

CuidArte

Enfermagem

ISSN 1982-1166

Catanduva, SP

Volume 4

Número 2

p. 53-98

julho/dezembro 2010

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

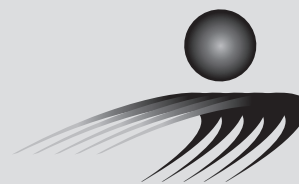
Faculdades Integradas Padre Albino – Catanduva-SP e Veris Faculdades, Campinas-SP.

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
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

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

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

Manzônio 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 – 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. 4, n. 2 (jul./dez.2010) - . - 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 Nobalbos Gráfica e Editora Ltda.
- Início de circulação: dezembro de 2007 / *Circulation start: December 2007*
- Data de impressão: dezembro de 2010 / *Printing date: December 2010*

SUMÁRIO / SUMMARY / CONTENIDO

EDITORIAL

Dircelene Jussara Sperandio

ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES / ARTÍCULOS ORIGINALES

AVALIAÇÃO CLÍNICA E NUTRICIONAL DE CRIANÇAS COM SÍNDROME DE DOWN APÓS INSERÇÃO EM PROGRAMA PREVENTIVO

CLINICAL AND NUTRITIONAL EVALUATION IN CHILDREN WITH DOWN SYNDROME AFTER INSERTION IN A PREVENTIVE PROGRAM

EVALUACIÓN CLÍNICA Y NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN DESPUÉS DE INSERTAR EN EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN

Nilce Barril, Mirna Ayusso Teixeira, Roberta Machado, Luis Valério Filho 59

CUIDAR EM CASA: CONHECIMENTOS E DIFICULDADES DO CUIDADOR DO DOENTE DEPENDENTE

CARING AT HOME: KNOWLEDGE AND DIFFICULTIES OF THE DEPENDENT SICK PERSON CAREGIVER

CUIDAR EN CASA: CONOCIMIENTOS Y DIFICULTADES DEL CUIDADOR DEL PACIENTE DEPENDIENTE

Rita Margarida Dourado Marques, Maria dos Anjos Coelho Rodrigues Dixe 66

EVENTOS ADVERSOS E FERRAMENTAS PARA MELHORIA DA SEGURANÇA ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM

ADVERSE EVENTS AND TOOLS FOR IMPROVING THE ASSISTANCE SAFETY OF NURSING

EVENTOS ADVERSOS Y HERRAMIENTAS PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DE ENFERMERÍA

Lucilena Françolin, Carmen Silvia Gabriel, Marcia Regina Antonieto da Costa Melo, Jéssica Soares Correa 74

PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO EM CLIENTES CRÍTICOS

ASSISTANCE PROTOCOL FOR BEDSORES PREVENTION IN CRITICAL PATIENTS

PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA PREVENCIÓN DE ÚLCERA POR PRESIÓN EN PACIENTES CRÍTICOS

Renata Prado Bereta, Ilza dos Passos Zborowski, Carla Maria Fonseca Simão, Amanda Mayra Anselmo, Suzilene Ribeiro, Lazara Aparecida F. N. Magnani 80

ARTIGOS DE REVISÃO / REVIEW ARTICLES / ARTÍCULOS DE REVISIÓN

COMPLICAÇÕES RELACIONADAS AO USO DO CATETER VESICAL DE DEMORA E O PAPEL DA ENFERMAGEM: REFLEXÃO

COMPLICATIONS RELATED TO THE USE OF URINARY INDWELLING CATHETER AND THE ROLE OF NURSING: REFLECTION

LAS COMPLICACIONES RELACIONADAS CON EL USO DEL CATÉTER URINARIO DE PERMANENCIA Y EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA: REFLEXIONES

Elaine dos Santos, Anamaria Alves Napoleão 88

O PROCESSO HISTÓRICO DO ATO DE CUIDAR CONTEXTUALIZANDO A EDUCAÇÃO PARA SAÚDE

THE HISTORICAL PROCESS OF CARING FOR CONTEXTUALIZING THE EDUCATION FOR HEALTH

EL PROCESO HISTÓRICO DE LA ATENCIÓN A LA CONTEXTUALIZACIÓN DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Marília Ferranti Marques Scorzoni, Camila Ferreira Gomes, Sonia Maria Villela Bueno 92

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

STANDARDS PUBLISHING / NORMAS DE PUBLICACIÓN 96

Editorial

Dircelene Jussara Sperandio*

O conhecimento na enfermagem encontra-se em profícua consolidação como ciência, tecnologia e inovação. Cresce a produção de novos conhecimentos científicos na enfermagem e saúde que necessitam ser compartilhados e legitimados na comunidade interdisciplinar.

A revista *CuidArte* Enfermagem, em seu quarto número, avança neste processo de construção de conhecimento oriundo da investigação nacional e internacional, disponibilizando seu espaço de reflexão como potencialidade para transformação das práticas profissionais.

Neste volume, a *CuidArte* Enfermagem verticaliza o conhecimento pautado na qualidade, à luz das propostas de atuação dos profissionais junto aos indivíduos, contribuindo para que a pesquisa em saúde seja disseminada para os demais campos do saber.

Na dimensão do cuidado, apresentam-se, neste volume, três artigos que refletem a qualidade da assistência e seus indicadores, conscientizando os profissionais envolvidos na prática clínica sobre os desafios para a compreensão de potenciais problemas relacionados a não conformidade do processo assistencial.

O primeiro deles proporciona ao leitor uma reflexão sobre a relevância da equipe de enfermagem na esfera das prevenções de adversidades relacionadas ao uso do cateter vesical de demora. Outro artigo, relacionado à gestão de qualidade e prestação de cuidados a saúde, revela os resultados encontrados em um estudo, também sobre eventos adversos ocorridos com pacientes em um ambiente hospitalar, evidenciando a necessidade de ações para o desenvolvimento da assistência de enfermagem segura aos pacientes.

O terceiro artigo contempla a análise do indicador de úlcera de pressão em paciente crítico, a fim de mensurar a qualidade do cuidado, e apresenta uma proposta da aplicabilidade de um protocolo assistencial de enfermagem para a efetiva prevenção.

Face a esses conteúdos relacionados a magnitude da assistência para a saúde dos indivíduos, há uma revisão bibliográfica que resgata a evolução histórica do processo de cuidar à luz da análise das práticas de saúde e da profissionalização da enfermagem. A abordagem desta temática origina-se na dicotomia entre o cuidar e curar, seguindo para a contextualização da educação para a saúde.

Ainda sobre a dimensionalidade do cuidar, um artigo internacional, inserido no cenário da assistência domiciliar, investiga as dificuldades inerentes a um grupo de cuidadores e seu nível de conhecimento, e ainda ressalta a relevância da atividade do enfermeiro no âmbito deste tema.

Ainda neste volume, uma avaliação de um programa clínico preventivo específico para crianças com síndrome de Down. O estudo demonstra que procedimentos terapêuticos adequadamente aplicados às comorbidades desta síndrome contribuem, de maneira significativa, para o aumento da sobrevida e qualidade de vida destes indivíduos.

Todas as investigações apresentadas destacam-se pela pertinência e diversidade de temas, convergindo para a produção de conhecimentos.

A equipe que compõe a revista *CuidArte* Enfermagem, entendendo que o conhecimento é um produto social, abarca como proposta central difundir e discutir, além dos resultados, a adequação da dimensão do cuidar na prática clínica dos profissionais de saúde, à medida que o conhecimento produzido, discutido e disseminado, direciona o desenvolvimento de capacidades individuais e promove uma abordagem interdisciplinar do cuidado, convergindo para soluções que promovam a melhoria da qualidade de vida e saúde do ser humano.

* Doutora em Enfermagem Fundamental pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP). Coordenadora de graduação e docente no Curso de Enfermagem das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP. Contato: jussarasperandio@gmail.com

Dircelene Jussara Sperandio

The knowledge in nursing is in consolidation as fruitful science, technology and innovation. It grows to produce new scientific knowledge in nursing and health care that need to be shared and validated in interdisciplinary community.

The journal *Guidarte Enfermagem*, in her fourth number, advances in this process of building knowledge from national and international research, providing space for reflection and its potential for transformation of professional practices.

In this volume, *Guidarte Enfermagem* verticalizes nursing knowledge based on quality, in the light of the proposed action to the professionals with individuals, contributing to health research is disseminated to other fields of knowledge.

In the dimension of care, are presented in this volume, three articles that reflect the quality of care and indicators, raising the awareness of professionals involved in clinical practice about the challenges for the understanding of potential problems related to non-compliance of the care process.

The first provides the reader with a reflection on the relevance of the nursing staff in the sphere of prevention of adversity related to use of indwelling catheters. Another article related to quality management and health care, reveals the findings of a study, also on adverse events with patients in a hospital environment, highlighting the need for action to the development of safe nursing care to patients.

The third paper considers the analysis of the indicator of pressure ulcers in critically ill patients in order to measure the quality of care, and presents a proposal of the applicability of a nursing care protocol for effective prevention.

Given the magnitude of these content-related assistance to the health of individuals, there is a literature review that rescues the historical evolution of the care process in the light of the analysis of health practices and the professionalisation of nursing. The approach of this issue stems from the dichotomy between care and cure, according to the context of health education.

Still on the dimensionality of care, an international article, inserted in the setting of home care, the difficulties inherent in investigating a group of caregivers and their level of knowledge, and further underscores the relevance of the activity of nurses in this theme.

Although this volume, a clinical evaluation of a specific preventive program for children with Down syndrome. The study shows that therapeutic procedures properly applied to this syndrome comorbidities contribute significantly to increased survival and quality of life of these individuals.

All investigations presented to highlight the relevance and diversity of topics, converging on the production of knowledge.

The team that makes up the journal *Guidarte Enfermagem*, understanding that knowledge is a social product, it includes as a central proposition disseminate and discuss, in addition to the results, the adequacy of the dimension of care in clinical practice of health professionals, as the knowledge produced discussed and disseminated, directs the development of individual skills and promotes an interdisciplinary approach to care, converging on solutions that promote improved quality of life and health of human beings.

Dircelene Jussara Sperandio

El conocimiento de la enfermería se encuentra en la consolidación fructífera como ciencia, tecnología y innovación. Crece para producir nuevos conocimientos científicos en los cuidados de enfermería y de salud que deben ser compartidos y validados en la comunidad interdisciplinaria.

La revista *Guidarte Enfermagem*, en su cuarto número, avanza en este proceso de construcción de conocimiento a partir de investigaciones nacionales e internacionales, proporcionando un espacio de reflexión y de su potencial de transformación de las prácticas profesionales.

En este volumen, *Guidarte Enfermagem* verticaliza los conocimientos de enfermería basada en la calidad, a la luz de las medidas propuestas a los profesionales con las personas, contribuyendo a la investigación en salud se distribuye a otros campos del conocimiento.

En la dimensión del cuidado, se presentan en este volumen, tres artículos que reflejan la calidad de la atención y los indicadores, la sensibilización de los profesionales que intervienen en la práctica clínica acerca de los desafíos para la comprensión de los problemas potenciales relacionados con el incumplimiento del proceso de atención.

La primera ofrece al lector una reflexión sobre la importancia del personal de enfermería en el ámbito de la prevención de las adversidades relacionadas con el uso de catéteres. Otro artículo relacionado con la gestión de la calidad y la atención de la salud, revela los resultados de un estudio, también sobre los eventos adversos con los pacientes en un ambiente de hospital, destacando la necesidad de adoptar medidas para el desarrollo de los cuidados de enfermería segura a los pacientes.

El tercer artículo considera el análisis de los indicadores de las úlceras por presión en pacientes críticamente enfermos con el fin de medir la calidad de la atención, y presenta una propuesta de la aplicabilidad de un protocolo de atención de enfermería para la prevención eficaz.

Dada la magnitud de estos contenidos relacionados con la asistencia a la salud de los individuos, hay una revisión de la literatura que rescata la evolución histórica del proceso de atención a la luz del análisis de las prácticas de salud y la profesionalización de la enfermería. El enfoque de este problema proviene de la dicotomía entre la atención y la cura, de acuerdo con el contexto de la educación para la salud.

Todavía en la dimensión de la atención, un artículo internacional, insertado en el contexto de la atención domiciliaria, las dificultades inherentes en la investigación de un grupo de cuidadores y su nivel de conocimiento, y aún más de relieve la importancia de la actividad de las enfermeras en este tema.

Todavía este volumen, una evaluación clínica de un programa específico de prevención para niños con síndrome de Down. El estudio muestra que los procedimientos terapéuticos aplicados adecuadamente a las comorbilidades del síndrome contribuyen significativamente a una mayor supervivencia y calidad de vida de estas personas.

Todas las investigaciones presentadas se destacan debido a la relevancia y diversidad de temas, que convergen en la producción de conocimiento.

El equipo que conforma la revista *Guidarte Enfermagem*, entendiendo que el conocimiento es un producto social, que incluye como propuesta central de difundir y debatir, además de los resultados, la adecuación de la dimensión del cuidado en la práctica clínica de los profesionales de la salud, ya que el conocimiento producido discutido y difundido, dirige el desarrollo de las capacidades individuales y promueve un enfoque interdisciplinario para la atención, que convergen en las soluciones que promuevan una mejor calidad de vida y la salud de los seres humanos.



Artigos Originais

AVALIAÇÃO CLÍNICA E NUTRICIONAL DE CRIANÇAS COM SÍNDROME DE DOWN APÓS INSERÇÃO EM PROGRAMA PREVENTIVO

CLINICAL AND NUTRITIONAL EVALUATION IN CHILDREN WITH DOWN SYNDROME AFTER INSERTION IN A PREVENTIVE PROGRAM

EVALUACIÓN CLÍNICA Y NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN DESPUÉS DE INSERTAR EN EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN

Nilce Barril*, Mirna Ayusso Teixeira**, Roberta Machado**, Luis Valério Filho***

Resumo

A realização de procedimentos terapêuticos precoces para as comorbidades associadas à síndrome de Down pode proporcionar aumento na sobrevivência e melhora na qualidade de vida dos afetados. O objetivo do presente trabalho foi avaliar os efeitos da realização de um programa clínico preventivo e prospectivo para detecção e tratamento das comorbidades associadas a essa síndrome em 39 pacientes atendidos em ambulatório de Aconselhamento Genético de um hospital universitário. Através de metodologia em que o participante foi o seu próprio controle, comparou-se o estado nutricional, as complicações infecciosas e hematológicas antes e após vinte meses de avaliações, realizadas em duas etapas de dez meses (A1 e A2), segundo protocolo de anamnese clínica elaborado especificamente para portadores da síndrome de Down. Das complicações infecciosas diagnosticadas as broncopneumonias e amidalites foram as mais referidas. Houve diferença estatisticamente significativa entre o número de complicações infecciosas, hematológicas e a proporção de desnutrição/eutrofia entre A1 e A2. Os resultados deste estudo, embora específicos para a população avaliada, sugerem que o acompanhamento por meio de protocolo clínico específico para crianças com síndrome de Down pode contribuir para a melhoria do estado geral de saúde e a qualidade de vida destes pacientes.

Palavras-chave: Síndrome de Down. Antropometria. Avaliação nutricional.

Abstract

Performing early therapeutic procedures for comorbidities associated to Down syndrome can offer an increase in the survival and an improvement in the quality of life of the subjects affected. The purpose of this study was evaluate the consequences, results of performing of a clinical, preventive and prospective program for detection and treatment of comorbidities associated to Down Syndrome in 39 patients assisted in an ambulatory of Genetic Counseling at an university hospital. Through a methodology which the participant was his own control, we compared the nutritional status, the infectious and hematological complications before and after 20 months of evaluations done in two steps of 10 months (A1 e A2), according to the anamnesis clinical protocol elaborated specifically for Down syndrome. From infectious complications diagnosed, the bronchopneumonia's, and tonsils were the most mentioned. There were statistical difference between the number of infectious, hematological complications and the relation of underfeeding/eutrophia between A1 and A2. Our results, however specifics for a population evaluated, suggests that the following through an specific clinical protocol for children with DS can contribute for an improvement of the general status of health and quality of life of these patients.

Keywords: Down syndrome. Anthropometry. Nutritional assessment.

Resumen

El pronto logro de procedimientos terapéuticos para las comorbilidades asociadas con el síndrome de Down puede proporcionar una mayor supervivencia y mejor calidad de vida de los afectados. El propósito de este estudio fue evaluar los efectos de llevar a cabo un programa clínico para la detección preventiva y prospectiva y el tratamiento de las comorbilidades asociadas a este síndrome en 39 pacientes tratados en Asesoramiento Genético ambulatoria en un hospital de la Universidad. Utilizando una metodología en la que el participante era su propio control, se comparó el estado nutricional, las complicaciones infecciosas y hematológicas antes y después de veinte meses a partir de evaluaciones llevadas a cabo en dos fases de diez meses (A1 y A2), el segundo protocolo de la anamnesis clínica diseñada específicamente para las personas con síndrome de Down. Las complicaciones infecciosas y la bronconeumonía diagnosticado amigdalitis fueron los más mencionados. Una diferencia estadísticamente significativa entre el número de complicaciones infecciosas, la sangre y la proporción de la desnutrición y eutróficos entre A1 y A2. Los resultados de este estudio, aunque específicos de la población del estudio, sugieren que el monitoreo por medio del protocolo clínico específico para niños con síndrome de Down puede contribuir a mejorar el estado general de salud y calidad de vida de estos pacientes.

Palabras clave: Síndrome de Down. Antropometría. Evaluación nutricional.

* Geneticista, doutora em Genética pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP-São José do Rio Preto-SP), docente da disciplina de Genética Humana do curso de Medicina das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP. Responsável pelo Laboratório de Citogenética Humana e Ambulatório de Aconselhamento Genético do Hospital Emílio Carlos das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP. Contato: medicinanilce@gmail.com

** Sextanistas do curso de Medicina das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP.

*** Biomédico, estagiário do laboratório de Citogenética Humana das FIPA.

INTRODUÇÃO

A síndrome de Down (SD) ou trissomia do cromossomo 21 é a cromossomopatia mais frequente na espécie humana, compreendendo cerca de 18% do total de deficientes mentais em instituições especializadas. Cerca de uma em cada 600 crianças nasce com a síndrome e entre os fetos de mães com idade igual ou superior a 35 anos a taxa é ainda maior^{1,2}.

A mortalidade nos primeiros anos de vida é maior em portadores de SD quando comparada à população geral. Este fato é atribuído às malformações congênitas e a complicações clínicas associadas à síndrome^{1,3}. Entretanto, o atendimento clínico-cirúrgico adequado pode proporcionar aumento na sobrevivência dos afetados, o que demanda dos profissionais da saúde o desenvolvimento de procedimentos terapêuticos para as comorbidades associadas, capazes de garantir a manutenção de um estado geral de saúde por meio de prevenção das complicações habituais e, eventualmente, severas, mais frequentes nestes pacientes⁴⁻⁶.

Diante do exposto, foi proposto o presente trabalho que teve por objetivo avaliar os efeitos da realização de um programa clínico preventivo e prospectivo para detecção e tratamento das comorbidades associadas à síndrome, por meio da avaliação do estado nutricional, complicações clínicas e parâmetros hematológicos de pacientes com SD em ambulatório de aconselhamento genético de um hospital universitário, antes e após vinte meses de avaliações, segundo o protocolo de anamnese clínica elaborado especificamente para atender aos portadores da síndrome.

MATERIAL E MÉTODO

Estudo de coorte realizado em duas etapas de dez meses, designadas A1 e A2, desenvolvidas no período compreendido entre agosto de 2007 e julho de 2009. Foram avaliadas 39 crianças com SD, atendidas no ambulatório de Aconselhamento Genético (AG) do Hospital Escola Emílio Carlos (HEEC) das Faculdades Integradas Padre Albino, Catanduva-SP.

Os critérios de inclusão consistiram em: diagnóstico clínico ou citogenético de SD, idade inicial entre dois e 60 meses e acompanhamento regular no ambulatório de AG do HEEC durante os vinte meses de

realização do projeto; e de exclusão: faltar às consultas agendadas sem reposição, por duas vezes consecutivas ou três vezes intercaladas.

Para a caracterização do grupo investigado foram utilizadas variáveis demográficas sobre: idade, gênero, histórico gestacional, antecedentes familiares, doenças associadas, além de exame físico detalhado incluindo medidas antropométricas de peso e estatura. As informações retrospectivas foram obtidas nos prontuários médicos dos pacientes ou fornecidas pelos acompanhantes durante as consultas. Todos os pacientes foram submetidos a anamnese, exame clínico morfológico, avaliação antropométrica, cardiológica, hematológica (hemograma e eletroforese para hemoglobinas hereditárias) e exame de cariótipo. A função tiroideiana foi pesquisada em cinco crianças (13%), radiografias do quadril e joelho em oito (21,3%) e ultrassonografia abdominal em apenas um (2,6%). Também foram realizadas entrevistas com as mães das crianças para orientação quanto à importância da realização das condutas indicadas.

A antropometria (peso e estatura) obedeceu as técnicas preconizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS)⁷ e todas as medidas foram realizadas durante as consultas ao ambulatório de AG, sendo verificadas, exclusivamente, pelo mesmo observador, previamente e especialmente treinado para desempenhar tal tarefa. A medida do comprimento da criança de zero a 24 meses foi feita com a pessoa em decúbito dorsal (antropômetro horizontal) e, para as maiores de dois anos, aferiu-se a altura em posição ortostática (antropômetro vertical). A aferição do peso foi realizada com balança pediátrica (precisão de 10g) e balança plataforma (precisão de 100g), para crianças de até 15 kg ou acima de 15 kg, respectivamente. Tanto na utilização da balança para bebês quanto na balança antropométrica para adultos, a escala era tarada antes e após cada operação. A avaliação dos pacientes ocorreu com vestimentas caracterizadas por roupas leves, sem adereços e descalços.

A classificação pondero estatural foi realizada de acordo com as curvas propostas por Cronk et al.⁸ específicas para a SD. Para a comparação entre as distribuições, foram considerados os seguintes pontos de corte: para P/I e A/I abaixo do percentil 5 (P5); entre

P5 e o percentil 95 (P95) e acima de P95. Optou-se por estes pontos de corte por contemplarem a distribuição utilizada, além de serem indicadores de possíveis deficits (P5) e excesso ponderal (P95). Considerou-se eutróficas as crianças que apresentaram relação P/A e A/I normais; com desnutrição aguda as que apresentaram P/A abaixo dos limites e A/I normal; e com desnutrição pregressa as que apresentaram P/A normal e A/I abaixo dos limites^{9,10}. A classificação como obesas deu-se para as crianças que apresentaram P/A acima dos limites pré-estabelecidos. As medidas foram realizadas em todas as consultas e a classificação do estado nutricional foi feita de acordo com as médias obtidas.

As amostras de sangue para a determinação do hemograma, eletroforese para hemoglobinas e dosagem de hormônios tireoideanos receberam como tratamento os reagentes disponíveis comercialmente e padronizados pelo Laboratório de Análises Clínicas do HEEC a partir de protocolos técnicos de rotina. O exame de cariótipo foi realizado para todos os casos a partir de cultura de curta duração de linfócitos de sangue periférico. Vinte células foram contadas para cada caso, cinquenta para mosaicismo, e o cariótipo analisado através da técnica de bandeamento GTG no Laboratório de Citogenética da própria instituição.

As crianças receberam dois esquemas de intervenção. A abordagem preventiva aplicada às mães foi realizada por entrevistas e a abordagem terapêutica através do encaminhamento a profissionais especializados de uma equipe multidisciplinar constituída por fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, nutrólogos e demais especialidades médicas definidas de acordo com as complicações clínicas associadas a cada caso para avaliação e intervenções terapêuticas pertinentes.

Foram estudados os efeitos do acompanhamento médico regular durante os vinte meses de duração do projeto através de uma metodologia em que o participante foi o seu próprio controle, comparando-se o estado nutricional, as complicações infecciosas e hematológicas nas etapas A1 (inicial) e A2 (final).

A análise estatística foi realizada através dos programas SPSS (versão 7.0) e Epi Info (versão 6.04b). Para as variáveis quantitativas os resultados foram

expressos em porcentagem, média e desvio padrão. Para a comparação entre as variáveis: complicações infecciosas, parâmetros hematológicos e antropométrico, utilizou-se os testes qui-quadrado de associação e exato de Fisher (quando pertinente). Foi considerado como significativo um valor de $p \leq 0,05$.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas Padre Albino da cidade de Catanduva-SP, em atendimento à Resolução 196/96 do Ministério da Saúde. A participação dos sujeitos da amostra foi autorizada pelos pais ou responsáveis, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após terem sido informados sobre a metodologia utilizada nas investigações.

RESULTADOS

Dos 39 pacientes com SD incluídos em A1, 22 eram do sexo masculino (55%) e 17 do feminino (45%). A idade variou de dois a 48 meses (média: $25,15 \pm 12,64$ meses) em A1 e 12 a 78 meses (média: $45,5 \pm 12$ meses) em A2. A faixa etária predominante foi a de dois a 36 meses em A1, totalizando 29 crianças e de 23 a 56 meses em A2 com 28 pacientes. O número de consultas em A1 variou de quatro a oito (média: $4,68 \pm 0,9$) e em A2 de três a seis (média: $3,47 \pm 0,79$).

A idade materna à gestação foi de 16 a 44 anos (média: $29 \pm 7,6$), 82% eram donas de casa e o estado civil predominante foi o de casada (75%). Quanto à escolaridade, 90% das mães e 85,5% dos pais não havia completado o ensino fundamental. Em relação aos dados obstétricos e históricos reprodutivos, 28% das mães relataram quatro ou mais gestações, 19% três, 29% duas e 24% apenas uma. A idade gestacional variou de 37 a 42 semanas (média: $39,96 \pm 1,95$), contadas a partir da data da última menstruação. Histórico de abortos espontâneos, foi relatado por 12,5% das mães, além de 14% de ocorrências de natimortos sem causa definida. O histórico familiar revelou casos de retardo mental na família em 20% da amostra e outros casos de SD em 6%.

Dos 39 pacientes com SD avaliados cardiologicamente, 27 (69%) apresentaram cardiopatias congênitas, cujas alterações observadas foram: comunicação interatrial (40%), comunicação

interventricular (15%), persistência do canal atrial (22%), defeito de septo atrioventricular (9%), tetralogia de Fallot (5%), insuficiência de mitral (15%) e associações (dois ou mais tipos) (30%).

Na Tabela 1 estão apresentadas as complicações clínicas diagnosticadas nos pacientes do presente estudo em A1 e A2.

Tabela 1 - Complicações clínicas apresentadas pelos pacientes com síndrome de Down - distribuição segundo o número de pacientes avaliados em cada caso

Complicações	A1 (N*/%+)	A2 (N*/%+)	P
Infeciosas	38/100	37/100	
broncopneumonia	10/26	7/19	
amidalite	8/21	6/16	
otite	4/10,5	4/11	
infecção urinária	2/5,5	0	
conjuntivite	3/8	2/5,5	
rinofaringites	2/5,5	4/11	
gripe	5/13	4/11	
outros tipos	4/10,5	3/8	
Total	38/100	30/81,5	0,004
Hematológicas	38/100	37/100	
anemia ferropriva	11/29	0	
talassemia alfa/beta minor	0	4/11	
leucopenia	7/18,5	0	
Total	18/47,5	4/11	0,001
Urológicas	1/3	1/3	
refluxo de ureter	1/3	0	
Total	1/3	0	
Endocrinológicas	5/13	5/13,5	
hipotireoidismo	1/3	0	
aumento de TSH [†]	2/5	0	
Total	3/8	0	
Articulares	8/21	8/22	
displasia congênita do quadril	3/8	0	
hiperextensão articular	5/13	3/8	
Total	8/21	3/8	

* número de pacientes; +percentual de pacientes da amostra total; † tireotropina.

O controle hematológico revelou 11 crianças com anemia ferropriva em A1, quatro delas em associação com talassemia alfa minor diagnosticada em A2. Três pacientes, um do sexo masculino e dois do feminino, apresentaram aumento dos níveis de TSH com T3 e T4 normais em A1, com reversão em A2, após o tratamento clínico. O número de complicações infecciosas e hematológicas diagnosticadas nas avaliações inicial e final apresentou diferença significativa: respectivamente $p=0,004$ e $p=0,001$.

Com relação à análise do cariótipo, a trissomia livre do cromossomo 21 foi a aberração cromossômica mais frequentemente encontrada ($n=36$; 92%); seguida da translocação 14p;21p ($n=3$; 8%), com observação da alteração equilibrada na linhagem paterna em um deles. Uma das crianças com a translocação foi a óbito por septicemia 42 dias após o nascimento.

A avaliação do estado nutricional está demonstrada na Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição dos pacientes de acordo com o estado nutricional em A1 e A2

Classificação	A 1	A 2	p
	N*(38)/ %+	N*(37)/ %+	
Eutrofia	17/45	31/48	0,001
Desnutrição crônica	10/26	4/8	0,15
Desnutrição aguda	11/29	0	0,001
Obesidade	0	2	0,98
Total	38/100	37/100	

*número de pacientes; +percentual de pacientes da amostra total.

Num percentual de 55% ($n=21$) crianças apresentaram-se desnutridas em A1, sendo 26% ($n=10$) enquadradas na condição de desnutrição crônica e 29% ($n=11$) como desnutrição aguda. Em A2, verificou-se que 10% ($n=6$) dos pacientes apresentam distúrbios nutricionais, 8% ($n=4$) desnutrição crônica e 4% ($n=2$) obesidade. A desnutrição crônica predominou na faixa etária de dois a 24 meses em A1 e de 30 a 42 meses em A2. A obesidade foi diagnosticada apenas em A2 e em crianças com idade igual ou superior a quatro anos. Nenhum caso foi registrado em menores de três anos.

Das 21 crianças com desnutrição em A1, 14 (66,6%) evoluíram para eutrofia e apenas quatro permaneceram desnutridas em A2. A proporção eutrofia/desnutrição em A1 foi de 17/21, enquanto em A2 foi de 30/5. Esta diferença foi significativa ($p=0,001$). Quanto ao gênero, os distúrbios nutricionais predominaram no sexo masculino em A1, com 11 (29%) casos e no feminino em A2 com quatro (11%) casos.

Dos 39 indivíduos constituintes da amostra inicial, 30 continuam participando das consultas no ambulatório de AG para novas avaliações clínicas e antropométricas, com encaminhamento, quando necessário, aos ambulatórios de especialidades médicas do HEEC, enquanto oito não compareceram mais as consultas e um foi a óbito.

DISCUSSÃO

O desenvolvimento infantil deve ser monitorado através da realização de consultas médicas periódicas para assegurar que este processo ocorra dentro da normalidade, além de estar associado a um bom estado geral de saúde. A criança com SD não deve ser privada deste tipo de procedimento, pois além do atraso no desenvolvimento, os afetados podem apresentar outros problemas de saúde, tais como cardiopatia congênita, hipotonia, alterações

neuroológicas, obesidade, entre outros aspectos condicionados pela própria síndrome¹¹⁻¹⁵.

Embora a literatura médica refira uma prevalência de cardiopatias congênitas variável entre 51 a 62% para a população brasileira com SD¹⁶⁻¹⁹, no presente estudo 69% das crianças apresentaram cardiopatias congênitas. Tal resultado, pode ser consequência do encaminhamento dos pacientes de outros centros de atendimento terciário ao ambulatório de AG, único da região, ou da realização do diagnóstico da SD logo após o nascimento, possibilitando o diagnóstico e a intervenção precoce desta condição.

O diagnóstico clínico da SD pode ser feito por médico experiente logo após o nascimento, entretanto, a definição do tipo de alteração citológica é obtida através do exame do cariótipo, necessário para o aconselhamento genético seguro do casal quanto ao risco de recorrência. A consulta de aconselhamento genético, além de confirmar a suspeita clínica, esclarece e orienta os pais sobre a síndrome. Os resultados obtidos neste estudo demonstraram a ocorrência de trissomia livre do cromossomo 21 em 92% dos casos e translocações robertsonianas em 8%. A diferença no padrão citológico observado provavelmente ocorreu porque o exame foi realizado em filhos de mães com idade inferior a 35 anos (72% dos cariótipos realizados). Nos três casos de alteração estrutural, o cariótipo dos pais revelou que a translocação era herdada e a idade da mãe inferior a 30 anos. O risco de recorrência da SD em casais com um filho afetado por trissomia livre é de cerca de 2% e de 10% para os casos de translocações o que evidencia a importância do diagnóstico cromossômico tendo em vista o oferecimento de aconselhamento genético seguro^{2,20}.

A pesquisa de infecções foi realizada para todos os pacientes, uma vez que a SD está diretamente associada à ocorrência de tais complicações^{21,22}. Os resultados mostraram que as broncopneumonias de repetição representaram as alterações clínicas mais frequentemente associadas à síndrome na amostra analisada em A1, em especial nas crianças incluídas na faixa etária de 30 dias a dois anos e redução desta complicação em A2 quando os pacientes apresentavam idade superior a quatro anos. Tal achado pode representar a época do controle das cardiopatias através de

tratamento clínico ou cirúrgico, assim como o início do acompanhamento em hospital de atendimento terciário, com pronto atendimento das intercorrências infecciosas associadas à síndrome, pela inclusão dos pacientes no grupo referido neste estudo. Estas associações evidenciam a importância do acompanhamento médico regular destes pacientes a despeito da presença de sinais clínicos de infecções ou outras comorbidades, com ênfase ao oferecimento de tratamento precoce que resulte em melhora na qualidade de vida dos mesmos.

A prevalência de anormalidades da função tiroideana na SD varia de 28 a 64% com manifestação de sinais clínicos, especialmente hipotireoidismo, acima de 10 anos de idade em 48% dos afetados e em apenas 20% dos casos abaixo desta idade^{23,24}. Neste estudo, três pacientes apresentaram taxas elevadas de TSH sem alterações nos níveis de T3 e T4 em A1 e nenhum em A2. Em apenas um deles havia sinais clínicos de hipotireoidismo. Nos outros dois, com quatro anos e seis meses de idade, a ausência de sinais clínicos de hipotireoidismo pode ser consequência da idade. Entretanto, não se pode descartar a possibilidade dos níveis elevados de TSH serem sinais preditivos de alterações tiroideanas clinicamente associadas em idades superiores. O que ressalta a importância de acompanhamento evolutivo destas crianças para detecção precoce de manifestações clínicas de hipotireoidismo, pois o tratamento precoce desta condição pode evitar degeneração maior do desenvolvimento mental, motor e de crescimento dos afetados pela síndrome^{23,24}.

Embora os resultados do hemograma na SD sejam pouco referidos na literatura o controle hematológico realizado neste estudo revelou 11 crianças com anemia ferropriva na amostra A1, corrigida após tratamento clínico em A2, em quatro delas associada a talassemia alfa menor. Estes resultados evidenciam a importância da inclusão do hemograma juntamente com a eletroforese para hemoglobinopatias hereditárias nos protocolos de avaliação clínica de pacientes com SD.

O déficit pondero estatural é um achado frequente em crianças afetadas com SD, especialmente nas faixas etárias mais jovens e com cardiopatia associada^{25,26}. No presente estudo, observou-se que 55%

dos pacientes da amostra A1 apresentavam desnutrição aguda ou crônica com evolução para eutrofia em A2 em 66,6% deles. Todos com cardiopatia controlada por tratamento clínico ou cirúrgico e redução das infecções diagnosticadas em A1. Resultados semelhantes aos observados por outros autores ao avaliar a associação entre a ocorrência de infecções com cardiopatias e alterações no estado nutricional de crianças afetadas pela SD²¹. Porém, divergentes daqueles referidos por Prado et al.²⁷, em que 97,5% dos pacientes com SD e faixa etária entre zero e 11 anos encontravam-se eutróficos e do estudo de Lopes et al.²⁵, em 98 crianças com SD na faixa etária de 10 a 17,9 anos em que 1% da população estava abaixo de P5 e 16,3% acima de P95.

Nas avaliações realizadas em A2 foram diagnosticados excesso de peso em apenas duas crianças do sexo masculino. Deve-se ressaltar que estes resultados foram observados apenas em A2, com menor representatividade e em faixas etárias superiores. A prevalência de obesidade em adultos e adolescentes com SD é superior à da população geral sem a síndrome em cerca de 70% dos homens e mais de 95% das mulheres, sendo o histórico familiar, a prática reduzida de atividade física e a taxa metabólica basal reduzida, os principais fatores etiológicos atribuídos a este estado nutricional na SD²⁸⁻³⁰.

A maior frequência de casos de desnutrição observada em A1 no estudo pode ser explicada pelo fato de que a maioria das crianças avaliadas apresentavam idade inferior a três anos. Crianças afetadas pela SD geralmente apresentam baixo peso ao nascimento e ganho de peso progressivo com o aumento da idade^{28,29}.

Entretanto, não se pode descartar a possibilidade do baixo nível socioeconômico dos pacientes atendidos pelo serviço de ambulatório de aconselhamento genético do HEEC ser o fator determinante desta condição. Também, a evolução de grande parte dos integrantes da amostra para eutrofia em A2 pode estar refletindo os efeitos do tratamento precoce das complicações clínicas diagnosticadas ao longo do estudo, uma vez que a desnutrição aguda reflete uma deficiência nutricional recente, com perda significativa de peso corpóreo, podendo estar associada a várias doenças. Dessa forma, a desnutrição crônica caracteriza-se por baixa estatura para a idade, refletindo deficiências cumulativas de saúde e nutrição durante um longo período⁹.

Usualmente, os recém nascidos com SD apresentam peso e comprimento inferiores àqueles considerados normais para a síndrome. O baixo crescimento continua constante e é acompanhado por atraso na maturação esquelética, justificando a utilização de gráficos específicos, com curvas apropriadas para a avaliação do desenvolvimento de crianças com SD^{26,28-30}. Diante desse fato, os valores obtidos pelas medidas antropométricas foram avaliados e classificados de acordo com as curvas de Cronk⁸ específicas para SD.

CONCLUSÕES

Os resultados apresentados aqui enfatizam a importância da implantação de programas de acompanhamento médico contínuo direcionados não apenas a portadores de SD, mas também àqueles com outras deficiências, a fim de promover o estado geral de saúde e uma melhor qualidade de vida destes indivíduos.

REFERÊNCIAS

1. Roizen NJ, Patterson D. Down's syndrome. *Lancet*. 2003; 12:1281-9.
2. Nussbaum RL, McInnes RR, Willard, HF, editores. Thompson & Thompson: genética médica. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
3. Mikkelsen M, Poulsen H, Nielsen K. Incidence, survival and mortality in Down syndrome in Denmark. *Am J Med Genet*. 1990; 7:75-8.
4. Schuartzman F, editor. Síndrome de Down. São Paulo: Mackenzie: Mamnon; 1999. p. 143-54. Abordagem nutricional na síndrome de Down.
5. National Institute of Child Health & Human Development. NICHD 2003. Facts about Down syndrome. [online]. [acessado em 2006 nov. 10]. Disponível em: <http://www.nichd.gov/publications/pubs/downsyndrome/down.htm>
6. Moreira LM, El-Hani CN, Gusmão FAF. A síndrome de Down e sua patogênese: considerações sobre o determinismo genético. *Rev Bras Psiquiatria*. 2000; 22:96-9.
7. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. *World Health Org Tech Rep*. 1995; 854:1-452.
8. Cronk C, Crocker AC, Poeschel SM, Shea AM, Zackai E, Pickens G. Growth charts for children with Down syndrome: 1 month to 18 years of age. *Pediatrics*. 1988; 81:102-10.
9. Taddei JA, Colugnati FA, Rodrigues EM. Transição nutricional em menores de 5 anos: evidência dos inquéritos antropométricos brasileiros. In: Cardoso AL, Lopes LA, Taddei JA, editores. Tópicos atuais em nutrição pediátrica. São Paulo: Atheneu; 2004. p. 11-43.
10. Brasil ALD, Devincenzi UM, Ribeiro LC. Nutrição infantil. In: Silva SMCS, Mura JDP, editores. Tratado de alimentação, nutrição e dietoterapia. São Paulo: Roca; 2007. p. 348-51.
11. Lerner AJ. Down syndrome in the neurology clinic: Too much? Too little? Too late? *Down Synd Res Pra*. 2007; 12:69-71.

12. Jones KL. Recognizable patterns of malformation. In: Jones, KL, editor. *Smith's Recognizable patterns of malformation*. 5th ed. Philadelphia: WB Saunders; 1997. p. 8-87.
13. Nisihara RM, Kotze LM, Utiyama SR, Oliveira NP, Fiedler PT, Messias-Reason IT. Doença celíaca em crianças e adolescentes com síndrome de Down. *J Pediatr*. 2005; 81:373-6.
14. Chumlea WC, Cronk CE. Overweight among children with trisomy. *J Ment Defic Res*. 1981; 25:275-80.
15. Guthrie JE. *The Down syndrome nutrition handbook: a guide to promoting healthy lifestyles*. Bethesda Ma: Woodbine House; 2002.
16. Granzotti JA, Paneto ILC, Amaral FTV, Nunes MA. Incidência de cardiopatias congênitas na síndrome de Down. *J Pediatr*. 1995; 71:28-30.
17. Abbag FI. Congenital heart diseases and other major anomalies in patients with Down syndrome. *Saudi Med J*. 2006; 27:219-22.
18. De Rubens Figueroa J, Del Pozzo Magana B, Pablos Hach JL, Calderon Jimenez C, Castrejon Urbina R. Heart malformations in children with Down syndrome. *Rev Esp Cardiol*. 2003; 56:894-9.
19. Ghaffar S, Lemler MS, Fixler DE, Ramaciotti C. Trisomy 21 and congenital heart disease: effect of timing of initial echocardiogram. *Clin Pediatr*. 2005; 44:39-42.
20. Ahmed I, Ghafoor T, Samore NA, Chattha MN. Down syndrome: clinical and cytogenetic analysis. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2005; 15:426-9.
21. Ribeiro LMA, Jacob CMA, Pastorino AC, Kim CAE, Fomim ABF, Castro APBM. Avaliação dos fatores associados a infecções recorrentes e/ou graves em pacientes com síndrome de Down. *J Pediatr*. 2003; 79(2):141-8.
22. Kobinger MEBA, Bresolin AMB, Novaes HMD. Afecções de vias aéreas superiores. In: Sucupira ACSL, Bresolin AMB, Marcondes E, Saito MI, Dias MHP, Zucolotto SMC, editores. *Pediatria em consultório*. 2^a ed. São Paulo: Sarvier; 2000. p. 263-93.
23. Oliveira AT, Longui AL, Calliari LEP, Ferone EA, Kawaguti FS. Avaliação do eixo hipotalâmico-hipofisário-tiroidiano em crianças com síndrome de Down. *J Pediatr*. 2002; 78:295-300.
24. Tüysüz B, Beker DB. Thyroid dysfunction in children with Down's syndrome. *Acta Pediatr*. 2001; 90:1389-93.
25. Lopes TS, Ferreira DM, Pereira RA, Veiga GV, Marins VMR. Comparação entre distribuições de referência para a classificação do estado nutricional de crianças e adolescentes com síndrome de Down. *J Pediatr*. 2008; 84:350-6.
26. Farkas LG, Katic MJ, Forrest CR. Age-related changes in anthropometrics measurements in the craniofacial regions and in height in Down's syndrome. *J Craniofac Surg*. 2002; 13:614-22.
27. Prado MB, Mestrinheri L, Frangella VS, Mustacchi Z. Acompanhamento nutricional de pacientes com síndrome de Down atendidos em um consultório pediátrico. *O Mundo da Saúde*. 2009; 33:335-46.
28. Moreira GC, Raimundo DF, Pereira Netto M. Avaliação do estado nutricional de crianças com síndrome de Down da APAE/Escola Estadual Walter Vasconcelos de crianças especiais do município de Muriaé/MG. *Rev Cient FAMINAS*. 2007; 3:29.
29. Arnell H, Gustafsson J, Ivarsson SA, Anneren G. Growth and puberal development in Down syndrome. *Acta Pediatr*. 1996; 85:1102-6.
30. Dalpicolo F, Viebig RF, Nacif MAL. Avaliação do estado nutricional de crianças com síndrome de Down. *Nutrição Brasil*. 2004; 3:336-40.

Recebido em: 20/08/2010

Aceite em: 10/10/2010

CUIDAR EM CASA: CONHECIMENTOS E DIFICULDADES DO CUIDADOR DO DOENTE DEPENDENTE

CARING AT HOME: KNOWLEDGE AND DIFFICULTIES OF THE DEPENDENT SICK PERSON CAREGIVER

CUIDAR EN CASA: CONOCIMIENTOS Y DIFICULTADES DEL CUIDADOR DEL PACIENTE DEPENDIENTE

Rita Margarida Dourado Marques*, Maria dos Anjos Coelho Rodrigues Dixe**

Resumo

Prestar cuidados a um doente em domicílio impõe à família adquirir conhecimentos e capacidades, que lhes permita realizar um conjunto de tarefas que vão muito além da satisfação das atividades de vida diária, cabendo aos profissionais da área da saúde um importante papel na orientação dos cuidados e na transmissão de informações adequadas ao doente e familiares, por ocasião da alta hospitalar. Os objetivos deste estudo foram: caracterizar a situação sociográfica e clínica do doente e do cuidador; determinar o nível de conhecimentos, dificuldades e necessidades dos cuidadores familiares no cuidar do doente dependente após a hospitalização; e identificar qual o tipo de apoio prestado pelo enfermeiro no contexto domiciliário. Estudo descritivo-simples com base em entrevista a uma amostra não probabilística de 107 cuidadores de doentes dependentes que recorreram ao Serviço de Urgência de um Hospital Central de Lisboa, Portugal. Os resultados evidenciaram que 71% (76) dos doentes possuíam dependência severa e 29% (31) grave ou moderada. Apenas 2,8% dos cuidadores referiram possuir bons conhecimentos acerca do problema de saúde da pessoa dependente e a totalidade da amostra referiu sentir dificuldades para cuidar do doente em casa. Também, 25,6% dos sujeitos mencionou falta de informação e 23,8% dificuldades na prestação de cuidados diretos, e mais da metade, 68,2%, referiram que não haviam recebido a visita do enfermeiro em domicílio. Concluiu-se que a falta de informação foi a dificuldade mais referida pelos cuidadores e que os enfermeiros desempenham um papel crucial na preparação do doente e familiares para o retorno ao lar e aquisição de competências para o cuidar.

Palavras-chave: Cuidadores. Necessidades. Dificuldades. Serviços de cuidados domiciliários.

Abstract

Providing care to a patient at home requires the family to acquire knowledge and skills to enable them to perform a set of tasks that go far beyond the satisfaction of daily activities, having the professionals in the health an important role in guiding the care and transmission of appropriate information to patients and families at the time of discharge. The main objectives of this study were to characterize the sociographic and clinical situation of the patient and caregiver; determine the level of knowledge, difficulties and needs of the family caregivers in caring for the dependent patient upon hospitalization, and identify what type of support provided by nurses at their home. In this descriptive-simple study, we've applied an interview to a non-probabilistic sample of 107 dependent sick persons caregivers, who went to the urgency department of a Central Hospital in Lisbon, Portugal. The results showed that 71% (76) of the patients have a severe dependency and 29% (31) bad or moderate. Only 2.8% of the caregivers reported to have good knowledge about the health problem of the dependent person and the total sample reported to feel unable to take care of the patient at home. Also, 25.6% of subjects cited to have lack of information, 23.8% mentioned to have difficulty in providing direct care, and more than half, 68.2%, said that they had not received a visit from a nurse at home. It was concluded that the lack of information was the major difficulty referred by most caregivers, and that nurses play a crucial role, not only in the preparation for the patient and family to return home, but also acquire skills to deliver care when they are at home.

Keywords: Caregivers. Needs. Difficulties. Home care services.

Resumen

La provisión de cuidados a un paciente en su casa requiere que la familia necesita obtener conocimientos y habilidades que les permitan realizar un conjunto de tareas que van más allá de la satisfacción de las actividades diarias, dejando a los profesionales de la salud un papel importante en la orientación de la atención y transmisión de información adecuada a los pacientes y las familias en el momento del alta. El objetivo de este estudio fue caracterizar el paciente en sus características sociográficas y clínicas; determinar el nivel de conocimientos; dificultades y necesidades de los cuidadores familiares en el cuidado del paciente después de su hospitalización, e identificar el tipo de apoyo prestado por las enfermeras en contexto familiar. Se llevó a cabo un simple estudio descriptivo, basado en una entrevista con una muestra no probabilística de 107 cuidadores de pacientes dependientes que utilizaron el servicio de urgencias de un hospital central en Lisboa, Portugal. Los resultados mostraron que el 71% (76) de los pacientes tenían una dependencia severa y el 29% (31) moderada o grave. Sólo 2,8% de los cuidadores informaron de que habían buen conocimiento del problema de salud de la persona dependiente y el total de la muestra informaron que se sentían incapaces de cuidar del paciente en casa. Además, el 25,6% de los sujetos mencionaron la falta de información y el 23,8% dificultad en la prestación directa de tratamientos, y más de la mitad, el 68,2% dijo que no había recibido la visita de una enfermera en casa. Se concluyó que la falta de información fue la dificultad que la mayoría de los cuidadores indicó más, e que los médicos y las enfermeras desempeñan un papel crucial en la preparación del paciente y su familia para volver a casa y adquirir habilidades para el cuidado.

Palabras clave: Cuidado. Necesidades. Dificultades. Servicios de atención de salud a domicilio.

* Enfermeira Especialista, Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE. Doutoranda em Enfermagem na UCP, Lisboa, Portugal. Contato: ritamdmarques@gmail.com

** Professora Coordenadora, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, Leiria, Portugal.

INTRODUÇÃO

Nos últimos tempos é evidente o envelhecimento da população humana, principalmente por baixos níveis de fecundidade e mortalidade, pelos progressos da medicina, como pelos avanços tecnológicos e transformações socioeconômicas que proporcionam uma melhoria na qualidade de vida e bem-estar dos indivíduos. Acredita-se que o número de pessoas com mais de 60 anos irá crescer mais de 300% nos próximos 50 anos, passando de 606 milhões em 2000 para, aproximadamente, dois bilhões em 2050, dos quais 1,6 bilhão ocorrerá em países menos desenvolvidos e em desenvolvimento¹.

Este fenômeno nem sempre significa uma vida funcional, independente e sem problemas de saúde. Associado, verifica-se também um aumento na prevalência, tanto das doenças crônicas e incapacitantes, como das ocorrências de morbidade por acidentes de trabalho, de aviação ou outros, contribuindo para a sobrevivência, porém, em condições de anormalidade e dependência de outras pessoas.

Segundo Abreu, Forlenza e Barros², a redução da autonomia é um fator determinante para a dependência a um cuidador, tornando-se este indispensável para preservar o provimento das necessidades básicas da vida diária da pessoa doente. Neste contexto, surge o cuidador informal, cujo intuito é oferecer condições para que a pessoa dependente consiga se manter em domicílio; respondendo também pela realização de um conjunto de funções que vão muito além da satisfação das atividades de vida diárias (AVDs)^{2,3}.

Os cuidadores estão representados, geralmente, por membros da família ou da comunidade, tradicionalmente mulheres (mãe, filha, nora, esposa, neta), prestando cuidados de forma parcial ou integral, a pessoas com dificuldades ou incapacitadas de se autocuidarem³⁻⁶. Na sua maioria, cohabitam com a pessoa dependente^{7,8} e se diferenciam dos cuidadores formais, tanto pela natureza da motivação, como pelo fato de não serem remunerados por essa atividade⁹.

A decisão de assumir o papel e se tornar cuidador principal deve-se a uma combinação de vários fatores, frequentemente relacionados ao tipo e grau de dependência do doente, a disponibilidade da

pessoa para cuidar, a idade e o tipo de coabitação. Fatores inerentes à história de vida do doente, quanto do cuidador, designadamente o grau de parentesco, a existência de cônjuges e filhos, o relacionamento entre ambos, o sentido de responsabilidade, de dever, de obrigação e de retribuição por algo recebido anteriormente, são também mencionados em vários estudos^{4,8,10-13}.

Como refere Hanson¹⁴, cuidar de um familiar que sofre de doença crônica em situação de dependência envolve um grande dispêndio de tempo e energia por longos períodos de tempo. Implica em realizar tarefas muitas vezes consideradas desagradáveis, exigentes e desconfortáveis, raramente previstas e indesejadas.

Muitas pesquisas científicas, nacionais e internacionais, têm demonstrado a fragilidade da saúde física e mental dos cuidadores, pois o estado de saúde e as solicitações do doente podem absorver muito tempo do cuidador e deixá-lo sem tempo livre para descansar o suficiente ou para desenvolver atividades de que gosta e lhe dão prazer, vendo-se confrontado com uma grande e contínua sobrecarga, levando-o muitas vezes aos limites das suas capacidades, tanto físicas e psicológicas como emocionais^{3,15,16}.

Segundo Hebert e Schulz¹⁷, metade dos cuidadores referem que não possuem tempo para socialização, 20% deixam de trabalhar para estarem junto ao doente e 31% referem gastar parte ou a totalidade de suas economias.

A assistência ao doente origina muitas despesas para a família, sendo necessário realizar uma análise sistemática dos gastos. Os cuidadores informais na área da saúde precisam receber informações claras dos profissionais para se capacitarem a planificar a assistência em domicílio, por meio de soluções economicamente viáveis para as famílias¹⁸.

As tarefas atribuídas ao cuidador, muitas vezes sem uma orientação adequada e suporte das instituições de saúde, além da alteração das rotinas e o tempo despendido no cuidado, têm impacto sobre a qualidade de vida do cuidador. Deste modo, a promoção do bem-estar dos cuidadores e a prevenção de possíveis crises requer, dos profissionais de saúde,

uma atenção particular por ocasião da alta hospitalar e durante a permanência da pessoa em casa, pois contribuirão para a permanência do doente crônico em domicílio com qualidade e adequada situação de dependência¹⁵.

Assim ocorre porque o cuidador principal se envolve em um conjunto grande de necessidades que, caso não sejam alvo de respostas adequadas, conduzi-lo-ão ao aumento do nível de sobrecarga^{19,20}.

Muitos pesquisadores salientam que tais necessidades devem ser agrupadas por necessidades de formação/informação, dentre elas: diagnóstico da patologia, formas de tratamento e técnicas de cuidar; econômicas, envolvendo recursos materiais e humanos; fisiológicas, como repousar, dormir e como estar com o doente e atender às suas próprias necessidades; emocionais, para obter suporte emocional, serem escutados e compreendidos, tanto pela família, como pelos profissionais da área da saúde, bem como, serem respeitados e terem liberdade para, abertamente, expressarem suas emoções; e espirituais, de forma a atribuírem sentido ao evento^{11,18,21}.

Estas necessidades dependem de uma série de fatores, nomeadamente, segundo o tipo e o grau de dependência da pessoa que necessita de cuidados, o estado de saúde do cuidador, a existência ou não de outras pessoas para auxiliarem nos cuidados, do acesso ou não a serviços de apoio, da coabitação, da capacidade econômica e do isolamento social²².

A esse respeito, Shyu¹¹ reforça a ideia que o cuidador passa por diferentes tipos de necessidades, consoante o nível de envolvimento e o tempo decorrido desde o início da atividade. Refere que a necessidade de informação é a primeira a ser identificada, devendo estar associada ao estado de saúde do doente, ao prognóstico e ao tipo de tratamento, viabilizando monitorar os sinais e sintomas da doença, gerir e ajudar a pessoa a ultrapassar as crises e desempenhar as AVDs, na gestão do regime terapêutico e na promoção do conforto.

De modo geral, a família/cuidador principal denomina pessoas sem formação específica, mas com condições para garantir qualidade aos cuidados, embora nem sempre emocionalmente preparados para assumir o

cargo desta função, concorrendo, às vezes, para colocar em risco o estado de saúde e bem-estar do doente²³.

Não obstante, surgem novas políticas de saúde preconizando internamentos mais curtos em detrimento das hospitalizações tradicionais. Desta forma, muitos doentes crônicos são encaminhados para serem cuidados pelos familiares, independentemente das condições sociais, econômicas, psicológicas, físicas, dos conhecimentos e condições habitacionais⁸.

Para ultrapassar as dificuldades atualmente enfrentadas pelos cuidadores, é fundamental a realização de um diagnóstico situacional precoce dos problemas, elaborar planos de cuidados específicos, que considerem as necessidades pessoais e incluam informações sobre os diferentes serviços oferecidos pela comunidade, e que complementem a educação para a saúde, garantindo o necessário apoio psicológico e os princípios da relação de ajuda em enfermagem¹².

A revisão da literatura acerca da temática disponibiliza condições para entender que o planejamento do regresso do doente ao lar pode ser muito importante para identificar as reais necessidades dos doentes e seus cuidadores, prevenindo, assim, a readmissão, ante o despreparo da maioria dos cuidadores, a falta de conhecimentos e de recursos e habilidades necessárias para sustentar os cuidados essenciais. Os enfermeiros também deverão oferecer atenção às necessidades dos prestadores de cuidados, subsidiando condições para que a consecução do papel de cuidador, embora informal, ocorra adequadamente²⁴.

Neste contexto, é importante que os enfermeiros se instrumentalizem para a prestação de cuidados à pessoa dependente em contexto domiciliar, por meio da função de educadores para a saúde, junto à díade pessoa dependente – cuidador principal. Este estudo teve como propósito relatar a condição dos cuidadores informais e o papel do enfermeiro por ocasião da alta hospitalar e teve como objetivos: caracterizar a situação sociográfica e clínica do doente e do cuidador; determinar o nível de conhecimentos, dificuldades e necessidades dos cuidadores familiares no cuidar do doente dependente após a hospitalização; e identificar qual o tipo de apoio prestado pelo enfermeiro no contexto domiciliar.

MATERIAL E MÉTODOS

Para atender aos objetivos traçados para este estudo, utilizou-se o delineamento descritivo simples por meio de estudo quantitativo²⁵, e o índice de Barthel²⁶ para classificar o grau de dependência do doente aos cuidados.

A população alvo do estudo foi constituída por doentes dependentes da área de abrangência de um Hospital Central da Grande Lisboa, admitidos no respectivo serviço de urgência, e os respectivos cuidadores.

Para a seleção da amostra foram definidos os seguintes critérios de inclusão: doente admitido no serviço de urgência durante os meses de realização do estudo, ter mais do que uma admissão no serviço de urgência pelo mesmo motivo nos seis meses anteriores ao estudo, apresentar um grau de dependência inferior a 80 pontos, de acordo com o Índice de Barthel; ser dependente de um cuidador caracterizado como "pessoa da família ou amiga, não remunerada, que se assumiu como principal responsável pela organização ou assistência e prestação de cuidados à pessoa dependente"; ambos possuírem uma idade superior a 18 anos e mostrar interesse e disponibilidade, além de concordar em participar do estudo.

Segundo os critérios de seleção da amostra - amostragem não probabilística de conveniência - a população do estudo foi constituída por 107 doentes dependentes e seus respectivos cuidadores.

Os dados do estudo foram coletados no serviço de urgência, por meio de um formulário utilizado para as entrevistas, constituído por três partes:

Primeira parte: variáveis sociográficas referentes a idade, sexo e estado civil, e clínicas: doença principal, nível de dependência, presença de sonda nasogástrica (SNG) e de úlceras de pressão (UP). O nível de dependência foi avaliado através do Índice de Barthel, que consiste num instrumento que avalia o nível de dependência da pessoa para a realização de dez atividades básicas de vida, como: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir-se e despir-se, controle de esfínteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas. A avaliação é feita através da atribuição de uma pontuação quanto à capacidade do doente para a execução de uma determinada AVD.

Os valores atribuídos a cada atividade dependem do tempo gasto na sua realização e a necessidade de ajuda para a execução²⁶.

Segunda parte: variáveis sociográficas e familiares, incluindo idade, sexo, estado civil, relação de parentesco e o motivo para ser cuidador; condições clínicas do cuidador informal quanto à percepção sobre o atual estado de saúde do doente e o grau de implicância por ser cuidador.

Terceira parte: variáveis relativas à experiência, conhecimentos, necessidades e dificuldades sentidas pelo cuidador informal na prestação de cuidados ao doente (experiência anterior e tempo na condição de cuidador, número de horas dispendido por dia para cuidar do doente, eventual existência de outro cuidador, pessoas que conviviam com o doente, nível de conhecimentos dos cuidadores, dificuldades e necessidades sentidas); variáveis relativas ao apoio dos enfermeiros do centro de saúde na residência do doente dependente e/ou do cuidador informal.

Quanto à coleta de dados das variáveis referentes aos doentes, e em virtude de um grande número destes se apresentarem afásicos, todos os cuidadores também foram entrevistados.

O formulário utilizado foi aperfeiçoado a partir de versão previamente ensaiada, cujo objetivo foi testar a compreensão e a adequação dos itens, a clareza das instruções e da escala. Deste modo, foram selecionadas dez pessoas com características idênticas à população alvo e com elas foram realizadas reuniões individuais precedidas de uma breve explicação. Houve necessidade de se realizar pequenos ajustes, não somente no conteúdo, mas na forma das questões.

Previamente à coleta de dados, foi solicitada uma autorização ao Conselho de Administração e da Comissão de Ética da Instituição, assim como o Consentimento Informado e Esclarecido aos doentes e aos cuidadores.

A caracterização dos dados quantitativos consistiu na descrição dos dados inseridos no programa *Statistic Package for the Social Sciences*, versão 17.0 para *Windows*. Para sistematizar e valorizar as informações, recorreu-se a técnicas de estatística descritiva, nomeadamente: frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central - medianas e médias

aritméticas - e medidas de dispersão e variabilidade por desvio padrão e coeficiente de variação.

RESULTADOS

Os dados obtidos no estudo, após tratamento e análise, foram apresentados segundo os objetivos traçados.

Caracterização sociográfica e clínica do doente dependente

Relativamente à caracterização sociográfica dos doentes, constatou-se que a idade variou entre os 18 e 101 anos, com uma média de 67,5 (SD = 19,9) anos. Dos 107 doentes que participaram do estudo, 49,5% (53) eram do sexo masculino e 50,5% (54) do sexo feminino. Quanto ao estado civil, 45,8% (49) eram casados, 10,2% (11) solteiros, 36,5% (39) viúvos e 7,5% (8) divorciados.

Sobre a situação clínica relacionada à doença principal prevaleceram as doenças neurológicas com 34,6% (37), os tumores malignos com 27,1% (29), seguindo-se os eventos cardiovasculares com 16,8% (18). Doenças representadas por doenças metabólicas, hepáticas, osteoarticulares, mentais e do sistema imune, totalizaram 21,5% (23).

Por ocasião da admissão no serviço de urgência, 29,9% (32) pessoas apresentavam UP e 16,8% (18) necessitavam de SNG para se alimentar.

Considerando-se o nível de dependência para realizar as AVDs, 71% (76) foram classificados como tendo dependência severa, 21,5% (23) grave e 7,5% (8) dependência moderada, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição da amostra dos doentes por nível de dependência na totalidade das atividades de vida diária

Nível de dependência	Nº	%
Dependência severa	76	71,0
Dependência grave	23	21,5
Dependência moderada	8	7,5
Total	107	100,0

Caracterização sociográfica e clínica do cuidador informal

Acerca dos cuidadores, a idade variou entre 37 e 89 anos, situando-se a média em 59,3, com um desvio padrão de 12, sendo majoritariamente casados (81;

75,7%). Os demais cuidadores, 13,1% (14), eram viúvos, 5,6% (6) solteiros e 5,6% (6) divorciados.

Cônjuges e filhas representaram os principais cuidadores, respectivamente, com 38,3% (41) cônjuges, enquanto 23,4% (25) eram filhas. Os familiares do sexo feminino (mãe, nora, irmã, neta, sobrinha) totalizaram 34,6% (37) e, apenas 3,7% (4) eram familiares do sexo masculino na condição de filho ou irmão.

Quanto ao estado de saúde, 77,6% (83) dos cuidadores responderam que a sua saúde era muito fraca, 14% (15) fraca e 8,4% (9) razoável. Referiram, igualmente, que a saúde havia piorado após o início das atividades como cuidador.

Nível de conhecimentos e dificuldades relacionadas com o cuidado ao doente

Buscou-se perceber a experiência na prestação de cuidados, constatando-se que, 61,7% (66) vivenciavam a primeira experiência como cuidadores informais a um doente dependente e haviam sido escolhidos em virtude da proximidade familiar, 93,5% (100), ou por serem a pessoa mais disponível no momento, 5,6% (6). Apenas 0,9% (1), tornou-se cuidador por escolha do doente. A quase totalidade dos enfermos, 91,6% (98), residiam no lar junto ao cuidador.

Relataram receber ajuda financeira para cuidar 57,9% (62) dos sujeitos, enquanto 42,1% (45) não. A média de horas gastas no cuidado diário totalizou 7,8 horas (DP=2,1). Informaram contar com a ajuda de outras pessoas na realização dos cuidados 57,9% (62) dos sujeitos, e 18,7% (20) recebiam auxílio de apoiadores domiciliários, enquanto contavam com a ajuda do cônjuge 11,2% (12) e com apoio formal remunerado 8,4% (9). Os demais sujeitos, 19,6% (21), declararam que recebiam apoio de outros familiares, nomeadamente, filhos, mãe e irmãos.

Quanto às dificuldades, 9,3% (10) dos cuidadores admitiram sentir algum grau de dificuldade. Foram listadas por 23,4% (26) pessoas, dificuldades tidas como consideráveis, enquanto 66,4% (71) referiram muitas dificuldades, relacionando-as à falta de informação na opinião de 25,6% (69) dos sujeitos e com os cuidados diretos prestados ao doente por 23,8% (64). Vários

cuidadores referiram mais de um tipo de dificuldade. Estes dados compõem a Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição da amostra dos cuidadores, segundo o tipo de dificuldades sentidas no cuidar do doente

Tipo de dificuldades relatadas ao cuidar do doente	Nº	%
Serviço doméstico/preparação das refeições	48	17,8
Deslocamento aos serviços de apoio	7	2,6
Espaço físico não adequado	12	4,4
Falta de ajudas técnicas	27	10,0
Cuidados diretos ao doente	64	23,8
Condições econômicas	42	15,6
Falta de informação	69	25,6
Total	269*	100,0**

* resposta múltipla; **acerto estatístico

Quanto ao nível de conhecimento, conforme demonstrado na Tabela 3, 36,4% (39) dos cuidadores consideraram possuir conhecimentos insuficientes e 63,6% (69) suficientes para desenvolver os cuidados. A população do estudo demonstrou necessidade de conhecer mais informações sobre o doente: sobre a satisfação das necessidades humanas básicas do doente foram 13,1% (14) dos sujeitos; os sinais e sintomas da doença, a evolução e o prognóstico, declarados por 15,9% (17) dos sujeitos; sobre as doenças e apoios sociais 13,1% (14) das pessoas; doenças e opções de tratamento 13,1% (14), além de exercícios e técnicas de reabilitação na opinião de 10,3% (11) dos sujeitos.

Tabela 3 - Distribuição da amostra dos cuidadores, segundo os aspectos que consideraram necessitar mais informação

Aspectos que os cuidadores consideraram necessitar de mais informação	Nº	%
Satisfação de todas as NHB	14	13,1
Mobilização	4	3,7
Alimentação e dietoterapia	3	2,8
Exercícios e técnicas de reabilitação	11	10,3
Apoios sociais	8	7,5
Doença e apoios sociais	14	13,1
Sintomas da doença, evolução e prognóstico	17	15,9
Doença e opções de tratamento	14	13,1
Como lidar com a doença	4	3,7
Medicação usada, efeitos e interações	9	8,4
Como ser mais paciente e tolerante	7	6,5
Combater a fadiga e o estresse	2	1,9
Total	107	100,0

A falta de informação foi bastante referenciada e, dessa forma, buscou-se compreender como preferiam receber esses conhecimentos. Os cuidadores destacaram a importância de contar com o apoio de um profissional de referência que os instruisse sobre o cuidar, pois teriam uma pessoa específica a quem se dirigir quando surgissem dúvidas, preferencialmente em domicílio, a fim de adequar o ensino aos recursos humanos, materiais e ao ambiente. Consideraram igualmente importante que as informações/orientações fossem efetuadas em local privado e com

tempo necessário, permitindo que cuidador/doente conseguissem apreender as informações, ou seja, pelo método da instrução/demonstração.

Apoio prestado pelos enfermeiros dos cuidados de saúde primários ao doente e cuidador

O estudo permitiu apreender que todos os cuidadores sentiam algum tipo de dificuldade no cuidado ao doente. Contudo, quando inquiridos se haviam recebido a visita do enfermeiro do Centro de Saúde, 68,2% (73) informaram que não. Ressalta-se que 44,9% (48) dos cuidadores que sentiram muitas dificuldades para cuidar do familiar não receberam apoio do enfermeiro em domicílio, conforme demonstrado nas Tabelas 4 e 5.

Tabela 4 - Relação de dificuldades relatadas no cuidado ao doente e a visita do enfermeiro do Centro de Saúde em domicílio

Dificuldades ao cuidar do doente	Recebiam a visita do enfermeiro do Centro de Saúde					
	Sim		Não		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Algumas dificuldades	4	3,7	6	5,6	10	9,3
Dificuldades consideráveis	7	6,5	19	17,8	26	24,3
Muitas dificuldades	23	21,5	48	44,9	71	66,4
Total	34	31,8	73	68,2	107	100,0

Tabela 5 - Relação entre o nível de conhecimentos que o cuidador pensa possuir acerca do cuidar da pessoa dependente e a visita domiciliar do enfermeiro do Centro de Saúde

Nível de conhecimentos que pensa possuir sobre o cuidar da pessoa dependente	Visitas do enfermeiro do Centro de Saúde em Domicílio					
	Sim		Não		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Insuficientes	7	6,5	32	29,9	39	36,4
Suficientes	27	25,2	41	38,3	68	63,6
Total	34	31,8	73	68,2	107	100,0

Observa-se uma diferença significativa nos valores referentes às dificuldades (menores) em relação à população que referiu não haver recebido visitas do enfermeiro em domicílio durante o período de cuidados oferecidos ao doente. Relativamente à periodicidade da visita domiciliar, dos 31,8% (34) dos cuidadores que receberam visita domiciliar por parte do enfermeiro do Centro de Saúde, quanto aos cuidados de saúde primários, apenas 11,8% (4) dos cuidadores consideraram que a periodicidade foi suficiente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A população do estudo foi composta por 107 sujeitos. Os resultados demonstraram que 71% (76) dos

doentes possuíam uma dependência severa, enquanto 29% (31) grave ou moderada.

O perfil dos cuidadores se aproximou do perfil habitualmente referido por diversos pesquisadores acerca desse aspecto. No estudo predominaram mulheres (filha adulta e, em alguns casos, a esposa também idosa a coabitar com a pessoa idosa dependente), com percepção do estado de saúde, geralmente caracterizado como muito fraco; 57,9% referiram ser o único prestador de cuidados e 61,7% alegaram que não tiveram uma experiência anterior na prestação de cuidados a enfermos. Quanto à visita do enfermeiro do Centro de Saúde no lar do doente, 68,2% informaram que não ocorreu. Contudo, cuidadores que referiram ter recebido a visita, orientações e esclarecimentos diretamente do enfermeiro, alegaram possuir conhecimentos suficientes para desenvolver o cuidado.

Quanto às dificuldades e necessidades verbalizadas pelo cuidador, apenas 2,8% referiram ter bons conhecimentos acerca do problema de saúde da pessoa dependente. A totalidade da amostra pesquisada apontou dificuldades para cuidar de uma pessoa dependente, sendo necessário receber maior quantidade de informações e orientações específicas. Nomeadamente foram citadas: conhecimento sobre o nível de satisfação das necessidades humanas básicas, dos sintomas da doença, quanto à evolução e prognóstico, assim como sobre a medicação e os respectivos efeitos, também relatadas em outros estudos.

Falta de informação foi uma das dificuldades majoritariamente referenciadas. Conhecimentos específicos subsidiam estratégias fundamentais, tendo em vista capacitar o cuidador para lidar com a situação de dependência, proporcionando importantes implicações na qualidade de vida do doente e dos cuidadores.

Os cuidadores também verbalizaram medo de não serem capazes de cuidar dos doentes e o apoio do

enfermeiro em domicílio reforçaria as suas capacidades e competências para o cuidar.

A transmissão de informação verbal sem a demonstração prática do cuidado, bem como a dificuldade em reter a informação, devido ao cansaço e a ansiedade vivenciadas, foram referidas como barreiras à satisfação das necessidades/dificuldades enquanto cuidador.

Concluiu-se que a pessoa em estado de dependência necessita de ajuda de outras pessoas, tanto na satisfação das suas necessidades básicas, como nas de autoestima e de realização pessoal. O processo de cuidados ao doente dependente deve incluir todo um conjunto de atividades desenvolvidas pela família, comunidade e profissionais de saúde, cujo foco seja direcionado para a identificação das necessidades humanas afetadas e o apoio ao cuidador informal.

A eficácia na prestação de cuidados pelo cuidador implica, da sua parte, uma clara identificação das suas próprias necessidades e dificuldades. Mas, implica também numa convergência de identificação entre as necessidades do cuidador e dos profissionais de saúde envolvidos, embora nem sempre isso aconteça. Cuidadores informais, profissionais de saúde e doente têm, frequentemente, perspectivas diferentes destas dificuldades, e só identificando as necessidades e dificuldades do cuidador conseguir-se-à planejar e implantar bons cuidados de saúde.

Destaca-se como essencial a visita domiciliar por parte do enfermeiro para identificar a realidade do doente dependente e do cuidador. O envolvimento de membros da família disponíveis, visando não sobrecarregar exclusivamente a pessoa que cuida, assim como a efetividade das intervenções de enfermagem centradas nos domínios de suporte informacional, instrumental, emocional e grupos de ajuda mútua, são medidas estratégicas e complementares no cuidado à pessoa dependente.

REFERÊNCIAS

1. Correia MV, Teixeira CC, Araújo JF, Brito LM, Neto JA, Chein MB et al. Perfil cognitivo em idosos de dois serviços públicos em São Luís - MA. *Rev Psiquiatr Clín.* 2008; 35(4):131-7.
2. Abreu ID, Forlenza OV, Barros HL. Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. *Rev Psiquiatr Clín.* 2005; 32(3):131-6.
3. Brito ML. A Saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos. Coimbra: Quarteto Editora; 2002.
4. Lage MI. Cuidados familiares a idosos. In: Paúl C, Fonseca A, editores. *Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados.* Lisboa: Climepsi Editores; 2005. p. 203-29.
5. Martin JI. O cuidado informal no âmbito social. In: Paúl C, Fonseca A, editores. *Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados.* Lisboa: Climepsi Editores; 2005. p. 179-201.
6. Mestheneos E, Triantafyllou J. Supporting family carers of older people in Europe. *The Pan-European Background Report.* Munster: Lit Verlag; 2005.

7. Petronilho FA. Preparação do regresso a casa. Coimbra: Formação e Saúde, Lda; 2007
8. Veríssimo CM, Moreira IM. Os cuidadores familiares/informais.- Cuidar o idoso dependente em domicílio. *Pensar em Enfermagem*. 2004; 8(1):60-5.
9. Fernandes MC, Pereira MS, Ferreira MA, Machado RF, Martins T. Sobrecarga física, emocional e social nos cuidadores informais de doentes com AVC. *Sinais Vitais*. 2002; 43:31-5.
10. Driscoll A. Managing post-discharge care at home: an analysis of patient's and their carer's perceptions of information received during their stay in hospital. *J Adv Nurs*. 2000; 31(5):1165-73.
11. Shyu, Y-I. L. The needs of family caregivers of frail elders during the transition from hospital to home: a taiwanese sample. *J Adv Nurs*. 2000; 32(3):619-25.
12. Escudero BR, Díaz EA, Pascual OC. Cuidadores informales - necesidades y ayudas. *Rol Rev Enfermería*. 2001; 24(3):183-9.
13. Cuesta BC. Construir un mundo para el cuidado: un estudio cualitativo de pacientes con demência. *Rol Rev Enfermería*. 2004; 27(12):843-50.
14. Hanson SM. *Enfermagem de cuidados de saúde à família*. Loures: Lusociência; 2005.
15. Amendola F, Oliveira MAC, Alvarenga MRM. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de saúde da família. *Texto Contexto Enferm*. 2008; 17(2):266-72.
16. Martins MM. Uma crise acidental na família. O doente com AVC. *Processos familiares/aceitação/dependência*. Coimbra: Formasau. Formação e Saúde, Lda; 2002.
17. Hebert RS, Schulz R. Caregiving at the end of life. *Palliat Med*. 2006; 9(5):1174 -87.
18. Veras RP, Caldas CP, Dantas SB, Sancho LG, Sicsú B, Motta LB, Cardinale C. Avaliação dos gastos com o cuidado do idoso com demência. *Rev Psiquiatr Clin*. 2007; 34(1):5-12.
19. Glajchen M. The emergency role and needs of family caregivers in cancer care. *J Support Oncol*. 2004; 2(2):145-55.
20. Floriani CA. Cuidador familiar: sobrecarga e protecção. *Rev Bras Cancerologia*. 2004; 50(4):341-5.
21. Mendonça F, Martinez M, Rodrigues, M. Avaliação das necessidades dos prestadores informais de cuidados de saúde. *Geriatrics*. 2000; 13(127):33-49.
22. Feinberg LF. *The state of art: caregiver assessment in practice settings*. San Francisco: Family Caregiver Alliance / National Center on Caregiver; 2002.
23. Temmink D, Franche AL, Hutten JBF, Zee J, Abu-Saad HH. Innovation in the nursing care of the chronically ill: a literature review from an international perspective. *J Adv Nurs*. 2000; 6:1449-58.
24. Brereton L, Nolan M. How do you know he's had a stroke, don't you? Preparation for family caregiving - the neglected dimension. *J Clin Nursing*. 2000; 9:498-506.
25. Fortin MF. *Fundamentos e etapas no processo de investigação*. Loures: Lusodidacta; 2009.
26. Araújo F, Ribeiro JL, Oliveira A, Pinto C. Validação do índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Saúde Pública*. 2007; 25(2):59-66.

Recebido em: 15/08/2010

Aceite em: 30/10/2010

EVENTOS ADVERSOS E FERRAMENTAS PARA MELHORIA DA SEGURANÇA ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM

ADVERSE EVENTS AND TOOLS FOR IMPROVING THE ASSISTANCE SAFETY OF NURSING

EVENTOS ADVERSOS Y HERRAMIENTAS PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DE ENFERMERÍA

Lucilena Françolin*, Carmen Silvia Gabriel**, Marcia Regina Antonieto da Costa Melo**, Jéssica Soares Correa***

Resumo

Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, descritivo, retrospectivo, do tipo transversal que objetiva discutir os eventos adversos ocorridos com pacientes durante a internação, quanto à sua natureza e frequência, registrados no cotidiano da assistência de enfermagem através de notificação espontânea em um hospital geral de médio porte do interior do Estado de São Paulo. Foram analisados os eventos adversos, notificados espontaneamente no período de janeiro a junho de 2010. Os resultados encontrados demonstraram que de um total de 661 notificações espontâneas de não conformidades relacionadas ao processo assistencial, 6% estavam relacionadas à eventos adversos, destacando-se os erros de medicação (59%) como principal tipo de eventos adversos notificado, seguido por eventos adversos relacionados ao desenvolvimento de úlceras por pressão (15%). A segurança dos pacientes é uma prioridade na gestão da qualidade e prestação de cuidados à saúde, por isso, a notificação espontânea torna-se importante fonte de informação e alerta para promoção da segurança no ambiente hospitalar e evidencia a magnitude do problema relacionado aos eventos adversos, a fim de evitá-los e promover ações que garantam uma prática mais segura.

Palavras-chave: Erros de medicação. Enfermagem. Vigilância de evento sentinela.

Abstract

This quantitative, descriptive, retrospective and cross-sectional study aims to discuss the adverse events occurred with patients during hospitalization, according to its nature and frequency, registered in the daily activities of the nursing care through spontaneous notification in a medium sized general hospital in the interior of the state of São Paulo. The adverse events spontaneously notified between January and June 2010 were analyzed. The results found demonstrate that, of a total of 661 spontaneous notifications of non-compliance related to the care process, 6% were related to adverse events, highlighting the medication errors (59%) as the main notified type of adverse events, followed by adverse events related to the development of pressure ulcers (15%). Patient safety is a priority in quality management and health care delivery, thus, spontaneous notification is an important source of information and alert for promoting safety in the hospital environment and evidences the magnitude of the problem related to adverse events, aiming to avoid them and promote actions that guarantee a safer practice.

Keywords: Medication errors. Nursing. Sentinel surveillance.

Resumen

Este estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo y transversal tuvo como objetivo discutir los eventos adversos ocurridos con pacientes durante la hospitalización, en cuanto a su naturaleza y frecuencia, registrados en el cotidiano de la atención de enfermería a través de notificación espontánea en un hospital general de tamaño mediano en el interior del estado de São Paulo. Fueron analizados los eventos adversos notificados espontáneamente durante el período de enero a junio de 2010. Los resultados mostraron que, de un total de 661 notificaciones espontáneas de no conformidades relacionadas al proceso de atención, el 6% estaban relacionadas con eventos adversos con destaque para los errores de medicación (59%) como el principal tipo de eventos adversos reportado, seguido de eventos adversos relacionados al desarrollo de úlceras por presión (15%). La seguridad del paciente es una prioridad en la gestión de la calidad y la prestación de cuidados de salud, así, la notificación espontánea es una importante fuente de información y alerta para la promoción de la seguridad en el ambiente hospitalario y muestra la magnitud del problema relacionado con los eventos adversos, a fin de evitarlos y promover acciones que garanticen una práctica más segura.

Palabras clave: Errores de medicación. Enfermería. Vigilancia de guardia.

* Enfermeira. Especialista em Prevenção e Controle de Infecção Hospitalar. Gerente de Qualidade do Hospital São Lucas de Ribeirão Preto-SP, Brasil.

** Enfermeiras. Professoras-Doutoras do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - EERP/USP, Brasil.

*** Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Barão de Mauá, Ribeirão Preto-SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

O cenário da assistência hospitalar apresenta, atualmente, um nível de complexidade em relação aos processos e a velocidade de incorporação das tecnologias cada vez maior. Um dos grandes desafios para o aprimoramento da qualidade no setor está relacionado à segurança das pessoas hospitalizadas. Assim, é importante minimizar as ocorrências de eventos adversos (EAs).

A Organização Mundial de Saúde (OMS)¹ definiu evento adverso como um incidente que resulta em algum tipo de dano ao indivíduo com implicações no comprometimento da estrutura ou das funções corporais e/ou quaisquer efeitos nocivos decorrentes de lesão, sofrimento, incapacidade ou morte, podendo ser físico, social ou psicológico. Erro é definido como sendo a incapacidade de realizar uma ação planejada ou pretendida, ou a aplicação incorreta de um plano, podendo levar a pessoa a agir erroneamente, tanto em questões que envolvem o planejamento ou a fase de execução. Dessa forma, um erro, por definição, é tido, inicialmente, como não intencional, embora possa ocasionar um evento adverso.

Alguns EAs são consequências inevitáveis da aplicação dos cuidados de saúde, como uma reação alérgica inesperada a um antibiótico. No entanto, cerca de 37% a 51% dos EAs são evitáveis. Em vários países, a revisão dos prontuários hospitalares revelou que de 2,9% a 16,6% dos doentes nos hospitais experimentam um ou mais EAs².

No escopo da assistência hospitalar, no período de 1980 a 1990, um importante indicador de segurança assistencial era a taxa de infecção hospitalar. Assim, as comissões de controle de infecções hospitalares (CCIH) ganharam grande destaque na legislação e muitos avanços foram obtidos em relação à melhoria assistencial.

Na década atual a prevenção e o controle de infecções hospitalares passaram a fazer parte de um contexto muito mais amplo que envolve a segurança do cliente. Todos os EAs relacionados à assistência possuem o mesmo valor, pois da mesma forma que as infecções hospitalares, erros de medicação, quedas, úlceras por pressão (UPP), além de outros problemas, também podem ocasionar danos graves a pessoas hospitalizadas.

Apesar dos esforços dos profissionais da área de saúde em proporcionar a melhor assistência possível, não há garantias que não ocorram falhas e acidentes relacionados à assistência prestada aos clientes/pacientes, contradizendo a ideia de perfeita assistência³.

Alguns fatores estão associados a uma maior probabilidade de ocorrência de falhas e acidentes, tais como: a utilização em larga escala da tecnologia e o fato de vários profissionais atenderem a uma mesma pessoa, a gravidade da doença, ambientes propensos à distração, pressão exercida pelo tempo, necessidade de tomar decisões rápidas, o volume de pacientes nos ambientes hospitalares, dentre outros³.

Aspecto relevante na assistência a pessoas doentes é a fragmentação do atendimento pelas várias equipes multiprofissionais, pois impede que os profissionais conheçam globalmente os processos no ambiente de trabalho. Tomando-se como exemplo a cadeia terapêutica relacionada à administração de medicamentos, na qual o farmacêutico confia na prescrição feita pelo médico; quem prepara confia que o farmacêutico realizou a análise da prescrição; a equipe de enfermagem, ao administrar o medicamento, pode desconsiderar a necessidade da dupla checagem, acreditando que no preparo foram checados todos os itens (medicamento correto, dose, hora e paciente), até o momento em que o erro é detectado⁴.

No ambiente de trabalho da equipe multidisciplinar, a enfermagem constitui mais da metade da força de trabalho, e na sua essência, desenvolve o cuidado à vida do ser humano por meio de um trabalho complexo. Dessa forma, é necessário que esses profissionais conheçam todos os riscos, já que estão em contato direto com o paciente, além de criarem as melhores soluções na busca da qualidade na assistência^{5,6}.

Vários estudos realizados em diferentes unidades hospitalares têm explorado o fenômeno EAs, buscando caracterizá-los, assim como as consequências para os clientes. Muitos estão relacionados a falhas na assistência de enfermagem, observados em várias situações: erros de medicações, quedas, extubações acidentais, desenvolvimento de UPP, queimaduras, hemorragias por desconexão de drenos e catéteres entre outros⁷.

A crença de que recriminações e punições promovem melhorias na assistência, impedindo ou

reduzindo a ocorrência de EAs futuros, hoje é desconsiderada, pois os profissionais, temendo represálias, ocultam ou omitem suas falhas e acidentes ou, se identificados, tentam livrar-se do pesado encargo que, não raro, cria uma cadeia de censuras que não contribui para o entendimento da ocorrência⁸.

O compromisso e a disposição individual em utilizar melhores conhecimentos constituem fatores essenciais na aplicação do cuidado, porém estes são insuficientes para garantir uma assistência segura e eficaz. Assim, a prevenção da melhoria da qualidade nos serviços de saúde e de enfermagem é hoje uma necessidade a ser incorporada à gestão nessas áreas, visando assegurar uma assistência livre de riscos ao usuário⁹.

Atualmente, o monitoramento de EAs é uma realidade para as instituições que possuem programas de controle de qualidade. Trata-se de uma exigência dos comitês e organizações que certificam as empresas e serve de parâmetro para estratégias internas na promoção da melhoria¹⁰.

A *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), organização não-governamental americana que avalia a qualidade dos serviços hospitalares nos EUA, recomenda a utilização de ferramentas para a mensuração e o monitoramento da *performance* de uma instituição, propondo a utilização de instrumentos de notificação dos EAs. Sugere ainda, que exista uma análise crítica sobre as causas das ocorrências e implantação de medidas de qualidade¹¹.

Dentre os fundamentos da acreditação estabelecidos pelo manual da Organização Nacional de Acreditação (ONA)¹², o foco na segurança específica: "*Promoção de um ambiente seguro com uma abordagem da aprendizagem que identifica, analisa, propõe e implanta melhorias para reduzir ou impedir a ocorrência de eventos adversos*". Assim, os hospitais brasileiros que possuem programas de acreditação hospitalar e muitas outras instituições hospitalares vêm adotando a notificação de EAs como um indicador de qualidade para seus serviços¹³.

A notificação de erros é uma prática adotada em vários países com o objetivo de diminuí-los. Entretanto, os erros notificados não representam o total das ocorrências na prática assistencial, devido à subnotificação. O objetivo da notificação de erros é

encontrar suas causas, identificar o que levou à ocorrência dos erros e quais as falhas ocorridas no processo. Após conhecimento das causas, devem ser implantadas estratégias de ação e correção dos processos envolvidos, evitando-se que as mesmas falhas se repitam e que erros semelhantes ocorram, afetando outras pessoas¹⁴.

A notificação deve estar aliada à prática hospitalar, principalmente nos serviços de enfermagem, pois a identificação de possíveis falhas nos processos assistenciais previne a ocorrência de novo erros. Com base nessa afirmação, este estudo busca contribuir para a diminuição destas ocorrências.

OBJETIVO

Relatar os EAs ocorridos com pacientes durante a internação quanto à sua natureza e frequência, registrados no cotidiano da assistência de enfermagem, por meio de notificação espontânea, em um hospital geral de médio porte do interior do Estado de São Paulo.

MÉTODOS

Estudo descritivo, retrospectivo, de corte transversal e abordagem quantitativa, baseado em um estudo de caso.

O hospital onde se efetuou o estudo é terciário, privado, de médio porte, localizado no interior de São Paulo. Nele foi implantado um programa de qualidade a partir do ano 2000, por meio do programa de acreditação hospitalar da ONA. Em 2001 o hospital foi acreditado em nível 1 e, em 2006, em nível 2. A instituição trabalha com sistema de notificação de EAs há quatro anos e as notificações são realizadas eletronicamente desde 2004.

Com o objetivo de monitorar sistematicamente os EAs, além do registro voluntário dos profissionais no sistema de notificação *online*, os enfermeiros coletaram outras informações necessárias ao cálculo das taxas de eventos adversos, especificando a quantidade de clientes intubados no dia e com cateter venoso central, com sondas, tubos traqueais, dentre outros.

Após a autorização por escrito da instituição, os dados foram coletados por meio de um levantamento em planilhas secundárias que compilavam as notificações espontâneas no sistema *online* de EAs das unidades de internação e unidades de terapia intensiva. As internações

referiram-se a adultos e crianças, perfazendo um total de 80% dos leitos da instituição.

A amostra foi constituída por todas as notificações registradas pelo Escritório da Qualidade do hospital e estavam relacionadas a ocorrências que atingiram direta ou indiretamente os pacientes, no período de janeiro a junho de 2010. Os EAs referem-se a: administração de medicamentos, queda, UPP, extubação acidental, perda de sondas nasogástrica ou enteral e de cateter venoso central e outros dispositivos, durante o período de internação no campo de estudo.

Os erros de medicação foram estratificados como: problemas com a prescrição, erro e atraso na dispensação pelo serviço de farmácia, não administração do medicamento (omissão de dose), falta do medicamento, dose errada, paciente errado, via de administração errada, medicação errada, identificação errada e outros eventos não discriminados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período estipulado para a coleta de dados, observou-se um total de 3.220 pacientes hospitalizados, sendo realizadas 246 (6%) notificações relacionadas à EAs e 415 (11%) a outros tipos de ocorrências classificadas como administrativas, e 2559 (83%) do total de pacientes saídos (altas + transferências externas + óbitos e evasões), conforme demonstrado na Figura 1.

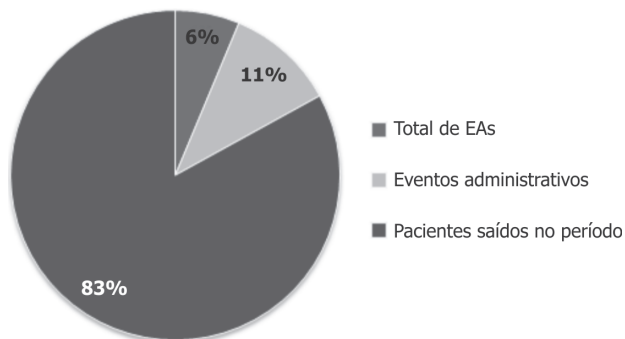


Figura 1 – Notificações relacionadas à EAs em relação ao total de pacientes hospitalizados (janeiro-junho/2010, Ribeirão Preto-SP)

Os dados encontrados no hospital pesquisado corroboram com os estudos realizados em hospitais canadenses em 2004², onde os EAs apresentavam-se entre 2,9% a 16,6% do total de saídos.

Quando comparadas as proporções entre os tipos de eventos notificados no hospital em estudo, observa-se uma porcentagem significativamente mais alta de notificações de eventos administrativos (63%) em relação aos EAs (37%), conforme demonstrado na Figura 2.

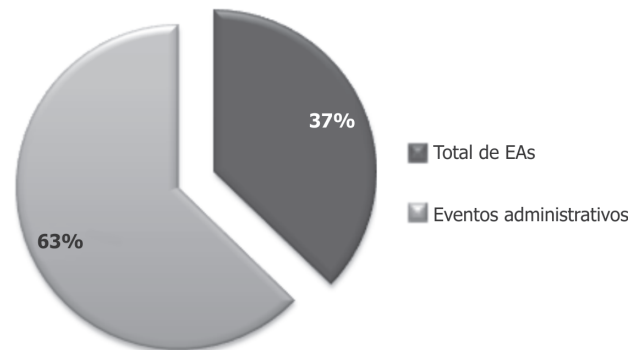


Figura 2 – Notificações relacionadas à EAs em relação ao total de notificações (janeiro-junho/2010, Ribeirão Preto-SP)

Por ocasião do levantamento bibliográfico da literatura nacional, encontrou-se um estudo¹⁵ cujas notificações envolvendo pacientes representaram 60% das ocorrências e as demais notificações, classificadas como administrativas, representaram 40%, divergindo dos dados desta pesquisa. Neste caso, embora a porcentagem de notificações obtidas se assemelhe às descritas na literatura, o número de EAs relacionados aos clientes hospitalizados foi menor quando associado a outros estudos¹⁵.

A análise dos tipos de EAs notificados no período de janeiro a junho de 2010, representados na Tabela 1, revelou uma predominância dos eventos relacionados a erros de medicação (59%), sendo o segundo evento mais notificado a ocorrência de UPP, perfazendo 15%; os demais EAs relatados ficaram abaixo de 6%.

Tabela 1 - Notificações de ocorrências mensais estratificada segundo o tipo de EAs (janeiro-junho/2010, Ribeirão Preto-SP)

EAs	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Total	%
Quedas	6	1	3		1	2	13	5%
Flebites	2	1	2	2		1	8	3%
UPP	9	4	11	1	4	7	36	15%
Lesões de pele		3			2	2	7	3%
Extubação acidental	2	1		1	4	1	9	4%
Perda de cateter	2		2	1			5	2%
Perda de SNG/SNE	1	2	2	1	2	2	10	4%
Perda de dreno		1		1			2	1%
Reações adversas a medicamentos	2		2		6	1	11	4%
Erro de medicação	21	26	22	21	26	29	145	59%
Total de EAs	45	39	44	28	45	45	246	100%
Pacientes hospitalizados no período	453	533	564	575	560	535	3.220	
Total de Notificações	113	101	115	69	117	126	661	

Foram analisados os dados de um estudo⁷ realizado num hospital terciário, privado, no município de São Paulo, com 250 leitos, acreditado em nível 2 pela ONA, que utilizava um sistema informatizado de notificação de EAs. Verificou-se o predomínio de eventos relacionados à sonda nasogástrica (57,6%), à queda (16,6%) e erros na administração de medicamentos (14,8%).

Estudo realizado em um hospital universitário terciário, da região centro sul do Estado de São Paulo¹³, demonstrou que os EAs mais frequentes foram observados em relação à falha no seguimento da rotina (12,8%), à medicação (11,3%), à queda (10,7%), aos catéteres (9,7%) e à prejuízo da integridade da pele (8,7%).

Há evidências nos dois estudos citados^{7,13} quanto à "frequência dos EAs notificados", quando comparados com os EAs levantados nesta pesquisa, ou seja, 5% de quedas e 2% de perda de catéteres. Quanto ao evento "falha no seguimento da rotina", com grande repercussão por ocasião da apresentação em trabalho nacional¹³, entende-se ser este um termo amplo que pode englobar muitos processos assistenciais. Nos eventos relacionados à lesão de pele, ressalta-se que no hospital em estudo estes foram diferenciados das UPP, pois eram de lesões por dispositivos, o que pode não ser um padrão em outros estudos que englobavam como lesões de pele também as UPP.

De forma geral, observou-se a necessidade de uma melhor padronização para os EAs na assistência de enfermagem. Os resultados dos tipos de eventos mais predominantes variaram entre diferentes instituições, demonstrando que a análise e a comparação devem ser feitas considerando-se as características peculiares a cada instituição.

Quando foram estratificados os tipos de erros de medicação (Figura 3), verificou-se a predominância de erros relacionados a atrasos e na dispensação, destacando-se, ainda, a não administração dos medicamentos segundo a prescrição médica. Estudo nacional semelhante⁷ demonstrou para a não administração de medicamentos um total de 23% de ocorrências, 21% para administração errada de medicamentos e 17% dose errada de medicamentos.

No levantamento realizado, os dados obtidos foram: 8,7% para a não administração de medicamentos, 0,8% para administração errada de medicamentos e 3,1% dose errada de medicamentos.

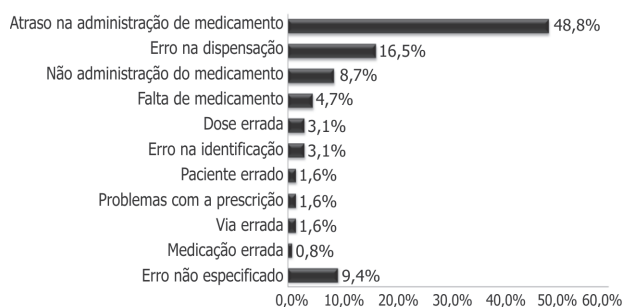


Figura 3 - Tipos de erros de EAs quanto à medicação (janeiro-junho/2010, Ribeirão Preto-SP)

Em relação aos estudos internacionais, o periódico *Archives of Internal Medicine* publicou, em 2002¹⁶, um estudo prospectivo de coorte feito em 36 hospitais americanos, cujos erros mais comuns relativos à administração de medicamentos foram: horário errado (43%), omissão (30%), dose errada (17%) e medicamento não autorizado (4%). No estudo realizado, os dados foram relacionados a horário errado (48,8%, número bastante significativo), omissão (8,7%) e dose errada apenas 3,1%; o quesito "medicamento não autorizado" não foi estratificado.

A literatura aponta que os EAs mais comumente observados relativos aos erros de medicamento são: erro de horário, omissão, dose errada e medicação prescrita de forma inadequada^{7,16}.

No hospital onde o estudo foi desenvolvido o prontuário era eletrônico e o programa mostrou que grande parte dos erros relacionados à medicação era decorrente da dificuldade na utilização do sistema informatizado, pois os atrasos e os erros de dispensação foram creditados à sua inadequada utilização, aumentando, significativamente, o número de notificações nesse quesito.

Em relação aos demais eventos, observou-se, na prática, que algumas medidas já haviam sido adotadas pela instituição desde a implantação do programa de qualidade há nove anos, tendo em vista minimizar erros. Dentre elas, destacou-se a avaliação precoce do risco para queda, realizada pelos enfermeiros; a avaliação dos riscos potenciais para o

desenvolvimento de UPP, por meio da utilização de um *escore* de gravidade para cada pessoa admitida (com sinalização em cores no prontuário para definir a gravidade do risco), entre outras. A utilização dessas medidas pode ter minimizado a ocorrência de EAs como queda e UPP, pois outros estudos disponibilizaram índices maiores.

Outras medidas preventivas foram implantadas para atender ao programa de segurança, como o mapeamento de riscos dos processos assistenciais segundo a área, utilizando o *escore* de gravidade *versus* probabilidade, possibilitando ao enfermeiro gestor da unidade uma melhor visualização dos pontos mais vulneráveis dos processos e a adoção de medidas preventivas, garantindo, assim, maior segurança aos clientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A notificação dos EAs revelou ser um importante meio para a detecção de erros e fragilidades relacionadas à segurança em ambientes hospitalares, pois evidenciou um grande número de eventos não detectados anteriormente, ante a falta de uma ferramenta adequada para identificar e mensurar esse tipo de evento.

A notificação espontânea de EAs torna-se, assim, importante fonte de informação e alerta para a promoção da segurança em ambientes hospitalares e no gerenciamento da assistência de enfermagem. Demonstra, portanto, a necessidade e a habilidade para se conhecer e reconhecer erros, além de propor medidas para evitá-los, pois parte destes erros gera danos às pessoas e às instituições.

A adesão a programas de acreditação hospitalar também alavanca medidas preventivas quanto aos riscos e para o gerenciamento de EAs na instituição.

Quanto ao tipo de evento notificado, há diferenças ao se comparar os resultados obtidos neste estudo com dados de outras pesquisas. Os dados divergem de um hospital para o outro devido ao grande número de variáveis que interferem nos resultados. Assim, a comparação dos dados entre diferentes hospitais não se mostra adequada, principalmente por que os indicadores utilizados para identificar e mensurar EAs podem ser diferentes. Sugere-se que os estudos sejam realizados de acordo com cada realidade, levantando-se padrões, variáveis e séries históricas de cada evento, além de se verificar se as medidas implantadas estão ou não refletindo nos resultados pretendidos.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety (ICPS) Version 1.1. 2009. [acesso em 2010 ago 21]. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_download/en/index.html.
2. Baker GR, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J et al. The Canadian adverse events study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. 2004 Canadian Medical Association or its licensors. *CMAJ*. 2004; 170(11):1678-86.
3. Ralston JD, Larson EB. Crossing to safety: transforming healthcare organizations for patient safety. *J Postgrad Med*. 2005; 51:61-7.
4. Lima LF, Leventhal LC, Fernandes MPP. Identificando os riscos do paciente hospitalizado. *Einstein*. 2008; 6(4):434-8.
5. Backes DS, Silva DM, Siqueira HH, Erdmann AL. O produto do serviço da enfermagem na perspectiva da gerência da qualidade. *Rev Gaúcha Enferm*. 2007; 28(2):163-70.
6. Feldman LB. Gestão de risco na enfermagem. In: Feldman LB. Gestão de risco e segurança do paciente. São Paulo: Martinari; 2008. p. 111-35.
7. Nascimento CCP, Toffoletto MC, Gonçalves LA, Freitas WG, Padilha KG. Indicadores de resultados da assistência: análise dos eventos adversos durante a internação hospitalar. *Rev Latino-americana Enferm*. 2008; 16(4):1-7.
8. Quinto Neto A. Segurança dos pacientes, profissionais e organizações: um novo padrão de assistência à saúde. *Rev Adm Saúde*. 2006; 8(33):153-8.
9. D'Innocenzo M, Adami NP, Cunha ICK. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2006; 59(1):84-8.
10. Cecchetto FH, Fachinelli TS, Souza EM. Iatrogenia ou evento adverso: percepção da equipe de enfermagem. *Rev Enferm UFPE on line*. 2010 July/Sept;4(3):37-43. [Internet]. 2010 agosto 24 [acesso em 2010 ago 2]. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/985>.
11. Schneider PJ, Gift M. Measuring and monitoring the performance of the medication use system. In: Cousins DD. Medication Use: A Systems approach to reducing errors. Oakbrook Terrace (IL): Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations; 1998. p.19-37.
12. Organização Nacional de Acreditação. Manual das organizações prestadoras de serviços de saúde. Coleção Manuais de Acreditação. Brasília (DF); 2010.
13. Bohomol E, Ramos LH. Erro de medicação: importância da notificação no gerenciamento da segurança do paciente. *Rev Bras Enferm*. 2007; 60(1):32-6.
14. Monzoni A. Erros de medicação e subnotificação. *Rev Coren-SP*. 2006; 8(70):8-9.
15. 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.
16. Barker KN, Flynn EA, Pepper GA, Bates D W, Mikeal RL. Medication errors observed in 36 health care facilities. *Arch Intern Med* 2002; 162(9) [acesso em 2010 set 6]. Disponível em: <http://archinte.ama-assn.org/cgi/reprint/162/16/1897>.

Recebido em: 01/10/2010

Aceite em: 15/10/2010

PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO EM CLIENTES CRÍTICOS¹

ASSISTANCE PROTOCOL FOR BEDSORES PREVENTION IN CRITICAL PATIENTS

PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA PREVENCIÓN DE ÚLCERA POR PRESIÓN EN PACIENTES CRÍTICOS

Renata Prado Bereta*, Ilza dos Passos Zborowski**, Carla Maria Fonseca Simão***, Amanda Mayra Anselmo****, Suzilene Ribeiro****, Lazara Aparecida F. N. Magnani ****

Resumo

Úlcera por pressão é um problema de saúde grave que acomete grande parte dos clientes internados em unidade de terapia intensiva, aumentando a permanência no serviço de saúde e, conseqüentemente, gerando mais gastos com internações. Nesse sentido, esta pesquisa foi desenvolvida com o objetivo de analisar o indicador de úlcera por pressão em pacientes críticos internados em unidade de terapia intensiva de um hospital escola do noroeste paulista, além de propor e aplicar um protocolo de assistência de enfermagem para prevenção desse tipo de lesão nas unidades estudadas. Trata-se de um estudo descritivo exploratório e retrospectivo por abordagem quantitativa, desenvolvido por meio da análise documental de relatórios e estatísticas realizadas nos meses de junho 2009 a maio de 2010, em duas unidades do hospital. O indicador apresentou índices variáveis durante o ano todo nas duas unidades, apresentando-se elevado durante o seguimento de doze meses. Concluiu-se que uma assistência de enfermagem sistematizada e baseada em conhecimentos científicos poderá prevenir úlceras por pressão, reduzindo o indicador e possibilitando também assistência de enfermagem de maior qualidade.

Palavras-chave: Úlcera por pressão. Prevenção e controle. Assistência de enfermagem.

Abstract

Pressure ulcer is a serious health problem that affects most of the clients admitted to the intensive care unit, increasing the permanence in the health service and thus generating more spending on hospitalizations. In this sense, this research was developed with the aim of analyzing the indicator of pressure ulcers in critically ill patients admitted to the intensive care unit of a teaching hospital in northeastern São Paulo, and propose and implement a nursing care protocol for prevention of this type injury in the units studied. It is a retrospective descriptive exploratory study and a quantitative approach, developed by the documental analysis of reports and statistics conducted in June 2009 to May 2010, two units of the hospital. The indicator showed variable rates throughout the year the two units was increased during the following twelve months. It was concluded that a nursing care based on systematic and scientific knowledge can prevent pressure ulcers, reducing the index and also allowing for greater nursing care quality.

Keywords: Bedsore. Prevention and control. Nursing care.

Resumen

Una úlcera por presión es un problema de salud grave que acomete gran parte de los pacientes internados en Unidad de Terapia Intensiva, aumentando la permanencia de esos pacientes en el servicio de salud y, conseqüentemente, generando más gastos con las internaciones. En ese sentido, esta pesquisa fue desarrollada con el objetivo de analizar el indicador de úlcera por presión en pacientes críticos internados en la unidad de terapia intensiva de un hospital escuela del noroeste de São Paulo – Brasil, y proponer un protocolo de asistencia de enfermería para prevención. Se trata de un estudio descriptivo exploratorio, retrospectivo con abordaje cuantitativo, por medio de analise documental de relatórios y estadísticas de los meses de junio de 2009 a mayo de 2010 en dos UTIS generales del hospital. El indicador presentó índices variables durante todo el año en las dos UTIs, presentándose elevado durante el seguimiento de doce meses. Se concluye que una asistencia de enfermería sistematizada y basada en conocimientos científicos podrá prevenir las úlceras por presión, reduciendo el indicador y posibilitando una asistencia de enfermería de calidad.

Palabras clave: Úlcera por presión. Prevención y control. Asistencia de enfermería.

¹ Parte do Trabalho de Conclusão de Curso para obtenção do título de Especialista em UTI e Emergência.

* 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 Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP), Ribeirão Preto-SP. Docente das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP, Brasil.

*** Mestre em Enfermagem Fundamental pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP), Ribeirão Preto-SP. Enfermeira da Unidade de Clínica e Cirúrgica do Hospital de Base de São José do Rio Preto-SP, Brasil.

**** Enfermeiras do Hospital de Base de São José do Rio Preto-SP, Brasil e membros da Comissão Interna de Estudo de Feridas (CIEF) do Hospital de Base.

INTRODUÇÃO

A úlcera por pressão (UPP) é um problema de saúde grave¹. São lesões com elevada incidência em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) e estão fortemente associadas a permanências mais longas em hospitais, aumento no custo de hospitalização, além de aumentar a morbimortalidade dos clientes^{2,3}. Cabe ao enfermeiro responsável por estas unidades prestar cuidados voltados à qualidade de vida do cliente, mantendo a higiene e a prevenção de complicações^{4,5}.

A UPP pode ser definida como uma lesão cutânea ou de partes moles, causada por uma pressão não aliviada, cisalhamento ou fricção que pode ocasionar morte tecidual por isquemia, geralmente é localizada nas regiões de proeminências ósseas, comprimidas por superfícies rígidas^{1,6}.

A pressão contínua nos tecidos provoca, nesta região, diminuição do fluxo sanguíneo, conseqüentemente, níveis de oxigênio e nutrientes abaixo do necessário para manutenção da vida celular, podendo causar lesão ou perda da integridade cutânea e dos tecidos subjacentes⁶.

Fatores intrínsecos e extrínsecos influenciam o desenvolvimento das UPP. Os fatores extrínsecos compreendem a pressão, cisalhamento, fricção, umidade, higiene corporal deficiente, uso de aparelhos ortopédicos, posicionamento incorreto do paciente, deficiência na mudança de decúbito, colocação inadequada e prolongada de dispositivos para aparar as eliminações fecais e urinárias, sondas para drenagem fechadas de forma incorreta e uso inadequado de agentes físicos e químicos⁷.

A idade é tida como o principal fator intrínseco relacionado à fisiopatogênese da UPP, principalmente quando agregada a outros fatores como o estado nutricional, uma desnutrição protéico calórica grave, capaz de alterar a regeneração tissular, reação inflamatória e reação imune⁷. Outros fatores ainda podem interferir e predispor a formação de UPP, dentre eles: uso de medicamentos, perfusão dos tecidos, patologias crônicas, imobilidade, infecção, distúrbios vasculares, sensibilidade cutânea aumentada, perda ou diminuição do tônus muscular, incontínências e distúrbios neurológicos⁶.

Fatores extrínsecos atuam diretamente nos tecidos e podem ser evitados ou controlados com uma assistência de enfermagem de qualidade.

As UPP foram consideradas, durante muitos anos, como um problema estritamente de enfermagem e relacionados, principalmente, a falhas assistenciais. Atualmente, as evidências científicas mostram que não somente os cuidados dos enfermeiros são responsáveis pela formação de UPP, pois existem fatores que independem da assistência oferecida. Porém, a qualidade da assistência prestada pela equipe de enfermagem interfere na incidência destas lesões, devendo este aspecto ser mensurado através de um indicador de qualidade⁸.

Na UTI o enfermeiro é o profissional responsável por gerenciar as ações/intervenções do setor, sendo também incumbido por assegurar uma assistência qualificada à clientela assistida. Para avaliar a qualidade assistencial é necessário unir conceitos e definições gerais e traduzi-los em critérios operacionais, utilizando indicadores de lesões⁹. Os indicadores são empregados para avaliar a conformidade a um padrão ou a conquista de metas de qualidade pré-estabelecidas, oferecendo também, uma medida específica e quantificável das expectativas de satisfação dos clientes¹⁰.

O uso de indicadores tem sido uma prática cada vez mais difundida nos atuais modelos de gestão, especialmente como uma ferramenta que auxilia não só no monitoramento e na prevenção de situações indesejadas, mas especialmente, na tomada de decisões operacionais e estratégicas. O emprego de indicadores na assistência de enfermagem permite o estabelecimento de padrões e facilita a análise de tendências ao longo do tempo, tornando a gestão mais objetiva, permitindo, mais eficazmente, monitorar os eventos, além de oferecer informações para correção quando necessário¹¹. Quanto as UPP, é necessária e positiva a utilização de um modelo de indicador, pois além de monitorar a qualidade da assistência, garante a prevenção e uma maior satisfação não somente para a equipe de enfermagem, mas também do cliente e seus familiares.

O Núcleo de Apoio à Gestão Hospitalar, do Programa de Qualidade Hospitalar (NAGEH), desenvolveu o Manual de Indicadores de Enfermagem, no qual o indicador de Incidência de UPP é um dos indicativos de qualidade. É definido como a relação entre o número de casos novos de pacientes com UPP em um determinado

período e o número de pessoas expostas ao risco de adquiri-las no mesmo período, multiplicado por cem¹².

O interesse por investigar as lesões cutâneas decorrentes de pressão, bem como difundir as publicações científicas, aumentou, significativamente, nos últimos anos, principalmente na Europa e nos Estados Unidos, onde as pesquisas estão mais relacionadas à prevenção⁸.

A pesquisa de Jensen, na qual foram desenvolvidos indicadores para a prevenção de UPP em idosos, informa que a redução ou eliminação dos fatores de risco para lesões podem diminuir a incidência desse tipo de úlcera por meio da utilização da Escala de Braden, auxiliando na identificação dos fatores de risco para o desenvolvimento de UPP².

O uso da Escala de Braden equivale a uma sistematização do atendimento ao cliente, ao incluir no diagnóstico os termos UPP e intervenções de enfermagem, e recomendar e avaliar os resultados do cuidado implantado¹³.

A escala de Braden, enquanto um instrumento de avaliação da pele, é uma importante forma de trabalho assistencial do enfermeiro, no entanto, requer treinamento e capacitação da equipe para a interpretação e utilização de forma efetiva. Segundo a escala, são avaliados seis fatores de risco, dos quais três mensuram a tolerância do tecido à pressão e compreende: umidade, nutrição e fricção ou cisalhamento. Os demais fatores mensuram determinantes clínicos para uma intensa e prolongada pressão: percepção sensorial, atividade e mobilidade. A somatória da escala totaliza 6 a 23 pontos; quando a escala é aplicada e a contagem da pontuação é baixa expressa uma baixa habilidade funcional e, portanto, o cliente tem alto risco para desenvolver UPP¹³.

Segundo o NAGEH, em seu manual, a escala de Braden vem sendo muito utilizada, pois foi submetida a vários estudos e testes de confiabilidade em diversas populações. A escala pontua o risco que uma população tem para desenvolver a UPP e sua grande importância é atribuída por se constituir em estratégia para diminuir a incidência de formação de lesões no tegumento, priorizando pessoas vulneráveis e intervenções preventivas mais eficazes principalmente para indivíduos hospitalizados em ambientes de UTI¹².

Prevenção em saúde pode ser entendida como um planejamento em que o resultado consiste na melhoria da qualidade assistencial. As ações preventivas em UPP visam bloquear os estímulos desencadeantes, contribuindo para que o indivíduo não desenvolva lesões por pressão¹⁴. Na prevenção de UPP é importante que as equipes multidisciplinares de saúde reconheçam a sensibilidade da pessoa para apresentar risco e desenvolvimento de lesões, além de subsidiarem programas de prevenção institucionais⁷.

A *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) é responsável pelas diretrizes preventivas e o tratamento de UPP nos Estados Unidos; desenvolveu um guia de referência rápida sobre a prevenção desse tipo de lesões, no qual descreve as recomendações preventivas de lesões dessa natureza. As orientações básicas incluem: valorização do risco e da pele, aspectos nutricionais, reposicionamento e mudanças posturais, utilização de superfícies de apoio e cuidados com populações especiais¹⁵.

Um dos aspectos desenvolvidos nas unidades onde foi efetuado o estudo foi um guia de cuidados intitulado: Manual prático de procedimentos: assistência segura para o cliente e para o profissional de saúde 2009, como medida de prevenção para UPP, utilizando a escala de Braden.

A classificação de risco da escala estabeleceu as medidas preventivas para riscos em geral ao sugerir as seguintes ações: incentivar a saída da pessoa do leito, sempre que possível; manter a pele limpa e hidratada; estimular a ingestão hídrica e a dieta por via oral e a utilização de colchão de espuma piramidal. Para pessoas com risco moderado sugere manter o uso de fralda descartável e forro móvel se o cliente estiver restrito no leito, proteger os calcâneos com auxílio de travesseiros e as proeminências ósseas com filme transparente ou hidrocolóide extrafino, mudanças de decúbito e aplicação de creme hidratante a cada quatro horas, dentre outros cuidados. No entanto, na vigência de alto risco para lesões: mudanças de decúbito e aplicação de cremes hidratantes de duas em duas horas¹⁶.

Embora as medidas preventivas atualmente conhecidas envolvam baixa tecnologia e sejam de fácil adoção, o doente crítico, muitas vezes, requer

intervenções terapêuticas prioritárias, considerando-se o quadro patológico, os riscos associados e a vulnerabilidade ao tratamento e ao ambiente. Portanto, é necessário que o enfermeiro esteja atento à qualidade dos cuidados e a importância da prevenção das UPP, bem como, a avaliação dos resultados obtidos e o grau de satisfação do cliente, quando possível¹⁷.

OBJETIVOS

O objetivo geral deste estudo foi analisar o indicador de UPP em pacientes críticos internados em unidade de terapia intensiva de um hospital escola do noroeste paulista e elaborar um protocolo assistencial de enfermagem para a prevenção de UPP.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e retrospectivo, com abordagem quantitativa, em que foram analisados os registros e a estatística dos indicadores UPP em duas UTIs de assistência geral, intituladas UTI Geral 1 e UTI Geral 2, de um hospital de ensino de porte especial para 760 leitos, em uma cidade no interior paulista, considerado centro de referência.

A UTI Geral 1 está composta por 20 leitos e atende exclusivamente ao Sistema Único de Saúde (SUS), sendo dividida em dez leitos para a clínica médica e dez para a clínica cirúrgica, segundo a especialidade. A UTI Geral 2, composta por 23 leitos, é específica para atendimentos de pessoas por convênios privados e clientes particulares.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), conforme a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), sob o parecer nº 2692/2010, e autorizado, formalmente, pela instituição e pela supervisão de enfermagem da unidade investigada.

Os dados utilizados como parâmetros no estudo correspondem ao período de junho de 2009 a maio de 2010. A fórmula para o cálculo do indicador foi baseada na equação proposta pelo Programa Qualidade Hospitalar - CQH (2006), conforme descrita abaixo.

Incidência de UPP=

$$\frac{n^{\circ} \text{ de casos novos de pacientes com UPP em um determinado período}}{n^{\circ} \text{ de pessoas expostas ao risco de adquirir UPP no período}} \times 100$$

Após a coleta de dados, foi construído um banco de dados no *Excel Microsoft 2003*, cujo tratamento se deu em número absoluto, média e percentual e, apresentados na forma de figuras. A análise dos dados forneceu informações relevantes e motivou a elaboração de um protocolo assistencial de enfermagem para prevenção de UPP. O protocolo foi elaborado pelos pesquisadores juntamente com a Comissão Interna de Estudo de Feridas (CIEF), sendo oferecido treinamento prévio acerca do protocolo à equipe de enfermagem das duas unidades, antes da implantação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados, apresentados sequencialmente se iniciam pela UTI Geral 1.

Tabela 1 – Demonstrativo do número de pacientes/dia/mês, casos de UPP, pessoas expostas a desenvolver UPP e o indicador de incidência de UPP nos meses de junho de 2009 a maio de 2010

Mês/Ano	Nº clientes/dia / mês	Nº pessoas expostas	% pessoas expostas	Nº casos novos	% casos novos	Incidência de UPP
Junho 2009	711	67	9,40%	11	1,50%	16,40%
Julho 2009	732	75	10,20%	18	2,50%	24,00%
Agosto 2009	713	67	9,40%	15	2,10%	22,40%
Setembro 2009	667	76	11,40%	15	2,20%	19,70%
Outubro 2009	662	73	11,00%	5	0,80%	6,80%
Novembro 2009	658	47	7,10%	10	1,50%	21,30%
Dezembro 2009	700	61	8,70%	3	0,40%	4,90%
Janeiro 2010	724	63	8,70%	57	7,90%	90,50%
Fevereiro 2010	650	88	13,50%	9	1,40%	10,20%
Março 2010	712	70	9,80%	11	1,50%	15,70%
Abril 2010	706	65	9,20%	8	1,10%	12,30%
Mai 2010	690	60	8,70%	3	0,40%	5,00%
TOTAL	8325	812	9,80%	165	2,00%	20,30%

A média de clientes/dia na unidade correspondeu a 694 no período de junho de 2009 a maio de 2010. Em relação ao número de pessoas expostas a desenvolver UPP obteve-se um total de 812 clientes nos doze meses, cuja média foi 67,6 pessoas com percentagem de 9,8%, em relação ao total de clientes internados na unidade. Quanto aos casos novos de UPP, obteve-se o equivalente a 165 casos, uma porcentagem de 2% e uma média de 13,8 casos/mês. Nota-se que o indicador de qualidade de incidência de UPP variou em relação aos meses, pois no período estudado obteve-se um total de 20,3%, com uma elevação principalmente em janeiro de 2010 (n= 90,5%) e um declive em dezembro de 2009 (n= 4,9%).

Quanto ao indicador de qualidade de incidência de UPP na UTI Geral 1, a Figura 1 descreve os dados obtidos para a UTI 1 e a Tabela 2, dados da UTI 2.

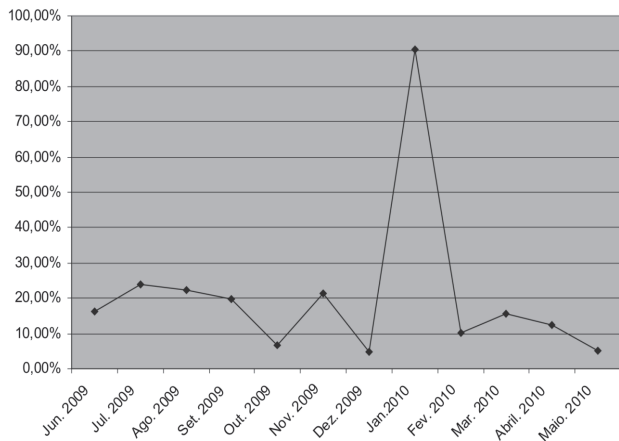


Figura 1 - Comparativo entre os indicadores de incidência de UPP na UTI Geral 1, nos meses junho de 2009 a maio de 2010

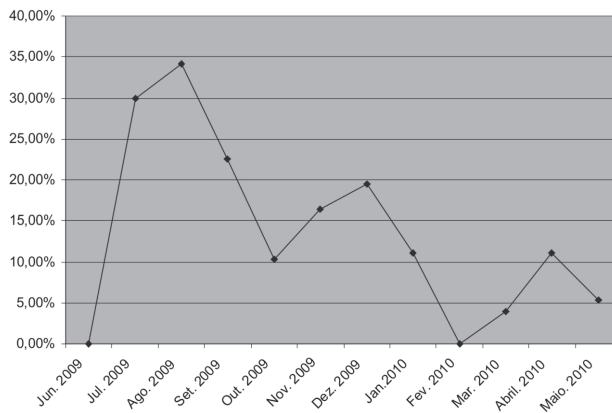


Figura 2 - Comparativo entre os indicadores de incidência de UPP na UTI Geral 2, nos meses de junho de 2009 a maio de 2010

Tabela 2 – Demonstrativo do número de clientes/dia/mês, casos de UPP, pessoas expostas a desenvolver UPP e o indicador de incidência de UPP dos meses junho de 2009 a maio de 2010

Mês/Ano	Nº clientes/ dia/ mês	Nº pessoas expostas	% pessoas expostas	Nº casos novos	% casos novos	Incidência de UPP
Junho 2009	510	54	10,60%	0	0,00%	0,00%
Julho 2009	547	40	7,30%	12	2,20%	30,00%
Agosto 2009	539	38	7,00%	13	2,40%	34,20%
Setembro 2009	592	40	6,80%	9	1,50%	22,50%
Outubro 2009	607	97	15,90%	10	1,60%	10,30%
Novembro 2009	588	55	9,40%	9	1,50%	16,40%
Dezembro 2009	499	41	8,20%	8	1,60%	19,50%
Janeiro 2010	431	54	12,50%	6	1,40%	11,10%
Fevereiro 2010	354	41	11,60%	0	0,00%	0,00%
Março 2010	485	51	10,50%	2	0,40%	3,90%
Abril 2010	569	45	7,90%	5	0,80%	11,10%
Mai 2010	557	56	10,00%	3	0,50%	5,40%
TOTAL	6278	612	9,70%	77	1,20%	12,60%

A média de pacientes/dia obtida para esta unidade foi de 523. Em relação ao número de pessoas expostas a desenvolver UPP, encontrou-se um total de 612 pessoas nos doze meses, cuja média foi 51 clientes e uma porcentagem de 9,7% em relação ao total de clientes internados. Quanto aos casos novos de UPP, obteve-se o equivalente a 77 casos, uma porcentagem de 1,2% e uma média de 6,4 casos/mês. O indicador de qualidade de incidência de UPP também variou em relação ao longo dos meses. Neste período, obteve-se um total de 12,6%, com uma elevação, principalmente em agosto de 2009 (n= 34,2%), e um declive em junho de 2009 e fevereiro de 2010 (n= 0).

Acerca do indicador de qualidade de incidência de UPP na UTI Geral 2, os dados estão descritos na Figura 2 e os correspondentes a UTI Geral 1 e 2, apresentados na Figura 3.

A seguir, o comparativo entre o indicador de qualidade de UPP nas duas UTIs:

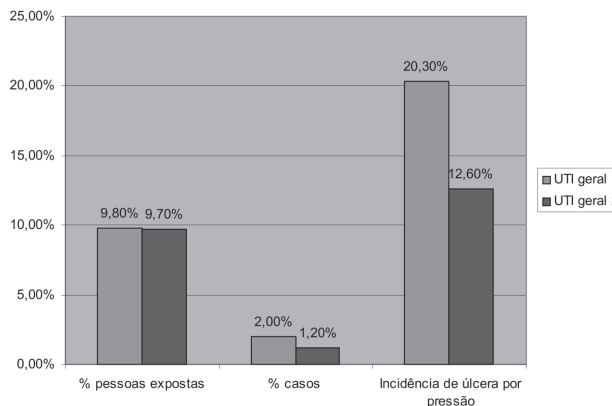


Figura 3 - Comparativo entre a porcentagem de pessoas expostas ao risco de desenvolver UPP, a porcentagem dos casos novos encontrados de UPP e o indicador de incidência de UPP nas UTI Geral 1 e UTI Geral 2, nos meses de junho de 2009 a maio de 2010

Quando comparados os dados de períodos semelhantes entre as duas UTIs estudadas, observa-se que a porcentagem de pessoas expostas foi semelhante, porém a porcentagem de pessoas que desenvolveram UPP divergiu, assim como o indicador de UPP, demonstrando valores de 20,3% na UTI Geral 1 e 12,6% na UTI Geral 2.

Supõe-se que os dados podem não ser corroborados devido à quantidade de clientes da UTI Geral 2 ser inferior ao da UTI Geral 1, pois dos 14.603 clientes/ano, 8.325 clientes/ano estavam internados na UTI Geral 1 e 6.278 na UTI Geral 2.

Em um estudo semelhante, realizado em uma UTI de um hospital universitário de grande porte de nível secundário, contendo 308 leitos, em um

seguimento de três meses, houve uma incidência de UPP de 41%, porém o estudo também infere uma alta probabilidade de subnotificação dos casos de UPP em estágio 1. Segundo a literatura internacional¹⁸, quando recalculada esta incidência, tal dado é inferior ao valor apresentado no referido estudo, correspondendo a 20,51%, semelhante ao dado obtido na UTI Geral 1 neste estudo.

A pesquisa de Costa e Calibri¹⁷, realizada em um centro de terapia intensiva, avaliou 53 participantes e obteve uma incidência de UPP de 37,7%, mostrando um valor superior ao encontrado no estudo.

Outra pesquisa, realizada com 41 participantes internados em uma UTI, desenvolvida por Sousa, Santos e Silva⁴, apresentou uma incidência de UPP de 26,83%, demonstrando um resultado ligeiramente superior aos dados obtidos na UTI Geral 1 e relativamente superiores a UTI Geral 2.

Este e outros estudos evidenciam que a UPP é um evento de elevada incidência em UTIs, apesar de poder ser facilmente prevenida, considerando-se o protocolo de prevenção desenvolvido a partir desta pesquisa.

O protocolo teve como propósito sistematizar e implantar atividades desenvolvidas exclusivamente por enfermeiros. Dentre as ações/intervenções de enfermagem incluídas constam: avaliar por meio da escala de Braden o risco de o doente desenvolver UPP, documentar o índice obtido no prontuário do cliente, elaborar uma escala de mudanças de decúbito, indicar descompressão em áreas de pressão quando o cliente estiver impossibilitado de realizar mudança de decúbito, atentar para ingestão nutricional do cliente, avaliar a região perineal e perianal, principalmente nos episódios de diarreia e/ou incontinência urinária e solicitar ao médico a prescrição de um produto para a proteção da região, além de utilizar filme transparente para a proteção de áreas submetidas a uma maior pressão.

O protocolo também envolveu atividades realizadas pela equipe de enfermagem, como: realizar inspeção da pele, diminuir o contato com a umidade, posicionar corretamente a pessoa no leito, usar lençol móvel sem rugas e seco para o

transporte do cliente, utilizar coxins, travesseiros e almofadas de espuma para minimizar a pressão, manter a pessoa em colchão tipo caixa de ovo, proteger as regiões de maior pressão, manter cabeceira do leito elevada no máximo a 30°, hidratar a pele, evitar a exposição ao frio e não massagear as proeminências ósseas.

O protocolo assistencial desenvolvido para a prevenção de UPP nas unidades de estudo foi elaborado a partir de atividades simples, de baixo custo e fácil execução. Desta forma, o protocolo de prevenção de UPP foi elaborado e apresentado a toda a equipe de enfermagem das UTIs Geral 1 e 2, em forma de treinamento ministrado pelos pesquisadores em parceria com as enfermeiras da CIEF do hospital onde aconteceu o estudo.

O protocolo propôs o emprego sistematizado dessas atividades, objetivando reduzir a incidência de UPP, facilitando, por consequência, o trabalho assistencial de enfermagem, além de oferecer satisfação ao cliente e à família mediante um cuidado mais qualificado.

CONCLUSÃO

A UPP consiste num problema de saúde com elevada incidência em UTI. O evento aumenta o tempo de hospitalização dos pacientes e, conseqüentemente, os gastos com internações.

O uso do indicador de qualidade de incidência de UPP neste estudo mostrou-se favorável e exequível, cuja incidência foi, respectivamente, de 20,3% e 12,6%, justificando a importância e a necessidade da implantação do cuidado de enfermagem para a prevenção deste tipo de lesões.

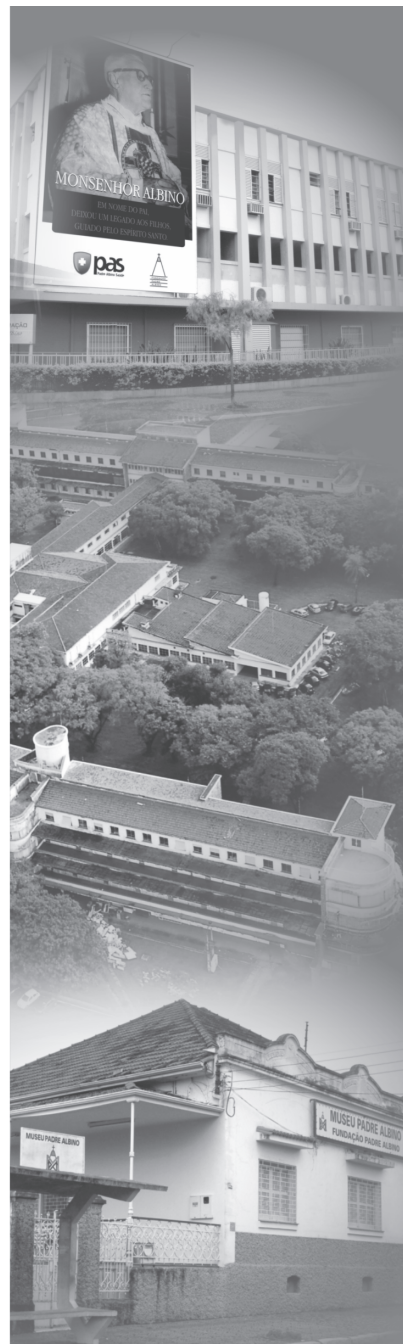
A incidência de UPP nas unidades estudadas, em sua maioria, foi inferior aos valores apresentados por outras pesquisas. Entretanto, de forma geral, a incidência mostrou-se elevada, concorrendo para que medidas fossem adotadas para a sua redução.

O estudo também subsidiou condições para, posteriormente, ser elaborado um Procedimento Operacional Padrão (POP) a ser implantado nas unidades, o qual sofrerá constantes avaliações com o intuito de reduzir a incidência de UPP em ambientes de UTI.

REFERÊNCIAS

1. Medeiros ABF, Lopes CHA, Jorge MSB. Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostos por enfermeiros. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43 (1):223-8.
2. Jensen BMB. Quality Indicators for Prevention and Management of Pressure Ulcers in Vulnerable Elders. *Annals of Internal Medicine*. 2001. [acesso em 2010 fev 10]. Disponível em: http://www.annals.org/content/135/8_Part_2/744.full?sid=6df0b1b6-8c26-41f6-92c6-60b0d5e9c756
3. Blümel MJE, Tirado GK, Schiele MC, Schonffeldt FG, Sarrá CS. Valiz de la escala de Braden para predecir úlceras por presión en población femenina. *Rev Méd Chile*. 2004; 132(1):595-600.
4. Souza CA, Santos I, Silva LD. Aplicando recomendações da escala de Braden e prevenindo úlceras por pressão. Evidências do cuidar em enfermagem. *Rev Bras Enfermagem*. 2006; 59(3):279-84.
5. Nishide VM, Malta MA, Aquino KS. Aspectos organizacionais em unidade de terapia intensiva. In: Cintra EA, Nishide VM, Nunes WA. *Enfermagem ao paciente gravemente enfermo*. São Paulo: Atheneu; 2003. p. 13-27.
6. Carvalho LS, Ferreira SC, Silva CA, Santos ACPO, Regebe CMC. Concepção dos acadêmicos de enfermagem sobre a prevenção e tratamento de úlceras de pressão. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2007; 31(1):77-89.
7. Serpa LF, Santos VLCG. Desnutrição como fator de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão. *Acta Paul Enferm*. 2008; 21(2):367-9.
8. Rabeh SAN, Caliri MHL. Úlcera de pressão: a classificação do conceito e estratégias para divulgação do conhecimento na literatura de enfermagem [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP; 2001.
9. 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 Administração em Saúde*. 2008; 10(40):97-102.
10. Marx LC. Gestão de enfermagem voltada a resultados. In: Marx LC. *Competências de enfermagem: sedimentadas no sistema primary nurse*. Petrópolis: EPUB; 2006. p. 143-7.
11. Duarte IG, Ferreira DP. Uso de indicadores na gestão de um centro cirúrgico. *Rev Adm Saúde*. 2006; 8 (31):63-70.
12. Programa de Qualidade Hospitalar (CQH). Manual de indicadores de enfermagem – NAGEH. Programa de qualidade hospitalar (CQH). São Paulo: APM/ CREMESP; 2006.
13. Sousa CA, Santos I, Silva JD. Aplicando recomendações da escala de Braden e prevenindo úlceras por pressão. Evidências do cuidar em enfermagem. *Rev Bras Enfermagem*. 2006; 59(3):279-84.
14. Rodrigues MM, Souza MS, Silva JL. Sistematização da assistência de enfermagem na prevenção da lesão tecidual por pressão. *Cogitare Enferm*. 2008; 13(4):566-75.
15. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009. [acesso em 2010 jan 15]. Disponível em: http://www.npuap.org/Final_Quick_Prevention_for_web_2010.pdf
16. Paggiaro A, Ferreira MC, Menezes MAJ, Pinto RCT, Carvalho V. Prevenção de úlcera por pressão. In: Lobo RD, Levin ASS, Oliveira, MS, Dias MBGS Manual prático de procedimentos: assistência segura para o paciente e para o profissional de saúde 2009. São Paulo: HCFMUSP; 2009. p. 56-7.
17. Costa IG, Caliri MHL. Incidência de úlcera de pressão e fatores de risco relacionados em pacientes de um centro de terapia intensiva [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP; 2003.
18. Rogenski NMB, Santos VLCG. Estudo sobre a incidência de úlceras por pressão em um hospital universitário. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2005; 13(4):474-80.

Recebido em: 09/09/2010**Aceite em: 15/10/2010**



Artigos de Revisão

COMPLICAÇÕES RELACIONADAS AO USO DO CATETER VESICAL DE DEMORA E O PAPEL DA ENFERMAGEM: REFLEXÃO

COMPLICATIONS RELATED TO THE USE OF URINARY INDWELLING CATHETER AND THE ROLE OF NURSING: REFLECTION

LAS COMPLICACIONES RELACIONADAS CON EL USO DEL CATÉTER URINARIO DE PERMANENCIA Y EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA: REFLEXIONES

Elaine dos Santos*, Anamaria Alves Napoleão**

Resumo

O cateterismo vesical de demora é um procedimento frequentemente realizado nas instituições de saúde e a enfermagem desempenha um importante papel na prevenção das complicações a ele relacionadas. Uma reflexão acerca do papel da enfermagem diante destas complicações é apresentada neste estudo.

Palavras-chave: Cateteres de demora. Cateterismo urinário. Enfermagem.

Abstract

Urinary catheterization is one of the most commons procedures performed in health services and nursing has an important role in preventing the complications related to it. A reflection about the nursing role regarding the complications related to this procedure is presented.

Keywords: Catheters indwelling. Urinary catheterization. Nursing.

Resumen

El cateterismo urinario es un procedimiento común en los servicios de salud y lo personal de enfermería tiene un papel importante en la prevención de las complicaciones relacionadas con este procedimiento. Se presenta una reflexión sobre el papel de enfermería en relación a estas complicaciones.

Palabras clave: Catéteres de permanencia. Cateterismo urinário. Enfermería.

* Aluna do curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da UFSCar. Contato: elainesantos.enf@hotmail.com

** Professora doutora do Departamento de Enfermagem (DEnf) da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Contato: anamaria@ufscar.br

INTRODUÇÃO

O cateterismo vesical é a intervenção invasiva mais frequentemente realizada no trato urinário¹ e uma das mais realizadas no meio hospitalar^{2,3}.

Consiste na inserção de uma sonda ou cateter na bexiga através da uretra, com o propósito de drenar a urina⁴⁻⁶ e pode ser classificado como intermitente ou de demora^{3,4}.

Para o cateterismo intermitente utiliza-se um cateter reto e de uso único para drenar a urina da bexiga, o que pode ser repetido quando necessário. Para o de demora, utiliza-se um cateter específico, que permanece na bexiga durante um período prolongado e que deve ser trocado quando necessário⁴. O cateter utilizado para esta finalidade é projetado para que não se desloque da bexiga⁶, por meio de um balonete em sua extremidade, que deve ser insuflado normalmente com 10ml de água destilada após a passagem do cateter e a certeza de que o mesmo se encontra bem posicionado no interior da bexiga. A enfermagem atua participando de forma direta e efetiva⁵, tanto na inserção, quanto na manutenção e retirada destes dispositivos.

As finalidades do cateterismo vesical de demora podem ser diagnósticas ou terapêuticas^{3,4}. Mais especificamente, os objetivos desta intervenção são a obtenção de um fluxo contínuo de urina nos clientes com alguma obstrução ou com incontinência, a mensuração do débito urinário em clientes críticos, com instabilidade hemodinâmica, a irrigação vesical em clientes no pós-operatório de cirurgias urológicas e a obtenção de uma amostra de urina quando esta não pode ser obtida de forma satisfatória⁴.

Nos clientes submetidos a prostatectomia a inserção do cateter vesical de demora após o procedimento cirúrgico, além de promover a irrigação e a drenagem de líquidos da bexiga, tem ainda como objetivo preservar a anastomose vesico-uretral⁷, já que o cateter serve de apoio para a uretra após o procedimento cirúrgico⁷.

A enfermagem possui um papel importante em relação ao cateterismo vesical, uma vez que a inserção desse dispositivo normalmente é realizada pela equipe de enfermagem, e é dela também a responsabilidade por sua manutenção e retirada. Salienta-se ainda o papel

educativo do enfermeiro em relação ao ensino e monitoração do autocuidado quando o cliente passa a fazer uso desse dispositivo em casa.

O uso do cateter pode resultar na ocorrência de complicações diversas^{4,8-12}. Por este motivo, sua inserção deve ser realizada por pessoal habilitado, já que muitas complicações relacionadas ao mesmo ocorrem em decorrência do manuseio inadequado desse dispositivo, praticado por pessoas que desconhecem os cuidados exigidos³.

Em função do importante papel da enfermagem em relação aos cuidados com esse dispositivo, o objetivo do presente estudo é apresentar uma reflexão sobre as complicações potenciais relacionadas ao uso do cateter vesical de demora e, assim, contribuir com o papel da enfermagem na prevenção destas complicações.

Complicações relacionadas ao uso do cateter vesical de demora

O cateterismo vesical de demora é descrito como um procedimento que, por suas características, acarreta maiores riscos aos clientes a ele submetidos^{8,12,13} e, tanto quanto possível, deve-se indicar o cateterismo intermitente em seu lugar³. No entanto, em diferentes situações não há como substituir o cateterismo vesical de demora pelo intermitente.

As complicações ocasionadas pelo uso do cateter vesical de demora podem ser classificadas como infecciosas ou traumáticas⁴.

Autores apontam que entre essas complicações a infecção do trato urinário^{3,8,12,14} e as lesões no trato urinário^{3,8,12} são passíveis de ocorrer.

As complicações infecciosas podem estar associadas a invasão microbiana através da mucosa lesada³ e as lesões da bexiga que levem a formação de abscessos podem resultar em fístulas¹⁵.

Dentre as lesões ocasionadas pelo uso do cateter, são citadas as uretrais e as vesicais.

Lesões uretrais podem ser complicações decorrentes do uso do cateter vesical de demora ocasionadas pela inserção ou remoção traumática do cateter^{10,16,17}, pela insuflação do balão de retenção na uretra¹⁸ ou ainda, pela compressão exercida pelo cateter.

Durante a inserção do cateter pode ocorrer traumatismo uretral^{3,10,16}. O priapismo de alto fluxo foi descrito como uma complicação rara, porém passível de ocorrer devido à inserção traumática de um cateter de *Foley*⁶.

Ainda durante a inserção, o falso trajeto também pode ocorrer. A complicação pode ser resultado da força excessiva utilizada durante a inserção^{9,19}. Pacientes com estenose uretral pré-existente ou hipertrofia prostática podem ser mais comumente acometidos¹⁹.

A insuflação do dispositivo de retenção do cateter na uretra¹⁸ pode resultar em ruptura uretral completa¹⁸.

Cateteres de demora mais calibrosos produzem uma pressão constante na uretra. Essa pressão constante pode ocasionar o desenvolvimento de erosão uretral¹¹.

A não deflação do balão também pode ser causa de lesão na uretra²⁰. Autores apontam que cateteres de silicone podem continuar presos mesmo após a deflação do balão. Isso ocorre em função de uma deformação do mesmo após a desinflação impedindo a remoção do cateter^{17,20}. Nestes casos, a remoção forçada pode causar trauma uretral.

A tentativa de retirada do cateter por pacientes confusos também pode resultar em lesão.

Em relação às lesões vesicais, são citados o trauma vesical, ocasionado pela pressão negativa produzida pela coluna de urina no interior do cateter quando é realizado o clampeamento intermitente do mesmo, no chamado "exercício vesical", e a perfuração vesical^{21,22}, que também pode ser considerada secundária a outras complicações²².

Além das complicações traumáticas e das infecciosas, outras complicações relacionadas ao uso do cateter são: estenose uretral resultante de traumas ou lesões uretrais^{23,24}, inflamação da mucosa, necrose tecidual pela compressão exercida pelo cateter¹⁹, câncer de bexiga pelo uso prolongado do cateter^{3,11,25}, alergia¹¹, incrustação e obstrução do cateter¹⁹.

Autores citam que o uso prolongado do cateter pode contribuir para o aparecimento de cálculos vesicais^{1,3}. A maioria dos cálculos observados nos pacientes que fazem uso do dispositivo é formado por fosfato amoníaco de magnésio e fosfato de cálcio que quase sempre é consequência de infecção^{3,26}. Os cálculos vesicais podem causar a obstrução do fluxo urinário, produzir

ulcerações e sangramento predispondo à infecção tanto pela natureza obstrutiva quanto pelo trauma produzido²⁶.

Diante das possíveis complicações citadas, cabe a enfermagem estar atenta às ações de cuidado, buscando minimizar a ocorrência delas.

A higienização das mãos, a execução de técnica asséptica, higienização da genitália são citadas como algumas das medidas de controle e prevenção da infecção²⁷.

A manipulação cuidadosa do cateter é citada como uma medida essencial para minimizar o risco de lesões³. Dessa maneira, a escolha do calibre adequado do cateter, a inserção cuidadosa do dispositivo e a fixação adequada, evitando sua movimentação na uretra^{6,13,28}, são alguns dos cuidados realizados para prevenir o desenvolvimento de lesões no trato urinário.

Nos indivíduos do sexo masculino a fixação deve ser realizada na região hipogástrica (abdome), para reduzir a curva uretral e prevenir a escarificação da uretra no ângulo penoescrotal²⁹.

Nos pacientes do sexo feminino, a fixação do cateter deve ser realizada na face medial da coxa²⁸, de forma a possibilitar a abdução do membro sem a tração do cateter.

O balão de retenção deve ser insuflado utilizando água destilada. Substâncias cristalinas, como soro fisiológico, devem ser evitadas para minimizar o risco de cristalização que dificultaria o esvaziamento do balão e a retirada do cateter³⁰. Também deve ser utilizada a quantidade exata de água para preencher o balão, pois quando o mesmo é preenchido parcialmente, a posição ereta do dispositivo é impedida e a extremidade proximal fica curvada, possibilitando lesão na mucosa vesical²⁷.

Nos casos de não desinsuflação do balonete, é importante não cortar a sonda ou forçar sua saída. Deve-se tentar, de fato, o esvaziamento até o fim e, quando realmente isto não ocorre, comunicar o urologista que, com instrumentos adequados, irá solucionar o problema.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cateterismo vesical de demora, embora tenha a finalidade de beneficiar o paciente, pode resultar em complicações. Tendo em vista as complicações identificadas, ressalta-se a importância do cuidado de enfermagem frente à prevenção da maioria delas.

Diante do exposto é importante que a equipe de enfermagem identifique o cateterismo vesical de

demora como um procedimento complexo e que exige cuidados específicos.

A inserção cuidadosa do cateter com escolha adequada de seu calibre, de acordo com a inspeção realizada no meato uretral e uso de lubrificante estéril, a fixação correta do cateter, o esvaziamento da bolsa coletora quando metade desta estiver com urina, a manutenção da bolsa

coletora abaixo do nível da bexiga, a movimentação cuidadosa do paciente com cateter vesical de demora e a higienização muito suave da junção meato-sonda com algodão molhado e sem sabonete, uma vez por dia, preferencialmente durante o banho, além dos cuidados com a pele na região perineal e nos locais de fixação do cateter, são algumas das medidas recomendadas.

REFERÊNCIAS

1. Stoller ML. Instrumentação retrógrada do trato urinário. In: Tanagho EA, McAninch JW. *Urologia geral de Smith*. 16ª. ed. Barueri: Manole; 2007. p. 176-88.
2. Nazarko L. Avoiding the pitfalls and perils of catheter care. *Br J Nurs*. 2007; 16(8):468-72.
3. Lenz LL. Cateterismo vesical: cuidados, complicações e medidas preventivas. *Arq Catarinenses de Medicina [periódico na internet]*. 2006 [acesso em 2009 out 26];35(1):82-91. Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/361.pdf>
4. Diez MB, Ossa MR. Cateterismo uretral. Un tema para la reflexión. *Invest Educ Enferm [periódico na Internet]*. 2005 [acesso em 2010 maio 03];23(2):118-37. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072005000200010&lng=en&nrm=iso
5. Mota AS. Cuidados de enfermagem ao paciente com cateteres e sondas. In: Napoleão AA, Ferreira NMLA, Figueiredo RM, Martins J, Appoloni AH, Mota AS et al. *Cuidando do adulto. Ações de enfermagem no atendimento das necessidades humanas básicas*. São Carlos: Edufscar; 2008.
6. Taylor C, Lillis C, Lemone P. *Fundamentos de enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem*. 5ª. ed. Porto Alegre: Artmed; 2007. p. 1344.
7. Warmkessel JH. How to care for man with prostate cancer. *Nursing*. 1999; 19(11):51-3.
8. Griffiths R, Fernandez R. Strategies for the removal of short-term indwelling urethral catheters in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2005; (2). [acesso em 2010 set 27]. Disponível em: <http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab004011.html>
9. Niël-Weise BS, Van-den PJB. Urinary catheter policies for short-term bladder drainage in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2005; (3). [acesso em 2010 set 27]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1442-2042.2008.02075.x/pdf>
10. Kashefi C, Messer K, Barden R, Sexton C, Parsons JK. Incidence and prevention of iatrogenic urethral injuries. *J Urol*. 2008; 179:2254-8. [acesso em 2010 set 16]. Disponível em: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B7XMT-459NGJ1-1N3&_cdi=29679&_user=972049&_pii=S0022534708002538&_origin=browse&_zone=rslt_list_item&_coverDate=06%2F30%2F2008&_sk=998209993&wchp=dGLzVtz-SkzV&md5=1c38440b254316145b8851d40c5ae58d&ie=/sdatarticle.pdf
11. Igawa Y, Wyndaele JJ, Nishizawa O. Catheterization: possible complications and their prevention and treatment. *Int J Urol*. 2008; 15(1):481-5. [acesso em 2010 nov 20]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1442-2042.2008.02075.x/pdf>
12. Voss AB. Incidence and duration of urinary catheters in hospitalized older adults. Before and after implementing a geriatric protocol. *J Gerontological Nurs*. 2009; 35(6):35-41.
13. Napoleão AA, Caldato VG, Petrilli-Filho JF. Diagnósticos de enfermagem para o planejamento da alta de homens prostatectomizados: um estudo preliminar. *Rev Eletr Enf*. 2009; 11(2):286-94. [acesso em 2009 nov 20]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a08.htm>
14. Jamison J, Maguire S, McCann J. Catheter policies for management of long term voiding problems in adults with neurogenic bladder disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2004; (2).
15. Tanagho EA. Distensão da bexiga, próstata e vesículas seminais. In: Tanagho EA, McAninch JW. *Urologia geral de Smith*. 16ª. ed. Barueri: Manole; 2007. p. 643-59.
16. Kondo H, Yamada T, Kanematsu M, Kako N, Goshima S, Yamamoto N. Embolization for massive urethral hemorrhage. *Abdom Imaging*. 2007; 32:262-3. [acesso em 2010 set 16] Disponível em: <http://www.springerlink.com/content/738778g3r326n361/fulltext.pdf>
17. Gonzalgo ML, Walsh PC. Ballon cuffing and management of the entrapped foley catheter. *Urology*. 2003; 61(4):825-7. [acesso em 2010 set 26]. Disponível em: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6VJW-4873R72-15-3&_cdi=6105&_user=972049&_pii=S0090429502025062&_origin=search&_coverDate=04%2F30%2F2003&_sk=999389995&view=c&wchp=dGLbVW-zSkzV&md5=6ed33068842c54bbcd4177146c2a4d8e&ie=/sdatarticle.pdf
18. Vaidyanathan S, Singh G, Soni BM, Hughes PL, Mansour P; Oo T et al. Do spinal cord injury patients always get the best treatment for neuropathic bladder after discharge from regional spinal injuries centre. *Spinal Cor*. 2004; 42(8):438-42. [acesso em 2010 set 26]. Disponível em: <http://www.nature.com/sc/journal/v42/n8/pdf/3101576a.pdf>
19. Cancio LC, Sabanegh ES, Thompson IM. Managing the foley catheter. *Am Fam Physician*. 1993; 48(4): 829-36.
20. Semjonow A, Roth S, Hertle L. Reducing trauma whilst removing long-term indwelling balloon catheters. *Br J Urol*. 2005; 75(2):241.
21. Witter FR, Broeck T, Fox HE. Peripartum lower urinary tract injury with all-silicone Foley catheters. *Int J Gynaecol Obstet*. 2003; 83(2):197-8. [acesso em 2010 set 26]. Disponível em: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6T7M-48XCPMJ-B-3&_cdi=5062&_user=972049&_pii=S0020729203001565&_origin=search&_coverDate=11%2F30%2F2003&_sk=999169997&view=c&wchp=dGLbVW-zSkzS&md5=12350b8bc780d320224d98154f09d7ac&ie=/sdatarticle.pdf
22. Hawary A, Clarke L, Taylor A, Duffy P. Enterovesical fistula: a rare complication of urethral catheterization. *Advances in Urology*. 2009; Article ID 591204.
23. Jahn P, Preuss M, Kernig A, Langer G, Seifert-Huehmer, A. Types of indwelling urinary catheters for long-term bladder drainage in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2007; (3). [acesso em 2010 set 27]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1442-2042.2008.02075.x/pdf>
24. Phipps S, Lim YN, McClinton S, Barry C, Rane A, N'Dow JMO. Short term urinary catheter policies following urogenital surgery in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2006; (2). [acesso em 2010 set 27]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1442-2042.2008.02075.x/pdf>
25. Sèze M, Ruffion A, Denys P, Joseph PA, Perrouin-Verbr BM, Ruffion A et al. The neurogenic bladder in multiple sclerosis: review of the literature and proposal of management guidelines. *Mult Scler*. 2007; 13(7): 915-28. [acesso em 2010 Set 27]. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=21&sid=25b1443d-b5e0-4945-92df-a6344b98bce0%40sessionmgr13&vid=4>
26. Kumar V, Abbas AK, Fausto N. *Robbins & Cotran: patologia bases patológicas das doenças*. 7ª. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005. p. 1093-102.
27. Souza ACS, Tipple AFV, Barbosa JM, Pereira MS, Barreto RASS. Cateterismo urinário: conhecimento e adesão ao controle de infecção pelos profissionais de enfermagem. *Rev Eletr Enf*. 2007; 9(3):724-35. [acesso em 2010 dez 17]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a12.htm>
28. Smeltzer SC, Bare BG. *Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico cirúrgica*. 10ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 1582-95.
29. Senese V, Hendricks MB, Morrison M, Harris J. Clinical practice guidelines. Care of the patient with an indwelling catheter. *Urol Nurs*. 2006; 26(1):80-1.
30. Potter PA, Perry AG. *Fundamentos de enfermagem*. 5ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004. p. 1204-7.

Recebido em: 10/10/2010

Aceite em: 21/10/2010

O PROCESSO HISTÓRICO DO ATO DE CUIDAR CONTEXTUALIZANDO A EDUCAÇÃO PARA SAÚDE

THE HISTORICAL PROCESS OF CARING FOR CONTEXTUALIZING THE EDUCATION FOR HEALTH

EL PROCESO HISTÓRICO DE LA ATENCIÓN A LA CONTEXTUALIZACIÓN DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Marília Ferranti Marques Scorzoni*, Camila Ferreira Gomes*, Sonia Maria Villela Bueno**

Resumo

Trata-se de um estudo bibliográfico que resgata, ainda que de forma simplista, a evolução histórica do processo de cuidar, cujo objetivo foi relatar a abordagem histórica das práticas de saúde e a profissionalização da enfermagem no Brasil. Ao considerar as transformações e demandas sociais neste sentido, pode observar-se o desenvolvimento das atividades profissionais através das interfaces do cuidar, a princípio relacionado ao curar e, posteriormente, referindo-se ao prevenir e promover, vinculando-se, então, à educação para a Saúde.

Palavras-chave: Educação para saúde. História da enfermagem. Profissionalização da enfermagem.

Abstract

It is a bibliographical study that rescues, albeit simplistic, the historical evolution of the care process, whose objective was to report the historical approach of health practices and professionalization of nursing in Brazil. In considering the transformations and social demands in this sense, it can be seen the development of professional activities across interfaces of care, the principle related to cure and then referring to prevent binding and promote yourself, then, education for health.

Keywords: Health education. Nursing history. Nursing professionalization.

Resumen

Se trata de un estudio bibliográfico que rescata, aunque simplista, la evolución histórica del proceso de atención, cuyo objetivo es presentar el enfoque histórico de las prácticas de la salud y la profesionalización de la enfermería en Brasil. Al considerar las transformaciones y las demandas sociales en este sentido, se puede observar el desarrollo de actividades profesionales a través de interfaces de la atención, el principio relacionado con la curación y, a continuación se refiere a evitar que se pegue y promoverse, entonces, la educación para la salud.

Palabras clave: Educación para la salud. Historia de la enfermería. Profesionalización de la enfermería.

* Professoras especialistas, alunas especiais de mestrado, membros efetivos do Grupo de Pesquisas CAESOS (Centro Avançado de Educação para Saúde e Orientação Sexual) CAESOS-EERP/USP. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Contatos: mscorzoni@zipmail.com.br/ milafg@uol.com.br.

** Professora. Doutora. Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Presidente do Grupo de Pesquisas CAESOS-EERP/USP. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP.

INTRODUÇÃO

A história da enfermagem, desde a época medieval, sempre esteve ligada à assistência em saúde onde o papel do enfermeiro era cumprido informalmente através do cuidar.

Em seus primórdios, a enfermagem como prática de saúde consistia em ações que garantiam ao homem a manutenção da sua sobrevivência, estando em sua origem, associada ao trabalho feminino com base em experiências, conhecimentos, na observação de reações das doenças e seus remédios¹.

O conhecimento que fundamenta a ciência da enfermagem pode ser compreendido na arte de cuidar, responsável pela promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos inserido numa determinada comunidade, cuja especificidade é o cuidado ao ser humano de modo integral, atentando, portanto, aos aspectos biopsicossocial e espiritual.

A profissionalização da enfermagem surgiu, portanto, através da evolução das práticas de saúde que se desenvolveram no decorrer dos períodos históricos com abordagens específicas². Atualmente caminha acompanhando o desenvolvimento tecnológico e científico e ético-moral, preconizado pelo modelo educacional e humanístico.

OBJETIVO

O objetivo deste estudo foi relatar o processo histórico do ato de cuidar, através da evolução das práticas de saúde, primeiramente relacionadas com o prevenir e, posteriormente, preocupadas com o promover, vinculando-se, então à educação para a saúde.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório realizado através de uma breve reflexão por meio de uma revisão bibliográfica. Para o cumprimento do objetivo foi realizado um levantamento sistematizado em artigos, livros e periódicos que abordavam a temática. A síntese do trabalho possibilitou apresentar o conteúdo desde a história da enfermagem ao contexto atual das práticas de cuidar.

Breve histórico e contextualização das práticas de saúde

As primeiras práticas de saúde foram as denominadas intuitivas, relacionadas ao cuidar entre os

grupos nômades, constituindo as primeiras formas de prestação da assistência de cunho evolucionista e teológico. Esse cuidar estava relacionado ao trabalho feminino, mas, com o evoluir dos tempos observou-se que o conhecimento dos meios de cura resultava em poder. Dessa forma, o ser humano aliou este conhecimento ao misticismo, fortaleceu tal poder e apoderou-se dele¹.

Posteriormente, por meio das práticas de saúde mágico-sacerdotais que abordavam a relação mística do cuidar, o cuidado foi associando as práticas de saúde e às práticas religiosas desenvolvidas pelos religiosos nos templos, cujo funcionamento dava-se simultaneamente em santuários e escolas, onde os conceitos de saúde eram ensinados¹.

Estas práticas permaneceram por muitos séculos e, então, começaram a se desenvolver escolas específicas para o ensino da arte de curar no sul da Itália e na Sicília. Nesse tempo, o ensino era vinculado à orientação da filosofia e das artes, e as práticas de saúde estavam relacionadas ao progresso da ciência, baseando-se, essencialmente, nas experiências e nas relações de causa e efeito para as doenças, fundamentadas na investigação livre e na observação dos fenômenos, limitadas, entretanto, pela ausência quase total de conhecimentos anatomofisiológicos^{1,2}.

A enfermagem surge, então, como prática leiga, desenvolvida por religiosos, e abrange o período medieval compreendido entre os séculos V e XIII, quando as práticas de saúde passaram a sofrer a influência dos fatores socioeconômicos e políticos³.

O período monástico-medieval deixou como legado uma série de valores que, com o passar dos tempos, foram, aos poucos, legitimados e aceitos pela sociedade como características inerentes à enfermagem. A abnegação, o espírito de serviço, a obediência e outros atributos que dão à enfermagem, não uma conotação puramente de prática profissional, mas de sacerdócio³.

Com o progresso da ciência nos séculos XVII e XVIII, cresceram os recursos profissionais na área da cura, evidenciando-se a evolução das ações de saúde e do exercício da enfermagem³.

Este tipo de prática permaneceu, durante muito tempo, restrita aos hospitais religiosos, mantendo-se com

um caráter empírico e desarticulado. Sob exploração deliberada, era considerada um serviço doméstico e negligenciada como atividade profissional¹.

A enfermagem como prática profissional institucionalizada surge após a revolução industrial, com o capitalismo, e se propaga pelo mundo a partir da Inglaterra³.

As práticas de saúde profissionais tiveram como precursora Florence Nightingale que atuou na assistência à saúde dos feridos na Guerra da Criméia ocorrida de 1853 a 1856³.

No Brasil, a organização da enfermagem inicia-se no período colonial com os jesuítas, estendendo-se até o final do século XIX. Durante esse período, as práticas de saúde e o cuidado eram realizados pelos Jesuítas, com auxílio dos escravos, por meio de terapêuticas a base de ervas medicinais⁴.

Durante o império, um nome importante a ser citado é o de Ana Nery, brasileira voluntária a prestar auxílio aos feridos na guerra do Paraguai, cujo intuito era não se afastar de seus filhos que lá prestavam serviço militar. Foi incansável em sua atuação, rompendo com o paradigma da época, no qual as mulheres desempenhavam apenas função doméstica¹.

Ao final do século XIX, a concentração populacional em centros urbanos, como São Paulo e Rio de Janeiro, favoreceu a rápida propagação de doenças infecto-contagiosas, e a questão da saúde passou, então, a constituir um problema econômico-social⁴.

Com o objetivo de evitar que a situação se agravasse progressivamente, o governo assumiu a assistência à saúde, por meio da criação de serviços públicos de vigilância e controle sanitário^{4,5}.

Dentro desse contexto, a formação dos profissionais de enfermagem que antes se restringia ao atendimento em hospitais militares e civis, ganhou novo enfoque com atividades voltadas à saúde pública^{1,6}.

Observa-se que as práticas de saúde já não se restringiam apenas ao ato de curar. Inicia-se a preocupação com a prevenção de doenças, ou seja, com a promoção da saúde. No Brasil, desde o início da organização do sistema de saúde, muito se tem falado sobre a necessidade de promover melhorias qualitativas

e quantitativas dos recursos humanos responsáveis pelas ações da saúde⁷.

A partir de 1900, com a contratação de enfermeiras pelo Departamento de Saúde Pública, criaram-se trabalhos de educação sanitária nos setores de profilaxia da tuberculose e higiene infantil, higiene pré-natal e visitação aos portadores de doenças sexualmente transmissíveis².

Contudo, a formação profissional de enfermeiros e enfermeiras efetivou-se no Rio de Janeiro, junto ao Hospital Nacional de Alienados do Ministério dos Negócios do Interior. Esta escola, que é de fato a primeira escola de Enfermagem brasileira, foi criada pelo Decreto Federal nº. 791, de 27 de setembro de 1890, e denomina-se hoje Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, pertencendo à Universidade do Rio de Janeiro (UNI-RIO)¹.

A partir de então, surgiram muitos cursos de enfermagem, propiciando aos estudantes conhecimentos de biologia e saúde, como anatomia, fisiologia, microbiologia, dentre outras disciplinas, e de ciências sociais e humanas, como sociologia, psicologia e educação. Conhecimentos específicos como fundamentos de enfermagem, assistência específica de enfermagem ao idoso, ao recém nascido, às mulheres, entre outros, fazem parte, atualmente, do currículo na graduação em enfermagem³.

A evolução histórica permite entender que as transformações sociais acompanham o desenvolvimento e exigem um diálogo com as propostas pedagógicas, havendo atualmente a necessidade que os mediadores assumam o processo de formação do profissional da saúde, estruturando cenários de aprendizagem mais significativos e problematizadores da prática profissional^{8,9,10}.

A partir dessa trajetória, conhecimentos, habilidades, aptidões e atitudes, além de competências gerais, são exigidos atualmente no exercício da enfermagem. O cuidado, atualmente sob a perspectiva da educação, desenvolve-se através de uma abordagem humanística. As tendências na área da educação em enfermagem decorrem de uma nova realidade que vive dos movimentos sociais e dos novos paradigmas, que se impõem integrando novos tipos de conhecimentos e atitudes¹¹.

Acompanhando essa trajetória evolutiva, observa-se como essencial à enfermagem, a construção de olhares que articulem novos e diferentes saberes e experiências, cuja base central contemple a triangulação entre ensino, aprendizagem e assistência. Esse processo é fundamental ao exercício da enfermagem humanizada que deverá ser desenvolvido, não somente por meio da integralidade, mas por ações inovadoras^{11,12}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A enfermagem é vista atualmente como uma profissão, cuja formação deve ir além de conhecimentos técnicos e científicos, envolvendo dimensões holísticas que salientem a integralidade do ser humano através de abordagens críticas e reflexivas. Assim sendo, é indispensável que se promovam mudanças no perfil do enfermeiro, adequando o currículo e a prática pedagógica à evolução e às necessidades reais da população humana.

Ressalta-se que essa "ideia curativa e não preventiva", ou seja, de preocupação com doença e não com a saúde, que caracterizou a enfermagem em seus

primórdios, não deixou de existir e ainda prevalece, apesar de inúmeros esforços a fim de romper com esse paradigma.

Para que ocorram modificações, a prática profissional deve promover mudanças que possam refletir no seu destino final, caracterizado pela qualidade da assistência aos seres humanos. É necessário progredir, tanto na área de organização dos serviços hospitalares, quanto avançar no campo da educação e da ética.

A transição da formação baseada na qualificação profissional para a formação centrada na competência é uma decorrência reflexiva e uma necessidade produtiva atual.

Neste contexto, novas questões estão sendo colocadas para a educação e a formação dos profissionais de enfermagem. É preciso formar enfermeiros com características e requisitos intelectuais básicos, tais como iniciativa, autonomia, capacidade de resolução de problemas e que possam atuar como sujeitos sociais comprometidos com a integralidade e a intervenção, capazes de inovar as ações no campo do cuidado, com competência motivadora e humanizada.

REFERÊNCIAS

1. Alcântara G. O ensino de ética e história da enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 1966; 19(4):393-402.
2. Almeida MCP, Rocha JSY. O saber de enfermagem e sua dimensão prática. 2ª. ed. São Paulo: Cortez; 1989.
3. Bueno SMV. Enfermeiro professor da educação profissional. Ribeirão Preto: FIERP; 2009.
4. Conselho Regional de Enfermagem São Paulo. Desenvolvimento da educação em enfermagem no Brasil (século XIX). São Paulo, jul. 2005. [acesso em 2010 maio 17]. Disponível em: <http://corensp.org.br/072005/>.
5. Di Lascio CMS. O ensino da história na formação do enfermeiro. *Rev Bras Enferm.* 1985; 38(2):126-37.
6. Geovanini T et al. História da enfermagem: versões e Interpretações. Rio de Janeiro: Revinter; 1995.
7. Potter PA, Perry AG. *Fundamentals of nursing: concepts, process, and practice.* 2.ed. St. Louis: Mosby; 1989.
8. Salomão GSM, Azevedo RCS. Produção bibliográfica sobre o processo de enfermagem Análise da produção bibliográfica sobre o processo de enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 2009; 22(5):691-5.
9. Brew A, Boud D. Preparing for new academic role: an holistic approach to development. *International Journal of Academic Development*, 1998; 1(2):17-25.
10. Harden RM, Crosby J. The good teacher is more than a lecturer: the twelve roles of the teacher, 2000; 22 (4):334-47.
11. Waldow VR. Reflexões sobre educação em enfermagem: ênfase em um ensino centrado no cuidado. *Revista Mundo da Saúde* 2009; 33 (2):182-8.
12. Silva KL, Sena RR. Integralidade no cuidado em saúde: indicativos a partir da formação do enfermeiro. *Rev Esc Enferm USP.* 2008; 42(1):48-56.

Recebido em: 12/09/2010

Aceite em: 06/11/2010

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(emos) 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 preservados 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 abaixo 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

Abood 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 - Higienópolis - CATANDUVA - SP