabetes mellitus type 1 or insulin-dependent diabetes mellitus begins, usually in childhood, although it may present at any age. The treatment of diabetic children is related to the acceptance or not of the disease by the child and his family and, among other things, is based on a proper nutritional guidance. The objective of the study is to identify the role of family and health multidisciplinary team in diabetic children's nutritional guidelines. Study based on literature review of portuguese papers published in journals indexed in the period 2000 to 2010. It was made a survey in databases Latin American and Caribbean Health Sciences and Scientific Electronic Library Online. The papers were organized according to the year of publication, author, title, journal, objectives of the study, design, results and conclusion. The qualitative analysis of the material has enabled the creation of three categories for discussion: 1) the main problems faced by children and their families after diagnosis, 2) changes in eating behavior of children and their families after diagnosis, 3) role of the health multidisciplinary team. In the papers analyzed, the authors were unanimous in pointing out that the support and motivation of the family influence the child in a positive and represents the key to disease control and quality of life of patients.

Keywords: Child. Diabetes *mellitus* type 1. Orientation. Diet therapy. Health personnel.

Resumen

La Diabetes *Mellitus* tipo 1 o Diabetes *Mellitus* insulino-dependiente comienza, generalmente en la infancia, aunque puede presentarse a cualquier edad. El tratamiento de niños con diabetes está relacionado con la aceptación o no de la enfermedad para el niño y su familia y, entre otras cosas, se basa en una guía nutricional adecuada. El objetivo del estudio es identificar el papel de la familia y el equipo multidisciplinario de salud en las directrices de nutrición de los niños diabéticos. El estudio se basa en una revisión de artículos científicos en portugués que han sido publicados en periódicos indexados en el período 2000 a 2010. Se hizo un levantamiento en las bases de datos Literatura de América Latina y el Caribe en Ciencias de la Salud y Scientific Electronic Library Online. Los artículos fueron organizados de acuerdo con el año de publicación, autor, título, periódico, los objetivos, el diseño del estudio, resultados y conclusiones. El análisis cualitativo de los materiales ha permitido la creación de tres categorías para la discusión: 1) los principales problemas que enfrentan los niños y sus familias después del diagnóstico, 2) los cambios en el comportamiento alimenticio de los niños y sus familias después del diagnóstico, 3) el papel del equipo multidisciplinario de salud. En los artículos analizados, los autores son unánimes en señalar que el apoyo y la motivación de la familia influyen el niño de manera positiva y representa la clave para controlar la enfermedad y para la calidad de vida de los pacientes.

Palabras clave: Niño. Diabetes *mellitus* tipo 1. Orientación. Dietoterapia. Personal de salud.

* Nutricionistas graduadas pela Faculdade Integrada Metropolitana de Campinas (METROCAMP)/VERIS Faculdades.

** Nutricionista. Coordenadora e Professora do Curso de Nutrição da Faculdade Integrada Metropolitana de Campinas (METROCAMP)/VERIS Faculdades.

*** Socióloga. Professora das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA) e da Faculdade Integrada Metropolitana de Campinas (METROCAMP)/VERIS Faculdades. Contato: lubibis@gmail.com

INTRODUÇÃO

O Diabetes *Mellitus* (DM) tipo 1 ou Diabetes *Mellitus* insulino-dependente (DMID) é uma doença que, frequentemente, inicia-se na infância, embora possa se apresentar em qualquer idade e não exista predileção por sexo^{1,2}. É causado pela destruição das células produtoras de insulina, em decorrência de defeito do sistema imunológico³. Encontra-se em cerca de 5 a 10% dos casos de DM e tem pouca influência em relação à hereditariedade. Nota-se que a incidência do DM1 vem aumentando, particularmente na população infantil com menos de cinco anos de idade^{3,4}. Há, porém, uma minoria de casos sem evidência de processo auto-imune, referidos como forma idiopática do DM1. Indivíduos portadores desse tipo de DM podem desenvolver cetoacidose e apresentar graus variáveis de deficiência de insulina. Como a avaliação dos autoanticorpos não é disponível em todos os centros de referência, a classificação etiológica do DM1 nas subcategorias autoimune e idiopática nem sempre é possível⁴.

O diagnóstico do DM1 oscila de uma a seis semanas, a contar do início dos sintomas^{1,4,5}. São três os critérios aceitos, atualmente, para diagnóstico da doença: poliúria, polidipsia e perda ponderal acrescidos de glicemia casual (realizada a qualquer hora do dia, independentemente do horário das refeições) $>200\text{mg/dl}$; glicemia de jejum $\geq 126\text{mg/dl}$; e glicemia de duas horas pós-sobrecarga de 75g de glicose com resultado $>200\text{mg/dl}$ ^{1,5,6}.

Para o diagnóstico de diabetes em crianças que não apresentam um quadro característico de descompensação metabólica como poliúria, polidipsia e emagrecimento ou de cetoacidose diabética, são adotados os mesmos critérios diagnósticos empregados para os adultos⁷.

Ainda não existem protocolos específicos para a prevenção primária do DM1 e as proposições mais aceitáveis baseiam-se no estímulo ao aleitamento materno e em evitar a introdução do leite de vaca nos primeiros três meses de vida da criança⁴.

As principais complicações da doença são a cetoacidose diabética (CAD) e o estado hiperglicêmico hiperosmolar. Hipoglicemia e hiperglicemia também fazem

parte do quadro de complicações, sendo que esta ocorre com maior frequência^{4,8}.

O tratamento da criança diabética está relacionado à forma como a doença é aceita pela criança e pela família. A família possui papel importante na manutenção do equilíbrio emocional da criança e deve fornecer suporte para o tratamento que inclui: planejamento alimentar, prática regular de exercícios físicos, monitoramento de glicose e cetônicos, insulinoterapia e acompanhamento por equipe multiprofissional². No caso do acompanhamento multiprofissional, destaca-se a atuação do nutricionista, fundamental para um controle alimentar mais rigoroso^{4,9-11}.

A orientação dietética ao paciente diabético deve ser feita por nutricionista com o objetivo de adequar a alimentação às suas necessidades calóricas. A orientação dietética possibilita um bom controle metabólico, já que o diabetes está diretamente relacionado ao metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras^{8,12}.

A uso de insulina é necessário no tratamento do DM1, devendo ser instituída assim que for feito o diagnóstico. Os portadores da doença podem fazer a glicosimetria de três a quatro vezes ao dia e em horários de ocorrência de maior descontrole glicêmico, permitindo ajustes individualizados da insulina. Essas medidas incluem uma dose antes das refeições (pré-prandial), outra duas horas após as refeições (pós-prandial) e uma última ao deitar (importante na prevenção de hipoglicemia noturna). Este tratamento é eficaz a fim de diminuir a frequência de complicações crônicas^{1,4,9}.

A administração de insulina é realizada pela mãe e/ou filho, geralmente orientados por auxiliares de enfermagem ou farmacêuticos⁸. O cuidado dentro e fora do sistema de saúde é de responsabilidade da equipe de atenção básica, pois os casos de DM1 requerem maior colaboração da equipe multiprofissional em função da complexidade de seu acompanhamento³.

A terapia nutricional é parte fundamental do cuidado do DM e embora seja um aspecto essencial para o sucesso do tratamento, representa seu maior desafio. Aderir a um plano alimentar envolve mudanças nos hábitos alimentares da família e o êxito deste processo exige mecanismos de adaptação para promover tais mudanças^{11,13}. Para que a criança diabética possa mudar

seus hábitos alimentares, consumindo alimentos que forneçam todos os macros e micronutrientes essenciais e em quantidades adequadas, é importante a motivação e o incentivo prestados pela família¹⁴.

Após o diagnóstico do DM1, a terapia nutricional recomendada deve considerar o estado nutricional do paciente. Um novo planejamento alimentar deve avaliar o crescimento da criança, além de aspectos subjetivos como o apetite, a fim de adequar a quantidade energética necessária da dieta^{14,15}. É preciso ressaltar, no entanto, que a própria palavra dieta traz consigo um sentido de proibição e deve ser evitada⁴ e, à medida que a criança entra na adolescência, há dados que indicam maior dificuldade de adesão à dieta¹⁶.

A alimentação da criança deve ter aporte calórico e nutricional adequado às necessidades individuais, permitindo crescimento e desenvolvimento normais. Deve ser suficiente para, ao lado do tratamento insulínico, normalizar os níveis de glicose, prevenindo a hipoglicemia^{14,17}.

Diversos estudos clínicos e epidemiológicos evidenciam que a terapia nutricional no tratamento da doença é importante e deve ser feita com base em um planejamento alimentar integrado com a administração de insulina e a prática regular de exercícios físicos. Recomenda-se que os pacientes que usam insulina façam suas refeições diárias em horários definidos, mantendo consistência e sincronia com seu tempo de ação^{13,14}.

Um estudo com crianças e adolescentes, entre sete e 17 anos, diabéticos insulino-dependentes, apesar de não encontrar relação significativa entre controle glicêmico, ansiedade e apoio social, mostrou que ainda é alto o percentual de jovens com controle glicêmico inadequado. Daí a importância em se conhecer o perfil psicológico dessa população de forma a criar intervenções preventivas e terapêuticas mais eficientes¹⁸.

O planejamento alimentar inclui o fracionamento das refeições da criança em seis refeições diárias de forma a evitar períodos de jejum prolongado: desjejum, lanche, almoço, lanche, jantar e ceia. Os lanches entre as grandes refeições evitam a ocorrência de hipoglicemia. Caso o jejum da noite seja muito prolongado, crianças mais novas e lactentes podem necessitar de leite ou outro aporte calórico^{11,13,14,17}.

O planejamento alimentar da criança diabética é mais saudável do que a alimentação consumida por crianças não-diabéticas^{1,4,12,14}. Contudo, um estudo de revisão sobre pesquisas realizadas acerca da ingestão dietética habitual em crianças com DM1 encontrou que, na prática, elas não estão seguindo as orientações nutricionais prescritas, pois, em certos aspectos, sua dieta é menos saudável, se comparada à dieta de crianças sem diabetes¹⁹.

A alimentação básica da criança abaixo de cinco anos com DM é semelhante a de outras crianças da mesma idade. Necessidades calóricas basais e proporção de nutrientes diferem quando relacionadas às crianças mais velhas. Crianças mais novas necessitam de maior aporte de lipídeos, passando dos 30% a 35% habituais para até 5% nos lactentes. Não deve haver restrição de gordura para as crianças menores de dois anos; para as maiores, quando necessário, deve ser trocado o leite integral por semidesnatado¹⁷.

Qualquer programa de educação em saúde específico para crianças diabéticas requer, obrigatoriamente, a capacitação dos profissionais envolvidos de forma a melhorar o atendimento, minimizando o impacto da doença na família e diminuindo o sofrimento da criança e sua família⁸. Como a aquisição de hábitos saudáveis representa uma das principais dificuldades enfrentadas pelas pessoas diabéticas, em geral, a educação em saúde é fundamental, ao lado de um controle metabólico adequado, planejamento alimentar e atividade física regular^{1,20,21}.

As orientações referentes à alimentação devem promover a interação de todos os membros da família, encorajando-os na busca por hábitos alimentares saudáveis. Também as orientações precisam levar em consideração os aspectos econômicos, culturais e sociais e atender às necessidades, preocupações e sentimentos da família acerca da qualidade, quantidade e fracionamento dos alimentos. Desse modo, a educação em diabetes deve estar centrada na equipe multiprofissional e na família. O apoio familiar torna efetivo o processo educativo, uma vez que o comportamento alimentar da criança é reflexo dos hábitos alimentares da família^{8,14}.

Neste sentido é possível compreender porque a presença de uma criança diabética torna a família toda diabética, já que esta é a responsável pelos seus cuidados²⁰. A vida da família começa a mudar logo após o diagnóstico; seu foco passa a ser a doença que se torna um marco na vida de todos os envolvidos¹⁰.

A descoberta da doença gera sentimentos diversos na criança e sua família, como angústia, temor e incerteza²⁰. Às vezes o diagnóstico é informado pelo profissional de saúde sem preparar anteriormente a família, o que resulta em sentimentos de insegurança da mãe e também da criança¹⁰. A sensação de insegurança da mãe nos primeiros momentos ocorre devido ao desconhecimento dos cuidados necessários e das especificidades quanto à alimentação e o controle glicêmico. Também se sentem inseguras em relação às primeiras aplicações de insulina^{10,22}.

A família busca conhecimento para aprender a lidar com a doença por meio de livros, revistas, palestras, grupos de apoio e pessoas que passaram pela mesma situação, como outras mães de diabéticos¹⁰. Contudo, existem dificuldades tanto em relação à obtenção de informações relacionadas à doença, quanto à aquisição de alimentos para diabéticos, uma vez que possuem preço elevado²². Na maioria dos casos, a comunicação das mães com a equipe de saúde é limitada^{10,11}.

Deve-se ressaltar que as mudanças na dieta da criança dependem muito, para se tornarem viáveis, do envolvimento da família²³, pois é evidente que estas mudanças colaboram para o controle do índice glicêmico, fazendo com que o número de complicações diminua². A dieta é o fator que mais compromete a aderência ao plano terapêutico do DM1, pois interfere muito nos hábitos da família. Porém, sua alimentação é semelhante àquela comumente recomendada para as pessoas, de modo geral, pois é uma alimentação equilibrada, capaz de suprir as necessidades nutricionais de acordo com as características de peso, estatura, sexo e atividade física⁵.

Para administrar os cuidados que uma doença crônica exige, tal como o DM em crianças, é fundamental o acompanhamento de uma equipe multiprofissional, composta por nutricionista, cardiologista, psicólogo, enfermeiro e pediatra^{2,8,10}. As crianças devem ser acompanhadas de forma sistemática,

pois assim é possível prevenir as complicações crônicas durante a evolução do DM. Contudo, a qualidade da assistência à criança diabética requer a melhoria dos programas atuais^{8,11}.

Os profissionais de saúde devem estabelecer um vínculo com as crianças, amparando a família em momentos de dúvida e reforçando os investimentos em atividades de educação em saúde sobre diabetes para a criança e sua família^{10,21}. Os profissionais devem estar cientes da importância do envolvimento da família no atendimento da criança diabética. Na primeira infância, esta supervisão é fundamental. O acompanhamento constante contribui para que, gradativamente, a criança torne-se capaz de realizar, sozinha, o controle da doença. Para garantir mais adesão ao tratamento é necessário que a família realize consultas frequentes com a equipe de saúde¹⁴.

Necessário ressaltar ainda que a assistência à criança diabética ultrapassa o simples controle glicêmico e os cuidados com a alimentação e a prática de atividades físicas; pressupõe que a equipe multiprofissional e a família compreendam a maneira como ela enfrenta a doença, com base em suas ações e no seu comportamento cotidiano¹⁴.

Este estudo tem por objetivo identificar o papel da família e da equipe multiprofissional de saúde na orientação nutricional da criança diabética.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi feita uma revisão bibliográfica de artigos originais, publicados no período de 2000 a 2010, em língua portuguesa, com base em periódicos integrados aos bancos de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Para acessá-los, foram utilizadas as palavras-chave: diabetes *mellitus* tipo 1, alimentação, cuidadores, hábitos alimentares, orientação, dietoterapia, pessoal de saúde.

Para a seleção dos estudos, foi realizada a análise dos títulos e dos resumos identificados na busca. Os critérios adotados para inclusão do material foram: artigos que contemplaram pesquisas realizadas sobre a influência da família e equipe multiprofissional na alimentação da criança portadora de DM1.

Os artigos encontrados com base nos critérios propostos foram organizados de acordo com o ano de publicação e autoria, título, periódico, objetivos do estudo, delineamento, principais resultados e conclusão. A análise qualitativa do material possibilitou a criação de três categorias para discussão: 1) principais problemas enfrentados pela criança e sua família após o diagnóstico, 2) mudanças no comportamento alimentar da criança e sua família após o diagnóstico, 3) papel da equipe multiprofissional de saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com base nos critérios de inclusão estabelecidos nesta revisão bibliográfica, foram selecionados 18 artigos. O ano em que há maior número de publicações é 2008 e as autoras com maior número de publicações são Zanetti e Mendes^{8,11,24}. Predominam os estudos na área de Enfermagem (seis) e nenhum artigo na área de Nutrição foi encontrado. O periódico *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia* obteve o maior número de publicações (sete) sobre o tema. Quanto ao delineamento, a maior parte das pesquisas é de caráter qualitativo (quatorze). A população alvo envolve crianças e adolescentes portadores de DM1 e também pais e mães.

Principais problemas enfrentados pela criança e sua família após o diagnóstico

Quando a família descobre que a criança é portadora de DM, surgem várias dúvidas e sentimentos diversos, como o medo da morte, pois o diabetes ainda é uma doença sem tratamento e pode trazer complicações crônicas a seu portador. Para prevenir estas complicações é necessário um bom controle glicêmico. No entanto, este requer uma alimentação adequada para a promoção da saúde da criança. A partir do momento em que a família começa a conviver com a criança doente e a se envolver com os cuidados diários, estes sentimentos de medo e negação vão se transformando em sentimentos de aceitação^{24,25}.

As mães chegam a procurar de dois a três médicos para definição do diagnóstico, enquanto outros membros da família reagem com sentimentos de não

aceitação da doença²⁴. No entanto, conforme destacado, a colaboração de todos os membros da família é o ponto chave para o sucesso do controle metabólico.

Cuidar de uma criança diabética requer cuidado por parte família, pois exige conhecimentos específicos e muita dedicação. Os principais problemas enfrentados pela criança e sua família são: aumento de sensibilidade à insulina e dificuldades em sua administração, jejum noturno prolongado, refeições frequentes com mamadeira, recusa alimentar, dificuldade em identificar sintomas da hipoglicemia, entre outros¹⁷.

Muitas crianças diabéticas têm medo da morte e de hospital e algumas chegam a desenvolver sentimentos de revolta que, geralmente, ocorrem tanto na fase após o diagnóstico como no decorrer do processo. São sentimentos que podem desencadear desajuste e inadequação nos contatos sociais²⁶. Este tipo de comportamento ocorre porque elas se sentem diferentes das outras crianças e/ou inferiores a elas, por não poderem fazer certas atividades comuns entre as crianças, como alimentar-se à vontade, sem se preocupar com a glicemia e, principalmente, comer doces. Assim, criam sentimentos de raiva com relação à insulina, ao tratamento e à alimentação, fatores que comprometem a adesão ao tratamento^{26,27}. A não adesão ao tratamento pode causar descontrole glicêmico, como a hiperglicemia, motivo mais comum de internações hospitalares⁸.

As principais dificuldades vivenciadas pela mãe na rotina da criança diabética são: mudança nos hábitos alimentares, motivação para realizar atividades físicas e relacionamento com a equipe de saúde. Neste sentido, é importante reforçar a atuação da equipe multiprofissional de saúde junto às famílias¹¹.

Cuidar de uma criança com uma doença crônica como o DM1 consome energia, tempo e interfere na privacidade da família, podendo provocar isolamento social e emocional. A dificuldade em aceitar o desenvolvimento da doença é um fator bastante recorrente¹⁰. Felizmente, nos últimos anos, maior atenção tem sido dada a crianças portadoras de doenças crônicas, sendo que os avanços tecnológicos têm propiciado uma sobrevida maior, além de uma melhor qualidade de vida²⁵.

Mudanças no comportamento alimentar da criança e sua família após o diagnóstico

É comum a família se propor a modificar a alimentação da casa quando descobre que a criança é diabética. A família passa a evitar o excesso de açúcar refinado, salgadinhos, refrigerantes e *fast food*, fazendo com que a criança adote hábitos saudáveis que poderão ser mantidos ao longo da vida¹⁷.

Para a criança, viver com o diabetes é algo a ser enfrentado a cada dia, desde o momento do diagnóstico. Há uma mistura de sentimentos de medo, insegurança, revolta, aceitação e adaptação. A criança passa a conviver com limitações na dieta e a insulinoterapia, mudando o estilo de vida de toda a família²⁷.

Após a confirmação do diagnóstico ocorrem modificações alimentares no cardápio da família, fato que gera insatisfação aos irmãos, pois estes se sentem afetados pelas mudanças nos hábitos alimentares¹¹. Geralmente é comum a família de uma criança diabética também se sentir doente, pois, de certo modo, adoece com ela. As transformações pós-diagnóstico são sentidas por todos e são inevitáveis. Inicialmente, prevalecem sentimentos de angústia e desespero perante a sensação de terem pouco controle sobre a vida da criança²⁰.

As mães recebem orientação sobre alimentação para diabéticos, mas enquanto algumas afirmam segui-las apenas parcialmente, outras referem participar ativamente das mudanças nos hábitos alimentares da criança²².

A criança diabética também enfrenta dificuldades no plano alimentar relativas à ingestão de carboidratos de absorção rápida, como doces, balas e chocolates. Assim, é difícil a sua participação em reuniões festivas¹¹.

Papel da equipe multiprofissional de saúde

A identificação precoce do diabetes infantil e o estabelecimento do vínculo entre os portadores e suas famílias com as Unidades Básicas de Saúde levam ao sucesso no controle do diabetes. O acompanhamento, no âmbito da atenção básica, evita o surgimento de complicações, reduzindo o número de internações hospitalares²⁸.

É preciso investir no tratamento ambulatorial da criança diabética, criando grupos para acompanhamento

e fornecendo material para tratamento e controle domiciliar, o que diminuiria o custo da doença, não somente pela redução do número de internações, como também pela melhora do prognóstico²⁹.

Outro aspecto a considerar é a equidade no atendimento às famílias de crianças e adolescentes com DM1, fornecendo apoio e suporte para que todos possam lidar com a doença¹¹. Esse apoio é importante porque as crianças apresentam aspectos negativos em relação à doença, evidentes nas mudanças provocadas em suas vidas e na dificuldade de enfrentá-la. O trabalho em grupo faz com que os pacientes compartilhem sentimentos e desmistifiquem a doença, promovendo condições para o enfrentamento e aceitação das condições existentes²⁶.

Qualquer programa de educação em diabetes deve promover o treinamento para o controle domiciliar da doença¹². Devem ser bem planejados, com objetivos específicos, de acordo com cada faixa etária. O foco, contudo, é melhorar a qualidade de vida dos diabéticos. As atividades de educação em diabetes devem ajudar no controle metabólico, manter o indivíduo no tratamento e fornecer boa relação entre o paciente e a equipe multiprofissional³⁰.

Há, porém, que se destacar a obrigatoriedade da organização dos serviços públicos de saúde com a capacitação dos profissionais que estejam à frente do atendimento e da orientação da criança diabética e sua família. O impacto da doença e o sofrimento que ela causa podem ser minimizados por um atendimento qualificado⁸. A criança diabética deve ser assistida por uma equipe multiprofissional, integrando-se a assistência a técnicas educativas diárias, em uma estrutura pública, de fácil acesso¹⁵.

A equipe multiprofissional tem papel importante no tratamento do DM, já que identifica estratégias de ação que motivem a criança para o autocuidado, além de fornecer apoio para que ela lide com a doença. A família precisa manter contato frequente com a equipe de saúde, pois assume o papel e a responsabilidade de mantê-la informada e amparada sobre a doença e os cuidados à criança^{2,8,12}. Por outro lado, os profissionais de saúde precisam estar atentos quanto ao grau de ansiedade das mães com relação aos filhos, quando procuram os serviços de saúde^{10,22}.

É importante também a participação de uma assistente social junto à equipe multiprofissional, uma vez que os custos para o tratamento do diabetes são elevados. A assistente social pode ajudar os pacientes de menor poder aquisitivo, facilitando e minimizando problemas que podem comprometer a adesão ao tratamento¹².

A orientação nutricional deve ser realizada por um nutricionista, cujo objetivo é adequar a alimentação às necessidades calóricas da criança. A educação alimentar tem papel fundamental para o paciente, pois não há controle metabólico sem uma alimentação adequada¹². Entretanto, poucos artigos, nesta revisão, destacaram a atuação do nutricionista no acompanhamento da criança diabética. Deve-se ressaltar que o nutricionista, atuando na atenção básica de saúde, pode influenciar os hábitos alimentares da criança diabética e de sua família, ciente, porém, de que se trata de um trabalho a longo prazo^{10,20}.

Deve-se discutir continuamente todo o trabalho de educação nutricional realizado com a família da criança diabética, a fim de melhorar, cada vez mais, sua qualidade de vida, visto o atual perfil de morbimortalidade e o elevado índice de doenças crônicas não-transmissíveis^{31,32}.

Diante deste quadro, é fundamental a inclusão do nutricionista na atenção primária, uma vez que este profissional possibilita o desenvolvimento de ações voltadas à alimentação e nutrição. Ele deve complementar a equipe multiprofissional com o objetivo de tornar mais efetivas as ações que buscam a melhoria da saúde e a qualidade de vida do indivíduo com DM e sua família. Deve atuar junto à comunidade, orientando e sensibilizando a população na promoção de hábitos alimentares mais saudáveis³¹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De modo geral, os estudos analisados demonstram que após o diagnóstico do diabetes em uma criança, a família passa a buscar informação sobre a doença, incluindo o tipo de alimentação a ser oferecida.

Ficou evidente que o fato da criança ser diabética contribui para modificar a alimentação de toda a família, algo que concorre para a promoção de hábitos mais saudáveis, já que recebem orientação para evitar: açúcar

refinado, salgadinhos, refrigerantes, entre outros alimentos não condizentes com uma dieta saudável e equilibrada.

Por outro lado, se não ocorre a participação dos familiares nesse processo de mudança, a adesão ao tratamento por parte da criança diabética fica comprometida. A combinação de hábitos alimentares adequados e a prática de atividades físicas, com apoio e motivação da família, levam a resultados positivos no enfrentamento da doença e seu controle metabólico.

Os programas de assistência à criança diabética são importantes para o controle da doença e a diminuição de futuras complicações. No entanto, é preciso a atuação do poder público no aprimoramento e na capacitação dos profissionais envolvidos e na prestação da assistência.

O papel da equipe multiprofissional de saúde é fundamental no tratamento da doença e na orientação da família. Destaca-se a atuação do nutricionista, profissional responsável pela orientação nutricional da criança diabética e no apoio à família em relação à alimentação adequada. O nutricionista procura facilitar o entendimento das propriedades dos alimentos para as famílias, além de orientar a frequência e a qualidade das refeições.

Em relação aos programas de educação em diabetes, ficou evidente que devem ser planejados cuidadosamente, a fim de melhorar a qualidade de vida dos portadores. As atividades educativas relacionadas à alimentação representam uma ferramenta essencial para a melhoria do controle metabólico. A inserção do paciente nessas atividades concorrerá para melhores resultados ao tratamento.

Pode-se concluir também que a educação e o acompanhamento do autocuidado da criança diabética devem ser analisados de acordo com a situação social da família: nível educacional e disponibilidade de recursos. Aqueles com condições socioeconômicas desfavoráveis, geralmente, apresentam maior incidência de complicações e hospitalizações.

Em todos os artigos analisados, os autores foram unânimes em apontar que o apoio e a motivação da família influenciam a criança de forma positiva e representam o ponto chave para o controle da doença e a qualidade de vida dos portadores.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília; 2001. [acesso em 2010 out 9]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/miolo2002.pdf>
2. Pilger C, Abreu IS. Diabetes mellitus na infância: repercussões no cotidiano da criança e de sua família. *Cogitare Enferm.* [periódico na Internet]. 2007 [acesso em 2010 abr 12];12(4):494-501. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/10076/6928>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Diabetes mellitus. Brasília: MS; 2006. (Caderno de atenção básica, n. 16).
4. Sociedade Brasileira de Diabetes. Tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. 2006. [acesso 2010 out 9]. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/educacao/docs/diretrizes.pdf>
5. Damiani D, Manna TD, Oliveira RG, Carvalho DP, Dichtchekenian V, Setian N. Diabetes mellitus 1. In: Lopez FA, Brasil ALD. Nutrição e dietética em clínica pediátrica. São Paulo: Atheneu; 2004. p. 280-1.
6. Sociedade Brasileira de Diabetes. Tudo sobre diabetes. 2006. [acesso em 2010 out 9]. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/diabetes/index.php>
7. Gross JL, Silveiro SP, Camargo JL, Reichelt AJ. Diabetes mellitus: diagnóstico, classificação e avaliação do controle glicêmico. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2002; 46(1):16-26.
8. Zanetti, M.L.; Mendes, I.A.C. Caracterização de crianças e adolescentes com diabetes tipo 1 em seguimento terapêutico. *Rev Gaúcha Enferm.* 2000; 21(1):81-99.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.583 de 10 de outubro de 2007. Define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei nº 11.347/2006, aos usuários portadores de Diabetes Mellitus. Anexo I - Diabetes. [acesso em 2010 out 9]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_2%20583_lei_diabetes.pdf
10. Nunes MDR, Dupas G, Ferreira NMLA. Diabetes na infância/adolescência: conhecendo a dinâmica familiar. *Rev Eletron Enfermagem* [periódico na Internet]. 2007 Abr [acesso em 2010 jul 8];9(1):119-30. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1v9n1a09.htm>
11. Zanetti ML, Mendes IAC. Análise das dificuldades relacionadas às atividades diárias de crianças e adolescente com diabetes mellitus tipo 1: depoimento de mães. *Rev Latino-am Enferm.* 2010; 9(6):25-30.
12. Ferraz AEP, Zanetti ML, Brandão ECM, Romeu LC, Foss MC, Pacolla GMGF et al. Atendimento multiprofissional ao paciente com diabetes mellitus no ambulatório de diabetes do HCFMRP-USP. *Rev Medicina* [periódico na Internet]. 2000 [acesso em 2010 jul 12];33:170-5. Disponível em: http://www.fmrp.usp.br/revista/2000/vol33n2/atendimento_multiprofissional.pdf
13. Saccchs A. Diabetes mellitus. In: Cuppani L. Guias de medicina ambulatorial e hospitalar. UNIFESP – Escola Paulista de Medicina. Nutrição Clínica no adulto. 2ª. ed. São Paulo: Manole; 2005. p. 171-4.
14. Lottenberg AMP. Características da dieta nas diferentes fases da evolução do Diabetes Melito tipo 1. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2008; 52(2):250-9.
15. Tschiedel B, Cé GV, Geremia C, Mondadori P, Speggorin S, Puñales MKC. Organização de um serviço de assistência ao paciente com diabetes melito tipo 1. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2008; 52(2):219-32.
16. Lewin AB, Storch EA, Williams LB, Duke DC, Silverstein JH, Geffken GR Brief report: normative data on a structured interview for diabetes adherence in childhood. *J Pediatr Psychol.* 2010; 35(2):177-82.
17. Calliari LEP, Monte O. Abordagem do diabetes melito na primeira infância. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2003; 52(2):243-9.
18. Rosselló J, Pérez D. Ansiedad y apoyo social en un grupo de jóvenes con diabetes insulino-dependiente. *Bol. Asoc. Méd. P. R.* 2003; 95(3):7-10.
19. Rovner AJ, Nansel TR. Are children with type 1 diabetes consuming a healthful diet? A review of the current evidence and strategies for dietary change. *Diabetes Educ.* 2009; 35(1):97-107.
20. Maia FFR, Araújo LA. Projeto "Diabetes Weekend" proposta de educação em diabetes mellitus tipo 1. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2002; 46(5):566-73.
21. Pace AE, Nunes PD, Ochoa-Vigo KO. Conhecimento dos familiares acerca da problemática do portador de diabetes mellitus. *Rev Latino-am Enfermagem* [periódico na Internet]. 2003 [acesso em 2010 set 2];11(3):312-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16540.pdf>
22. Goes APP, Vieira MRR, Liberatore RDRJ. Diabetes mellitus tipo 1 no contexto familiar e social. *Rev Paul Pediatría.* 2007; 25(2):124-8.
23. Costa PCA, Franco LJ. Introdução da sacarose no plano alimentar de portadores de Diabetes Mellitus tipo 1: sua influência no controle glicêmico. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2005; 49(3):403-9.
24. Zanetti ML, Mendes IAC. Dificuldades apresentadas por mães de crianças e de adolescentes diabéticos tipo 1, antes do estabelecimento do diagnóstico. *Acta Paul. Enfermagem* [periódico na Internet]. 2002 [acesso em 2010 mar 10];15(4):17-26. Disponível em: http://www.unifesp.br/denf/acta/2002/15_4/pdf/art2.pdf
25. Silva MGN. Doenças crônicas na infância: conceito, prevalência e repercussões emocionais. *Rev Pediatría do Ceará* [periódico na Internet]. 2001 [acesso em 2010 mar 10];2(2):29-32. Disponível em: <http://www.socep.org.br/Rped/pdf/2.2%20Atualiz%2003.pdf>
26. Marcelino DB, Carvalho MDB. Aspectos emocionais de crianças diabéticas: experiência de atendimento em grupo. *Psicologia em Estudo* [periódico na Internet]. 2008 [acesso em 2010 set 2];13(2):346-50. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722008000200017&script=sci_arttext&tling=e
27. Moreira PL, Dupas G. Vivendo com o diabetes: a experiência contada pela criança. *Revista Latino-am Enfermagem.* 2006; 14(1):25-32.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: campanha nacional de detecção de suspeito de diabetes mellitus. Brasília; 2001. p. 5-21. (Relatório Técnico [acesso em 2010 out 9]. Disponível em: http://www.fef.br/biblioteca/arquivos/data/reorganizacao_campanha.pdf
29. Marini-Lemos SHN, Lima MC, Guerra Jr G, Paulino MFVM, Minicucci WJ. A importância dos controles domiciliares na redução de internações em portadores de diabetes mellitus tipo 1. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2000; 44(3):215-9.
30. Leite SAO, Zanim LM, Granzotto PCD, Heupa S, Lamounier RN. Pontos básicos de um programa de educação ao paciente com diabetes melito tipo 1. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2008; 52(2):233-42.
31. Assis AMO, Santos SMC, Freitas MCS, Santos JM, Silva MCM. O programa saúde da família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar. *Revista de Nutrição.* 2002; 15(3):255-66.
32. Ribeiro AB, Cardoso MA. Construção de um questionário de frequência alimentar como subsídio para programas de prevenção de doenças crônicas não transmissíveis. *Revista de Nutrição.* 2002; 15(2):239-45.

Recebido em: 13/03/2011**Aceite em: 17/05/2011**

REVISÃO INTEGRATIVA ACERCA DO TRABALHO DE ENFERMAGEM EM UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

INTEGRATIVE REVIEW ON THE WORK OF NURSES IN UNITS OF URGENCY AND EMERGENCY

REVISIÓN INTEGRADORA SOBRE LA LABOR DE LAS ENFERMERAS EN LAS UNIDADES DE URGENCIA Y EMERGENCIA

Cynthia Ferreira de Melo*, Denize Bouttelet Munari**, Ana Paula Silva***, Virgínia Visconde Brasil****

Resumo

O trabalho em equipe é essencial quando se buscam melhores resultados no trabalho de enfermagem no atendimento a urgências e emergências. Neste estudo os objetivos foram: sintetizar a produção científica do trabalho de enfermagem em unidades de urgência e emergência, a partir das publicações nacionais em periódicos de enfermagem, no período de 1980 a julho de 2010; identificar fatores que contribuam para restringir o trabalho da equipe de enfermagem nesse tipo de atendimento. Foi realizada uma revisão integrativa da literatura a partir dos descritores - equipe de enfermagem, serviços médicos de emergência, serviço hospitalar de emergência e enfermagem em emergência. Foram incluídos 55 artigos referentes ao período de estudo. Entre 2004 a julho de 2010 obteve-se o maior volume de publicações, 40 (72,7%), seguido pelo período de 1996 a 2003 com 11 (20%), 1988 a 1995 com três (5,4%) e apenas um artigo (1,8%) no período de 1980 a 1987. A análise permitiu mapear a produção da enfermagem nesse período, identificar os principais limites impostos ao trabalho da equipe de enfermagem nesse tipo de unidades de atendimento, além dos pontos estratégicos para viabilizar mudanças e melhorias que beneficiem usuários e profissionais. Fatores restritivos como: sobrecarga de trabalho, estresse, ansiedade, conflitos entre as pessoas, falta de solidariedade e cuidados humanizados, estrutura física inadequada, dentre outros, prejudicam a qualidade assistencial. Conclui-se que embora tenha havido progresso, os aspectos identificados podem ser utilizados como estratégias para promover melhorias, principalmente centradas na relação Eu, Outro, Ambiente. Diminuir os aspectos restritivos, ainda presentes nas unidades assistenciais brasileiras, é uma necessidade para bom desempenho nessas unidades. O aprimoramento desse tipo de trabalho é fundamental.

Palavras-chave: Equipe de enfermagem. Serviços médicos de emergência. Serviço hospitalar de emergência. Enfermagem em emergência.

Abstract

Teamwork is essential when looking for better results at work in the nursing care of emergencies and urgencies. In this study the objectives were to summarize the scientific production of nursing work in emergency care units, from national publications in nursing journals, from 1980 to July 2010, to identify factors that contribute to restrict the work of the team in this type of nursing care. We performed an integrative literature review from the descriptors - nursing staff, emergency medical services, hospital emergency service and emergency nursing. 55 articles were included for the period of study. In 2004 and July 2010 we obtained the bulk of the 40 publications (72.7%), followed by the period 1996-2003 with 11 (20%), 1988-1995 three (5.4%) and only one article (1.8%) in the period 1980 to 1987. The analysis allowed us to map the production of nursing in this period, identify the main limitations on the work of nursing staff in this type of service units, in addition to strategic points to enable changes and improvements that benefit users and professionals. Constraining factors such as overwork, stress, anxiety, conflicts between people, lack of solidarity and humane care, inadequate physical infrastructure, among others, affect the quality of care. We conclude that although there has been progress, the issues identified can be used as strategies for encouraging improvements, mainly focused on the relationship I, Other, Environment. Decrease restrictive aspects, still present in healthcare units in Brazil, is a necessity for good performance in these units. The improvement of this type of work is essential.

Keywords: Nursing, team. Emergency medical services. Emergency service, hospital. Emergency nursing.

Resumen

El trabajo en equipo es esencial en la búsqueda de mejores resultados en el trabajo en los cuidados de enfermería de emergencias y urgencias. En este estudio, los objetivos se resumen en la producción científica del trabajo de enfermería en las unidades de atención de emergencia, de las publicaciones nacionales en revistas de enfermería, de 1980 a julio de 2010, para identificar los factores que contribuyen a limitar el trabajo del equipo este tipo de cuidados de enfermería. Se realizó una revisión de la literatura de integración de los descriptores - el personal de enfermería, servicios médicos de emergencia, servicio de urgencias del hospital y de enfermería de emergencia. 55 artículos fueron incluidos para el período de estudio. En el año 2004 y julio de 2010 se obtuvo la mayor parte de las 40 publicaciones (72,7%), seguido por el período 1996-2003, con 11 (20%), 1988-1995 tres (5,4%) y sólo un artículo (1,8%) en el período 1980 a 1987. El análisis nos ha permitido asignar la producción de la enfermería en este período, identificar las principales limitaciones para el trabajo del personal de enfermería en este tipo de unidades de servicio, además de los puntos estratégicos para que los cambios y mejoras que benefician a los usuarios y profesionales. Los factores limitantes, tales como el exceso de trabajo, el estrés, la ansiedad, los conflictos entre las personas, la falta de solidaridad y cuidado humano, la infraestructura física inadecuada, entre otros, afectan la calidad de la atención. Llegamos a la conclusión de que aunque ha habido avances, los problemas detectados se pueden utilizar como estrategias para promover la mejora, principalmente centrado en la relación I, otro ambiente,. Disminución de los aspectos restrictivos, todavía presente en las unidades de salud en Brasil, es una necesidad para el buen desempeño de estas unidades. La mejora de este tipo de trabajo es esencial.

Palabras clave: Grupo de enfermería. Servicios médicos de urgencia. Servicio de urgencia en hospital. Enfermería de urgencia.

* Estudante de Graduação em Enfermagem; bolsista PIBIC/UFMG, Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Contato: cynthia.ferreira1@gmail.com

** Doutora em Enfermagem. Professora Titular da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Especialista em Consultoria e Gestão de Grupos. Didata da Sociedade Brasileira de Psicodrama, Dinâmica de Grupo e Psicanálise - SOBRAP/GOIÁS. Contato: denize@fen.ufg.br

*** Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Supervisora da Unidade de Urgência e Emergência do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás. Contato: anapaulasiate@gmail.com

**** Professor Adjunto da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Contato: vvbrasil@terra.com.br

INTRODUÇÃO

Ultimamente tem se observado expressivo aumento na utilização dos serviços públicos hospitalares de emergência¹. As principais causas decorrem do aumento da violência urbana, dos acidentes de trânsito e da precariedade dos serviços de saúde da atenção básica¹⁻⁴. Como consequência imediata advém a superlotação das unidades com pessoas que poderiam ser atendidas em serviços de menor complexidade¹⁻⁶.

A imprevisibilidade da demanda, aliada à gravidade dos pacientes que procuram esse tipo de serviço, torna esse cenário desafiante para os profissionais da área da saúde e gestores, pois as Unidades de Urgência e Emergência (UUE) são setores estratégicos nos complexos hospitalares, pela necessidade de assistência de alta qualidade e de elevado nível para o atendimento de diferentes especialidades e problemas⁶.

O aumento do número de pessoas que procuram os serviços de UUE tem forte impacto sobre o sistema de saúde, podendo ser mensurado diretamente pelo aumento dos gastos com procedimentos especializados e as internações hospitalares, assistência em unidades de terapia intensiva e alta taxa de permanência hospitalar^{1,5,6}.

Diante dessa realidade, os serviços públicos de emergência têm sofrido com a superlotação, o ritmo de trabalho acelerado, a sobrecarga dos profissionais de saúde e a precariedade de recursos físicos, humanos e materiais. Tais unidades geralmente funcionam além do limite de sua capacidade, com taxas de ocupação de leitos superiores a sua ocupação máxima. Além de acarretar um número insuficiente de profissionais para a assistência, com qualificação nem sempre adequada, excesso de atendimentos e demanda inadequada, gerenciamento e planejamento, precários dos recursos existentes^{4,6}.

No trabalho assistencial em UUE é muito importante o conhecimento científico, o emprego de recursos materiais de última geração, agilidade, utilização correta das técnicas, destreza, responsabilidade, capacidade de discernimento e eficiente trabalho em equipe².

Esses aspectos caracterizam as principais necessidades dos serviços dessa natureza. O atendimento imediato e eficiente deve constituir o cotidiano de trabalho de muitos profissionais de saúde, dentre eles o da equipe de enfermagem, cujo conhecimento deve ser específico para o atendimento a urgências, o ambiente peculiar, o raciocínio rápido, rapidez e assertividade na tomada de decisões, além de ações sincronizadas e boa interação com os demais profissionais^{7,8}.

Para se obter um trabalho coeso, as equipes devem estar sempre atentas ao seu nível de desempenho, revendo suas potencialidades e limitações junto ao grupo, buscando por estratégias de mobilização para aperfeiçoar o processo na tomada de decisões, para identificação e resolução de problemas⁸⁻¹⁰. A enfermagem, quando focada no trabalho em equipe, amplia sua capacidade de inovação, produção de conhecimentos e melhora o desempenho¹⁰.

No entanto, em UUE as ações de cuidado dependem de um bom planejamento, para adequada utilização do tempo, gerenciamento da pressão existente na realização das atividades, normalmente relacionadas à alta demanda de trabalho e à corrida em benefício da vida^{5,11}, havendo comumente a exposição dos profissionais a estresse ocupacional^{5,9,12,13}. Esses, dentre outros aspectos, se constituem em fatores que restringem o desempenho da equipe de enfermagem^{3,5,8,9,12,13}.

As evidências mais comumente citadas, no trabalho em UUE, e as fontes de estresse que comprometem o trabalho das equipes de enfermagem estão relacionadas aos fatores organizacionais, ao relacionamento da equipe e a clientela, interferindo na satisfação e motivação dos profissionais, além dos elevados níveis de absenteísmo e rotatividade das pessoas que compõem a equipe^{3,5,9,12-14}.

Considerando-se a importância estratégica do trabalho em equipe em UUE, é fundamental que os gestores desses serviços estejam atentos para identificar fatores que comprometem a mobilização, o envolvimento e o desenvolvimento da equipe, visando manter a coesão do trabalho e o padrão de qualidade assistencial^{1,4-8}.

O trabalho em equipe envolve o movimento e as atitudes individuais dos elementos que compõem o grupo. Estes aspectos compreendem: comprometimento, querer, compromisso e, principalmente, o investimento no desenvolvimento do grupo de pessoas envolvidas. É essencial, para um melhor alcance no desempenho das equipes o monitoramento permanente dos aspectos que impulsionam as ações/intervenções, bem como aqueles que restringem seu avanço^{15,16}. Uma das possibilidades para mapear esses aspectos no desenvolvimento das equipes de trabalho é a análise do campo de forças da equipe, enquanto técnica valiosa para o planejamento de mudanças psicossociais¹⁶.

O desenvolvimento da teoria do campo de forças foi proposto por Kurt Lewin, cujo foco é observar e analisar a motivação do comportamento humano para o trabalho coletivo, partindo do pressuposto de que o comportamento das pessoas é derivado da totalidade de fatos coexistentes, e ainda, que esses fatos têm a característica de um campo dinâmico, no qual cada parte do campo depende de uma boa inter-relação com as demais partes^{15,16}.

As forças impulsoras, segundo essa tese, são as que tendem a aumentar o nível de atividade do indivíduo no grupo e as restritivas são as que tendem a baixar o nível dessa atividade, limitando o desempenho do grupo. Analisar um campo de forças permite identificar quais são e como essas forças atuam em determinados momentos do trabalho em equipe, além de proporcionar pensar em ações necessárias para buscar um melhor desempenho¹⁶.

A análise das forças atuantes em determinadas situações permite a estimativa de sua intensidade e a categorização das mesmas, relativas aos elementos que se relacionem aos aspectos individuais (EU), aos elementos concernentes às relações que são estabelecidas com os membros da equipe (OUTRO) e aos referentes ao ambiente e recursos materiais (AMBIENTE)¹⁶.

A partir deste enfoque teórico, e considerando-se que a enfermagem em UUE no Brasil ainda se encontra em desenvolvimento, e a importância do trabalho em

equipe nesse tipo de serviço, este estudo teve como objetivo sintetizar a produção científica sobre o trabalho da Enfermagem em UUE, a partir dos periódicos nacionais da enfermagem, entre 1980 a julho de 2010, bem como identificar os fatores que restringem o trabalho da equipe de enfermagem nesse tipo de serviço.

MÉTODOS

Estudo de revisão integrativa da literatura desenvolvido por meio de artigos disponibilizados em periódicos nacionais de enfermagem. A revisão integrativa da literatura é baseada em evidências científicas e pode ser considerada uma revisão sistemática, pois reúne e sintetiza resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do tema investigado¹⁷.

Esse tipo de revisão permite ainda, a identificação de tendências na produção científica ou ainda as lacunas que merecem a atenção dos pesquisadores, sendo desenvolvida ao longo de uma série de etapas¹⁷. A questão norteadora da investigação buscou identificar qual o conhecimento produzido pela enfermagem brasileira sobre o trabalho da enfermagem em UUE e quais fatores são indicadores de aspectos restritivos ao desempenho do trabalho da equipe de enfermagem nesses serviços.

Para o recorte temporal de 1980 a julho de 2010 tomou-se como base a argumentação de Wehbe e Galvão¹⁸ que indicam o início dos anos de 1980 como o começo do desenvolvimento dessa área no Brasil. Optou-se pela localização de artigos na íntegra por viabilizarem um alcance maior aos dados pelo acesso e consulta completa do texto. A coleta de dados foi realizada *online* e na Biblioteca Central da USP - Campus Ribeirão Preto e Sala de Leitura "Glete de Alcântara" da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, pois se constituem como um dos maiores e mais completos acervos da área na América Latina.

Foram selecionados 15 periódicos da área de enfermagem brasileira, publicados entre 1980 a julho de 2010 a partir dos critérios de seleção dos periódicos, a indexação, a regularidade e a periodicidade de circulação. A busca pelos artigos envolveu todos os

volumes e números impressos dos seguintes periódicos: Revista Brasileira de Enfermagem; Revista da Escola de Enfermagem da USP; Revista Gaúcha de Enfermagem; Revista Paulista de Enfermagem; Acta Paulista de Enfermagem; Revista Texto & Contexto Enfermagem; Revista Latino-americana de Enfermagem; Revista Enfermagem UERJ; Cogitare Enfermagem; Anna Nery Revista de Enfermagem; Revista Mineira de Enfermagem; Revista *Nursing* (edição brasileira); Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste (RENE), além da Revista Eletrônica de Enfermagem e *Online Brazilian Journal of Nursing*, periódicos exclusivamente eletrônicos.

A seleção dos artigos ocorreu a partir da leitura dos números impressos, ou *online*, das coleções de cada periódico. A busca dos artigos foi norteada pelos descritores controlados: "equipe de enfermagem", "serviços médicos de emergência", "serviço hospitalar de emergência", "enfermagem em emergência", além da leitura do título, resumo e do texto.

Os artigos previamente selecionados foram submetidos à leitura integral do texto, orientada por um protocolo de análise que partia da questão norteadora do estudo, permitindo caracterizar o ano de publicação, a natureza do artigo, a procedência dos autores, os descritores utilizados, os objetivos, a metodologia adotada e os resultados apresentados.

O resultado desse processo proporcionou agrupar os artigos em quatro categorias: estudos teóricos; UUE na perspectiva de seus usuários; gestão da UUE e da assistência de enfermagem e condições de trabalho e saúde dos profissionais de enfermagem em UUE. Na análise dos dados resultantes desse processo, foram apresentadas informações gerais da caracterização dos estudos, específicas a cada categoria, além de se detalhar os elementos relativos aos aspectos identificados como restritivos ao trabalho da equipe de enfermagem, segundo o referencial adotado¹⁶.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de 1980 até julho de 2010 foram obtidos 55 artigos que tratavam do tema cuja análise permitiu identificar a organização do tema ao longo do período estudado, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição de artigos publicados no período de 1980 a julho 2010 acerca do trabalho em UUE, por periódico e ano

Periódicos	Ano de publicação				Total
	1980-1987	1988-1995	1996-2003	2004-2010	
Acta Paulista de Enfermagem	-	-	1	3	3
Anna Nery Revista de Enfermagem	-	-	2	1	3
Cogitare Enfermagem	-	-	1	4	5
<i>Online Brazilian Journal of Nursing</i>	-	-	-	2	2
Revista Brasileira de Enfermagem	-	-	1	5	6
Revista da Escola de Enfermagem USP	-	1	1	3	5
Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste	-	-	1	1	2
Revista Eletrônica de Enfermagem	-	-	-	7	7
Revista Enfermagem UERJ	-	1	-	2	3
Revista Gaúcha de Enfermagem	1	-	1	2	4
Revista Latino-americana de Enfermagem	-	-	1	3	4
Revista Mineira de Enfermagem	-	-	-	1	1
Revista <i>Nursing</i> (edição brasileira)	-	-	-	3	3
Revista Paulista de Enfermagem	-	1	-	1	2
Revista Texto & Contexto de Enfermagem	-	-	2	2	4
Total	1	3	11	40	55

Os dados da Tabela 1 permitem identificar que a Revista Eletrônica de Enfermagem foi o periódico que mais publicou estudos sobre esta temática, totalizando sete artigos. O período entre 2004 a 2010 foi destacado pelo maior volume de publicações (40), seguido pelo período de 1993 a 2003 com 11 publicações, indicando que a temática teve maior expansão a partir do ano de 2004.

Também foram analisados os descritores mais frequentemente utilizados para caracterizar as investigações sobre o tema. A análise foi realizada contabilizando-se todos os descritores citados nos artigos selecionados, independente de serem ou não descritores controlados. Esse trabalho resultou na obtenção de 80 termos, sendo 43 descritores controlados e 37 não. Da análise dos descritores controlados os mais frequentes foram: "enfermagem" (16%); "emergência" (10%) e "enfermagem em emergência" (10%).

Quanto à procedência da autoria dos artigos, segundo a localização geográfica, destacaram-se estudos oriundos da região Sul como responsáveis pelo maior número de publicações sobre o tema (47%), seguidos pelos da região Sudeste (44%), região Nordeste e região Centro - Oeste (9%). Não foram localizados autores da região Norte. Para a análise deste item, considerou-se a relação nominal dos autores e as notas de rodapé apresentadas em cada artigo.

Considerando-se a distribuição dos artigos de acordo com as categorias, de forma sequenciada será apresentada a síntese analítica dos textos estudados.

Estudos teóricos

Do montante de artigos selecionados nesta categoria, quatro (7%) eram estudos teóricos que caracterizavam os serviços de urgência e emergência. O Quadro 1 ilustra os dados relativos ao ano, periódico, autores e o título.

Quadro 1 - Artigos incluídos no grupo "Estudos teóricos", segundo ano de publicação, periódico, autores e título

Ano de Publicação	Periódicos dos Artigos	Autores/Título
1987	Rev Gaúcha Enf	Chaves DPL, Macedo MVA, Silva M, Ferreira SRS, Pannebecker S. Estudo sobre a triagem no serviço de emergência: revisão da literatura.
2008	Cogitare Enfermagem	Argenta C, Feldens JG, Hildebrandt LM, Leite MT, Van der Sand ICP. A morte em setor de emergência e seus reflexos na equipe de saúde: uma revisão bibliográfica.
	Acta Paulista de Enfermagem	Poll MA, Lunardi VL, Wilson DLF. Atendimento em unidade de emergência: organização e implicações éticas.
2010	<i>Online Brazilian Journal of Nursing</i>	Weis AH, Santos JLG, Marques GQ, Ciconet RM, Lima MAD. Organização dos serviços de saúde para atenção às urgências: revisão narrativa.

Nesta categoria os autores incluíram reflexões sobre as questões organizacionais que permeiam a prática da equipe de saúde em UUE, evidenciando que os profissionais dessas unidades enfrentam constantemente dificuldades decorrentes da burocratização do serviço e das questões organizacionais: superlotação de usuários, sobrecarga de trabalho, carência qualitativa e quantitativa de recursos humanos, estrutura física inadequada, precariedade ou ausência de equipamentos e de materiais para o necessário atendimento, dentre outras¹⁻⁵.

Essas unidades se caracterizam pelo excesso de atividades que levam os profissionais a trabalharem constantemente sob forte pressão e sobrecarga mental, caracterizadas pela necessidade de enfrentamento de situações inesperadas, imprevisíveis e, na maioria dos casos, em situações onde há falta de condições e de instrumentos de trabalho³⁻⁵. Tais condições favorecem a ocorrência de acidentes de trabalho e sofrimento psíquico, uma vez aliados às constantes ocorrências de óbitos, geradoras de sentimentos de angústia, medo e insegurança, muito presentes nessas unidades¹³.

Os autores desses artigos indicaram como possibilidade de transformações e inovações a educação continuada e permanente, assim como capacitação da equipe para a utilização de protocolos de atendimento

imediatos, oferecendo, assim, condições de maior autonomia aos profissionais de enfermagem, possibilitando também, um atendimento mais humanizado e individualizado em UUE¹³.

UUE na perspectiva dos usuários

Esta categoria reuniu oito (15%) artigos que apresentavam a caracterização do atendimento nos serviços de urgência e emergência na perspectiva dos usuários. O Quadro 2 ilustra os estudos inseridos nessa classificação conforme o ano da publicação, o periódico, os autores/títulos.

Quadro 2 - Artigos incluídos na categoria UUE na perspectiva dos usuários, segundo o ano de publicação, periódico e título

Ano	Periódico	Autores/Título do artigo
1998	Rev Texto & Contexto Enf	Maia, ARC. Elementos e dimensões do cuidado na perspectiva de clientes ambulatoriais.
2003	Rev Bras Enferm	Ludwig MLM, Bonilha ALL. O contexto de um serviço de emergência: com a palavra, o usuário.
2005	Rev REME	Pinho LB, Kantorki LP, Erdmann AL. Práticas de cuidado em uma unidade de emergência: encontros e desencontros segundo familiares de pacientes internados.
2007	Rev Gaúcha Enf	Souza RB, Silva MJP, Nori A. Pronto-socorro: uma visão sobre a interação entre profissionais de enfermagem e pacientes.
2008	Rev Eletr Enf	Perlini NMO, Pilatto MTS. Entre o medo da morte e a confiança na recuperação: a experiência da família durante um atendimento de emergência.
	Rev Bras Enferm	Baggio MA, Callegaro GD, Erdmann AL. Compreendendo as dimensões do cuidar em uma unidade de emergência hospitalar.
2009	Rev Eletr Enf	Andrade LM, Martins EC, Caetano JA, Soares E, Beserra EP. Atendimento humanizado nos serviços de emergência hospitalar na percepção do acompanhante.
	Cogitare Enferm	Maciak I, Sandri JVA, Spier FD. Humanização da assistência de enfermagem em uma unidade de emergência: percepção do usuário.

De forma generalizada, os artigos apontaram o descontentamento dos usuários nessas unidades quanto ao tipo de serviço prestado. Foram destacados como agravantes as acomodações inadequadas, o tratamento impessoal, a alta demanda de atendimento, as deficiências estruturais do sistema de saúde, a fragmentação do cuidado, a falta de filosofias específicas de trabalho e de ensino voltadas para a efetividade da humanização nesses ambientes^{11,19}.

Usuários e familiares indicaram a necessidade de um relacionamento mais próximo entre os profissionais e os clientes, de modo a fortalecer os princípios da humanização¹⁹, o que indica a necessidade de uma melhor qualificação acerca da comunicação e interrelação entre usuários e os profissionais da área da saúde^{3,5,19}.

Os estudos incluídos apontaram também a necessidade dos profissionais serem mais sensíveis e solidários frente ao sofrimento humano^{6,10}, devendo estar mais atentos as necessidades de usuários e acompanhantes, por ocasião do enfrentamento das novas condições de saúde^{6,11}. Nessa perspectiva, segundo os usuários, um olhar atento, boa vontade, um ambiente mais acolhedor e adequado, material suficiente e equipamentos adequados e em pleno funcionamento, e cordialidade, são condições fundamentais para a melhoria da qualidade e atenção nos ambientes de UUE^{2,19}.

Gestão da UUE e do atendimento de enfermagem

Nesta categoria foram classificados 27 (49%) artigos que descreviam a gestão e a organização da UUE, revelando as principais dificuldades sentidas pelos trabalhadores e o grau de satisfação dos mesmos em relação ao atendimento de enfermagem nessas unidades. O Quadro 3 ilustra os estudos inseridos nessa classificação.

Quadro 3 - Artigos incluídos na categoria Gestão da UUE e do atendimento de enfermagem, segundo o ano da publicação, periódico e autores/título

Ano	Periódico	Autores/Título do artigo
1988	Rev Esc Enferm USP	Ide CAC, Pierin AMG, Padilha KG, Chaves EC. Perfil epidemiológico das internações em um pronto socorro do município de São Paulo.
	Rev Paul Enf	Pierin AMG, Cruz DMLM, Takahashi EIU, Padilha KG. Centro Assistencial de enfermagem: análise do atendimento em situações eventuais de emergência.
1995	Rev Enferm UERJ	Soares E. Qualidade dos registros de atendimento em pronto socorro.
1996	Cogitare Enfermagem	Soares E, Zysko L, Regazzi ICR, Silva LR. Diagnósticos das condições de atendimento de emergência em pronto socorro.
1999	Acta Paul Enf	Wehbe G, Galvão CM. Enfermeiro de unidade de emergência: sua liderança com o pessoal auxiliar de enfermagem.
2000	Rev RENE	Andrade LM, Caetano JA, Soares E. Percepção das enfermeiras sobre a unidade de emergência.
	Rev Esc Anna Nery Enf	Abreu AMM, Mauro MYC. Acidentes de trabalho com a equipe de enfermagem no setor de emergência de um hospital municipal do Rio de Janeiro.
2001	Texto & Contexto Enferm	Matos E, Pierezan CP, Schneider DG, May LE, Sandoval RCB. Proposta de programa de educação no trabalho no contexto da divisão de enfermagem de emergência e ambulatório do hospital universitário.
	Rev Latino-am Enfermagem	Wehbe G, Galvão CM. O enfermeiro de unidade de emergência de hospital privado: algumas considerações.
2003	Rev Esc Anna Nery de Enf	Santos AMR, Coelho MJ. Atendimento de cliente com traumatismo em um serviço de emergência de hospital do Piauí.
	Rev Esc Enferm USP	Fugulin FMT, Gaidzinski RR, Kurcgant P. Ausências previstas e não previstas da equipe de enfermagem das unidades de internação do HU-USP.

2004	Rev Enferm UERJ	Oliveira EB, Lisboa MTL, Lúcido VA, Sisnando SD. A inserção do acadêmico de enfermagem em uma unidade de emergência: a psicodinâmica do trabalho.
	Rev Latino-am Enfermagem	Duran ECM, Cocco MIM. Capacidade para o trabalho entre trabalhadores de enfermagem do pronto-socorro de um hospital universitário.
2005	Rev Paul Enf	Mendes HWB, Almeida ES. Razões para a busca da assistência à saúde no serviço de urgência/emergência de um hospital universitário.
	Rev Nursing	Souza RB, Silva MJP, Saleh CMR. Comunicação entre profissionais de enfermagem e pacientes da unidade de pronto-socorro.
	Rev Bras Enferm	Wehbe G, Galvão CM. Aplicação da liderança situacional em enfermagem de emergência.
	Texto & Contexto Enferm	Alves M, Ramos FRS, Penna CMM. O trabalho interdisciplinar: aproximações possíveis na visão de enfermeiras de uma unidade de emergência.
2006	Cogitare Enferm	Montezeli JH, Lopes AA. Implantação de um sistema classificatório do grau de dependência dos cuidados de enfermagem em um serviço de emergência.
2007	Rev Nursing	Scapim EP, Tiveron ER, Marvulo MML. Dimensionamento de pessoal em uma unidade de observação de um pronto socorro.
2008	Rev Esc Anna Nery Enf	Valle RMCV, Moura EBM, Feitosa MB, Santos AMR, Araújo VMD, Monteiro CFS. Representações sociais da biossegurança por profissionais de enfermagem de um serviço de emergência.
	Rev Esc Enferm USP	Marques GQ, Lima MADS. Organização tecnológica do trabalho em um pronto atendimento e a autonomia do trabalhador de enfermagem.
	Online Brazilian Journal of Nursing	Garlet ER, Lima MADS. Organização tecnológica do trabalho da equipe de saúde que atua em uma unidade de emergência.
2009	Texto & Contexto Enferm	Garlet ER, Lima MADS, Santos JLG, Marques GQ. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência.
	Rev Enferm UERJ	Valentim MRS, Santos MLSC. Políticas de saúde em emergência e a enfermagem.
	Rev Latino-am Enf	Garlet ER, Lima MADS, Santos JLG, Marques GQ. Finalidade do trabalho em urgências e emergências: concepções de profissionais.
	Cogitare Enferm	Ywata GCC, Dansk MTR, Mingorance P, Pedrollo E, Lazzari LSM. A prática do enfermeiro assistencial em um serviço de pronto atendimento adulto.
2010	Acta Paulista de Enfermagem	Furtado BMASM, Júnior JLCA. Percepção de enfermeiros sobre condições de trabalho em setor de emergência de um hospital.

Estavam presentes nesses artigos descrições do serviço de emergência como um cenário complexo, que deve congrega profissionais qualificados para um atendimento imediato e de elevado padrão à clientela que dele necessitar^{2,3,18}.

De acordo com os autores dos estudos incluídos nessa categoria, a desorganização identificada pelos gestores, administradores hospitalares e diretores clínicos e, particularmente, pela própria comunidade, na atenção

às urgências, tem motivado a adoção de estratégias educacionais e assistenciais, bem como a elaboração de políticas públicas com o objetivo de difundir conceitos, diretrizes e práticas para a obtenção de um maior êxito na área da atenção às urgências¹⁻³.

A leitura e análise dos artigos demonstraram a necessidade de se proporcionar uma gestão de qualidade e um atendimento de nível elevado aos usuários desse tipo de serviço. As UUE necessitam de equipamentos adequados, profissionais devidamente preparados, pois a assistência deve ser imediata, eficiente, integrada, e cada profissional detentor de amplo conhecimento técnico e habilidade profissional para o emprego dos recursos tecnológicos^{2,4-6}.

O processo de gestão e de atenção nessas unidades deverá estar voltado à educação e o treinamento constante das pessoas que compõem a unidade de atendimento, visando habilitar/aprimorar os profissionais para avaliar e identificar os problemas da assistência à saúde nas diferentes situações⁴. A identificação e a reversão desses problemas podem melhorar o vínculo entre os profissionais e usuários, bem como o cotidiano de trabalho das equipes que, sendo mais produtivas e eficientes, melhorarão a atenção e a qualidade assistencial em UUE^{2,3}.

Condição de trabalho e saúde dos profissionais em UUE

Esta categoria foi composta por 16 (29%) artigos que retrataram as condições de trabalho e de saúde dos profissionais de enfermagem no contexto das UUE, evidenciando a relação do trabalho e a saúde dos profissionais nessas unidades. No Quadro 4 estão ilustrados os estudos inseridos nessa classificação.

Quadro 4 - Artigos da categoria Condição de trabalho e saúde dos profissionais em UUE, segundo o ano de publicação, periódico e autores/título

Ano	Periódico	Autores/Título do artigo
2003	Rev Gaúcha Enf	Boller E. Estresse no setor de emergência: possibilidades e limites de novas estratégias gerenciais.
2004	Rev Esc Enf USP	Martino MMF, Misko MD. Estados emocionais de enfermeiros no desempenho profissional em unidades críticas.
2006	Rev Esc Enf USP	Dal Pai D, Lautert L. Trabalho e saúde no cotidiano de enfermagem em um serviço público de pronto socorro.
	Rev RENE	Fonseca AM, Soares E. Desgaste emocional: depoimentos de enfermeiros que atuam no ambiente hospitalar.
	Rev Bras Enferm	Costa ALRC, Marziale MHP. Relação tempo violência no trabalho de enfermagem em emergência e urgência.
	Rev Bras Enferm	Alves M, Godoy SCB, Santana DM. Motivos de licenças médicas em um hospital de urgência e emergência.

2007	Rev Eletr Enf	Almeida PJS, Pires DEP. O trabalho em emergência: entre o prazer e o sofrimento.
2008	Rev Gaúcha Enf	Panizzon C, Luz AMH, Fensterseifer LM. Estresse da equipe de enfermagem de emergência clínica.
	Rev Latino-am Enf	Dal Pai D, Lautert L. O trabalho em urgência e emergência e a relação com a saúde das profissionais de enfermagem.
	Rev Eletr Enf	Calderero ARL, Miasso AI, Webster CMC. Estresse e estratégias de enfrentamento em uma equipe de enfermagem de Pronto Atendimento.
	Rev Nursing	Bozza MSS, Gilvani Fontanela GA. Os fatores desencadeantes do estresse no enfermeiro que atua no setor de emergência.
	Rev Acta Paul Enf	Dal Pai D, Lautert L. Estratégias de enfrentamento do adoecimento: um estudo sobre o trabalho da enfermagem.
2009	Rev Eletr Enf	Kirchner RM, Ritter RS, Stumm EMF. Análise de Burnout em profissionais de uma unidade de emergência de um hospital geral.
	Rev Eletr Enf	Campos EC, Juliani CMCM, Palhares VC. O absenteísmo da equipe de enfermagem em unidade de pronto socorro de um hospital universitário.
	Rev Eletr Enf	Menzani G, Bianchi ERF. Stress dos enfermeiros de pronto socorro dos hospitais brasileiros.
	Rev Bras Enferm	Salomé GM, Cavali A, Espósito VHC. Sala de emergência: o cotidiano das vivências com a morte e o morrer pelos profissionais de saúde.

A análise do conteúdo dos artigos revelou que o trabalho nos serviços de emergência hospitalar exige do profissional conhecimento amplo e especializado sobre o processo de trabalho, e retrataram a vulnerabilidade dos profissionais aos riscos ocupacionais^{2,5}. Este domínio engloba exigências como: pensamento rápido, agilidade, competência e capacidade de resolutividade dos problemas que emergem das necessidades e decorrem dos atendimentos. Trata-se de um ambiente de trabalho onde o tempo é limitado, as atividades são inúmeras e a situação clínica dos usuários exige, muitas vezes, que o profissional faça tudo com rapidez para afastá-lo do risco da morte iminente¹².

Evidenciou-se que os trabalhadores da enfermagem nos serviços de UUE podem apresentar capacidade de produção diminuída e executar as atividades com menor precisão, razão que concorre para o aumento de faltas frequentes no trabalho, adoecimentos, tensões e estresse, cansaço, ansiedade, depressão, dispersão da atenção, desmotivação, além de sentimentos de baixa estima e realização pessoal^{12-14,20}.

Acerca dos aspectos que restringem o trabalho nessas unidades de atendimento, foi utilizada a classificação, segundo as dimensões EU, OUTRO e AMBIENTE¹⁶. O Quadro 5 ilustra os aspectos identificados em cada uma das dimensões estudadas.

Quadro 5 - Fatores restritivos ao trabalho em equipe identificados nas dimensões Eu, Outro e Ambiente¹⁶, segundo dados dos artigos analisados

EU	OUTRO	AMBIENTE
Estresse	Absenteísmo	Baixa remuneração
Sentimento de impotência	Atendimento precário	Sobrecarga de trabalho
Alteração do estado de saúde	Falta de integração	Espaço físico inadequado
Pressão psicológica	Desinteresse	Equipamentos precários
Sobrecarga física e mental	Licenças de trabalho	Acidentes de trabalho
Fadiga	Comunicação prejudicada	Insuficiência de recursos humanos
Cansaço	Falta de compromisso	Superlotação
Depressão	Conflitos constantes	Desorganização da unidade
Estado de alerta diminuído	Equipe desqualificada	Alta demanda
Indisposição física	Descontentamento com o trabalho	Precariedade das condições de trabalho
Gasto de energia	Cobrança excessiva	Situações constantes de morte
Insegurança	Acomodação	Falta de manutenção
	Falta de planejamento dos cuidados	Tempo reduzido
	Falta de eficiência e agilidade nas atuações	Descaracterização da atenção às urgências
	Multiplicidade de vínculos	Baixa resolutividade
		Falta de integração entre os serviços
		Local de trabalho insalubre
		Falta de gerenciamento e organização do trabalho
		Falta de privacidade na realização dos procedimentos
		Ausência de treinamentos

No contexto organizacional, a presença de estresse, cansaço, indisposição física, depressão, fadiga, citados com frequência pelos autores e observados na dimensão EU, podem provocar o desenvolvimento de atividades ineficientes e desorganizadas no trabalho, insatisfação, comunicação deficitária e diminuição da produtividade^{12,13}. Estes aspectos foram identificados no estudo, possibilitando entrever a relação em que a dimensão EU estabelece com as demais dimensões (OUTRO e AMBIENTE) para a configuração de um trabalho de equipe coeso integrado e qualificado.

O trabalho em equipe representa um grande desafio aos profissionais e vários fatores podem dificultar a passagem do desempenho individual para o desempenho coletivo⁹. Isto pode ser verificado na dimensão OUTRO quando há uma comunicação prejudicada, constantes conflitos, falta de integração e descontentamento, representando alguns dos obstáculos do trabalho em equipe. Fatores estes, geralmente influenciados pelas características pessoais, considerando-se que técnica, social e psicologicamente os indivíduos são diferentes.

Dessa forma, a busca por melhores resultados no trabalho em equipe, visando oferecer uma assistência mais qualificada ao cliente, sofre interferências, caso não esteja presente o espírito de equipe e união, comprometendo os objetivos comuns e, conseqüentemente, os resultados^{9,10}.

Quanto à dimensão AMBIENTE, verificou-se sua consideração como um aspecto limitador ao trabalho em equipe, quando o local é estressante, tumultuado, e com funcionamento inadequado interferindo no resultado final, principalmente se houver limitações impostas pelo sistema de saúde, concorrendo para a sobrecarga de trabalho, a falta de equipamentos e materiais, estrutura física inadequada e falta de apoio institucional^{2,3,10}.

Independente das condições do ambiente e dos fatores individuais, a equipe de enfermagem precisa traçar estratégias e planos que consolidem as metas e as ações, possibilitando aumentar o nível de motivação para a realização das atividades e um maior envolvimento do grupo, determinado pelo compromisso com a equipe e com o cliente, embora diante dos diversos e grandes desafios impostos pelo ambiente^{9,11}.

A relação Eu - Outro - Ambiente é central quando se buscam os padrões de interação e desenvolvimento num grupo organizacional. Equilíbrio e envolvimento, dentre esses fatores contribuem para abertura, espontaneidade, aceitação, confiança, intercâmbio, consideração e cooperação¹⁶.

A pesquisa permitiu reconhecer os fatores restritivos, capazes de agirem como obstáculos para implantação do trabalho da equipe de enfermagem em UUE. No entanto, a identificação desses fatores possibilita a elaboração de alternativas para que se efetuem mudanças que diminuam a intensidade das forças restritivas presentes nesses locais de trabalho^{9,16}.

Neste contexto o trabalho em equipe coeso e comprometido pode ser um instrumento estratégico na redução de forças restritivas, visando mudanças dentro dos pressupostos da transformação, ao possibilitar o desenvolvimento de equilíbrio e envolvimento entre as forças nas dimensões Eu, Outro e Ambiente^{15,16}. A equipe, quando integrada, pode ajudar as pessoas a enfrentarem suas dificuldades pessoais e, por se constituir em um

espaço também terapêutico, permitir um espaço homeostático de equilíbrio⁹⁻¹¹.

O termo equipe é concebido como uma das formas mais estruturadas de um grupo de trabalho, pois compreende traçar objetivos conjuntos e empenho em alcançá-los, de forma compartilhada^{15,16}. Neste tipo de trabalho a comunicação deverá ser autêntica e as diferentes opiniões estimuladas a serem expressas. A confiança desenvolvida entre os elementos da equipe será maior e as habilidades complementares dos componentes do grupo possibilitarão alcançar melhores resultados, a partir de objetivos comuns entre os profissionais, e a determinação de propósitos e a direção das ações individuais^{9,13,15}.

O trabalho em equipe pode ser considerado uma estratégia, quando a finalidade é diminuir a intensidade das forças restritivas presentes nas UUE. Também considerado uma das formas de trabalho que mais tem contribuído para o desenvolvimento do processo de melhoria da qualidade assistencial^{8,10,15}. É importante ferramenta para que os enfermeiros possam repensar o estilo de liderança, trabalharem mais próximos aos colaboradores, promovendo, portanto, parcerias mais produtivas e eficientes^{2,3,10,11,19}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A leitura crítica e aprofundada dos artigos permitiu evidenciar que a produção científica de enfermagem sobre o trabalho nas UUE no período estudado, é relevante e indicou os aspectos do avanço nesta área, mas também as limitações e as lacunas ainda existentes, especialmente, quanto ao desempenho do trabalho da equipe de enfermagem.

A maioria dos estudos analisados destacou os fatores restritivos como responsáveis pela desarticulação das ações e resultados, menos positivos nas UUE. A identificação desses fatores permitiu indicar os pontos que exigem intervenções mais imediatas visando melhorar as condições de trabalho e promover mudanças no processo de gestão, e de formação dos profissionais que atuam nesse tipo de serviço.

Também se evidenciou que o cotidiano da equipe de enfermagem pode ser mais produtivo, menos desgastante e, possivelmente, mais valorizado, considerando-se os aspectos humanos e profissionais, caso haja um planejamento adequado que considere as necessidades individuais dos profissionais atuantes nesses setores, e um maior investimento no desenvolvimento de relações mais saudáveis entre as equipes de trabalho, além de condições ambientais favoráveis e adequadas.

Dentre os fatores restritivos identificados o estudo permitiu sinalizar os temas que devem receber maior atenção dos pesquisadores enfermeiros para melhor entender os fenômenos que comprometem o desempenho do trabalho em equipe de enfermagem nas UUE, assim como as lacunas ainda existentes. Como não era foco do estudo, os dados limitaram-se à equipe de enfermagem e não aos demais trabalhadores dos serviços de urgência/emergência.

Aspectos relacionados ao contexto organizacional também foram destacados, indicando a necessidade de atenção, visando diminuir os pontos de conflito para um melhor desempenho das equipes. A forma de trabalho nestes ambientes deve incluir diferentes estratégias, pois aprimorá-las é fundamental.

REFERÊNCIAS

1. Dal Pai D, Lautert L. Trabalho e saúde no cotidiano de enfermagem em um serviço público de pronto-socorro. *Rev Esc Enferm USP*. 2006; 40(1):134.
2. Weis AH, Santos JLG, Marques GQ, Ciconet RM, Lima MADS. Organização dos serviços de saúde para atenção às urgências: revisão narrativa. *Online Braz J Nursing*. 2010; 9(1).
3. Poll MA, Lunardi VL, Filho WDL. Atendimento em unidade de emergência: organização e implicações éticas. *Acta Paul Enferm*. 2008; 21(3):509-14.
4. Silva AP. Forças impulsoras e restritivas para o trabalho em equipe de enfermagem em unidades de urgência e emergência. [dissertação]. Goiás: Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás; 2009.
5. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de média e alta complexidade no SUS/Conselho nacional de secretários de saúde. Brasília: CONASS; 2007.
6. Andrade LM, Martins EC, Caetano JÁ, Soares E, Beserra EP. Atendimento humanizado nos serviços de emergência hospitalar na percepção do acompanhante. *Rev Eletr Enferm*. 2009; 11(1):151-7.
7. Schriver JA, Talmadge R, Chuong R, Hedges JR. Emergency nursing: historical, current, and future roles. *Acad Emerg Med*. 2003; 10(7):798-804.
8. Baggio MA, Callegaro GD, Erdmann AL. Compreendendo as dimensões de cuidado em uma unidade de emergência hospitalar. *Rev Bras Enferm*. 2008; 61(5):552-7.
9. Campos EC, Juliani CMCM, Palhares VC. O absenteísmo da equipe de enfermagem em unidade de pronto socorro de um hospital universitário. *Rev Eletr Enf*. 2009; 11(2):295-302.
10. Valle ARMC, Feitosa MB, Araújo VMD, Moura MEB, Santos AMR, Monteiro CFS. Representações sociais da biossegurança por profissionais de enfermagem de um serviço de emergência. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2008;12(2):304 -9.

11. Calderero ARL, Miasso AI, Webster CMC. Estresse e estratégias de enfrentamento em uma equipe de enfermagem de Pronto Atendimento. *Rev Eletr Enferm*. 2008; 10(1):51-62.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral de Urgência e Emergência. Política nacional de atenção às urgências. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
13. Gonçalves ABM, Braz MR, Oliveira CF, Silva FJ. Sala de emergência: fatores que dificultam a assistência de enfermagem. *Rev Emerg Clin*. 2007; 2(9):23-34.
14. Lima ABS, Erdmann AL. A enfermagem no processo de acreditação hospitalar em um serviço de urgência e emergência. *Acta Paul Enferm*. 2006; 19(3): 271-8.
15. Moscovici F. Equipes dão certo. A multiplicação do talento humano. 7ª ed. Rio de Janeiro: José Olympio; 2008.
16. Lewin K. Dinâmica de grupo. São Paulo: Cultrix; 1948.
17. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 2007.
18. Wehbe G, Galvão CM. O enfermeiro de unidade de emergência de hospital privado: algumas considerações. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2001; 9(2):86-90.
19. Panizzon C, Luz AMH, Fensterseifer LM. Estresse da equipe de enfermagem de emergência clínica. *Rev Gaúcha Enferm*. 2008; 29(3):391-9.
20. Jan Ahuja, MD. Conflict in the emergency department: Retreat in order to advance. *Can J Emerg Med* 2003; 5(6):429-33.

Recebido em: 21/02/2011

Aceite em: 04/04/2011

A IMPORTÂNCIA DAS ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM NAS GLOSAS HOSPITALARES¹

THE IMPORTANCE OF NURSING NOTES ON HOSPITAL GLOSSES

LA IMPORTANCIA DE LAS NOTAS DE ENFERMERÍA EN GLOSAS HOSPITALARES

Patrícia Rezende do Prado*, Walédyá Araújo Lopes de Melo e Assis**

Resumo

A auditoria iniciou seu foco na área contábil com controle de custos. Porém, a auditoria sofreu uma mudança de paradigma e, atualmente, é uma ferramenta de apoio à gestão, buscando a excelência em aspectos técnicos, administrativos, éticos e legais. As anotações de enfermagem, neste contexto, são alvo de auditorias nos serviços de saúde devido à representação de todo o cuidado prestado ao paciente, além de sua importância para os custos hospitalares e as glosas. Este estudo teve a intenção de verificar, através da revisão da literatura nacional publicada no período de 2000 a 2010, a importância e os fatores intervenientes nas anotações de enfermagem para as glosas hospitalares. Foi possível identificar a importância dos registros de enfermagem e como as anotações de enfermagem contribuem para as glosas hospitalares. Sugere-se uma nova forma de gestão hospitalar junto ao enfermeiro auditor, equipes de educação continuada e a utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem para uma melhor qualificação do cuidado e excelência em enfermagem, além da diminuição do número de glosas nas instituições hospitalares.

Palavras-chave: Enfermagem. Glosas. Custos hospitalares. Auditoria de enfermagem.

Abstract

The audit began focused on accounting with control of costs. However with a change of concept is now a tool to support management, striving for excellence in technical, administrative, ethical and legal aspects. Nursing notes are subject to audit in health services due to the representation of all patient care. This study was intended to check through the literature review, the importance of the nursing glosses in hospitals and found that they contribute greatly in this and reinforces the importance of new hospital management technics with the nurse auditor, continuing education and the use of Nursing Care Systematization for the qualification and excellence in nursing.

Keywords: Nursing. Glosses. Hospital costs. Nursing audit.

Resumen

La auditoría empezó su enfoque en la contabilidad, el control de costes mas sufrió un cambio de paradigma en lo que hoy es una herramienta para apoyar la gestión, búsqueda de la excelencia en los aspectos técnicos, administrativos, éticos y legales. Las notas de enfermería están sujetos a la auditoría de los servicios de salud debido a la representación de todos el cuidado del paciente. Este estudio fue deseñado para verificar a través de la revisión de la literatura, la importancia de las glosas de enfermeira em el hospital y encontró que contribuyen em gran medida em las glosas y refuerza la importancia de um nuevo modelo de gestión com el auditor enfermeira, educación continua y el uso del Sistema de Cuidado de Enfermería para la calificación y la excelência em enfermeira.

Palabras clave: Enfermería. Glosas. Costos de hospital. Auditoria de enfermería.

¹ Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Auditoria em Serviços de Saúde da Faculdade Barão do Rio Branco para obtenção do título de Especialista.

* Enfermeira. Discente do curso de Pós-graduação de Auditoria em Serviços de Saúde da Faculdade Barão do Rio Branco. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Acre (UFAC). Contato: patyrezende@terra.com.br

** Farmacêutica. Mestre. Professor Assistente da Faculdade Barão do Rio Branco e da Ufac. Contato: waledya@uol.com.br

INTRODUÇÃO

A área da saúde sofreu diversas mudanças e, atualmente, vive um cenário competitivo, pois novas e dispendiosas tecnologias são incorporadas aos serviços médicos, concomitantemente, os clientes mostram-se mais exigentes quanto à qualidade do atendimento. Esse cenário fez com que os hospitais e serviços de saúde buscassem uma gestão diferenciada, lançando mão da auditoria na busca da qualidade de atendimento¹.

Neste contexto, é essencial a sistematização das informações, pois nem sempre os gestores dispõem das informações necessárias para decidir com segurança e consistência acerca dos gastos hospitalares. Considerando que nem todo dado gera uma informação útil, é importante gerar conhecimento indispensável para a tomada de decisão gerencial ou técnica, por meio de registros de enfermagem consistentes, objetivos e fidedignos.

A auditoria objetiva o controle econômico do patrimônio e iniciou sua atuação na área contábil, com controle de custos e foco no sistema de glosas, para fixar normas com valorização da quantidade e do preço², porém, ao longo do tempo sofreu mudança de paradigma. Segundo Chiavenato³, a auditoria é um sistema de revisão de controle para informar a administração sobre a eficiência e a eficácia dos programas em desenvolvimento, não sendo sua função apenas controlar os problemas e as falhas existentes, mas também apontar soluções e sugestões, assumindo um caráter educativo. Atualmente, é uma ferramenta de apoio à gestão, buscando a excelência em aspectos técnicos, administrativos, éticos e legais.

A auditoria em saúde, foco desta pesquisa, teve seu marco nos Estados Unidos, quando foi publicado o trabalho do médico George Gray Ward, em 1918, ao verificar a assistência prestada aos clientes por meio das anotações contidas em prontuários². A auditoria em saúde visa analisar a qualidade dos serviços prestados a fim de assegurar um melhor desempenho e resolutividade institucional. Pode ser desenvolvida em hospitais, clínicas, ambulatórios, *home care* e pelas operadoras de plano de saúde⁴.

A auditoria em enfermagem, integrada ao trabalho da auditoria médica, consiste em avaliar, continuamente, a assistência prestada aos clientes, desde a internação até a alta hospitalar. É realizada através da análise da documentação por meio da assistência

registrada nos prontuários, como também, do atendimento prestado a pessoa durante a internação, por meio de visitas do auditor *in loco* para identificar a veracidade e a qualidade das informações e assegurar o pagamento dos procedimentos realizados⁵.

Na enfermagem a auditoria visa identificar as informações contidas nos registros, mais especificamente das anotações, para o controle de custos, a qualidade do atendimento ao cliente e pagamento justo da conta hospitalar, além de demonstrar a transparência da negociação, embasada na conduta ética⁶. Dessa forma, um dos elementos imprescindíveis deste processo é o prontuário do cliente, uma ferramenta legal na avaliação da qualidade da assistência prestada, pois fornece informação vital para os processos judiciais e os convênios de saúde. Por ser um documento destinado ao registro dos cuidados profissionais realizados pelos serviços públicos e privados, a falta de anotações de enfermagem pode incidir em glosas das contas hospitalares⁷.

Hammond e Cimino⁸ salientam que é através dos padrões que o trabalho desassociado pode ser exercido de maneira colaborativa. Afirmam estes autores que na área da informática médica estão os padrões que possibilitam a construção de bases de dados clínicos, orientam os dados da observação, contribuem para o conhecimento na área, para o desenvolvimento de sistemas especiais e para a estatística médica. Muito importantes a sistematização e a padronização das informações, pois facilitam a recuperação das informações e viabilizam a pesquisa em grandes bases de dados.

As organizações pagadoras de serviços de saúde têm uma preocupação constante com o controle dos recursos financeiros aplicados nas ações em saúde. Estabeleceu-se, portanto, uma nova especialidade para os profissionais de saúde caracterizada como Auditoria de Contas Médicas Hospitalares⁸.

Nesse tipo de serviço a glosa consiste no cancelamento parcial ou total do orçamento, por ser considerado ilegal ou indevido, ou melhor, excluem-se os itens que o auditor do plano de saúde não considera cabível ao pagamento. As glosas são realizadas quando qualquer situação gera dúvidas em relação às normas e práticas adotadas pela instituição de saúde⁹.

Quanto ao tipo de glosas, elas podem ser: administrativas, decorrentes de falhas operacionais no momento da cobrança; glosas técnicas, decorrentes da equipe de enfermagem; ou médica, principalmente devido à falta de justificativas ou embasamento de determinado procedimento e a falta de anotação de enfermagem durante a assistência prestada ao cliente⁹.

A anotação de enfermagem tem sido alvo das auditorias dos serviços de saúde devido à equipe de enfermagem prestar assistência durante todo o dia, ou seja, o trabalho se estende nas 24 horas junto ao cliente, permitindo a realização de vários cuidados e procedimentos que geram custos e caracterizam o atendimento prestado. Assim, é de grande importância que a anotação de enfermagem seja clara, fidedigna aos fatos, visando demonstrar efetivamente a qualidade do cuidado dispensado ao cliente. As principais falhas nos registros de enfermagem podem ser categorizadas em três importantes aspectos: legais, de checagem das prescrições e de ordem técnica, tendo as glosas como consequência.

A Lei do Exercício Profissional de Enfermagem nº. 7498 de 25 de junho de 1986, em seu Art. 14¹⁰ ressalta a incumbência da equipe de enfermagem sobre a necessidade da anotação de todas as atividades da assistência no prontuário do cliente. Sob a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 191/96¹¹ estão relatados os conteúdos obrigatórios da anotação de enfermagem: verificar o cabeçalho do impresso com nome do paciente; a anotação deve ser em horário e não em turno; o termo cliente ou paciente não deve ser usado tendo em vista que a folha é individual; deve ser feita no início do plantão e complementada durante este; a letra deve ser legível, seguir uma sequência céfalo-caudal; quando tiver erro utilizar os termos: "digo" ou "correção" e nunca corretores ortográficos; utilizar apenas siglas padronizadas e ao final da anotação deve conter carimbo com nome completo, profissão e número do Conselho Regional de Enfermagem (COREN) do autor da anotação.

Dessa forma, ante a importância do trabalho da equipe de enfermagem no atendimento ao cliente e no contexto da auditoria de cuidados, neste estudo foi proposto verificar na literatura nacional a importância e os fatores intervenientes nas anotações de enfermagem em relação às glosas hospitalares.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão de literatura, um tipo de estudo que permite investigar uma ampla gama de fenômenos por meio de pesquisa em materiais já elaborados, possibilitando o aprimoramento de ideias e conceitos, portanto, constituído de livros, artigos científicos, teses e dissertações, periódicos de indexação e anais de encontros científicos de bases de dados digitais ou impressas¹².

A pesquisa bibliográfica pode ser entendida como um processo que envolve as seguintes etapas: escolha do tema, levantamento bibliográfico, formulação do problema, elaboração do plano provisório do assunto, busca de fontes, leitura do material, tomada de apontamentos, confecção de fichas, construção lógica do trabalho e redação do relatório¹².

O estudo teve como base artigos publicados no período de 2000 a 2010, em periódicos científicos nacionais disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e fontes não sistematizadas, onde foram encontrados artigos dos periódicos: Revista Latino-Americana de Enfermagem, *Aquichan*, Revista Brasileira de Enfermagem, Revista Eletrônica de Enfermagem, Acta Paulista de Enfermagem, Revista de Administração em Saúde, Revista Rene da Universidade Federal do Ceará (UFC), Arquivos de Ciências da Saúde, Revista O Mundo da Saúde, Revista Brasileira de Cirurgia e Revista da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

Para estabelecer a amostra do estudo foram selecionados os seguintes descritores em Ciências da Saúde (DeCS): enfermagem, glosas e auditoria. Foi elaborado, inicialmente, um instrumento com os seguintes tópicos: ano da publicação, periódico, objetivos e resultados encontrados, possibilitando selecionar de forma mais adequada os artigos que respondessem ao objetivo proposto.

Em um primeiro momento da coleta, foram identificados 48 artigos, dos quais foram lidos seus respectivos resumos; destes foram selecionados 17 que respondiam ao objetivo deste estudo, sendo que cinco não foram localizados para leitura, totalizando, ao final, 12 artigos. Posteriormente, foi realizada

leitura extensa do material selecionado, extraindo-se os conceitos abordados e de interesse, segundo o objeto deste estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme exposto, a análise dos periódicos no período delimitado permitiu a identificação de 12 artigos. Predominaram artigos publicados na Revista Acta Paulista, seguida pela Revista Eletrônica de Enfermagem, sendo 2009 o ano com maior número de publicações, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 - Distribuição dos artigos selecionados e analisados sobre a temática auditoria de enfermagem, no período de 2000 a 2010

PERIÓDICOS/ NÚMERO DE ARTIGOS	AUTORES	ANO	TÍTULO
Acta Paulista 3 artigos	Marin; Azevedo	2003	Avaliação da informação registrada em prontuários de pacientes internadas em uma enfermaria obstétrica.
	D Innocenzo; Adami	2004	Análise da qualidade dos registros de enfermagem nos prontuários de pacientes internadas de hospitais de ensino e universitários.
	Setz; D Innocenzo	2009	Evaluation of the quality of nursing documentation through the review of patient medical records.
Revista Eletrônica de Enfermagem 2 artigos	Luz; Martins; Dynewicz	2007	Características de anotações de enfermagem encontradas em auditoria.
	Camelo; Pinheiro; Campos; Oliveira	2009	Auditoria de Enfermagem e a qualidade da assistência à saúde: uma revisão da literatura.
Revista Latino-americana de Enfermagem	Ochoa-Vigo; Pace; Santos	2003	Análise retrospectiva dos registros de enfermagem em uma unidade especializada.
Arquivos de Ciências da Saúde	Rodrigues; Perroca; Jericó	2004	Glosas hospitalares: importância das anotações de enfermagem.
Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco	Draganov; Reichert	2007	Avaliação do padrão dos registros de enfermagem em um hospital privado na cidade de São Paulo.
Revista Brasileira de Enfermagem	Scarpato; Ferraz	2008	Auditoria de Enfermagem; identificando sua concepção e métodos.
Aquichan	Ferreira; Souza-Braga; Valente; Souza; Alves	2009	Auditoria de enfermagem: o impacto das anotações de enfermagem no contexto das glosas hospitalares.
Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste - Universidade Federal do Ceará	Abdon; Doldt; Vieira; Martinho; Carneiro; Ximenes	2009	Auditoria dos registros na consulta de enfermagem acompanhando o crescimento e desenvolvimento infantil.
Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgia	Costa-Val; Marques	2010	Altos custos financeiros do trauma vascular.

Os artigos evidenciaram várias falhas nas anotações de enfermagem referentes a vários aspectos,

os quais foram classificados, agrupados e apresentados sob a forma de três tópicos para melhor discussão.

Letra ilegível – rasuras – incorreções - horário da anotação - identificação do profissional

Os artigos revelaram diversos erros nas anotações de enfermagem. Dentre eles destacaram-se a realização de anotação por turno e não por horário, rasuras nas anotações e utilização de corretores ortográficos. Metade dos artigos apresentava letra ilegível, falta do carimbo e assinatura do profissional na folha de registro e não utilização de todo o espaço do impresso¹³. Reforça-se a importância de se anotar todas as ações e procedimentos realizados junto ao cliente e as justificativas necessárias. No entanto, as anotações eram feitas ao final do plantão e não ao longo deste, conforme preconização, além de ter como consequência a pouca valorização do trabalho¹³.

Draganov e Reichert¹⁴ encontraram falhas semelhantes acerca do registro referente ao nome, profissão e número de identificação do COREN, havendo 53% dos registros incompletos. Setz e D Innocenzo¹⁵ avaliaram prontuários e identificaram que 26,7% foram considerados ruins, 64% regulares e apenas 8,7% bons, quanto à quantidade e à qualidade, demonstrando a fragilidade da equipe frente às anotações de enfermagem e à possível repercussão em glosas hospitalares.

Em um estudo que avaliou o prontuário de gestantes, o motivo da internação das clientes obstétricas não constava em 16% dos prontuários, assim como a idade não estava registrada em 24% dos prontuários e em 38% não havia o diagnóstico médico (19 de 50 prontuários)¹⁶.

Foram ainda identificados problemas relacionados à letra nos registros de enfermagem, nem sempre legíveis e contendo erros ortográficos, além de registros parcialmente adequados quanto à objetividade. Observou-se também que tais erros presentes nos prontuários não haviam sido corrigidos adequadamente. Esse tipo de ocorrência dá-se devido à equipe de enfermagem acomodar-se e não investir em mudanças no local de trabalho. As autoras reforçam a necessidade da correta comunicação para continuidade da assistência e da educação continuada no setor, a ser realizada pelo enfermeiro¹⁷.

Muitas correções haviam sido feitas de forma imprópria, assim como, as anotações estavam incompletas, nem sempre legíveis e havia espaços em branco, em desobediência a resolução do COFEN 191/96¹¹.

Checagem de medicamentos, discriminação de materiais e anotação dos procedimentos

Em um estudo realizado em Curitiba-PR foi identificada a falta de checagem das dietas, do uso de colchões de ar, curativos, acessos venosos, passagem de sondas. Estes procedimentos concorrem para a repercussão das glosas e a falta de pagamento à instituição, portanto, devem ser anotados e justificados¹³. Em seis hospitais da cidade de São Paulo, outro estudo também identificou problemas relacionados à checagem da prescrição médica, inclusive de dietas, eliminações e por ocasião das altas hospitalares, gerando glosas e perdas financeiras¹⁸.

Uma das formas para se assegurar o recebimento do valor gasto durante a assistência de enfermagem e evitar as glosas é por meio de adequadas anotações de enfermagem, sendo que as mesmas refletem o cuidado prestado. A Lei 7498/86 do artigo 14 do COFEN normatiza como incumbência a toda a equipe de enfermagem, enquanto uma necessidade, a anotação de todas as atividades assistenciais realizadas, no prontuário do cliente, além de destacar a questão legal/jurídica¹⁹.

Em pesquisa realizada em um hospital universitário do interior de São Paulo foi identificado que, aproximadamente, 99,6% dos recursos de glosas foram embasados nas anotações e/ou checagem de enfermagem. De um montante de R\$ 31.856,52 em glosas, a enfermagem foi responsável pelo estorno de R\$ 22.877,80, principalmente pela falta de checagem de materiais como gazes, luvas e equipos de soro; medicamentos descritos como água destilada, clorexedine e dimeticona, além de itens referentes a diárias e taxas, pois havia falta de registro, checagem de curativos e uso de bombas de infusão. As autoras reforçam que o enfermeiro auditor tem autoridade para interferir e classificar o uso de medicamentos e outros tipos de materiais em geral, havendo a necessidade de intervenções diante das glosas²⁰.

Outro problema evidenciado no estudo foi a forma como a equipe de enfermagem registrava incorreta e parcialmente as folhas de débito, havendo a necessidade imediata de intervenção e orientação para a equipe, visando diminuir o número de glosas¹⁴.

Ferreira et al.²¹ evidenciaram em sua pesquisa que 53% das glosas eram referentes a medicamentos, 24% a taxas e aluguéis e 23% em materiais, demonstrando a importância dos registros de enfermagem na diminuição das glosas hospitalares. Destacaram e solicitaram especial atenção para o quantitativo de recursos humanos por turno na enfermagem, além de sugerirem a padronização do processo de trabalho por meio de protocolos, capacitação contínua e esclarecimentos quanto ao compromisso ético e legal referente à necessidade de anotações adequadas de enfermagem.

Um estudo sobre trauma vascular demonstrou a correlação entre os custos e a topografia anatômica das lesões e os altos custos dos hemoderivados e próteses vasculares. A esse respeito, os autores alertam sobre a dificuldade do médico em registrar adequadamente seus atos profissionais, repercutindo também em glosas hospitalares²².

Não implantação da SAE

Marin e Azevedo¹⁶ identificaram em um estudo que em nenhum prontuário havia sido realizada a SAE, a ser desenvolvida por meio do Processo de Enfermagem (PE). Nesta abordagem, detectaram que apenas 58% das enfermeiras haviam realizado a evolução de enfermagem dos clientes somente no primeiro dia de internação e, somente 39% no segundo dia, demonstrando a falta de critérios e objetividade no trabalho de enfermagem.

Outra pesquisa realizada em seis hospitais da cidade de São Paulo identificou que a SAE era realizada em apenas dois dos seis hospitais estudados. Nestes locais, as etapas do PE realizadas eram referentes ao histórico, planejamento, implantação e evolução, porém não era realizada a fase dois, o diagnóstico de enfermagem, que norteia o planejamento das ações e a prescrição de enfermagem, normalmente considerada complexa, pois exige do enfermeiro capacidade de raciocínio para os

julgamentos clínicos relacionados aos problemas e necessidades identificadas em cada cliente¹⁸.

A SAE é pouco realizada, identificando que apenas 50% continham o histórico, 45% a prescrição e 27% a evolução de enfermagem. As autoras relatam a necessidade de se investir na melhoria das anotações de enfermagem, bem como em um plano de cuidados individualizado com a SAE e, assim, diminuir perdas financeiras para a instituição¹⁴.

A SAE, método de trabalho científico planejado da enfermagem, organizado individualmente para o paciente com o objetivo de prestar uma assistência de melhor qualidade²³, é também uma proposta dos autores desta revisão para auxílio na gestão hospitalar, visando a um melhor desempenho da enfermagem através da descrição e checagem das ações, contribuindo para a redução das glosas hospitalares e, conseqüentemente, as perdas financeiras, além de enriquecer e evidenciar o trabalho assistencial da equipe de enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão das publicações sobre registros de enfermagem e as glosas possibilitou evidenciar alguns fatos ainda muito presentes no cenário de trabalho da equipe de enfermagem. Os estudos publicados no período de 2000 a 2010 demonstraram: letra ilegível, presença de rasuras e correções inadequadas, falta do uso de carimbo e assinatura do profissional que realizou os cuidados de enfermagem, assim como a falta de checagem de materiais, medicamentos e a anotação de procedimentos muito executados, como: sondas, acessos venosos, uso de curativos, colchão de ar, oxigenoterapia e dietas, de responsabilidade da equipe de enfermagem e que geraram altos índices de glosas e perdas financeiras para os serviços de saúde.

Neste estudo foi exposta a responsabilidade jurídica da equipe frente à Lei do Exercício Profissional de Enfermagem nº. 7498 de 25 de junho de 1986, em seu Art. 14, que ressalta a incumbência da equipe de enfermagem sobre a necessidade da anotação de todas as atividades da assistência no prontuário do paciente e a Resolução COFEN 191/96, pois traz os conteúdos obrigatórios da anotação de enfermagem. É necessário que a enfermagem se conscientize e realize com maior

qualidade suas anotações no prontuário do cliente e contribua para a diminuição das glosas hospitalares.

Relevante nas pesquisas foi a importância atribuída à SAE, sendo alertado pelos autores tratar-se de método essencial para o planejamento e a organização dos cuidados de enfermagem, uma forma para auxiliar a gestão hospitalar na diminuição das glosas e a obter a excelência no planejamento dos cuidados e nas anotações de enfermagem. Vários hospitais ainda não realizam a SAE, um excelente método de registro para auxiliar o processo de auditoria e o enfermeiro auditor, especialmente na diminuição das glosas.

Ficou evidenciada a necessidade de se melhorar as formas e o conteúdo dos registros de enfermagem no prontuário do cliente, segundo as recomendações e exigências da legislação que rege o exercício da enfermagem. Portanto, os registros devem ser claros, objetivos, legíveis, complementados por carimbo e assinatura do profissional em todos os procedimentos e cuidados realizados com o cliente. Uma forma de demonstrar a qualidade da assistência prestada e, conseqüentemente, valorizar o trabalho assistencial, contribuindo também para a diminuição de glosas e das perdas financeiras institucionais.

É notável a importância dos registros de enfermagem no prontuário dos clientes, assim como o trabalho do enfermeiro auditor, fundamental e indispensável para a avaliação e classificação das anotações de enfermagem e, principalmente, para oferecer esclarecimentos e orientações à equipe de enfermagem. O enfermeiro auditor consegue maior envolvimento e comprometimento da equipe para a realização de uma anotação mais clara e objetiva ao assumir uma atividade de extrema importância nas instituições hospitalares. A função do enfermeiro auditor não se resume apenas em controlar as contas médicas visando à redução dos gastos, mas constitui-se num instrumento para desenvolver ações educativas, contribuindo para o gerenciamento de enfermagem, além de qualificar o processo de cuidar²⁴.

É necessário também olhar e destacar a necessidade de aumentar quantitativamente os recursos humanos na enfermagem, para que a equipe tenha tempo para cuidar e também anotar a assistência

prestada. Investimentos em educação continuada para orientação da importância das anotações de enfermagem no contexto das glosas hospitalares e da valorização profissional são imprescindíveis.

Conclui-se que para garantir que os valores gastos na assistência hospitalar sejam recebidos, são

necessárias novas estratégias administrativas, sistematização dos cuidados e auditorias de enfermagem, como caminhos viáveis e mais satisfatórios para auxílio na gestão de cuidados em ambientes hospitalares, além de contribuir para uma melhor forma de registros e diminuição das glosas.

REFERÊNCIAS

1. Paim CRP, Ciconelli RM. Auditoria de avaliação da qualidade dos serviços de saúde. *Rev Administração em Saúde*. 2007; 9(36): 85-91.
2. Pereira LL, Takahashi RT. Auditoria em enfermagem. In: Kurgant P, coordenadores. *Administração em enfermagem*. São Paulo: EPU; 1991. p. 215-22.
3. Chiavenatto I. *Administração: teoria, processo e prática*. 4ª ed. São Paulo: Campus; 2006.
4. Medeiros DCS. O papel do enfermeiro na auditoria de serviços de saúde [trabalho de conclusão de curso]. Londrina: Instituto de Ensino Superior de Londrina, Faculdade Integrado Inesul; 2008.
5. Motta ALC, Leão E, Zagatto JR. Auditoria médica no sistema privado: abordagem prática para organização de saúde. São Paulo: Iátria; 2005.
6. D Innocenzo M, Feldman LB, Fazenda NRR, Helito RAB, Ruthes RM. Indicadores, auditorias, certificações: ferramentas de qualidade para gestão em saúde. São Paulo: Martinari; 2006.
7. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética dos profissionais de medicina (online). Resolução 1331/89 [acesso em 2011 jan. 17]. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br>
8. Hammond WE, Cimino JJ. Standards in medical Informatics. In: Shortliffe EH, Perreault LE. *Medical informatics: computer applications in health care and biomedicine*. Nova York: Springer; 2000. p. 212-56.
9. Ferreira TS, Souza-Braga AL, Cavalcanti-Valente GS, Souza DF, Carvalho-Alves EM. Auditoria de enfermagem: o impacto das anotações de enfermagem no contexto das glosas hospitalares. *Aquichan*. 2009; 9(1): 38-49.
10. COFEN. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências [acesso em 2011 jan. 17]. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/128195/lei-7498-86>
11. Ministério da Saúde (BR). Resolução do COFEN-191/96. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Enfermagem [acesso em 2011 jan. 26]. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7038§ionID=34>
12. Gil AC. Como delinear uma pesquisa bibliográfica. In: Gil AC. *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas; 2006. p. 59-86.
13. Luz A, Martins AP, Dynewicz AM. Características de anotações de enfermagem encontradas em auditoria. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [serial on line] 2007 Maio-Ago; 9(2): 344-361. [acesso em 2011 jan. 26]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a05.htm>
14. Droganov PB, Reichert MCF. Avaliação do padrão dos registros de enfermagem em um hospital privado da cidade de São Paulo. *Rev Enferm UFPE*. 2007; 1(1): 36-45.
15. Setz VG, D Innocenzo M. Evaluatin of the quality of nursing documentation though the review of patient medical records. *Acta Paul Enferm*. 2009; 22(3):313-7.
16. Marin HF, Azevedo CM. Avaliação da informação registrada em prontuários de pacientes internadas em uma enfermaria obstétrica. *Acta Paul Enferm*. 2003; 16(1): 7-13.
17. Ochoa-Vigo K, Pace AE, Santos CB. Análise retrospectiva dos registros de enfermagem em uma unidade especializada. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2003; 11(2):184-91.
18. D Innocenzo M, Adami NP. Análise da qualidade dos registros de enfermagem nos prontuários de pacientes de hospitais de ensino e universitários. *Acta Paul Enferm*. 2004; 17(4): 383-91.
19. Camelo SHH, Pinheiro A, Campos D, Oliveira TL. Auditoria de enfermagem e a qualidade da assistência à saúde: uma revisão de literatura. *Rev Eletr Enf. (internet)*. 2009; 11(4):1018-25. [acesso em 2011 jan. 17]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a28.htm>
20. Rodrigues VA, Perroca MG, Jericó MC. Glosas hospitalares: importância das anotações de enfermagem. *Arq Ciênc Saúde*. 2004; 11(4): 201-4.
21. Ferreira TS, Souza-Braga AL, Cavalcanti-Valente GS, Souza DF, Carvalho-Alves EM. Auditoria de enfermagem: o impacto das anotações de enfermagem no contexto das glosas hospitalares. *AQUICHAN*. 2009; 9(1): 38-49.
22. Costa-Val RC, Marques MC. Altos custos do trauma vascular. *Rev Col Bras Cir*. 2010; 37(4):279-83.
23. Prado PR, Beccaria LM, Contrin LM. Principais diagnósticos de enfermagem em unidade de terapia intensiva. *CuidArte Enfermagem*. 2009; 3(2): 176-83.
24. Pereira PM, Petry P, Porto AR, Thofehrn MB. A importância do enfermeiro auditor na qualificação da assistência profissional. *Rev Enferm UFPE on line*. 2010 abr/jun; 2(4): 55-60.

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

A *CuidArte Enfermagem*, revista das Faculdades Integradas Padre Albino de Catanduva, com periodicidade semestral, tem por objetivo proporcionar à comunidade científica, enquanto um canal formal de comunicação e disseminação da produção técnico-científica nacional, a publicação de artigos relacionados à área da saúde, especialmente da Enfermagem. Objetiva também publicar suplementos sob a forma de coleções de artigos que abordem tópicos ou temas relacionados à saúde. O artigo deve ser inédito, isto é, não publicado em outros meios de comunicação.

As normas de um periódico estabelecem os princípios éticos na condução e no relatório da pesquisa e fornecem recomendações com relação aos elementos específicos da edição e da escrita. Visam melhorar a qualidade e a clareza dos textos dos artigos submetidos à revista, além de facilitar a edição. Os Editores recomendam que os critérios para autoria sejam contribuições substanciais à concepção e ao desenho, ou à coleta, análise e à interpretação de dados; redação do artigo ou revisão crítica visando manter a qualidade do conteúdo intelectual; e aprovação final da versão a publicar.

CATEGORIAS DE ARTIGOS DA REVISTA

ARTIGOS ORIGINAIS: trabalho de pesquisa com resultados inéditos que agreguem valores à área da saúde, em especial na área da Enfermagem. Sua estrutura deve conter: resumo, descritores (palavras-chave), introdução, objetivos, material e métodos, resultados, discussão, conclusões e referências. Sua extensão limita-se a 15 páginas. Recomenda-se que o número de referências bibliográficas limite-se a 20, havendo, todavia, flexibilidade. O artigo original não deve ter sido divulgado em nenhuma outra forma de publicação ou em revista nacional.

ARTIGOS DE REVISÃO: avaliação crítica e abrangente sobre assuntos específicos e de interesse para o desenvolvimento da Enfermagem, já cientificamente publicados. Os artigos deverão conter até 15 páginas.

ARTIGOS DE ATUALIZAÇÃO OU DIVULGAÇÃO: trabalhos descritivos e interpretativos sobre novas técnicas ou procedimentos globais e atuais em que se encontram determinados assuntos investigativos. Os artigos deverão conter até 10 páginas.

ESPAÇO ACADÊMICO: destinado à divulgação de estudos desenvolvidos durante a graduação, em obediência às mesmas

normas exigidas para os artigos originais. O nome do orientador deverá ser indicado em nota de rodapé e deverão conter no máximo 10 páginas.

RESENHAS E REVISÕES BIBLIOGRÁFICAS: análise crítica da literatura científica, publicada recentemente. Os artigos deverão conter até 3 páginas.

Os artigos devem ser encaminhados ao editor-chefe da revista, especificando a sua categoria.

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE E TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS:

Eu (nós), abaixo assinado(s) transfiro(erimos) todos os direitos autorais do artigo intitulado (título) à *CuidArte Enfermagem*. Declaro(amos) ainda que o trabalho é original e que não está sendo considerado para publicação em outra revista, quer seja no formato impresso ou eletrônico. Data e Assinatura(s).

Cada artigo deverá indicar o nome do autor responsável pela correspondência junto à Revista, e seu respectivo endereço, incluindo telefone e e-mail, e a este autor será enviado um exemplar da revista.

ASPECTOS ÉTICOS: todas as pesquisas envolvendo estudos com seres humanos deverão estar de acordo com a Resolução CNS-196/96, devendo constar o consentimento por escrito do sujeito e a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Caso a pesquisa não envolva seres humanos, especificar no ofício encaminhado. Deverá ser enviada cópia do Parecer do CEP. Quando relatam experimentos com animais, os autores devem mencionar se foram seguidas as diretrizes institucionais e nacionais para os cuidados e a utilização dos animais de laboratório.

ENVIO DE ORIGINAIS: o artigo deve ser enviado pelo correio em 4 vias impressas, com cópia em CD, digitado no programa Microsoft Office Word da versão 97 a 2003. Recomenda-se que os autores retenham uma cópia do artigo. Após o recebimento do material será enviado e-mail de confirmação ao autor responsável.

SELEÇÃO DOS ARTIGOS: inicialmente, todo artigo submetido à Revista será apreciado pelo Conselho Científico nos seus aspectos gerais, normativos e sua qualidade científica. Ao ser aprovado, o artigo será encaminhado para avaliação de dois revisores do Conselho Científico com reconhecida competência no assunto abordado. Caso os pareceres sejam divergentes o

artigo será encaminhado a um terceiro conselheiro para desempate (o Conselho Editorial pode, a seu critério, emitir o terceiro parecer). Os artigos aceitos ou sob restrições poderão ser devolvidos aos autores para correções ou adequação à normalização segundo as normas da Revista. Artigos não aceitos serão devolvidos aos autores, com o parecer do Conselho Editorial, sendo omitidos os nomes dos revisores. Aos artigos serão preservadas a confidencialidade e sigilo, assim como, respeitados os princípios éticos.

PREPARAÇÃO DO ARTIGO

Formatação do Artigo: a formatação deverá obedecer às seguintes características: impressão e configuração em folha A4 (210 X 297 mm) com margem esquerda e superior de 3 cm e margem direita e inferior de 2 cm. Digitados em fonte "Times New Roman" tamanho 12, espaço 1,5 entrelinhas, com todas as páginas numeradas no canto superior direito. Devem ser redigidos em português. Se for necessário incluir depoimentos dos sujeitos, estes deverão ser em itálico, em letra tamanho 10, na sequência do texto. Citação "ipsis litteris" usar aspas na sequência do texto.

Autoria, Título e Subtítulo do Artigo: apresentar o título do trabalho (também em inglês e espanhol) conciso e informativo, contendo o nome dos autores (no máximo 6). No rodapé, deverá constar a ordem em que devem aparecer os autores na publicação, a maior titulação acadêmica obtida, filiação institucional, onde o trabalho foi realizado (se foi subvencionado, indicar o tipo de auxílio, nome da agência financiadora) e o endereço eletrônico.

Resumo: deverá ser apresentado em português, inglês (Abstract) e espanhol (Resumen). Deve vir após a folha de rosto, limitar-se ao máximo de 250 palavras e conter: objetivo do estudo, procedimentos básicos (seleção dos sujeitos, métodos de observação e análise, principais resultados e as conclusões). Redigir em parágrafo único, espaço simples, fonte 10, sem recuo de parágrafo.

Palavras-chave: devem aparecer abaixo do resumo, fonte tamanho 10, conter no mínimo 3 e no máximo 6 termos que identifiquem o tema, limitando-se aos descritores, recomendados no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e apresentados pela BIREME na forma trilingue, disponível à página URL: <http://decs.bvs.br>. Apresentá-los em letra inicial maiúscula, separados por ponto. Ex: Palavras-chave: Enfermagem hospitalar. Qualidade. Saúde.

Tabelas: as tabelas limitadas a cinco no conjunto, devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem

em que forem citadas no texto, com a inicial do título em letra maiúscula e sem grifo, evitando-se traços internos horizontais ou verticais. Notas explicativas deverão ser colocadas no rodapé das tabelas. Seguir Normas de Apresentação Tabular do IBGE. Há uma diferença entre Quadro e Tabela. Nos quadros colocam-se as grades laterais e são usados para dados e informações de caráter qualitativo. Nas tabelas não se utilizam as grades laterais e são usadas para dados quantitativos.

Ilustrações: deverão usar as palavras designadas (fotografias, quadros, desenhos, gráficos, etc) e devem ser limitadas ao mínimo, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que forem citadas no texto e apresentadas em folhas separadas. As legendas devem ser claras, concisas e localizadas acima das ilustrações. Figuras que representem os mesmos dados que as tabelas não serão aceitas. Para utilização de ilustrações extraídas de outros estudos, já publicados, os autores devem solicitar a permissão, por escrito, para reprodução das mesmas. As autorizações devem ser enviadas junto ao material por ocasião da submissão. As ilustrações deverão ser enviadas juntamente com os artigos em uma pasta denominada figuras, no formato BMP ou TIF com resolução mínima de 300 DPI. A revista não se responsabilizará por eventual extravio durante o envio do material. Figuras coloridas não serão publicadas.

Abreviações/Nomenclatura: o uso de abreviações deve ser mínimo e utilizadas segundo a padronização da literatura. Indicar o termo por extenso, seguido da abreviatura entre parênteses, na primeira vez que aparecer no texto. Quando necessário, citar apenas a denominação química ou a designação científica do produto.

Citações no Texto: devem ser numeradas com algarismos arábicos sobrescritos, de acordo com a ordem de aparecimento no texto. Quando o autor é novamente citado manter o identificador inicial. No caso de citação no final da frase, esta deverá vir antes do ponto final e no decorrer do texto, antes da vírgula. Exemplo 1: citações com numeração sequencial "...de acordo com vários estudos"¹⁻⁹. Exemplo 2: citações com números intercalados "...de acordo com vários estudos"^{1,3,7-10,12}. Excepcionalmente pode ser empregado o nome do autor da referência como, por exemplo, no início de frases destacando sua importância.

Agradecimentos: deverão, quando necessário, ocupar um parágrafo separado antes das referências bibliográficas.

Referências: as referências devem estar numeradas consecutivamente na ordem que aparecem no texto pela primeira vez e estar de acordo com o "Estilo Vancouver" Requisitos

Uniformes do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (*International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE*). Disponível em: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html e também disponível em: <http://www.bu.ufsc.br/bssccsm/vancouver.html> traduzido e adaptado por Maria Gorete M. Savi e Eliane Aparecida Neto.

EXEMPLOS DE REFERÊNCIAS

Devem ser citados até seis autores, acima deste número, citam-se apenas os seis primeiros autores seguidos de et al.

Livro

Baird SB, Mccorkle R, Grant M. Cancer nursing: a comprehensive textbook. Philadelphia: WB. Saunders; 1991.

Capítulo de livro

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. p.465-78.

Artigo de periódico com mais de 6 autores

Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childhood leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 year follow-up. *Br J Cancer*. 1996; 73:1006-12.

Trabalho apresentado em congresso

Lorenzetti J. A saúde no Brasil na década de 80 e perspectivas para os anos 90. In: Mendes NTC, coordenadora. Anais do 41º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1989 set 2-7; Florianópolis, Brasil. Florianópolis: ABEn – Seção SC; 1989. p.92-5.

Documentos jurídicos

Brasil. Lei No 7.498, 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, 26 jun 1986. Seção 1, p.1.

Tese/Dissertação

Lipinski JM. A assistência de enfermagem a mulher que provocou aborto discutida por enfermeiros em busca de uma assistência humanizada [dissertação]. Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/ UFSC; 2000.

Material eletrônico

Aboud S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. *Am J Nurs* [serial on the Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12];102(6):[about 3 p.]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>

ENDEREÇO PARA ENCAMINHAMENTO DE ARTIGOS



Rua dos Estudantes, 225 - Parque Iracema

Catanduva - SP

CEP 15809-144

Contato: e-mail: revistaenfermagem@fipa.com.br

Tel.: (17)3311-3335

Impressão:



RAMON NOBALBOS
GRÁFICA E EDITORA

Tel.: (17) 3522-4453

E-mail: atendimento@nobalbos.com.br
Rua 7 de Setembro, 342 - Higiênópolis - CATANDUVA - SP