

# Nursing

edição brasileira



[www.revistanursing.com.br](http://www.revistanursing.com.br)

ANO 21 • EDIÇÃO 236  
JANEIRO 2018

Fatores de risco para defeito de fechamento de tubo neural: caracterização de uma população

Assistência de enfermagem ao paciente grande queimado submetido à sedação e analgesia: uma revisão de literatura

Ética e educação em enfermagem: uma revisão da literatura

Perfil epidemiológico das infecções hospitalares na unidade de terapia intensiva de um hospital terciário



Processo de enfermagem ao binômio idoso hospitalizado/acompanhante utilizando a CIPE®: estudo de caso

Relações e subjetividades do viver com HIV/aids: relatos de um grupo de adolescentes



9 771415 826004



# ENFERMAGEM SÃO CAMILO

## CURSO TÉCNICO | GRADUAÇÃO

### PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU

- Auditoria em Enfermagem
- Enfermagem do Trabalho
- Enfermagem em Centro Cirúrgico, Centro de Material e Esterilização e Recuperação Anestésica
- Enfermagem em Emergência Adulto e Pediátrica
- Enfermagem em Estomaterapia
- Enfermagem em Terapia Intensiva Adulto
- Enfermagem Obstétrica
- Enfermagem Pediátrica em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Centro Cirúrgico (CC)
- Gerenciamento e Liderança em Enfermagem

### PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU

- Mestrado Profissional em Enfermagem

[saocamilo-sp.br](http://saocamilo-sp.br) | 0300 017 8585

   YouTube | [saocamilosp](https://www.saocamilosp.com.br)



CENTRO UNIVERSITÁRIO  
SÃO CAMILO

**Revista Científica de Enfermagem**

EDITORA MPM COMUNICAÇÃO

**PUBLISHER**

Maria Aparecida dos Santos  
maria.aparecida@mpmcomunicacao.com.br

**EVENTOS**

atendimento@mpmcomunicacao.com.br

**ENVIO DE ARTIGOS**

artigo@mpmcomunicacao.com.br

**ATENDIMENTO AO ASSINANTE**

atendimento@mpmcomunicacao.com.br

**ASSINATURAS**

assinaturas@mpmcomunicacao.com.br | (11) 4152-1879

**IMPRESSÃO**

Brasilform Ltda

A edição brasileira da **Revista Nursing**, criada em julho de 1998 e atualmente publicada pela editora MPM Comunicação Ltda., é uma publicação mensal destinada à divulgação de conhecimento científico na área da Enfermagem. Tem como finalidade contribuir com a construção do saber dos profissionais deste campo por meio de divulgação de conteúdos científicos.

[www.revistanursing.com.br](http://www.revistanursing.com.br)

**INDEXAÇÃO:** Banco de Dados de Enfermagem: Lilacs, Bdenf, Cuiden, Cabi e Global Health

**ENDEREÇOS**

**Editora MPM Comunicação**

Av. Dr. Yojiro Takaoka, 4384, Sala 705, Conjunto 5209 - Alphaville - Santana do Parnaíba - CEP: 06541-038

**Periodicidade:** mensal | **Tiragem:** 20 mil exemplares

Impresso no Brasil por: Brasilform Ltda / Ano 21 / R\$880,00

O número no qual se inicia a assinatura corresponde ao mês seguinte ao do recebimento do pedido de assinatura em nossos escritórios.

Acesse: [www.revistanursing.com.br](http://www.revistanursing.com.br)



**Conselho Científico da Edição Brasileira**

**Prof.ª Dra. Ana Lúcia Queiroz Bezerra**  
Professora associada da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/UFMS. Pós-doutorado em Enfermagem

**Prof.ª Dra. Ana Claudia Puggina**  
Universidade de Guarulhos

**Prof. Dr. David Lopes Neto**  
Professor Associado da Escola de Enfermagem de Manaus (UFAM). Doutor em Enfermagem pela UFC. Pós-Doutor em Enfermagem pela UFS.

**Prof.ª Dra. Dorisdaia Carvalho de Humerez**  
Prof.ª Adjunta Doutora da UNIFESP (1986-2000). Conselheira Federal do Conselho Federal de Enfermagem (2015-2018). Doutorado em Enfermagem pela USP. Atuação na área de Saúde Mental e Educação Superior

**Prof.ª Dra. Isabel Cristina Kowal Olm Cunha**  
Professora Livre Docente Associada do Departamento de Administração e Saúde Coletiva da Escola Paulista de Enfermagem da Unifesp. Graduação pela Faculdade Adventista de Enfermagem. Especialização em Administração Hospitalar. Mestrado em Enfermagem e Doutorado em Saúde Pública pela USP

**Prof.ª Dra. Luciane Lúcio Pereira**  
Enfermeira especializada em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde pela Fundação Getúlio Vargas de São Paulo, Mestrado em Enfermagem pela Universidade de São Paulo e Doutorado em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Pró-reitora de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão da Universidade de Santo Amaro, docente do Programa de Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade de Santo Amaro, docente colaboradora da Universidade Católica Portuguesa.

**Dra. Luiza Watanabe Dal ben**  
Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Brasil(2005) Atua desde 1992 na área de assistência domiciliar.

**Prof.ª Dra. Margarida Maria da Silva Vieira**  
Professora associada e diretora regional do Instituto de Ciências da Saúde (Porto) da Universidade Católica Portuguesa. Especialista em Enfermagem Pediátrica. Mestre em Ciências de Enfermagem. Doutora em Filosofia

**Prof.ª Dra. Maria Aparecida Munhoz Gaiva**  
Professora do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Mato Grosso. Doutora em Enfermagem em Saúde Pública pela EERP e pós-doutorado pela escola de Enfermagem da USP

**Prof.ª Dra. Maria Auxiliadora de Souza Gerk**  
Professora associada e docente permanente do Mestrado Acadêmico em Enfermagem da UFMS. Doutorado em Ciências pela UNIFESP/EPM

**Prof.ª Marluce Maria Araújo Assis**  
Professora Titular do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana. Doutorado em Enfermagem. Pós-doutorado em Saúde Pública na Escuela Andaluza de Salud Pública em Granada, Espanha

**Prof.ª Dra. Mirna Frota**  
Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Pós-doutorado no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Professora titular na Universidade de Fortaleza na graduação em Enfermagem e Pós-graduação em Saúde Coletiva

**Prof.ª Dra. Sandra Cristine da Silva**  
Gerente de Qualidade do Hospital Sírio Libanês

**Prof.ª Sandra Arantes**  
Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

**Prof. Dr. Sérgio Luis Alves de Moraes Júnior**  
Doutorado em Biotecnologia. Mestrado em Reabilitação. Especializações em Urgência e Emergência, U.T.I e Saúde Pública. Graduação em Enfermagem. Professor nas universidades Anhanguera de São Paulo e Nove de Julho (UNINOVE) nos cursos de graduação e pós-graduação.

O conselho da revista Nursing é independente, não apresentando, desta forma, conflitos de interesse de nenhuma espécie com o conhecimento científico veiculado.

**Crédito das fotos de capa:**

Imagens ilustrativas: Dreamstime

**Propriedades e direitos**

Direitos de autor: todos os artigos, desenhos e fotografias estão sob a proteção do Código de Direitos de Autor e não podem ser total ou parcialmente reproduzidos sem permissão prévia, por escrito, da empresa editora da revista. A Nursing envidará todos os esforços para que o material mantenha total fidelidade ao original, pelo que não pode ser responsabilizada por erros gráficos surgidos. As opiniões expressas em artigos assinados não correspondem necessariamente à opinião dos editores.

Editorial .....	2004
Notícias .....	2005
Vitrine .....	2009
Agenda .....	2005
Entrevista .....	2010

## Artigos científicos

Fatores de risco para defeito de fechamento de tubo neural: caracterização de uma população Risk factors for closing defect of neural tube: characterization of a population Factores de riesgo para defecto de cierre del tubo neural: caracterización de la población <i>Vanessa Rossato Gomes e Anelise Riedel Abrahão</i> .....	2014
Assistência de enfermagem ao paciente grande queimado submetido à sedação e analgesia: uma revisão de literatura Nursing care to the big, burnt patient submitted to sedation and analgesia: a literature review Atención de enfermería al paciente grande quemado sometido a sedación y analgesia: una revisión de la literatura <i>Lolita Dopico da Silva, Danielle de Mendonça Henrique, Priscilla Germano Maia, Anna Carolina Linhares de Almeida, Neide Miranda do Nascimento, Priscila Paula Gomes e Rafael de Araújo Bazílio</i> .....	2021
Relações e subjetividades do viver com HIV/aids: relatos de um grupo de adolescentes Relations and subjectivities of living with HIV/AIDS: stories from a group of teenagers Relaciones y subjetividades del vivir con el VIH/SIDA: relatos de un grupo de adolescentes <i>Carlíene Bezerra da Costa, Simara Moreira Macedo, Manuela de Mendonça Figueirêdo Coelho e Karla Corrêa Lima Miranda</i> .....	2027
Ética e educação em enfermagem: uma revisão da literatura Ethics and nursing education: a literature review Ética y educación en enfermería: una revisión de la literatura <i>Cristina Ranuzi, Débora Vieira de Almeida e Álvaro da Silva Santos</i> .....	2032
Perfil epidemiológico das infecções hospitalares na unidade de terapia intensiva de um hospital terciário Epidemiological profile of hospital infections in the intensive care unit of a tertiary hospital Perfil epidemiológico de las infecciones hospitalarias en la unidad de cuidados intensivos de un hospital terciario <i>Ana Flávia Michelin e Márcia Regina Campos Costa da Fonseca</i> .....	2037
Processo de enfermagem ao binômio idoso hospitalizado/acompanhante utilizando a CIPE®: estudo de caso Nursing process to the binomial hospitalized elderly/accompanying person using CIPE®: Case Study Proceso de enfermería al binomio anciano hospitalizado/acompañante usando CIPE®: Estudio de caso <i>Fabíola de Araújo Leite Medeiros, Maria Miriam Lima da Nóbrega e Marta Mirian Lopes Costa</i> .....	2042

# NAS FERIDAS



## Acelerando a cicatrização



Desenvolvido para atuar nas 3 fases da cicatrização<sup>1</sup> (inflamatória, proliferativa e remodeladora), acelerando o processo de reparação tecidual em feridas complexas.

HYALUDERMIN® - ácido hialurônico - Creme. **INDICAÇÕES:** Hyaludermín® é um creme cicatrizante. É indicado para situações em que é necessário acelerar o processo de recuperação da pele, como acontece em casos de feridas de várias causas, como cortes, arranhões, queimaduras, esfolamentos e outros tipos de ferimentos. Nesse caso, também é útil no tratamento de feridas de solução mais complexa, tais como: úlceras de decúbito (escaras), úlceras de origem vascular (associada a varizes ou insuficiência arterial) e úlceras crônicas em pacientes diabéticos. **CONTRAINDICAÇÕES:** o produto é contraindicado em pacientes com história de hipersensibilidade a qualquer um dos seus componentes. **POSOLOGIA:** realizar 1 a 3 aplicações tópicas ao dia, até que se obtenha a resolução total da lesão. **REAÇÕES ADVERSAS:** é possível a ocorrência de fenômenos de sensibilização. Todavia sua frequência ainda não está bem estabelecida. **ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES:** aconselha-se assepsia rigorosa antes de cada aplicação tópica. O uso do produto, quando prolongado, pode dar origem a fenômenos de sensibilização. Na ocorrência de qualquer reação desagradável, é necessário interromper o tratamento e procurar orientação médica. Categoria de risco "B" na gravidez; ou seja, os estudos em animais não demonstraram risco fetal, mas não há estudos controlados em mulheres grávidas. **APRESENTAÇÕES:** creme contendo 2 mg de ácido hialurônico (sal sódico) por grama. Embalagens contendo: bisnaga com 10 g ou bisnaga com 30 g.

Reg. MS nº 1.0341.0053 - VENDA SEMPRESCRIÇÃO MÉDICA

**SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.**

HYALUDERMIN® É UM MEDICAMENTO. SEU USO PODE TRAZER RISCOS. PROCURE O MÉDICO E O FARMACÊUTICO. LEIA A BULA.



**trb pharma**  
Ciência e Saúde como Princípio

**Referência Bibliográfica:** 1. Frenkel JS. The role of hyaluronan in wound healing. *Int Wound J*, 11(2): 159-163, 2012.

TRB PHARMA INDÚSTRIA QUÍMICA E FARMACÊUTICA LTDA.

Av. Giuseppina Vianelli Di Napoli, 1100 - Barão Geraldo - Polo II de Alta Tecnologia - Campinas - SP - CEP 13086-903  
Tel: (19) 3787.3000 - Fax: (19) 3249.0102 - trb@trbpharma.com.br - www.trbpharma.com.br - CNPJ: 61.455.192/0001-15

**SAC** SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO CONSUMIDOR  
**0800-105588**  
SAC@TRBPHARMA.COM.BR

# A participação da família no contexto das instituições de saúde brasileiras

**A**s políticas públicas brasileiras têm reforçado que o acolhimento do usuário é uma ação tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social por meio de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde<sup>1</sup>.

Ao reconhecer a participação da família no processo assistencial estamos promovendo a segurança do paciente, o *empowerment* da família, sua satisfação com o serviço de saúde e traduzindo na prática o compromisso moral do enfermeiro com o sofrimento do outro e com a busca de uma filosofia de cuidado que modifique a prática dos profissionais de saúde incorporando a família como unidade de cuidado.

O Modelo de Cuidado Centrado no Paciente e Família vem sendo preconizado como ideal por pesquisadores em todo o mundo, para ser aplicado por profissionais da área de saúde no cuidado aos pacientes e suas famílias, nas mais diversas instituições de atendimento à saúde.

Neste Modelo, a família é considerada central e constante na vida de recém-nascidos, crianças, adolescentes, adultos e idosos, pois é sua fonte primária de força e suporte. Desta forma, sua individualidade e diversidade são reconhecidas e suas competências reforçadas. Os profissionais devem encorajar o desenvolvimento de um relacionamento verdadeiramente colaborativo entre família e equipe de saúde, facilitando o suporte entre família e a rede de trabalho.

Essa filosofia, integra o respeito, a flexibilidade, autonomia, escolha, informação, colaboração e apoio em todos os níveis de prestação de serviço<sup>2</sup>.



No Brasil, apesar das mudanças ocorridas nas instituições de saúde quanto à humanização do cuidado, ainda observa-se que a atenção à família é limitada, as informações estão voltadas para as normas e rotinas institucionais, situação clínica do paciente, sem que haja preocupação com os aspectos emocionais que envolvem a internação de um familiar, destituindo-lhe do direito da participação em todo o processo assistencial.

O desafio colocado para nós profissionais de saúde é como negociar a participação da família nos espaços de cuidado, garantindo que pacientes e famílias sejam encorajados e apoiados a participarem do cuidado e da tomada de decisão, escolhendo seu nível de atuação. Isto requer uma mudança na filosofia institucional e uma capacitação dos recursos humanos para a efetivação desta prática, assentada “em valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de co-responsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão”<sup>1</sup>.

A Revista Nursing tem contribuído para a disseminação de conhecimentos que possibilita subsídios ao profissional de saúde transpor o modelo paternalístico de tomada de decisão presente na prática de saúde brasileira para uma ética de autonomia compartilhada.

**Maria Magda Ferreira Gomes Balieiro**  
**Professora Doutora da Disciplina**  
**de Saúde Neonatal do Departamento**  
**de Enfermagem Pediátrica,**  
**Escola Paulista de Enfermagem,**  
**Universidade Federal de São Paulo**  
**e Membro do Conselho Editorial**  
**da Revista Nursing**

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
2. Institute For Family-Centered Care. Partnering with patients and families to design a patient- and family-centered health care system: recommendations and promising practices. 2008. Disponível on line em: <http://www.ipfcc.org/> Acessado em 01 de outubro de 2012.

EVENTO	DATA	LOCAL	INFORMAÇÕES
Congresso de Desenvolvimento Profissional em Enfermagem	03 a 04 de abril	Santo Amaro/SP	E-mail: condepe@transamerica.com.br Telefone: (11) 5643-3035
I Simpósio de Abordagem Integrada Obstétrica e Neonatal	13 a 14 de abril	São Paulo/SP	Telefone: (11) 2151-1001
IV Simpósio Nordeste de Estomaterapia	24 a 26 de maio	Teresina/PI	Telefone: (11) 3081-0659
4º Congresso Internacional de Saúde do Ipleiria - Portugal	11 a 12 e maio	Leiria - Portugal	E-mail: health@ipleiria.pt Telefone: (+351) 244 845 300 Fax: (+351) 244 845 300

## O Grupo Salzmann AG St. Gallen vende sua divisão de compressão ao consórcio internacional de empresas Lohmann & Rauscher (L&R)

**O Grupo Salzmann AG St. Gallen transfere assim toda a sua tradição nas áreas de desenvolvimento de terapia de compressão medicinal, que compõe também a Venosan Brasil entre outras empresas, para o consórcio de empresas L&R**

A certado para o primeiro dia de 2018, o negócio envolve o controle acionário da empresa Suíça SWISSLASTIC AG ST. GALLEN e participações majoritárias nas empresas Venosan Brasil Ltda, Venosan China Ltd e Venosan Canada Inc que passam agora a fazer parte do Grupo Austro-Germânico Lohmann & Rauscher (L&R), especializado na fabricação e distribuição de dispositivos médicos e produtos hospitalares. Dessa forma, o grupo Salzmann AG St. Gallen transfere todo o conhecimento, produção e entrega dos produtos para a terapia de compressão medicinal ao consórcio de empresas L&R, que atua em todo o mundo.

Além da SWISSLASTIC AG ST. GALLEN, especializada no desenvolvimento e fabricação de meias compressivas, fibras elásticas, e aparelhos de medição de compressão, a L&R irá ainda assumir a participação do Grupo Salzmann AG St. Gallen nas empresas Venosan (Dalian) Medical Stocking Co. Ltd., China, Venosan Canada Inc. e adquirir a participação majoritária na empresa Venosan Brasil Ltda, grupos esses responsáveis pela produção e pela distribuição de meias compressivas nos seus respectivos mercado.

**Fonte: PRNewswire**

## Ministério da Saúde reconhece farmacêuticos como profissionais da saúde

O Ministério da Saúde anunciou no início do ano, duas medidas que visam melhorar a qualidade e o acompanhamento dos serviços farmacêuticos oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A primeira é a inclusão do profissional farmacêutico no código de identificação do SUS, reconhecendo-os como profissionais da saúde. Com isso os farmacêuticos terão melhores condições para acompanhar os tratamentos oferecidos pelo sistema, de forma a checar se a dosagem dos medicamentos está correta e se os resultados estão dentro do esperado.

A outra medida anunciada, durante a reunião plenária do Conselho Federal de Farmácia, foi o lançamento do projeto-piloto do Programa de Cuidados Farmacêuticos, que beneficiará pacientes portadores de hepatite e artrite reumatóide com orientações e acompanhamento sobre o uso racional de medicamentos. A expectativa é que além de se evitar os riscos de falhas no tratamento por conta do uso inadequado de medicamentos, o governo consiga economizar nos gastos com ações voltadas à



Foto: ilustrativa/CanStockPhoto

saúde. O projeto-piloto será implementado inicialmente em São Paulo, na Bahia e no Distrito Federal. Até o final do ano será estendido a outros sete estados.

Fonte: Ministério da Saúde

## Embrapii, CQMED, Aché e Eurofarma se unem para desenvolvimento de novos medicamentos anti-infecciosos e contra o câncer

A Unidade Embrapii Cqmed/Unicamp (Centro de Química Medicinal de Inovação Aberta), credenciada à Empresa Brasileira de Pesquisa e Inovação Industrial (Embrapii), o Aché Laboratórios e a Eurofarma Laboratórios se unem para a viabilização de projeto inédito para desenvolvimento de novos anti-infecciosos e oncológicos.

Pela primeira vez no Brasil, as pesquisas serão baseadas no chamado modelo de inovação aberta, ou seja, todo o conhecimento adquirido será de domínio público e poderá ser utilizado na identificação e desenvolvimento de moléculas patenteáveis após determinada fase dos estudos.

O projeto, com investimento inicial de R\$ 8,4 milhões, visa à pesquisa de novas moléculas para o

desenvolvimento de agentes anti-infecciosos, como antibióticos e anti-parasitários, além de medicamentos voltados ao tratamento de câncer. Cada farmacêutica investirá R\$ 400 mil por ano, ao longo dos próximos seis anos. A Embrapii financiará R\$ 1,8 milhão por empresa com recursos não reembolsáveis, ou seja, sem a necessidade de devolução do montante.

A pesquisa aberta segue a linha do bem-sucedido modelo internacional Structural Genomics Consortium (SGC), uma parceria público-privada, sem fins lucrativos, que desenvolve estudo básico e apoia a descoberta de novos medicamentos, em um modelo que não produz patentes e permite acesso irrestrito a seus resultados.

Fonte: Saúde Digital

## O Supremo Tribunal Federal manda plano de saúde reembolsar SUS por atendimento na rede pública

Planos de saúde estão obrigados a reembolsar o Sistema Único de Saúde (SUS) todas as vezes que seus usuários forem atendidos na rede pública. O Supremo Tribunal Federal (STF) decidiu ontem por unanimidade que a regra, prevista na lei que regulamenta a saúde suplementar, é constitucional, colocando fim a um impasse que já durava quase 20 anos. Segundo o Ministério da Saúde, os valores questionados na Justiça chegam a R\$ 5,6 bilhões.

A decisão traz impacto não apenas para os cofres do Sistema Único de Saúde, mas também para aqueles que contratam os planos, na esperança de ter um atendimento que escolheram. “Ao declarar constitucional a cobrança, o STF inibe uma prática muito comum de planos de saúde que é empurrar seus clientes para o atendimento no SUS”, avalia o professor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Fmusp), Mário Scheffer.

A lei que regulamenta os planos de saúde entrou em vigor em 1998. Naquele mesmo ano, a Confederação Nacional de Saúde-Hospitais, Estabelecimentos e Serviços ingressou com ação, contestando o ressarcimento. Uma liminar foi concedida em 2003, impedindo que a cobrança fosse retroativa à norma. Tal entendimento foi mantido na decisão do STF. “Como o plenário já assentou, a vida democrática pressupõe segurança ju-

rídica. É impróprio interferir nas relações contratuais”, afirmou o relator da ação, ministro Marco Aurélio Mello.

Embora a permissão da cobrança do reembolso já estivesse em prática, restava ainda a esperança das operadoras de que a regra fosse derrubada pelo STF.

Além de acompanhamento deficiente, a cobrança, feita pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), até 2015 era parcial. Era pedido o reembolso só de internações hospitalares. Procedimentos ambulatoriais (como hemodiálises), muitas vezes caros, não entravam nessa conta. Com a decisão do STF, fica claro que a cobrança é universal. Vale para todos os atendimentos feitos pelo SUS a usuários de planos, desde que no contrato tenha sido prevista tal cobertura.

“É justo que haja ressarcimento”, disse o ministro da Saúde, Ricardo Barros, ao Estado. Para ele, a decisão poderá trazer um reforço para os cofres públicos. O ministro lembrou não ser raro o SUS prestar atendimento a pessoas que têm planos de saúde e, depois de feita a cobrança, operadoras questionarem na Justiça os valores cobrados. “Pelos cálculos, há R\$ 5,6 bilhões em cobranças que ainda estão sendo avaliadas pela Justiça”, disse o ministro.

Fonte: Cofen

## Semana da Enfermagem 2018 abordará a saúde como direito humano

O tema da Semana da Enfermagem, celebrada anualmente entre os dias 12 e 20 de maio, será “Enfermagem – Uma voz para liderar – A saúde é um direito humano”. Ele seguirá a proposta definida pelo Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), que neste ano terá como base a campanha do Conselho Internacional de Enfermeiros (International Council of Nurses – ICN), entidade sediada em Genebra (Suíça) que congrega Conselhos de Enfermagem de todo o mundo.

A campanha do ICN foca no papel dos enfermeiros, técnicos, auxiliares de enfermagem e obstetrias em relação ao cumprimento dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável preconizados pela Organização das Nações Unidas (ONU).

A ideia fundamental do tema “Enfermagem – Uma voz para liderar – A saúde é um direito humano” é mostrar a importância do profissional de enfermagem para além da prestação de cuidados de saúde, como em questões sociais, econômicas e políticas, contribuindo com seus talentos e com sua visão de profissional da saúde na construção de uma sociedade mais justa, sustentável e igualitária.

O ICN lançou uma publicação, traduzida para o português, explicando o tema e o papel do profissional de enfermagem em relação aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

Fonte: Comunicação / Coren-SP

## Anvisa aprova medicamento inovador para o tipo de câncer de mama mais comum

Já comercializado nos EUA e na Europa, Ibrance (palbociclibe) é indicado para mulheres com tumores que crescem em resposta ao estrogênio e não estão relacionados à proteína HER2

A Pfizer acaba de anunciar a aprovação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) para o medicamento Ibrance (palbociclibe), uma terapia inovadora para o tratamento de mulheres com câncer de mama avançado do tipo estrogênio receptor positivo (ER+) e HER2-. Ou seja, são pacientes com tumores que crescem em resposta ao hormônio estrogênio e não estão relacionados à proteína HER2. Há mais de 10 anos não se ouvia falar em um tratamento inovador de primeira linha para esse tipo de câncer, que representa a maioria dos casos de tumores mamários.

Por representar um avanço importante no tratamento do câncer de mama e ser uma alternativa terapêutica única em cenários sem outras opções, Ibrance foi incluído na lista de medicamentos de revisão prioritária do Food and Drug Administration (FDA) já em 2014, recebendo aprovação logo depois nos Estados Unidos, em fevereiro de 2015, dois meses antes do previsto. O medicamento também está licenciado na União Europeia, desde 2016.

“A aprovação de Ibrance representa um passo muito importante para as brasileiras, como forma de aproximá-las de uma terapia inovadora que tem sido amplamente utilizada em outros países”, diz o diretor médico da Pfizer, Eurico Correia. “Se no passado as perspectivas eram limitadas para essas mulheres, hoje podemos pensar em um cenário de controle da doença e de manutenção da qualidade de vida, mesmo quando o diagnóstico ocorre em estágio avançado, uma situação que é comum no Brasil”, completa.

Ibrance está indicado em combinação com o fármaco letrozol como tratamento de primeira linha para pacientes em pós menopausa que não receberam tratamento sistêmico anterior para a doença em estágio avançado e em associação com fulvestranto como segunda linha para mulheres em pré ou pós menopausa com câncer de mama avançado nas quais a doença tenha progredido durante ou após terapia endócrina.

Fonte: Pfizer

## Ultrassom translabial do assoalho pélvico 3D / 4D

Especialista em imagem explica para que serve o exame indicado para doenças do assoalho pélvico feminino

O ultrassom translabial do assoalho pélvico 3D/4D é realizado de forma não invasiva, sem o uso de meios de contraste ou radiação ionizante. O exame é indicado para diagnosticar distúrbios como incontinências urinária e fecal, além de prolapsos dos órgãos pélvicos que afetam áreas como bexiga, útero, parede vaginal ou reto. As doenças ocorrem quando os músculos da região pélvica ficam fracos para manter os órgãos no lugar, mas principalmente após traumas ocorridos durante um parto vaginal.

Segundo a especialista em diagnóstico por imagem da pelve feminina e diretora da Chamié Imagem da Mulher, Dra. Luciana Pardini Chamié, este exame representa uma nova modalidade diagnóstica disponível para avaliação pré e pós-operatória das pacientes, visando avaliação dos

3 compartimentos da pelve feminina no intuito de minimizar recidiva de sintomas e doença residual. As imagens tridimensionais auxiliam na identificação até mesmo de traumas de parto no músculo puborretal.

O exame é realizado com a paciente em posição ginecológica, após um simples preparo intestinal, com as pernas semi-afastadas e após o esvaziamento da bexiga. “Utilizando o equipamento ultrassonográfico de última geração, são obtidas imagens em três planos anatômicos das regiões como uretra, colo vesical, vagina, reto e músculo elevador do ânus possibilitando uma avaliação global da região com mais precisão e sensibilidade”, complementa a médica.

Fonte: Dra. Luciana Pardini Chamié

## Ventilador Volumétrico Plus

A Cmos Drake apresenta seu novo ventilador pulmonar, o Ventilife Plus, que permite uma ventilação ininterrupta para os modos operacionais: C, ASSIST/CONTROL, SIMV, ESPONT. Sua tela LCD pode ser utilizada para exibição de ondas de pressão das vias aéreas em tempo real. O Ventilife é fácil de utilizar, possui sistema pneumático Venturi, com tecnologia em microprocessadores. O resultado é um sistema ventilatório que fornece excelente entrega de gás e monitoramento de pacientes.



## Aplicativo auxilia o paciente com o horário de tomar medicamentos



O aplicativo AlarmPill, um alerta que pode ser programado para lembrar o paciente de tomar o medicamento no horário correto. Desenvolvido pela franquia Respiratória, o app AlarmPill está disponível para download exclusivo e gratuito por meio do site Meu 1º Acesso ([www.meuprimeiroacesso.com.br](http://www.meuprimeiroacesso.com.br)), que ainda conta com informações sobre asma, rinite e seus sintomas oculares, além de seus tratamentos e dicas para se manter saudável. Inicialmente para o sistema iOS (iPad, iPod e iPhone), AlarmPill funciona como uma agenda para a tomada de medicamentos. Assim, permite agendar o horário de medicamento de toda a família. Por exemplo, os pais podem agendar os horários de medicamentos que seus filhos estejam tomando.

## Máquina de dosagem de anestesia



O Flow-i da Maquet reúne em um mesmo equipamento a dosagem ideal de anestesia e o controle estável da condição respiratória do paciente. O equipamento torna a rotina do procedimento excepcional e pode ser indicado para vários pacientes, incluindo os que sofrem de necessidades respiratórias agudas e os pediátricos.

calçado  
profissional  
antiderrapante



Cores  
- Branco  
- Preto  
- Marinho



LÁTEX  
FREE  
CABEDAL

Soft Works  
PROFESSIONAL SHOES



WEDGE SOFT WORKS EPI CALÇADOS

AMIGO DA FLORESTA

(16) 3703 3240

[www.softworksepi.com.br](http://www.softworksepi.com.br)

# Toque terapêutico, uma novidade chega ao Brasil



**Ana Cristina de Sá**

Mestre em Enfermagem Fundamental pela Universidade de São Paulo, Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Professora assistente nível IV (prof. doutora) do Centro Universitário São Camilo - Campi Pompeia e Ipiranga, onde desenvolve atividades acadêmicas na Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Atua nos campos prático e acadêmico/ensino com ênfase em Terapias Complementares em enfermagem (especialmente em Toque Terapêutico pelo Método Krieger-Kunz, com formação nos EUA e Canadá).

Um tratamento conhecido por 80 países oferece alívio para determinadas dores, mas o método ainda é pouco restrito à pesquisa clínica

Por: Naiara Messias

**Revista Nursing** - Quando você conheceu o tratamento do toque terapêutico?  
**Ana Cristina de Sá** - Na década de 70 quando ainda aluna de graduação, ao ver um paciente que estava sofrendo muito de dor após uma amputação e os analgésicos não eram suficientes para ajudá-lo. Segurei suas mãos e tive uma grande vontade de que melhorasse e senti como que uma energia que passou de minhas mãos para aquele indivíduo. Imediatamente ele referiu que a dor passou e adormeceu. Eu me senti cansada, esgotada. No dia seguinte ele estava muito bem e disse para que eu fizesse aquilo a outras pessoas. Comecei a pesquisar o assunto e na semana seguinte li uma reportagem numa revista da época chamada "Fatos & Fotos" que trazia um artigo sobre o Toque Terapêutico, método elaborado por Dolores Krieger, uma enfermeira que havia defendido tese de doutoramento sobre o assunto na Universidade de Nova Iorque. Escrevi a ela sem muita esperança de retorno, mas pelo contrário, recebi alguns dias depois material bibliográfico da Dra. Krieger e comecei a estudar o tema. Somente consegui desenvolver uma

pesquisa clínica controlada a partir de 1998, pois as barreiras para terapias naturais ou complementares era muito grande na academia. Defendi minha tese de doutorado ("Efeitos do toque terapêutico em mulheres mastectomizadas sob tratamento quimioterápico") na Escola de Enfermagem da USP, orientada pela Profa. Dra. Maria Júlia Paes da Silva em 2001.

**Revista Nursing** - Se 80 países já utilizam essa técnica, porque ainda é novo no Brasil?

**Ana Cristina** - O Método Krieger-Kunz de Toque Terapêutico começou a ser aplicado no Brasil no RS, pela Dra. Vera Waldow no RS nos anos 80. Nos anos 90, duas pós graduandas de doutorado da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, a saber: Profa. Dra. Ilda Estefani Ribeiro Marta e eu, nos interessamos pelo tema e fomos aos EUA e Canadá fazer cursos de formação nessa técnica. Quando voltamos ao Brasil, desenvolvemos nossas teses de Doutorado sobre o tema a partir de pesquisas clínicas. A Dra. Ilda pesquisou a ação do TT (Toque Terapêutico) com pacientes

com dor crônica não oncológica e eu os efeitos do TT em mulheres com câncer de mama sob tratamento quimioterápico. Ambas obtivemos respostas clínicas de melhoria dos quadros clínicos dessas pacientes quando submetidas ao TT quando comparadas a pacientes que não receberam esse tratamento complementar. Portanto, é um método pouco conhecido porque é utilizado na academia, diferentemente do Rei-ki ou do Johrey, que são populares. Por isso, não é muito conhecido. Portanto, eu diria que é um método que ficou muito restrito à pesquisa clínica e, portanto, pouco conhecido pela população em geral.

Outro fato é que na Europa, Oriente e Canadá, o TT é utilizado com tranquilidade, principalmente em medicina paliativa como prescrição corriqueira, mas, nos EUA e Brasil, há uma grande pressão das empresas de farmacoterapia e de médicos que impedem a utilização de tais meios porque não trazem lucros à indústria farmacêutica e são consideradas "perigosas" a grupos de medicina privada, por ser um método barato e que diminui a quantidade de fármacos utilizada por potencializar o

efeito dos mesmos no organismo vivo (seja humano, vegetal ou animal).

A acupuntura somente foi aceita porque foi "transformada em especialidade exclusivamente médica" no Brasil, o que é constrangedor, visto ser um saber milenar praticado por pessoas capacitadas no mundo todo, que são treinadas por especialistas não necessariamente médicos. Uma enfermeira, por exemplo, está muito mais capacitada a colocar uma agulha em meu corpo porque entende profundamente os princípios de assepsia, do que médicos em geral. No caso do TT, sempre me perguntam: o que o CRM pensa disso? E respondo: não tenho a mínima ideia. Quem regulamenta e fiscaliza minha profissão é o sistema COFEN-COREN e meus Conselhos aceitam as terapias complementares a partir da Resolução COFEN-197/97.

**Revista Nursing-** Com uma grande demanda de pacientes com doenças, o toque terapêutico surgiu a partir dessa necessidade?

**Ana Cristina -** O Toque Terapêutico, como método descrito e comprovado por meio de pesquisas clínicas, foi proposto pela Dra. em Enfermagem Dolores Krieger da Universidade de Nova Iorque na década de 70. Tem sua origem na antiga prática de imposição de mãos utilizada de forma transcultural desde o antigo Egito (papiro de Ébers) com o intuito de curar pessoas enfermas. Hoje, no entanto, sabe-se que o que os terapeutas que utilizam a imposição de mãos apenas harmonizam o campo energético humano e, dessa forma, ele reage melhor às agressões de diversas naturezas. Surgiu, portanto, a partir de uma pesquisa nas décadas de 60 e 70. Não foi por alguma necessidade específica mas por observação empírica de que a imposição de mãos parecia causar resultados positivos em pessoas doentes e hoje em dia a ciência mostra que esse fato realmente ocorre.

**Revista Nursing-** Você chegou atuar com o tratamento no exterior, ou só com os estudos?

**Ana Cristina -** No exterior fiz estágio com a enfermeira e docente Rochelle Mackey (que trouxe ao Brasil para ministrar o 1º curso brasileiro de TT na Escola de Enfermagem da USP, com o suporte Dra. Maria Júlia) na Universidade de Rutgers e no Harvard Medical Center. Passei 3 meses acompanhando a prática do TT, além de fazer o curso em Pumpkin Hollow Farm, com a Dra. Dolores Krieger, onde são ministrados cursos reconhecidos internacionalmente de formação em TT nos EUA.

### "O Toque Terapêutico, como método descrito e comprovado por meio de pesquisas clínicas, foi proposto pela Dra. em Enfermagem Dolores Krieger da Universidade de Nova Iorque na década de 70"

**Revista Nursing-** Por que "toque" terapêutico se a enfermeira não toca no paciente?

**Ana Cristina -** Tocar o campo de energia do ser humano equivale a tocar até mais profundamente que tocar a pele. É um toque direto, palpável, porém, não visível. E se é palpável, a sensação de captação do campo energético pelas mãos é gerada pelo sistema nervoso periférico e, portanto, real e consciente. Portanto, há toque e toque DIRETO. A propósito, ao final da técnica, o terapeuta realiza um "fluxo energético" e toca levemente a pele do paciente na região das supra-renais ou do plexo solar. Portanto,

acaba havendo um toque direto sim. O terapeuta acessa o campo de energia do paciente e faz um diagnóstico dos locais em que está alterado. Esses locais específicos são tratados por métodos específicos, dependendo do tipo de alteração encontrada (para compreender como se faz é necessário fazer cursos de formação), realiza-se um fluxo de energia e ao final reavalia-se se o campo energético está mais harmônico. Geralmente aplica-se o TT uma vez por semana, mas se o caso for grave, faz-se a aplicação diariamente. O tratamento dura até que o campo energético permaneça harmônico por pelo menos 3 sessões seguidas.

Tenho receio que as pessoas leiam detalhes e queiram aplicar o TT sem o curso e os efeitos colaterais para o terapeuta que não foi treinado podem ser ruins por "perder energia" para os pacientes.

**Revista Nursing-** Quais os dados que confirmam a eficácia do toque terapêutico? E somente o profissional de enfermagem que pode exercer?

**Ana Cristina -** Há inúmeras pesquisas científicas publicadas em artigos de revistas científicas que relatam os efeitos do TT. De um modo geral, todas as terapias energéticas obtêm o MESMO EFEITO, ou seja: relaxamento muscular, melhoria da condução sináptica e melhor resposta enzimática celular. O que é maravilhoso na descoberta da Dra. Krieger é o fato dela ter comprovado que este é um potencial humano natural. Não há necessidade de "habilidades especiais" ou "ser iniciado por algum mestre espiritual" ou mesmo "ter um poder/dom concedido por alguma entidade". Trata-se apenas de uma técnica para a qual necessitamos ser bem preparados para aplicar ou a energia do terapeuta que vai para o paciente e ele pode ter consequências até mesmo graves desse fato que vão desde uma sonolência até descalcificação óssea.

Por esse fato, fazer os cursos de formação torna-se imperioso. Estamos ainda aprendendo a lidar com essa energia.

**Revista Nursing-** No Brasil ainda é novo o tratamento, e com sua experiência como pode se tornar mais conhecido? De que maneira?

**Ana Cristina -** O caminho é o marketing. Quando defendi minha tese de doutoramento, fui às rádios, jornais, revistas populares, publiquei partes da tese em revistas científicas e assim por diante. Não creio que o enfermeiro deva ser o herói anônimo no que faz e, assim, procuro sempre divulgar meu trabalho. A reportagem na Globo, as palestras e cursos que ministro em todo o Brasil e os livros e artigos que escrevo são parte do esforço que faço para divulgar esse excelente método coadjuvante do trabalho de enfermeiros e pessoas interessadas em trabalhar a favor da melhoria da qualidade de vida dos seres vivos.

**Revista Nursing-** Será que as instituições de ensino estão de olhos abertos para essa novidade? Qual sua visão acadêmica sobre esse assunto?

**Ana Cristina -** Estão começando a abrir os olhos. Por semestre ministro aulas em muitas universidades nos cursos de Enfermagem e Medicina que possuem disciplinas de Terapias Complementares ou Terapias Naturais em todo o país. Esse é um avanço em minha opinião e a tendência é aumentar a procura, pois as pesquisas clínicas estão mostrando a eficácia desses métodos como coadjuvantes da terapia clínica clássica. Penso que em alguns anos estaremos como nos EUA e Canadá, onde o curso de TT é parte integrante da disciplina de Avaliação Clínica na maioria das faculdades de enfermagem.

**Revista Nursing-** A energia é foco principal do tratamento? E o ambiente também é relevante?

**Ana Cristina -** Podemos responder a



essa pergunta de duas formas: 1) do ponto de vista acadêmico: o ambiente é um campo energético e o corpo humano outro campo. Esses campos estão em constante interação e um e campo influencia o outro. Esse é um princípio básico do TT. É devido a este princípio físico (ressonância) que podemos moldar o campo energético do paciente, agindo como campo ambiental que influencia o humano; 2) do ponto de vista prático: o ambiente para o terapeuta bem treinado pode ser até mesmo uma situação emergencial com muitos estímulos, mas se ele estiver focado no procedimento, obterá o resultado esperado sem perder sua própria energia, porém, para o terapeuta mal treinado, o ambiente poderá desviar sua atenção no procedimento e este poderá perder sua própria energia para o paciente e então sofrerá consequências dessa interferência ambiental.

Em meu consultório, gosto de manter um ambiente calmo, tranquilo e que propicie a concentração no procedimento, mas nada me impede de reali-

zar o TT numa UTI, numa enfermaria ou num pronto socorro se necessário.

**Revista Nursing-** Onde encontrar enfermeiros que utilizam essa técnica? E nos hospitais, já aderiram?

**Ana Cristina -** Já ministrei cursos em muitos locais e há um contingente de pelo menos mais de mil enfermeiros que o fizeram. Infelizmente sofreram repressão em seus locais de trabalho muitas vezes ao tentarem aplicar o TT, apesar de lhes ensinar o “caminho das pedras”, que é justamente mostrar à comunidade o cunho científico desta prática antes de começar a aplicar em seus locais de trabalho. Fundei grupos de estudos no Hospital Universitário da USP e no Hospital São Paulo da UNIFESP. A Escola de Enfermagem da USP, tanto em São Paulo, como em Ribeirão Preto, continua desenvolvendo pesquisas nesse campo e tem publicado excelentes pesquisas sobre os efeitos do TT. Eu atualmente atendo com um grupo de terapeutas no Instituto de Terapia Integrada e Oriental (ITIO [www.itio.com.br](http://www.itio.com.br)), mas sei que há grupos de estudos e atendimento em todo o Brasil.

**Revista Nursing-** Quais tipos de doenças é indicado o toque?

**Ana Cristina -** Não há uma “doença” específica. O TT harmoniza o Campo Energético Humano (CEH) e, a partir daí, oferece um suporte energético que ajuda as células a reagirem a agressões de diversas naturezas, quer sejam de ordem física, psíquica, emocional ou do sistema imunológico. Devido a esse fato, o TT é uma terapia complementar geral, sem que em momento algum o paciente deva interromper o tratamento que vem realizando com o médico ou outro terapeuta. Muitas vezes o que ocorre é que a melhora é mais rápida e mais eficaz e o tempo de tratamento e a quantidade de fármacos pode ser diminuída, de forma relevante, pelo médico ou terapeuta responsável. 

**e-mail:** [anacrispsicoenf@uol.com.br](mailto:anacrispsicoenf@uol.com.br)

29 E 30 DE AGOSTO DE 2018

10<sup>o</sup>

congresso **Nursing**  
BRASILEIRO

1º Congresso Internacional Saúde Coletiva  
1º Congresso Internacional Feridas

## Multidisciplinaridade em Saúde INTEGRANDO SABERES

Acesse o site [www.revistanursing.com.br/congresso](http://www.revistanursing.com.br/congresso)  
e inscreva-se até o dia **30/03** com desconto!

PATROCÍNIO



APOIO



REALIZAÇÃO



# Fatores de risco para defeito de fechamento de tubo neural: caracterização de uma população

Os defeitos de fechamento de tubo neural são anomalias congênitas cuja prevalência, no Brasil, oscila em torno de 1,6/1.000 nascidos vivos. Sua etiologia é considerada multifatorial, ou seja, decorrente da interação entre fatores genéticos e ambientais. O objetivo desse estudo foi caracterizar uma população de gestantes que está gerando fetos portadores de DFTN segundo aspectos sócio-demográficos e fatores de risco. Foi realizada uma pesquisa com abordagem quantitativa do tipo transversal e descritiva. Os dados foram levantados de 78 prontuários de gestantes que tiveram diagnóstico fetal de DFTN, atendidas no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2009. Os resultados evidenciaram a existência de fatores de risco para anomalias fetais nesta população: consanguinidade, antecedentes de patologia, deficiências na dieta e vitaminas, obesidade, antecedentes de malformação, exposição a álcool e tabaco, exposição à radiação, gestação não planejada, início tardio e acompanhamento deficiente do pré-natal.

**Descritores:** gravidez, cuidado pré-natal, anormalidades congênicas, defeitos do tubo neural, fatores de risco.

Neural Tube Defects (NTD) are one of the most important congenital abnormalities. In Brazil, an estimated prevalence NTD oscillates around 1.6 / 1,000 live births. The etiology of NTD is considered a multifactorial inheritance due to an interaction between genetic and environmental factors. The objective of this study was to characterize a population of pregnant women whose fetus received the diagnoses of NTD according to socio-demographic and risk factors. This was an epidemiological, cross-sectional and descriptive approach. Data were collected from medical records of 78 women diagnosed with NTD, from January 2006 to December 2009. The results demonstrated the existence of these risk factors for fetal abnormalities: consanguinity, history of disease, deficiencies in the diet and vitamins, obesity, history of malformation, alcohol and tobacco exposure, radiation exposure, unplanned pregnancy, start late and inadequate monitoring of prenatal care.

**Descriptors:** pregnancy, prenatal care, congenital abnormalities, neural tube defects, risk factors

Los defectos de cierre del tubo neural (DCTN) son una de las más importantes anomalías congénitas, cuya prevalencia en Brasil se estima que oscile en cerca de 1,6/1,000 nascidos vivos. La etiología de los DCTN es considerada una herencia multifactorial que ocurre de la interacción entre factores genéticos y ambientales. De ese modo, el objetivo del estudio fue caracterizar una población de embarazadas con fetos que poseen DCTN según aspectos socio-demográficos y factores de riesgos, por medio de un abordaje cuantitativo del tipo transversal y descriptivo. Los datos fueron levantados de 78 prontuarios de las embarazadas que tuvieron diagnóstico de DCTN, en el período de enero de 2006 hasta diciembre de 2009. Los resultados revelan la existencia de estos factores de riesgo para anomalías fetales: consanguinidad, historia de enfermedad, deficiencias en la dieta y vitaminas, obesidad, historia de malformación, exposición a alcohol y tabaco, exposición a la radiación, embarazo no planeado, inicio tardío y seguimiento deficiente de la atención prenatal.

**Descriptorios:** embarazo, atención prenatal, anomalías congénitas, defectos del tubo neural, factores de riesgo

## Vanessa Rossato Gomes

Graduanda de Enfermagem Universidade Federal de São Paulo - EPE.

## Anelise Riedel Abrahão

Universidade Federal de São Paulo - EPE.

## Introdução

Por serem as malformações congênitas uma das dez principais causas de mortalidade infantil e este ser um importante indicador de saúde em um país<sup>1</sup>, uma vez que está relacionado com a saúde materna, qualidade e acesso a serviços de saúde, condições sócio-econômicas e práticas de saúde pública, é primordial que exista a atuação pública voltada para este panorama na tentativa de alterá-lo<sup>2</sup>.

Os defeitos congênitos são estados patológicos determinados por fatores causais que incidem antes do nasci-

mento podendo ocorrer antes, durante e depois da concepção. Consideramos como fator causal desses defeitos congênitos os genéticos, ambientais e mistos: interação genético-ambiental<sup>3</sup>.

Dentre os defeitos congênitos, ressaltam-se, por sua frequência, os defeitos de fechamento do tubo neural (DFTN), que são malformações congênitas resultantes do fechamento incorreto ou incompleto do tubo neural entre a terceira e quarta semana do desenvolvimento embrionário e englobam a anencefalia, encefalocele e espinha bífida<sup>4,5</sup>.

A etiologia dos defeitos de fechamento

Recebido em: 20/01/2018

Aprovado em: 15/02/2018

do tubo neural ainda não está bem esclarecida, sendo considerada uma herança multifatorial decorrente da interação entre fatores genéticos e ambientais<sup>4,6</sup>.

Entre os fatores de risco maternos para esta anomalia, citam-se: diabetes mellitus,<sup>7</sup> uso de ácido valpróico durante a gestação,<sup>8</sup> obesidade materna,<sup>9</sup> hipertermia<sup>10</sup> e deficiência de ácido fólico<sup>11</sup>.

Devido à gravidade dos DFTN e sua alta morbimortalidade, tornam-se muito importantes o aconselhamento genético, a suplementação dietética com ácido fólico e o diagnóstico pré-natal das malformações do tubo neural<sup>6</sup>.

Dispomos de poucos dados sobre o impacto dos DFTN nessas famílias. Tais dados são de grande importância na definição da estratégia mais adequada para a implementação de medidas de prevenção primária bem como para a melhoria da assistência direta não só a gestante, mas também para sua família.

### Objetivo

Caracterizar a população de gestantes que estão gerando fetos portadores de defeito de fechamento de tubo neural (DFTN) segundo presença de fatores de risco, para o desenvolvimento desta patologia fetal.

### Método

Este é um estudo epidemiológico do tipo transversal e descritivo. Os dados foram levantados dos prontuários de todas as gestantes atendidas no serviço de Medicina Fetal da UNIFESP, no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2009, que tiveram diagnóstico fetal de defeito de fechamento do tubo neural.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Instituição com o número 1602/10.

### Resultados

No período estudado, encontrou-se 920 prontuários de gestantes com malformações fetais atendidas no serviço de Aconselhamento Genético, dos quais 128 possuíam diagnóstico fetal de DFTN. Destes prontuários, 78 foram

inseridos no estudo, havendo uma perda de 31,25% dos prontuários pelo fato de estarem ausentes ou preenchidos de maneira incompleta.

Este estudo evidenciou uma população de mulheres jovens, 42 (58,3%) com idade entre 20 e 30 anos, 46 (59%) com ensino médio completo, 59 (75,7%) com união estável e 42 (53,8%) do lar.

Em relação aos antecedentes obstétricos identificou-se 28 (36%) primigestas, 15 (19,3%) gestantes com perda gestacional anterior, 20 (25,6%) com histórico de parto prematuro /ou óbitos neonatais e 13 (16,7%) com filho anterior portador de anomalia, sendo que do último percentual, 9 (69,2%) se deveu a defeitos de fechamento do tubo neural (Tabela 1).

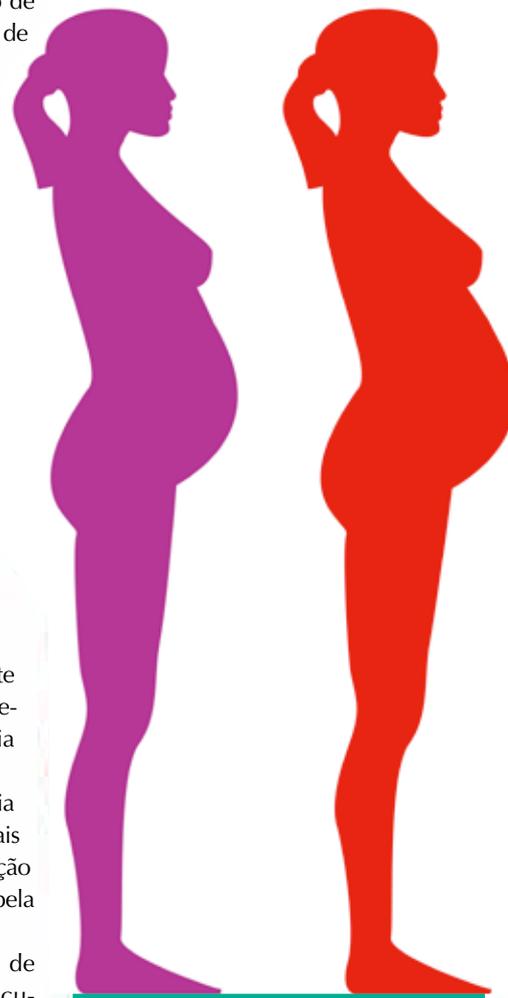
Das 78 gestantes que fizeram parte deste estudo, 18 (23%) possuíam antecedentes de malformação na família (Tabela 2).

Com relação ao tipo de anomalia fetal atual a anencefalia foi o DFTN mais prevalente nas gestantes da população estudada com 50 (64%), seguida pela mielomeningocele com 13 (16,7%).

Entre os antecedentes pessoais de patologia, as alterações cardiovasculares (hipertensão arterial, hipertensão gestacional e anemia) representaram 19 (50%) dos casos (Tabela 3).

Em relação a hábitos constatou-se alimentação irregular: 34 (43,6%) gestantes consumiam lanches regularmente em substituição a uma refeição, 30 (38,4%) realizavam menos de 4 refeições por dia e de 67 gestantes, 27 (40,3%) não possuíam horário para se alimentar. Ainda, 53 (67,9%) gestantes fizeram uso de álcool ou fumo durante a gestação: 44 (56,4%) tinham exposição à bebida alcoólica, sendo que 20 (25,6%) e 12 (15,4%) ingeriam vinho e cerveja com maior frequência, respectivamente, e 9 (11,5%) possuíam dependência a tabaco.

Para avaliação do peso pré-gestacional



utilizamos o Índice de massa corporal, que apontou 19 (24,2%) gestantes com sobrepeso ou algum grau de obesidade na gestação atual. Com relação às intercorrências clínicas maternas, 49 (62,8%) gestantes apresentaram algum tipo de intercorrência. Dentre elas, 24 (50%) gestantes tiveram infecções, como as do trato urinário e viroses, sendo que a gripe foi a virose mais frequente. Ainda, 13 (26,5%) gestantes tiveram alterações cardiovasculares como anemia e hipertensão gestacional e sangramento.

Verificamos em nosso estudo que 46 (58,9%) gestantes utilizaram medicamentos durante a gestação. Em relação aos medicamentos mais utilizados, 9

(19,6%) gestantes usaram antibióticos (cefalexina), 8 (17,4%) usaram antiinflamatórios não hormonais (paracetamol, ácido acetil salicílico), e 4 (8,7%) usaram antieméticos (dimenidrinato) como medicamentos durante a gestação.

Com relação à atenção pré-concepcional, identificou-se que 58 (74,3%) das gestações não foram planejadas e apenas 7 (9%) das gestantes referiram o uso de polivitamínicos antes de engravidar. Ainda, de 71 gestantes, 55 (77,5%) iniciaram o acompanhamento pré-natal com menos de 14 semanas e 16 (22,1%) o fizeram com mais de 14 semanas.

### Discussão

O ECLAMC (Estudo Colaborativo Latino Americano de Malformações Congênitas) identificou nos países em desenvolvimento 10 fatores de risco para defeitos de fechamento de tubo neural a serem considerados: gestação não planejada, idade materna avançada, controles de pré-natal deficientes, rubéola, automedicação, álcool, tabaco, deficiências na dieta, exposição no trabalho e falta de consulta especializada<sup>12</sup>.

A Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Canadá (SOGC) estabelece como alto risco de desenvolver fetos com DFTN os seguintes fatores: já ter possuído uma gestação afetada por DFTN, ter história familiar de DFTN, pertencer a uma etnia que as pesquisas mostram possuir um alto risco para DFTN (como Celtas), ser diabética insulino-dependente, estar obesa, ingerir certos medicamentos para o tratamento de distúrbios de crescimento, fazer o uso de medicamentos em longo prazo, álcool ou drogas<sup>13</sup>.

O presente estudo analisou variáveis sócio-demográficas como: idade, escolaridade, estado civil, ocupação. A maior incidência de DFTN foi de gestantes entre 26 a 30 anos de idade, o que indica que possuímos uma alta frequência de gestantes jovens e que necessitam de orientação adequada, a nível de aconselhamento genético,

pois encontram-se em idade reprodutiva jovem, com grande potencial de virem a ter outras gestações. No entanto, existem muitas controvérsias na literatura para definir qual é a faixa de risco para desenvolver um feto com DFTN. Há estudos que em semelhança aos nossos dados obtiveram maior incidência de DFTN em gestantes entre 20 a 30 anos<sup>14</sup> já outros demonstram maior vulnerabilidade nos extremos de idade (menores de 19 anos e maiores de 40 anos)<sup>15</sup>.

Mais da metade das gestantes (56,4%) possuíam 2º grau completo, portanto para essa população a escolaridade não se caracterizou como um fator que dificulta o acesso ao serviço de assistência pré-natal, já que a

**“Há estudos que em semelhança aos nossos dados obtiveram maior incidência de DFTN em gestantes entre 20 a 30 anos<sup>14</sup> já outros demonstram maior vulnerabilidade nos extremos de idade”**

escolaridade materna é um indicador obstétrico<sup>16</sup> e também está associada ao nível socioeconômico.

As gestantes tinham como ocupação, em sua maioria, o lar (53,8%) e possuíam uma relação estável (75,7%) em semelhança ao estudo realizado no Centro de Atenção à Mulher Prof. Fernando Figueira<sup>14</sup>. A mulher que trabalha fora do lar tem maior risco reprodutivo, se relacionado à exposição ocupacional a alguns agentes que são teratogênicos<sup>12</sup>.

Um estudo realizado na Unicamp teve como objetivo relacionar a consanguinidade parental à incidência de malformações congênitas, dentre as

quais, os defeitos de tubo neural representaram 6,3% de um total de 63,8%. Em nossa população, 7% das gestantes referiram casamento consanguíneo com predominante grau de parentesco entre primos de primeiro grau<sup>17</sup>.

As gestantes que referiram ter algum tipo de antecedente patológico somam 38 (48,7%), sendo que 19 (50%) destas patologias representavam alterações vasculares (hipertensão arterial, hipertensão gestacional, anemia) seguido de infecções (ITU, HPV, gripe, meningite, hepatite A) 7 (18,4%) e alterações do sistema nervoso (convulsão e epilepsia) 2 (5,3%).

Embora o diabetes mellitus não tenha sido apontado como uma das patologias maternas mais frequentes neste grupo, o guideline de prática clínica da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Canadá o define como um dos distúrbios metabólicos maternos mais associados às anomalias fetais (4 a 10%) que aumenta de 2 a 3 vezes as chances maternas de desenvolvê-las do que na população em geral<sup>18</sup>.

As desordens hipertensivas são mais prevalentes entre as gestantes que são obesas. O IMC acima de 30 tem sido identificado como um fator de risco independente para desenvolver desordens hipertensivas na gestação<sup>19, 20, 21</sup>. Gestantes que são obesas têm maior chance de possuir hipertensão pré-existente no momento da concepção<sup>19-22</sup>. Apenas 4 (5,2%) das gestantes possuíam IMC com valor abaixo do considerável saudável no momento da consulta (IMC < 18,5), e 19 (24,2%) possuíam IMC acima deste valor (IMC >24,9), caracterizando sobrepeso ou excesso de peso.

Em um estudo realizado na Califórnia, observou-se que as mulheres que ganharam menos que 10 Kg na gestação tiveram risco elevado para desenvolver um feto com DFTN em comparação com aquelas que ganharam 10 Kg ou mais. Neste estudo,

**TABELA 1 - População de gestantes com fetos portadores de DFTN, segundo antecedentes de malformação na prole. São Paulo, 2011.**

Tipos de malformação na prole	Nº	%
Defeito de fechamento do tubo neural	9	69,2
Alterações esqueléticas	2	15,4
Malformação linfática	1	7,7
Alteração cardíaca	1	7,7
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100</b>

**TABELA 2 - Classificação da população de gestantes com fetos portadores de DFTN, segundo antecedentes familiares de anomalias congênicas. São Paulo, 2011.**

Antecedentes familiares de anomalias congênicas	Nº	%
Alterações músculo-esqueléticas	9	50
Alterações do sistema nervoso	7	38,8
Alterações vasculares	1	5,5
Alterações renais	1	5,5
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100</b>

**TABELA 3 - Classificação da população de gestantes com fetos portadores de DFTN, segundo antecedentes pessoais de patologias. São Paulo, 2011.**

Antecedentes pessoais de patologias	Nº	%
Alterações cardiovasculares	19	50
Alterações do sistema nervoso	2	5,3
Alterações do trato respiratório	2	5,3
Alterações anatômicas	3	7,9
Infecções	7	18,4
Outros	5	13,1
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100</b>

não foi estabelecida relação entre o excesso de ganho de peso durante a gestação e a presença de DFTN<sup>23</sup>.

A obesidade materna está associada a um alto risco de morte intrauterina e ao nascimento de natimortos. Há uma tendência elevada que apóia a associação entre a obesidade materna e malformações congênicas, especialmente DFTN e malformações cardiovasculares. Encontrou-se que o risco para espinha bífida na prole de mães obesas é de duas a três vezes maior do que em mães que são saudáveis<sup>24,25</sup>. Em uma corte retrospectiva realizada no Canadá evidenciou-se um significativo aumento na taxa de DFTN de acordo com o ganho de peso materno<sup>26</sup>. Para cada aumento de 10kg o índice odds ratio aumentava em 1.2. Ainda, obesidade aparece como um fator substancial para desenvolver um

feto com anencefalia<sup>27</sup>. Medidas para prevenção (como a suplementação de ácido fólico) parecem ter pouca eficácia em uma gestação cuja figura materna seja obesa, o que pode estar relacionado, à baixa absorção e à demanda metabólica aumentada<sup>28</sup>.

Das 78 gestantes que fizeram parte de nosso estudo, 18 (23%) possuem antecedentes de malformação na prole, sendo que 38,8 % dessas malformações eram alterações de sistema nervoso (6 casos de anencefalia e 1 caso de hidrocefalia).

Os DFTN foram menos frequente entre múltiparas (4 filhos ou mais) 3 (3,8%) e multigestas (4 gestações ou mais) 14 (17,9%) em conformidade com estudo realizado no Hospital das Clínicas da UFMG.(15) Nas maternidades chilenas, os DFTN são mais frequentes em mulheres múltiparas

(21,11/10.000). As mulheres jovens e múltiparas são um grupo de maior risco para DTN no ECLAMC Chile<sup>29</sup>.

Nos antecedentes de malformação na prole constatou-se 13 (16,7%) casos, dentre os quais, os defeitos de fechamento do tubo neural representam 9 (69,2%) ocorrências. Este número indica que pode não ter ocorrido qualquer tipo de intervenção no que diz respeito à identificação de fatores de risco pré-gestacionais e adequada assistência á gestante que já teve uma gestação anterior com diagnóstico de DFTN.

No Chile, 30% das crianças com DFTN tinham outro indivíduo na família portador de alguma malformação, dentre eles, 66,6% correspondia a um defeito de fechamento de tubo neural. Isso corrobora com a hipótese de que a transmissão seja do tipo autossômico recessivo<sup>29</sup>.

Quanto ao tipo de anomalia estudada, os fetos anencéfalos ocupam a primeira posição com 50 (64,1%) casos e a mielomeningocele ocupa a segunda posição com 13 (16,7%) casos no presente estudo. A anencefalia aparece na literatura como o tipo de DFTN mais frequente, no entanto, há diferenças a serem consideradas em estudos que divergem desse resultado como, o tamanho da população estudada e o local onde foram coletados os dados da pesquisa. Em um estudo realizado no Hospital das Clínicas de Minas Gerais<sup>3</sup>, os fetos portadores de mielomeningocele ocupam a primeira posição com 47,2%.

Não houve relação significativa entre a incidência de DFTN e a presença de anemia materna durante a gestação. A classificação da anemia teve como referência os valores estabelecidos pelo Ministério da Saúde, que considera hemoglobina >11 g/dL (6.8 mmol/L) como ausência de anemia. Para os valores referentes ao hematócrito utilizaram-se como fonte os critérios estabelecidos no estudo

sobre alterações hematológicas da gravidez que considerou um valor de hematócrito <33 como indicador de anemia para gestantes<sup>30</sup>.

Em nosso estudo, encontramos ingestão de álcool em 44 (56,4%) das gestantes e 9 (11,5%) fumantes. Na Califórnia, pesquisadores analisaram o consumo de álcool e tabaco na gestação e o risco de desenvolver anomalias congênitas, identificou-se que o consumo de 5 cigarros ou menos por dia está associado a um baixo risco para desenvolver fetos com DFTN, já o consumo de álcool está associado ao aumento do risco de desenvolver um feto com DFTN<sup>31</sup>.

As infecções foram as intercorrências clínicas maternas mais frequentes seguidas das alterações cardiovasculares (anemia, cardiopatia, diabetes mellitus, hipertensão). Dentre as infecções a gripe comum teve o maior número de casos, seguida das infecções de trato urinário. Estudo realizado na Finlândia verificou a incidência de um maior número de fetos anencéfalos no período de epidemia do vírus Influenza, no entanto, não constatou diferença significativa entre este grupo e o controle<sup>32</sup>. A literatura sugere que fatores ambientais como a radiação e os vírus podem estar relacionados à maior incidência de DFTN<sup>33</sup>.

Com relação aos alimentos mais consumidos pelas gestantes, as frutas e verduras possuem preferência de 52 (66,7%) delas, a carne vermelha de 60 (60%) e o frango de 53 (67,9%). No entanto, os lanches ocupam pelo menos uma refeição na dieta de 34 (43,6%) gestantes, sendo que 27 (59%) referem não ter horários regulares para se alimentar, embora 35 (45%) realize mais que 4 refeições diárias.

O perfil de morbidade das gestantes se caracteriza pela dualidade do estado de saúde e nutrição. De um lado, o baixo peso materno e as carências específicas de micronutrientes, podendo resultar em baixo peso ao nascer, e, de outro, o sobrepeso e a obesi-

dade, que muitas vezes associam-se ao desenvolvimento do diabetes gestacional e/ou síndrome hipertensiva da gravidez, com consequências para a saúde materna e do conceito<sup>34</sup>. Portanto, o hábito alimentar saudável na gravidez pode ser uma forma de prevenção primária para DFTN.

A compreensão sobre a importância da alimentação adequada para prevenção primária culminou no desenvolvimento de programas de fortificação de grãos e farináceos como ação preventiva em saúde pública em diversas partes do mundo, inclusive no Brasil<sup>35</sup>.

Este estudo identificou 58,9% de uso de medicamentos durante a gestação, no entanto as drogas identificadas não

**“As infecções foram as intercorrências clínicas maternas mais frequentes seguidas das alterações cardiovasculares (anemia, cardiopatia, diabetes mellitus, hipertensão)”**

se caracterizaram como de risco teratogênico. O guia de referência *Drugs in Pregnancy and Lactation* define os riscos maternos e fetais associados ao uso de determinados medicamentos durante a gestação. A cefalexina é um antibiótico classificado na categoria B do FDA, atravessa a placenta por difusão passiva com muita facilidade. Muitas publicações descreveram seu uso nos vários estágios da gestação, porém, nenhuma delas fez associação com defeitos congênitos ou toxicidade do neonato<sup>36</sup>. Para o dimenidrinato, utilizado para náuseas e vômitos na gravidez principalmente no primeiro trimestre de gestação, e a aspirina que é tão comumente usada, não há

evidência encontrada que sugira uma relação com categorias de menores ou maiores de malformações em qualquer idade gestacional<sup>37,38</sup>. O Paracetamol ou acetaminofeno é rotineiramente usado durante todos os estágios da gestação para alívio da dor ou para baixar a temperatura corporal. A droga cruza a placenta<sup>39</sup>, no entanto, em doses terapêuticas é aparentemente seguro para o uso em curto prazo<sup>40</sup>.

Com relação ao acompanhamento pré-natal, 22,5% das gestantes iniciaram-no com mais de 14 semanas de gestação. Vários estudos apontam para a importância de se iniciar o pré-natal o mais precoce, ou ainda de se planejar a gestação garantindo a efetividade da suplementação do ácido fólico, uma vez que o desenvolvimento do tubo neural (neurulação) ocorre no primeiro trimestre de gestação. O canal neural e as pregas neurais se observam pela primeira vez durante o estado 8 do desenvolvimento embrionário (18 dias após a concepção) e no estado 13 (4 semanas após a concepção) o normal é que o tubo neural esteja completamente fechado.<sup>1</sup> Neste estudo, apenas 7 (9%) das gestantes fizeram o uso de polivitamínicos antes de engravidar, haja visto que 58 (74,3%) das gestações não foram planejadas.

A evidência da proteção do ácido fólico obrigou autoridades a planejar estratégias de intervenção. Em 1992, o serviço de saúde pública dos Estados Unidos através do Center for Disease Control and Prevention (CDC) recomendou que todas as mulheres com possibilidades de gravidez ingerissem uma dose de ácido fólico de 0,4 mg ao dia. A recomendação é o uso periconcepcional devido a grande maioria das gestações não serem planejadas e que esses defeitos ocorrem precocemente durante o desenvolvimento embrionário antes que se tenha consciência da gravidez<sup>41</sup>.

A SOGC recomenda que para prevenção primária dos DFTN e outras

anormalidades, a estratégia depende do paciente, idade, etnia, hábitos de vida e risco genético de anomalia congênita. Para as pacientes de baixo risco que estão planejando a gravidez e realizam uma boa dieta com alimentos ricos em folato, a suplementação diária deve ser de 0,4 a 1,0 mg de ácido fólico associado a multivitaminas. A suplementação deve ser iniciada pelo menos dois a três meses antes da concepção, persistindo por toda a gestação em até quatro a seis semanas de pós-parto ou enquanto durar a amamentação<sup>42</sup>.

O Ministério da Saúde do Brasil recomenda administração preventiva de ácido fólico no período pré-gestacional na dose de 5 mg, via oral, ao dia, durante 60 a 90 dias antes da concepção até a amamentação para prevenção de defeitos congênitos do tubo neural, independente do risco, para todas as gestantes, especialmente as mulheres com antecedentes desses tipos de malformações<sup>43</sup>.

No Brasil, estudo recente avaliou a prevalência do uso da suplementação de ácido fólico na gestação. Os autores evidenciaram a suplementação em 31,8% das mulheres durante a gravidez, e apenas em 4,3% no período periconcepcional. Foi observado que o uso da suplementação de folato foi três vezes superior nas mulheres de maior escolaridade. Outros fatores que elevaram o uso do micronutriente foi o número de consultas do pré-natal superior a sete e o fato de a gestação ter sido planejada. Os pesquisadores enfatizaram a necessidade de promoção e divulgação contínua da importância da suplementação periconcepcional do ácido fólico para profissionais da área de saúde envolvidos na assistência pré-natal<sup>41</sup>.

No que diz respeito à exposição à radiação, 7 (9%) gestantes foram submetidas à radiação ionizante durante a gestação. As radiações ionizantes têm a capacidade de alterar as características físico-químicas das



moléculas de um determinado tecido biológico. As células com alta taxa de proliferação são mais sensíveis à radiação ionizante. Os efeitos biológicos decorrentes da exposição à radiação ionizante pelo feto podem ser divididos em quatro categorias: a) óbito intra-uterino; b) malformações; c) distúrbios do crescimento e desenvolvimento; d) efeitos mutagênicos e carcinogênicos<sup>44</sup>. A ocorrência desses efeitos depende da dose de radiação absorvida e da idade gestacional.

### Conclusão

Este estudo evidenciou a existência de fatores de risco para anomalias fetais como a consanguinidade, antecedentes pessoais patológicos, deficiências na dieta, déficit de vitaminas,

obesidade, antecedentes de malformação na prole, exposição a álcool, gestação não planejada, início tardio e acompanhamento deficiente do pré-natal. Muitos desses fatores são passíveis de serem identificados no período pré-gestacional, demonstrando a grande importância da definição de estratégias mais adequadas para a implementação de medidas de prevenção primária, visando à melhoria da assistência a saúde da mulher/gestante e sua família.

O preparo dos profissionais de saúde é essencial para identificar esses fatores de risco, realizar a prevenção ou mesmo minimizar os impactos sobre a gestação, prestando assim, uma assistência qualificada.

e-mail: [vannessarossato@ig.com.br](mailto:vannessarossato@ig.com.br)

## Referências

1. Laurenti R. Mortalidade Infantil nos Estados Unidos, Suécia e Estado de São Paulo. *Cad Saúde Pública*. 1987;21:268-73
2. Duchiate MP, Carvalho ML, Leal MC. As mortes "em domicílio" de menores de um ano na região metropolitana do Rio de Janeiro em 1986 – um "evento – sentinela" na avaliação dos serviços de saúde. *Cad Saúde Pública*. 1989;5:251-63.
3. Penchaszadeh VB. Estabelecimento de serviços integrais de genética em los países em desarrollo: America Latina. *Bol Sanit Pannam*. 1993;115(1):38-47.
4. Boyles AB, Billups AV, Deak KL, Siegel DG, Mehlretter L, Slifer SH, et al. Neural tube defects and folate pathway genes: family-based association tests of gene-gene and gene-environment interactions. *Environ Health Perspect*. 2006;114(10):1547-52.
5. Santos LMP, Pereira MZ. Efeito da fortificação com ácido fólico na redução dos defeitos do tubo neural. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(1):17-24. DOI: 10.1590/S0102-311X2007000100003
6. Aguiar MJB, Campos AS, Aguiar RALP, Lana AMA, Magalhães RL, Babeto LT. Defeitos de fechamento do tubo neural e fatores associados em recém-nascidos vivos e natimortos. *J Pediatr (Rio J)*. 2003;79(2):129-34. DOI: 10.1590/S0021-75572003000200007
7. Fine EL, Horal M, Chang TI, Fortin G, Loeken MR. Evidence that elevated glucose causes altered gene expression, apoptosis, and neural tube defects in a mouse model of diabetic pregnancy. *Diabetes*. 1999;48(12):2454-62. DOI: 10.2337/diabetes.48.12.2454
8. Defoort EN, Kin PM, Winn LM. Valproic acid increases conservative homologous recombination frequency and reactive oxygen species formation : a potencial mechanism for valproic acid-induced neural tube defects. *Mol Pharmacol*. 2006;69(4):1304-10. DOI: 10.1124/mol.105.017855
9. Ray JG, Wyatt PR, Vermeulen MJ, Meier C, Cole DE. Greater maternal weight and ongoing risk of neural tube defects after folic acid flour fortification. *Obstet Gynecol*. 2005;105(2):261-5.
10. Moretti ME, Bar-Oz B, Fried S, Koren G. Maternal hyperthermia and the risk for neural tube defects in offspring: systematic review and meta-analysis. *Epidemiology*. 2005;16(2):216-9. DOI: 10.1097/01.ede.0000152903.55579.15
11. Czeizel AE, Dudás I. Prevention of the first occurrence of neural-tube defects by periconceptional vitamin supplementation. *N Engl J Med*. 1992;327(26):1832-5.
12. Cortés F. Prevención primaria de los defectos de cierre del tubo neural. *Rev Chil Pediatr*. 2003;74(2):208-12.
13. The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Folic acid for preconception and pregnancy [Internet]. [citado em 29 Abr 2011]. Disponível em: [http://www.sogc.org/health/pregnancy-folic\\_e.asp](http://www.sogc.org/health/pregnancy-folic_e.asp)
14. Pacheco SS, Souza AI, Vidal AS, Guerra GVQ, Filho MB, Baptista EVP, Melo MB. Prevalência dos defeitos de fechamento do tubo neural em recém-nascidos do Centro de Atenção à Mulher do Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP: 2000-2004. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2006;6(Supl 1):S35-542.
15. Fernández RR, Larentis DZ, Fontana T, Jaeger GP, Garcias GL, Roth MGM. Anencefalia: um estudo epidemiológico de treze anos na cidade de Pelotas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10(1):185-90.
16. Haidar FH, Oliveira UF, Nascimento LFC. Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos [Internet]. [citado 2011 Mai 03]. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2001000400037&lng=pt](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000400037&lng=pt)
17. Moreno AA, Cavalcanti DP. Consangüinidade parental em uma amostra de recém-nascidos no CAISM. Faculdade de Ciências Médicas – FCM, UNICAMP. São Paulo. [Internet]. [citado em 24 Abr 2011]. Disponível em: [http://www.pucpr.br/biblioteca/sibi/manual\\_vancouver.pdf](http://www.pucpr.br/biblioteca/sibi/manual_vancouver.pdf)
18. Anderson JL, Waller DK, Canfield MA, Shaw GM, Watkins ML, Werler MM. Maternal obesity, gestational diabetes, and central nervous system birth defects. *Epidemiol*. 2005;16:87-92.
19. McElduff A, Cheung NW, McIntyre HD, Lagstom JA, Oats JIN, Ross GP, et al. The Australasian Diabetes in Pregnancy Society consensus guidelines for the management of type 1 and type 2 diabetes in relation to pregnancy. *MJA*. 2005;183:373-7.
20. McElyvy SS, Miodovnik M, Rosenn B, Khoury JC, Siddiqi T, Dignan PSJ, et al. A focused preconceptional and early pregnancy program in women with type 1 diabetes reduces perinatal mortality and malformation rates to general population levels. *J Matern Fetal Med*. 2000;9:14-20.
21. Miodovnik M, Mimouni B, Dignan PSJ, Berk MA, Ballard JL, Siddiqi TA, et al. Major malformations in infants of IDDM women. Vasculopathy and early first-trimester poor glycemic control. *Diabetes Care*. 1988;11:713-8.
22. Kousseff BG. Gestational diabetes mellitus (Class A): a human teratogen? *Am J Med Gen*. 1999;83:402-8.
23. Shaw GM, Todoroff K, Carmichael SL, Scaffer DM, Selfin S. Lowered gain during pregnancy and risk of neural tube defects among offspring. *Int J Epidemiol*. 2001;30:60-5.
24. Hendricks KA, Nuno OM, Suarez L, Larsen R. Effects of hyperinsulinemia and obesity on risk of neural tube defects among Mexican Americans. *Epidemiology*. 2001;12:630-5.
25. Watkins ML, Rasmussen SA, Honein MA, Botto LD, Moore CA. Maternal obesity and risk for neural tube defects. *Pediatrics*. 2003;111:1152-8.
26. Ray JG, Wyatt PR, Vermeulen MJ, Meier C, Cole DE. Greater maternal weight and the ongoing risk of neural tube defects after folic acid flour fortification. *Obstet Gynecol*. 2005;105:261-5.
27. Anderson JL, Waller DK, Canfield MA, Shaw GM, Watkins ML, Werler MM. Maternal obesity, gestational diabetes, and central nervous system birth defects. *Epidemiology*. 2005;16:87-92.
28. Yu CK, Teoh TG, Robinson S. Obesity in pregnancy. *BJOG*. 2006;113:1117-25.
29. Nazer J, López-Camelo J, Castilla EE. ECLAMC: estudio de 30 años de vigilancia epidemiológica de defectos de tubo neural en Chile y en Latinoamérica. *Rev Méd Chile*. 2001;129(5):531-9.
30. Souza A, Filho M, Ferreira L. Alterações hematológicas e gravidez. *Rev Bras Hematol Hemoter*. 2002;24(1).
31. Grewal J, Carmichael SL, Ma C, Lammer EJ, Gary M. Maternal periconceptional smoking and alcohol consumption and risk for select congenital anomalies. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol*. 2008;82(7):519-26.
32. Saxen L, Holmberg PC, Karikurpa, Kuosma E, Pyhala. Influenza epidemics and anencephaly. *Am J Public Health*. 1990;80:473-5.
33. Ramirez R, Nazer J, Hubner ME, Cifuentes L, Ruiz G, Pizarro MT, et al. Incidencia de las malformaciones del sistema nervioso central. Período 1978-1988. *Rev Méd Chile*. 1990;118:530-6.
34. Gregory III JF. Chemical and nutritional aspects of folate research: analytical procedures, methods of folate synthesis, stability, and bioavailability of dietary folates. *Adv Food Nutr Res*. 1989;3:1-101.
35. Lima MMS, Diniz CP, Souza ASR, Melo ASO, Neto CN. Ácido fólico na prevenção de gravidez acometida por morbidade fetal: aspectos atuais. *FEMINA*. 2009;37(10).
36. Briggs GG, Freeman RK, Yaffe SJ, Williams LW. *Drugs in pregnancy and lactation*. 6ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.
37. Czeizel AE, Rockenbauer M, Sorensen HT, Olsen J. Use of cephalosporins during pregnancy and in the presence of congenital abnormalities: a population-based, case-control study. *Am J Obstet Gynecol*. 2001;184:1289-96.
38. Reyes MP, Ostrea EM Jr, Cabinian AE, Schmitt C, Rintelmann W. Vancomycin during pregnancy: does it cause hearing loss or nephrotoxicity in the infant? *Am J Obstet Gynecol*. 1989;161:977-81.
39. Heinonen OP, Slone D, Shapiro S. *Birth defects and drugs in pregnancy*. Littleton, MA: Sciences Group; 1977.
40. Char VC, Chandra R, Fletcher AB, Avery GB. Polyhydramnions and neonatal renal failure—a possible association with maternal acetaminophen ingestion. *J Pediatr*. 1975;86:638-9.
41. Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations for the use of folic acid to reduce the number of cases of spina bifida and other neural tube defects. *JAMA*. 1993;269(10):1233-8.
42. Wilson RD, Johnson JA, Wyatt P, Allen V, Gagnon A, Langlois S, et al. Genetics Committee of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada and The Motherisk Program. Pre-conceptional vitamin/folate acid supplementation 2007: the use of folic acid in combination with a multivitamin supplement for the prevention of neural tube defects and other congenital anomalies. *J Obstet Gynaecol Can*. 2007;29(12):1003-26.
43. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p. 158.
44. Brent RL. The effect of embryonic and fetal exposure to x-ray, microwaves, and ultrasound: counseling the pregnant and nonpregnant patient about these risks. *Semin Oncol*. 1989;16:347-68.

# Assistência de enfermagem ao paciente grande queimado submetido à sedação e analgesia: uma revisão de literatura

Estudo sobre a assistência de enfermagem nos pacientes queimados em uso de analgésicos e sedativos. Através de busca em bases de dados eletrônicas, num recorte temporal entre 2000 a 2011. Os resultados evidenciaram duas categorias: Tratamento farmacológico e Assistência de enfermagem ao paciente queimado submetido a sedação e analgesia. Conclui-se que a atuação do enfermeiro é fundamental no processo de identificação, tratamento e avaliação da dor do paciente queimado e deve estar baseado em evidências científicas para promover um cuidado de qualidade e seguro.

**Descritores:** queimadura, dor, enfermagem.

Study on the nursing assistance in burnt patients in use of analgesics and sedatives, by searching electronic databases, at a time frame from 2000 to 2011. The results showed two categories: Drug Therapy and Nursing care to burnt patients undergoing sedation and analgesia. It is concluded that the role of the nurse is fundamental in the process of identification, treatment and evaluation of pain in burnt patients and should be based on scientific evidence to promote quality and safe care.

**Descriptors:** burn, pain, nursing.

Estudio sobre la asistencia de enfermería en pacientes con quemaduras en uso de analgésicos y sedantes, mediante la búsqueda de bases de datos electrónicas, a un marco de tiempo desde 2000 hasta 2011. Los resultados mostraron dos categorías: Farmacoterapia y Atención de enfermería a pacientes quemados sometidos a sedación y analgesia. Se concluye que el papel del enfermero es fundamental en el proceso de identificación, tratamiento y evaluación del dolor en pacientes con quemaduras y debe basarse en la evidencia científica para promover una atención de calidad y segura.

**Descriptores:** quemadura, dolor, enfermería.

## Lolita Dopico da Silva

Permanente do Programa de Pós-Graduação da FENFUERJ – Coordenadora do Curso de Especialização de Enfermagem Intensivista UERJ, Pró-cientista da FENFUERJ.

## Danielle de Mendonça Henrique

Mestre em Enfermagem, Professora convidada do Curso de Especialização de enfermagem Intensivista UERJ, Enfermeira do Hospital Federal do Andaraí, Enfermeira da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro.

## Priscilla Germano Maia

Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ).

## Anna Carolina Linhares de Almeida

Pós-Graduada em Enfermagem Intensivista pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

## Neide Miranda do Nascimento

Pós-Graduada em Enfermagem Intensivista pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

## Priscila Paula Gomes

Pós-Graduada em Enfermagem Intensivista pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

## Rafael de Araújo Bazílio

Pós-Graduada em Enfermagem Intensivista pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

**Recebido em:** 20/10/2017

**Aprovado em:** 20/01/2018

## Introdução

As queimaduras são feridas traumáticas causadas, na maioria das vezes, por agentes térmicos, químicos, elétricos ou radioativos. Ocorre a destruição parcial ou total da pele e seus anexos, pode até atingir o tecido celular subcutâneo, músculos, tendões e ossos<sup>1,2</sup>.

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde<sup>3</sup> (OMS), cerca de 300 mil

pessoas morrem por ano no mundo por queimaduras, e milhões sofrem de cicatrizes desfigurantes e disfuncionais, traumas psicológicos e perda importante de produtividade na área econômica. De acordo com a Sociedade Brasileira de Queimaduras<sup>4</sup> (SBQ) no Brasil acontece um milhão de casos a cada ano, dos quais 200 mil são atendidos em serviços de emergência e 40 mil demandam hospitalização<sup>4</sup>.

A pele possui muitas terminações nervosas, contribuindo para o alto grau de dor dos pacientes queimados. A dor varia em função do grau de lesão ocorrida na derme, em áreas de lesão profunda, pode estar ausente pela destruição dos receptores nociceptivos<sup>5</sup>.

A dor do paciente grande queimado possui impacto significativo durante seu tratamento. Portanto, é necessário trata-la de forma adequada, devido às consequências que esta pode tra-



zer ao paciente, de ordem biológica, emocional e/ou social, sendo as intervenções de enfermagem de cunho farmacológico e/ou complementares, fundamentais no seu tratamento.

O tratamento da queimadura deve ser realizado com sedação e analgesia, que tem como vantagens: aliviar a dor, diminuir o trauma psicológico, permitir a execução de procedimentos invasivos ou agressivos, permitir a remoção de grande quantidade de tecido necrótico em áreas queimadas, possibilitar a avaliação das condições das lesões e procedimentos cirúrgicos realizados, proporcionar facilidade na remoção e reaplicação do agente tópico, permitir a realização de pequenas intervenções cirúrgicas, possibilitar a realização de fisioterapia<sup>6</sup>.

Diante desse contexto, o estudo justifica-se pela necessidade de atualizar o conhecimento do enfermeiro em relação a sedação e analgesia no trata-

mento do paciente grande queimado.

O objetivo desse estudo foi revisar assistência de enfermagem ao paciente grande queimado submetido à sedação e analgesia. Sua contribuição se fundamenta no reconhecimento de que o enfermeiro é um dos profissionais da equipe multidisciplinar, capaz de detectar precocemente qualquer sinal de alteração decorrente da sedação e analgesia, podendo evitar a ocorrência de possíveis danos aos pacientes.

**“O tratamento da queimadura deve ser realizado com sedação e analgesia, que tem como vantagens: aliviar a dor, diminuir o trauma psicológico”**

## Metodologia

Para atender o objetivo deste estudo, foi realizada uma pesquisa bibliográfica com as seguintes etapas: definição da questão norteadora, seleção dos descritores, definição dos critérios de seleção, levantamento do material bibliográfico, organização das categorias e análise dos dados obtidos. O estudo foi guiado pela seguinte questão norteadora: Quais as ações de enfermagem aplicadas ao paciente grande queimado submetido à sedação e analgesia?

A identificação do objeto de estudo foi realizada incluindo todos artigos sobre assistência de enfermagem em pacientes queimados submetidos sedação e analgesia publicados no período de 2000 a 2011 e indexados na base de dados da Literatura Latino-Americana de Ciências da Saúde (Lilacs) e Medline/Pub med (Literatura Internacional em Ciências da Saúde). Visando atender a recomendação da literatura de que se busquem diferentes fontes para o levantamento de publicações, além de publicações referentes às recomendações e diretrizes da SBQ<sup>4</sup> e a OMS<sup>3</sup>.

Os critérios de seleção foram: artigos em português, inglês e espanhol, pacientes adultos, textos disponíveis na íntegra no período estabelecido, indexados pelos termos do mesh/desc: queimaduras / Burns / enfermagem / nursing / dor / pain/ analgesia / analgésicos., abordassem sedação e analgesia no paciente queimado nos últimos 10 anos.

Para coleta e organização, foram destacados dos artigos alguns dados relevantes entre eles: título, autores/local de realização/ano, e um resumo breve do conteúdo. Os artigos selecionados foram dispostos em ordem considerando o ano de publicação, iniciando pelo mais recente e concluindo com o mais antigo.

Os resultados foram agrupados em categorias de acordo com seu enfoque principal. Foram encontradas 49 publicações que após a análise e aplicação

**QUADRO 1 - Resumo das características das publicações acerca da assistência de enfermagem ao paciente queimado submetido a sedação e analgesia - período de 2000 a 2011. RJ**

Ano	País	Título	Autores	Periodico	Resumo
2011	BRASIL	Participação da equipe de enfermagem na assistência à dor do paciente queimado <sup>7</sup>	Silva B A, Ribeiro F A.	Rev Dor. São Paulo, 2011 out-dez;12(4):342-8	Refletir sobre a participação da equipe de enfermagem na assistência à dor do paciente queimado.
2009	EUA	Understanding and managing burn pain: part 1. <sup>8</sup>	Connor-Ballard PA.	Am J Nurs. 2009 Apr;109(4):48-56.	Uma compreensão mais profunda dos muitos aspectos de tratamento de queimaduras e sua dor associada pode ajudar os enfermeiros a fornecer mais analgesia eficaz. Parte 1 fornece uma visão geral de queimaduras e a dor queima, bem como sua avaliação e tratamento.
2009	EUA	Understanding and managing burn pain: part 2 <sup>9</sup> .	Connor-Ballard PA.	Am J Nurs. 2009 may;109(5):54-62.	Explora a dor de queimaduras e seu tratamento a partir de uma perspectiva de enfermagem. Parte 2, fornece uma discussão mais aprofundada do manejo da dor; medicamentos tópicos e os aspectos psicológicos da dor da queimadura também são discutidos.
2009	EUA	Response to a nursing-driven protocol for sedation and analgesia in a burn-trauma ICU <sup>10</sup> .	Fry C, Edelman LS, Cochran A.	J Burn Care Res. 2009 Jan-Feb;30(1):112-8.	Protocolo de enfermagem voltado para sedação e analgesia numa unidade de queimados baseado nas recomendações da Society of Critical Care Medicine. Com objetivo de avaliar a percepção da equipe de enfermagem como o protocolo afeta suas habilidades no cuidado dos seus pacientes.
2007	EUA	Burn injury pain: the continuing challenge <sup>11</sup> .	Summer GJ, Puntillo KA, Miaskowski C, Green PG, Levine JD.	J Pain. 2007 Jul;8(7):533-48.	Apresenta uma visão geral dos tipos de dor associados a queimadura, descreve como esses diferentes tipos de dor interfere com as fases de recuperação da queimadura, e resumir estratégias farmacológicas durante o processo de tratamento de queimados.
2006	BRASIL	Cuidado de enfermagem à vítima de queimadura por descarga elétrica: enfocando os diagnósticos de enfermagem <sup>12</sup> .	Dias M A, Timbó B M E, Maciel D, Castro A K, Barroso M G T	Nursing (São Paulo); 9 (93):674-679, fev. 2006. ilus.	Relata a assistência de enfermagem prestada ao paciente vítima de queimadura por descarga elétrica e apresentar os principais diagnósticos de enfermagem.
2004	EUA	Pain management in burn injury <sup>13</sup> .	Montgomery RK, Niño B F	Crit Care Nurs Clin North Am. 2004 Mar;16 (1):39-49.	A chave para o tratamento bem sucedido é a contínua avaliação da dor do paciente e da resposta do à terapia medicamentosa, especialmente opióides, devem ser regularmente avaliados e ajustados para conseguir o efeito máximo e mínimo efeito colateral.
2001	COLOMBIA	Intervención de enfermería en el manejo del dolor del paciente quemado <sup>14</sup> .		Actual. enferm; 4 (1):20-26, mar. 2001.	O objetivo principal deste trabalho é contribuir a partir da perspectiva da experiência clínica, orientações básicas para prestar cuidados de enfermagem eficazes para aliviar a dor de pacientes com queimaduras.

dos critérios de inclusão 08 publicações foram selecionadas. A descrição de cada categoria será vista a seguir.

### Revisão de literatura

Após a leitura criteriosa cada publicação foi alocada em uma das seguintes categorias: Tratamento farmacológico:

sedação e analgesia do paciente queimado e assistência de enfermagem ao paciente queimado submetido a sedação e analgesia.

Dentre as 08 publicações, houve predomínio de publicações norte americanas (n=5). Da amostra selecionada, três são da base de dados LILACS;

e cinco da base de dados MedLine/PubMed. O quadro I ilustra as publicações selecionadas.

### A-Tratamento farmacológico: sedação e analgesia do paciente queimado

Esta categoria evidenciou as recomendações para o tratamento medicamen-



toso da dor da queimadura, tratamento este que evolui muito e atualmente os centros de queimaduras utilizam protocolos de analgesia com diferentes classes medicamentosas, o que trouxe benefícios para o tratamento da dor da queimadura, proporcionado assim uma analgesia mais eficaz.

A partir da análise das produções científicas, foi identificado que os medicamentos mais utilizados na sedação e analgesia do paciente queimado são: diprivan, midazolam, fentanil e cetamina, sendo que, na maioria das vezes, esses dicamentos são usados de forma associada para promover o máximo de conforto ao paciente queimado. Discutiremos a seguir as considerações dos artigos selecionados.

Fentanil vem sendo utilizado como um analgésico eficaz para realização dos procedimentos em queimaduras, é um opioide potente, de ação rápida (1-2 minutos após administração), é

mais potente que a morfina e tem tempo menor de duração (30 minutos a uma hora). Fentanil geralmente é combinado com benzodiazepínico, midazolam, essa combinação induz a sedação consciente com analgesia, e é realizada durante os procedimentos dolorosos para tratamento da queimadura<sup>9,11</sup>.

A sedação consciente promovida pela combinação de fentanil e midazolam, induz ao relaxamento, amnésia, e analgesia, porém sem prejuízo evidente da respiração espontânea, e a maioria dos pacientes ficam responsivos aos estímulos verbais e táteis<sup>9</sup>.

A morfina é recomendada para o tratamento da dor aguda de moderada a severa. Mas seus efeitos adversos são previsíveis, portanto seu uso deve ser criterioso. Entre eles incluem: hipotensão, constipação, retenção urinária e náusea<sup>9</sup>.

Outro medicamento utilizado é a ketamina que fornece sedação eficaz,

analgesia e amnésia. Tem ação rápida (após 30 segundos após administração venosa), sem reduzir ventilação espontânea e reflexo de tosse, para evitar depressão ventilatória e hipotensão, deve ser administrada lentamente. Após sua administração, os pacientes podem apresentar alucinações<sup>9</sup>.

O propofol também é utilizado, administrado em pequenas doses, numa dosagem que permita a manutenção da ventilação espontânea e reflexo de tosse. Sua ação ocorre um minuto após administração, que deve ser lenta. E os pacientes recuperam a consciência rapidamente após o término do uso do medicamento<sup>9</sup>.

Os medicamentos mais utilizados na sedação e analgesia do paciente queimado possuem determinados efeitos colaterais esperados após sua administração. Assim, é de grande relevância que o enfermeiro e toda a equipe multidisciplinar saibam reconhecer e intervir com eficiência diante de qualquer intercorrência. O quadro 2 ilustra os principais efeitos colaterais esperados.

### **B-Assistência de enfermagem ao paciente queimado submetido a sedação e analgesia**

Esta categoria evidencia a assistência de enfermagem ao paciente grande queimado, sendo que para isso é imprescindível a utilização de um conjunto de conhecimentos técnico-científicos sobre a analgesia e sedação, para que o enfermeiro possa detectar precocemente, qualquer intercorrência durante os procedimentos, e agir de maneira resolutiva.

O quadro 3 resume as vantagens e desvantagens dos medicamentos utilizados na sedação e analgesia no paciente grande queimado, esta informação é fundamental para o manejo das ações do enfermeiro.

Há evidências de que o prognóstico do quadro algíco de pacientes queimados depende, em grande parte, da

**QUADRO 2 - Efeitos colaterais de acordo com a classe farmacológica**

Classe Farmacológica	Efeitos Colaterais <sup>15,16,17,18</sup>
Anestésicos não barbitúricos	Pode ocasionar elevação (cetamina) ou redução (propofol) da pressão arterial, apnéia transitória, diminuição volume minuto, diminuição frequência respiratória, Aumento da PaCO <sub>2</sub> , diminuição da PaO <sub>2</sub> .
Benzodiazepínicos	Fadiga, sonolência, diminuição da coordenação motora, limitação da função cognitiva, amnésia, dependência, inibição plaquetária, visão distorcida e hipotensão postural transitória, fraqueza, náuseas, vômitos, dores abdominais, diarreia, dores articulares, dores torácicas, além de incontinência urinária.
Opióides	Cefaléia leve, confusão, sedação, náusea, vômitos, sudorese, hipotensão ortostática, retenção urinária, constipação, depressão ventilatória.

**QUADRO 3 - Vantagens e desvantagens dos medicamentos**

Classe Farmacológica	Medicamentos	Vantagens <sup>15-18</sup>	Desvantagens <sup>15-18</sup>
Anestésicos não barbitúricos;	Diprivan	- Rápida indução e tempo de recuperação. - melhor nível de consciência e menor agitação e alucinação. - Rapidez recuperação, mesmo após uso prolongado.	- A infusão prolongada mais que 48 horas de doses altas (> 4mg/kg/h). Pode resultar no aparecimento de uma complicação rara, mas fatal, a Síndrome de infusão do Propofol.
	Ketamina	- Pode ser administrado por via intra-muscular. - Não causa depressão respiratória nas doses analgésicas. - Promove analgesia residual.	- Pode produzir um efeito chamado "anestesia dissociativa", onde, ocorre perda sensorial e analgésica, amnésia, paralisia dos movimentos, porém, sem perda da consciência. - Sonhos desagradáveis, alucinações e delírios. - Hipotensão, hipertensão, bradicardia, arritmia cardíaca.
Benzo- diazepínicos	Midazolam	- Promove estabilidade hemodinâmica. - Possui um curto tempo de ação. - Promove uma amnésia anterógra. - Ampla margem de segurança entre a dose terapêutica e a letal.	- Pode causar depressão respiratória. Hipotensão arterial em idosos. Sobretudo se associado à opióides. Metabolismo prejudicado em insuficiência hepática ou renal. Interrupção da administração associada a manifestações de abstinência.
Opióides	Fentanil	- Poderoso analgésico com ação 75 a 100 vezes mais poderosa que a morfina. - Causa menor liberação de histamina que a morfina, portanto menor vasodilatação e prurido - Ação mais curta.	- Associação com benzodiazepínicos aumenta o risco de depressão cardiorrespiratória. - Pouca reação alérgica devido à menor liberação de histamina.

maneira como sua dor é levada em consideração pelos profissionais de enfermagem, o que indica como indispensável compreender a dor, e seu tratamento, haja vista que, esta pode ter como consequência o restabelecimento da analgesia, ou, por outro lado, tornar a dor traumática do ponto de vista psicológico além de crônica<sup>7</sup>.

São diversas as maneiras existentes para a assistência à dor em pacientes queimados e no exercício da enfermagem, são perceptíveis as lacunas relacionadas ao tratamento da dor aguda relacionada à queimadura<sup>7</sup>.

Uma vez que o tratamento da dor da queimadura requer analgésicos

potentes, que possuem diversos efeitos colaterais e riscos, como foi apresentado nos quadros 2 e 3, identifica-se a necessidade de ações de enfermagem que contribuam para segurança na administração e manutenção do tratamento medicamentoso.

As publicações apontam algumas ações de enfermagem<sup>8,9</sup>: avaliação do nível de consciência, monitorar sinais vitais, parâmetros ventilatórios, saturação de oxigênio. Os pacientes em uso de opióides, devem ser monitorados quanto a depressão respiratória, especialmente os que recebem doses mais elevadas ou aqueles que já tenham histórico que depressão ventilatória,

hipotensão e sedação excessiva após procedimento do cuidado com a ferida.

Em casos em que a saturação de oxigênio for menor que 95%, em pacientes ventilando espontaneamente, mas que iniciem alguma alteração no padrão ventilatório, avaliar a necessidade de suporte de oxigênio e atentar para evolução do quadro respiratório a partir da avaliação clínica e parâmetros gasométricos<sup>9</sup>.

As publicações<sup>8,9</sup> alertam para algumas medidas de segurança na administração de alguns medicamentos em pacientes queimados, e explica que administração de morfina intramuscular ou subcutânea, deve ser evi-

tada logo após a queimadura, devido a vasoconstricção periférica e edema que ocorrem no choque da queimadura. Diz ainda que administração subcutânea de opioides durante o choque da queimadura eventualmente pode levar a depressão respiratória e sedação excessiva, devido a liberação do medicamento que ocorre do interstício para o espaço intravascular, quando o choque é resolvido.

Os opióides podem ocasionar constipação e retenção urinária com o uso prolongado, baseado nessa informação o enfermeiro deve verificar o padrão de evacuação e estabelecer balanço hídrico rigoroso para monitorar o débito urinário e a atividade renal<sup>16</sup>.

Aspectos relacionados a alimentação do paciente também são considerados pelo enfermeiro, como os procedimentos são realizados no período matutino, estando o paciente em jejum desde a noite anterior, afim de prevenir broncoaspiração a supressão de uma alimentação pode influenciar desfavoravelmente o suporte nutricional dos pacientes submetidos à

analgesia e sedação. Assim, o enfermeiro deve garantindo que o paciente se alimente, logo assim que estiver responsivo às solicitações e com a deglutição preservada, lembrando

**“Os opióides podem ocasionar constipação e retenção urinária com o uso prolongado, baseado nessa informação o enfermeiro deve verificar o padrão de evacuação”**

que a dieta deve ser oferecida com a cabeceira elevada.

O cuidado ao paciente queimado, implica vários fatores, mas o controle da dor e a garantia da analgesia efetiva é o mais importante para o paciente, o que cria uma relação de confiança

entre o paciente e o enfermeiro, que lida diretamente com esse paciente e sua dor<sup>8</sup>. Para que este controle seja eficaz, algumas medidas como protocolos, escala de avaliação da dor, e em alguns centros de queimados até medidas não farmacológicas são aplicadas<sup>14,19</sup>.

### Conclusão

O tratamento de pacientes queimados é caracterizado como doloroso e a atuação do enfermeiro é fundamental no processo de identificação, tratamento e avaliação dessa dor, mas deve estar baseado em evidências científicas para promover um cuidado de qualidade. Para isso é fundamental o conhecimento do processo que envolve a analgesia e sedação do paciente queimado, conhecendo os efeitos adversos dos medicamentos, suas bases farmacológicas, para que partir desse conhecimento, possa definir a assistência de enfermagem, que além de promover conforto e bem estar, se configurem como ações de segurança ao paciente. 

**e-mail: lolita.dopico@gmail.com**

## Referências

- Serra MCVF, Gomes DR, Crisóstomo MR. Fisiologia e fisiopatologia. In: Maciel E, Serra MC. Tratado de queimaduras. São Paulo: Atheneu; 2004. p. 37-42.
- Gomes DR, Serra MC, Guimarães LM. Condutas atuais em queimaduras. Rio de Janeiro: Revinter; 2001.
- World Health Organization. A WHO plan for burn prevention and care [Internet]. [citado em 05 Jul 2011]. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596299\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596299_eng.pdf)
- Lauren K, Oliveira IAF, Gragnani A, Ferreira LM. Evidências no tratamento de queimaduras. Rev Bras Queimaduras. 2010;9(3):95-9.
- Cantinho AFC, Santos FG, Silva ACP. Conduta anestésica em balneoterapia de pacientes queimados: avaliação prospectiva de 2852 procedimentos. Rev Bras Anestesiol. 2004;54(2):229-38.
- Martinho AMPR. Balneoterapia: um estudo realizado na Unidade Funcional de Queimados dos Hospitais da Universidade de Coimbra [dissertação]. Coimbra: Universidade de Coimbra. Faculdade de Medicina; 2008. p. 59.
- Silva BA, Ribeiro FA. Participação da equipe de enfermagem na assistência à dor do paciente queimado. Rev Dor. 2011 12(4):342-8.
- Ballard PAC. Understanding and managing burn pain: part 1. Am J Nurs. 2009;109(4):48-56.
- Ballard PAC. Understanding and managing burn pain: part 2. Am J Nurs. 2009;109(5):54-62.
- Fry C, Edelman LS, Cochran A. Response to a nursing-driven protocol for sedation and analgesia in a burn-trauma ICU. J Burn Care Res. 2009;30(1):112-8.
- Summer GJ, Puntillo KA, Miaskowski C, Green PG, Levine JD. Burn injury pain: the continuing challenge. J Pain. 2007;8(7):533-48.
- Dias MA, Timbó BME, Maciel D, Castro AK, Barroso MGT. Cuidado de enfermagem à vítima de queimadura por descarga elétrica: enfocando os diagnósticos de enfermagem. Nursing (São Paulo). 2006; 9(93):674-9.
- Montgomery RK. Pain management in burn injury. Crit Care Nurs North Am. 2004;16(1):39-49.
- Niño B. F. Intervención de enfermería en el manejo del dolor del paciente quemado. Actual Enferm. 2001;4(1):20-6.
- Rang HP, Dale MM, Ritter JM. Farmacologia. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p. 584-6.
- Benseñor FEM, Cicarelli DD. Sedação e analgesia em terapia intensiva. Rev Bras Anestesiol. 2003;53(5):680-7.
- Stoelting, RK. Manual de farmacologia e fisiologia na prática anestésica. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.
- Clayton BD, Stock YN. Farmacologia na prática de enfermagem. 13ª ed. São Paulo: Elsevier; 2007
- Rossi LA, Camargo C, Santos CMNM, Barruffin RCP, Carvalho EC. A dor da queimadura: terrível para quem sente, estressante para quem cuida. Ver Latinoam Enferm. 2000;8(3):18-26.

# Relações e subjetividades do viver com HIV/aids: relatos de um grupo de adolescentes

Objetivou-se descrever a experiência em um grupo com adolescentes soropositivos, desenvolvido por profissionais de um Serviço Ambulatorial Especializado em HIV/Aids, de Fortaleza. A abordagem grupal pautou-se no modelo dialógico participativo através de rodas de conversas. Por meio da troca de sentimentos, informações e vivências pessoais, os adolescentes discutiram a compreensão acerca da doença e as estratégias de enfrentamento das adversidades, falando abertamente sobre suas vidas, intimidades, conflitos. Assim, o grupo constituiu-se espaço de produção de discursos e de verdades nunca ditas pelo adolescentes, proporcionando a quebra de postura do silêncio e provendo reflexões sobre relacionamentos sociais e afetivos dos adolescentes.

**Descritores:** adolescentes, síndrome de imunodeficiência adquirida, estrutura de grupo.

The objective was to describe the experience in a group with HIV-seropositive adolescents, developed by professionals of an HIV/AIDS Specialized Outpatient Service of Fortaleza, Brazil. The group's approach was based on the participatory dialogic model through conversations circles. Through the exchange of feelings, information and personal experiences, the adolescents discussed the understanding of seropositivity and the strategies for coping with adversities, openly talking about their lives, intimacy and conflicts. Thus, the group created a space for speeches production and truths never spoken by adolescents, breaking the posture of silence and providing reflections on social and affective relationships among adolescents.

**Descriptors:** adolescent, acquired immunodeficiency syndrome, group structure.

El objetivo fue describir la experiencia en un grupo de adolescentes seropositivos, desarrollado por profesionales de ambulatorio especializado en el VIH/SIDA, de Fortaleza, Brasil. El enfoque de grupo fue basado en el modelo dialógico participativo a través de reuniones de conversación. Mediante el intercambio de sentimientos, informaciones y experiencias personales, los adolescentes discutieron la comprensión acerca de la enfermedad y estrategias para hacer de enfrentamiento de las adversidades, hablando libremente acerca de sus vidas, intimidades y conflictos. Así, el grupo se constituyó un espacio de producción de hablas y verdades no dichas por los adolescentes, proporcionando ruptura de postura de silencio y ofreciendo reflexiones sobre relaciones sociales y afectivas entre adolescentes.

**Descriptorios:** adolescentes, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, estructura de grupo.

## Carliene Bezerra da Costa

Enfermeira. Integrante do grupo de pesquisa Laboratório de Clínica do Sujeito (LACSU).

## Simara moreira Macedo

Enfermeira. Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (UECE).

## Manuela de Mendonça Figueirêdo Coelho

Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza.

## Karla Corrêa Lima Miranda

Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Docente da UECE, nos Cursos de Graduação e do Programa de Pós Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE).

**Recebido em:** 10/12/2017

**Aprovado em:** 20/01/2018

## Introdução

A epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) se constitui em um problema de saúde pública, com alto grau de mortalidade, apesar do desenvolvimento de novas terapias antirretrovirais, que provoca grande impacto na vida do sujeito acometido, seja no aspecto físico, emocional ou social.

Essa doença infecciosa vem afetando os jovens de forma geral. A ocorrência dos casos de aids em jovens de 13 a 24 anos de idade foram responsáveis por 11,3% (66.751) dos casos acumulados no País de 1980 até junho 2010<sup>1</sup>.

O incremento desse número está relacionado ao aumento da sobrevivência de recém-nascidos em decorrência do desenvolvimento da terapia antirretroviral e aos possíveis fatores de risco, como insuficiente habilidade para a tomada de decisões, inexperiência dos jovens, uso de drogas injetáveis, início precoce das relações sexuais, multiplicidade de parceiros e não utilização de preservativos nas relações sexuais<sup>2,3</sup>.

Devido ao estigma que a sociedade impõe sobre a doença, a aids provoca além das patologias associadas, alterações no desenvolvimento psicológico e social do indivíduo, principalmente durante a adolescência, fase delicada do desenvolvimento humano.

A adolescência é uma fase durante a qual o sujeito vive o processo de luto, seja dos pais, da infância e/ou do corpo infantil; o encontro com o sexo e a responsabilidade dos seus atos; a passagem que reafirma ou põe a constituição da subjetividade do sujeito à prova<sup>4</sup>.

Os conflitos próprios da fase da adolescência somados à dificuldade de convivência com a aids tornam esse adolescente repleto de incertezas e onipotência frente às consequências advindas do convívio em uma sociedade preconceituosa, pois as dúvidas próprias dessa etapa do desenvolvimento intensificam-se para o jovem infectado em decorrência dos danos emocionais e sociais provocados pela infecção.

A dificuldade de enfrentar a soropositividade está diretamente relacionada ao bem-estar, à qualidade de vida, ao desafio de manter o convívio social e, principalmente, ao enfrentamento do posicionamento moral da sociedade. Com isso, a revelação do diagnóstico para si e para os outros é adiada em função do medo e da vivência com o estigma e a discriminação da sociedade, que prejudica o acesso ao cuidado em saúde, na área afetiva, sexual, social e educacional, aumentando a vulnerabilidade à infecção pelo HIV<sup>2,5</sup>.

O acompanhamento desse adolescente deve ser diferenciado, sem infantilizar o sujeito, porém, utilizando-se de recursos diferenciados ao acolhimento de suas demandas, estimulando a autonomia e independência. Nessa perspectiva, as atividades em grupo com adolescentes apresentam-se como importantes ferramentas do cuidado, propiciando a troca de vivências entre pares<sup>6</sup>.

O trabalho em grupo pode ser organizado de diferentes formas, sendo sua caracterização e estrutura definidas pelo objetivo desejado. Esses podem apresentar-se como grupos focal, socioeducativo, psicoeducativo, operativo ou terapêutico<sup>7</sup>. Entende-se o trabalho com grupos como movimento dinâmico de trabalhar o cuidado, compartilhando

informações, experiências, sentimentos, tristezas e alegrias, mantendo um traçado metodológico, porém flexível, proporcionando aos participantes a reflexão, estimulando a autonomia e mobilização para mudanças.

Imersos numa Unidade de Serviço Ambulatorial Especializado em HIV/Aids, em Fortaleza-CE, durante a apreensão de dados para pesquisa com adolescentes, identificou-se um grupo de jovens e adolescentes com HIV/aids que se reuniam no sentido de discutir sobre a compreensão da soropositividade, os recursos e as estratégias utilizadas no enfrentamento das adversidades que acompanhavam o viver com aids.

### **“Os conflitos próprios da fase da adolescência somados à dificuldade de convivência com a aids tornam esse adolescente repleto de incertezas”**

Essas reuniões tinham como objetivo oportunizar o encontro de adolescentes com HIV/aids conscientes do diagnóstico, para compartilhar sentimentos, informações e vivência pessoal no tratamento do HIV. Era um espaço cujo adolescente era estimulado a produzir seu discurso por meio de verdades não ditas.

A principal característica do grupo era o fato de o adolescente ser convocado a uma participação ativa, pois era o único local em que eles não apresentavam restrições para discorrer sobre sua situação sorológica. Além disso, era uma forma de tentar fortalecer os relacionamentos sociais desses adolescentes, relações essas que poderiam ter sido perdidas pelo medo de confrontar a sociedade com a sua condição de soropositividade.

Mediante tal vivência, acreditou-se

que relatar a experiência desse grupo possibilitaria não somente aos adolescentes, mas a todas as pessoas infectadas pelo HIV, a compreensão da contribuição dos grupos no enfrentamento da doença, na troca de experiências e na adesão ao tratamento. Conhecer essa realidade desvela aos profissionais de saúde o trabalho em grupo como um valioso instrumento de capacitação e atualização do conhecimento sobre os aspectos psicológicos e sociais relacionados à doença e suas interações interpessoais.

#### **Objetivo**

Objetiva-se com este ensaio relatar a experiência de uma reunião do grupo de adolescentes com HIV/aids em uma Unidade de Serviço Ambulatorial Especializado em HIV/Aids, do município de Fortaleza-CE.

#### **Metodologia**

Relato de experiência de uma reunião de adolescentes com HIV/aids em uma Unidade de Serviço Ambulatorial Especializado em HIV/Aids do município de Fortaleza-CE, no dia 15 de abril de 2011. Essa reunião ocorreu com a participação de seis adolescentes, dos quais uma era mulher e cinco eram homens, a mãe de um dos adolescentes e, excepcionalmente, um adulto jovem que solicitou participar desse momento. Nesse encontro, participaram uma acadêmica de enfermagem e quatro profissionais de saúde da instituição: enfermeira, assistente social, pedagoga e psicóloga.

Inicialmente foi realizada a rodada de apresentação, em seguida alguns adolescentes divulgaram informações acerca de encontros em outros grupos de apoio e logo depois foi iniciada a discussão sobre aids na vida desses adolescentes.

Foi notório a necessidade que os adolescente sentem de falar sobre dificuldade de conviver com o HIV/aids. Para tal discussão, foi utilizada uma metodologia participativa, com inte-



ração profissional/estudante/usuário, a qual os profissionais participaram efetivamente da roda de conversa, com perguntas e exemplificando situações vividas no local, priorizando sempre o uso de linguagem simples visando à compreensão de todos.

### Contextualizando o cenário

O grupo de adolescentes surgiu em 2005, a partir da solicitação de três adolescentes (dois homens e uma mulher) atendidos pela instituição, ao perceberem, em uma ida ao congresso, que os jovens dos outros estados estavam articulados. A partir de então, surgiu a inquietação desses adolescentes, os quais buscavam por uma profissional do serviço, uma psicopedagoga, para organização de um grupo de apoio como forma de articulação e suporte a esses sujeitos.

Formou-se então um grupo aberto, de periodicidade mensal, com duração de duas a três horas, composto por adolescentes que viviam com HIV/aids, com

a proposta trabalhar as verdades desses sujeitos, fomentando um espaço para discutir suas demandas e fortalecer laços sociais fragilizados. Tendo como cenário desses encontros a Unidade de Serviço Ambulatorial Especializado em HIV/Aids.

O grupo de apoio deve existir como alternativa que proporcione cuidado com foco nas questões sociais e emocionais do sujeito. Dessa forma, acredita-se no grande potencial dessa ferramenta para o cuidado, já que através do grupo, o homem pode desenvolver atividades em suas relações pessoais, realizar tarefas, oferecer e receber ajuda de outras pessoas<sup>8</sup>.

O recrutamento para o grupo ocorre através de convite dos próprios adolescentes e dos profissionais da instituição. Geralmente, além dos três adolescentes formadores, aparecia algum adolescente, mas a assiduidade em todos os encontros não era satisfatória, por diversos motivos, como ausência de tempo e, até mesmo, por dificuldade de locomoção para a instituição.

A homogeneidade na composição do grupo, segundo formas de contágio, parece facilitar a coesão e o desenvolvimento do trabalho grupal<sup>9</sup>. O grupo é homogêneo em relação ao tipo e estágio da infecção, no sentido de que os adolescentes vivenciam a experiência comum de viver/conviver com o HIV/aids, apesar de que estejam em diferentes fases da doença, passam por problemas de discriminação e preconceito perante a sociedade.

Os encontros eram organizados para acontecer em espaço que permitisse a disposição das cadeiras em círculo, o que facilitaria a comunicação entre os sujeitos. A abordagem grupal era pautada no modelo dialógico participativo, com interação facilitadores/usuários, priorizando em todas as etapas o uso de linguagem simples, visando à compreensão de todos. As temáticas abordadas sempre emergiam da sugestão dos adolescentes e sempre buscava discutir algo que ajudasse na dificuldade de algum sujeito.

O modelo dialógico corrobora a educação problematizadora e contribui para a construção de conhecimentos e competências em que os educandos são, ao mesmo tempo, objeto e sujeito da mesma ação, seres ativos, considerando a realidade do educando, baseado no diálogo e na autonomia<sup>10</sup>.

### Relatando a experiência

Buscou-se aqui por descrever a experiência vivenciada durante um dos encontros realizados com adolescentes que viviam com HIV/aids, acompanhados no serviço de realização do estudo.

Inicialmente, os adolescentes discutiram sobre a relevância da realização de encontros com outros grupos de apoio, da participação em projetos que os engajassem na sociedade, demonstrando a consciência desses jovens sobre a importância da participação popular, interação entre grupos e direito à cidadania.

Referiram interesse em participar de rodas de conversas e de atividades estratégicas que promovessem a autonomia do sujeito. Estar em grupos e discutir a respeito do diagnóstico e da doença possibilita ao sujeito uma fonte substituta de apoio e força, reduz medos e anseios, reinserindo-o na sociedade, além de proporcionar a aprendizagem de novas maneiras de lidar com a infecção, subsidiando o desenvolvimento de recursos psíquicos para lidar com este evento no decorrer da vida.

Os jovens relataram sobre a posição vitimizada da pessoa que vive com aids e seu descontentamento em relação a essa postura. Foi apresentada a possibilidade de engajamento em um grupo de teatro, ou seja, a arte como possibilidade de construção de um outro discurso, a fim de que a população veja que a infecção pelo vírus não modifica a capacidade de cada um. Trabalhar com artes cênicas desperta essência educativa e provoca reflexões ao traduzir os diversos sentimentos humanos<sup>11</sup>.

Essa inserção artística pode minimizar a concepção errônea que a socie-

dade tem da aids, como uma doença incurável, perigosa, que suscita nos adolescentes dúvidas, medo e insegurança, gerando, portanto, dificuldades nos relacionamentos interpessoais. Os indivíduos soropositivos são vistos socialmente como portadores de um estigma, sendo excluídos da sociedade que os designa como “pessoas desacreditadas”, “não confiáveis”<sup>12</sup>.

Posteriormente, os adolescentes levantaram discussão sobre a descoberta da soropositividade e as implicações dessa realidade em suas vidas. Entre os adolescentes, conviver com uma doença crônica pode afetar a convivência e a

**“Estar em grupos e discutir a respeito do diagnóstico e da doença possibilita ao sujeito uma fonte substituta de apoio e força”**

aceitação pelo grupo de amigos, interferindo também nos sentimentos do adolescente sobre os domínios de seu corpo, pois vivencia uma fase de descobertas, busca de identidade, tornando-se mais vulnerável ao estresse emocional<sup>13</sup>.

Percebeu-se a dificuldade dos adolescentes em falar sobre a revelação e a aceitação do diagnóstico para outras pessoas, mesmo as mais próximas. A dificuldade de revelação gera-se pelo medo do preconceito e da discriminação, que muitas vezes, podem ter início no próprio núcleo familiar, local esse que deveria oferecer suporte e apoio emocional a esses adolescentes<sup>2,14</sup>.

Evidenciou-se o preconceito vivenciado pelos adolescentes em detrimento da sua condição sorológica, gerando nesses indivíduos a necessidade de esconder seu diagnóstico como forma de evitar situações constrangedoras. Muitas vezes, a postura do silêncio promove o distanciamento das pessoas próximas, prejudicando seus relacionamentos sociais e afetivos. A família e a escola (professores e diretores) apareceram como os principais grupos identificados como parceiros do segredo<sup>2</sup>.

Outra ideia formulada no grupo foi em relação aos envolvimento amorosos. A ansiedade torna-se presente frente aos relacionamentos, e o anúncio para o parceiro da sua condição sorológica gera medo do abandono e da discriminação. Por um lado, é reconhecida a necessidade de proteger o parceiro da possibilidade de infecção, porém, revelar sua condição e ser abandonado apresenta-se como um acontecimento possível e ameaçador<sup>2</sup>. A dificuldade em manter os relacionamentos acarreta a desesperança nesses adolescentes de se relacionar normalmente com outras pessoas.

A mãe de um dos adolescentes que estava presente na reunião relatou que a filha, em todos os relacionamentos, sempre se encontrava ansiosa para revelar de imediato sua sorologia para o parceiro, já tendo acontecido muitas vezes de se magoar e frustrar devido a essa revelação.

Relatos sobre a facilidade de relacionamento com pessoas soropositivas emergiram do grupo, apoiados pelo fato de apresentarem necessidades e realidades semelhantes (uso da medicação, consultas periódicas, realização de exames, entre outros).

Os jovens apresentaram que a participação ativa no planejamento de ações de saúde é decisiva na adesão e convivência com o tratamento. Sugeriram que para que isso ocorra de modo efetivo e adequado, é preciso que se estabeleça um processo contínuo de discussão,

envolvendo cuidadores e equipe multiprofissional sobre a construção dos planos terapêuticos implementados, além de subsídios que apoiem cada família na eleição do melhor momento e maneira de desvelar o diagnóstico.

Observaram-se os adolescentes a falarem abertamente sobre sua vida, intimidade, conflitos, enigmas, fato que eles não têm oportunidade, nem espaço para falar, constituindo espaço de produção de discursos e de verdades nunca ditas.

Os profissionais participam efetivamente do diálogo, levantando questionamentos e exemplificando situações vividas no local. A identificação do contexto grupal remete aos profissionais o conhecimento da realidade dos adolescentes, possibilitando o planejamento conjunto de intervenções que ofereça condições para a gênese de mudanças na percepção de vida desse jovem<sup>15</sup>.

Apesar das reuniões facilitarem o convívio desses adolescentes com o meio social, estes muitas vezes declararam-se ausentes “por falta de tempo”. A discussão foi finalizada em clima harmônico, cujos participantes do grupo confraternizaram esse encontro degustando um lanche oferecido pelos profissionais da instituição.

### Considerações finais

Encontros em grupo oportunizam a escuta e o apoio ao adolescente com HIV/aids no revelar de seus conflitos e dificuldades que surgem com o conhecimento de sua condição diagnóstica. Na experiência relatada foram discutidos inúmeros problemas que os adolescentes enfrentam ao conviver com o HIV, levantaram discussão sobre a descoberta da soropositividade e as implicações dessa realidade em suas vidas, bem como se percebeu a dificuldade em falar sobre a revelação do diagnóstico para outras pessoas, mesmo as mais próximas por medo de ser estigmatizado pela sociedade.

Evidenciou-se, durante a discussão, o preconceito vivenciado pelos adolescentes em detrimento da sua condição sorológica, acarretando a necessidade de um silêncio acerca do diagnóstico como forma de evitar situações constrangedoras. Foi possível perceber através dos discursos, que a postura do silêncio acarreta prejuízo na manutenção dos relacionamentos sociais e afetivos. Além disso, foram relatadas dificuldades na busca/manutenção de relacionamentos amorosos, pelo medo do abandono e da discriminação à revelação da sua condição sorológica para o parceiro.

Trabalhar o preconceito, desmistificando o viver com HIV/aids, pode ser um dos caminhos para a redução dos impactos biopsicossociais causados pela doença. Estimular iniciativas das equipes de saúde para trabalharem com abordagens psicossociais visando à qualidade de vida das famílias e dos adolescentes vivendo com HIV/aids torna-se imperativo na produção de um cuidado coletivo e integral. Proporcionar discussão e troca de vivências, oportunizando contatos cotidianos para criação de vínculos e desenvolver estratégias educativas específicas para o adolescente faz-se necessário para um atendimento mais completo e humanizado.

Com base na experiência apresentada, sugere-se que os serviços de atendimento a crianças e adolescentes com HIV/aids estabeleçam e aprimorem claramente uma política de revelação de diagnóstico, possibilitando a organização e a programação das condutas sejam discutidas entre o profissional e o paciente e os cuidadores de maneira clara, sem ter que administrar um segredo que na maior parte das vezes prejudica o andamento do tratamento e uma boa relação entre profissional e paciente.



e-mail: [manumfc2003@yahoo.com.br](mailto:manumfc2003@yahoo.com.br)

## Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico - Aids e DST. Versão preliminar, ano VII, nº 01. 27ª a 52ª semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2009 - 01ª a 26ª semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2010. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
2. Marques HHS, Silva NG, Gutierrez PL, Lacerda R, Ayres JRCM, DellaNegra M. A revelação do diagnóstico na perspectiva dos adolescentes vivendo com HIV/AIDS e seus pais e cuidadores. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(3):619-29.
3. Oliveira DC, Pontes APM, Gomes AMT, Ribeiro MCM. Conhecimentos e práticas de adolescentes acerca das DST/HIV/AIDS em duas escolas públicas municipais do Rio de Janeiro. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2009;13(4): 833-41.
4. Rosa MD. Adolescência: da cena familiar à cena social. *Psicol USP*. 2002;13(2):227-4.
5. França Junior I, Doring M, Stella IM. Crianças órfãs e vulneráveis pelo HIV no Brasil: onde estamos e para onde vamos? *Rev Saúde Pública*. 2006;40(Supl):23-30.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa nacional de DST e Aids. Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e AIDS. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
7. Afonso MLM. Oficinas em dinâmica de grupo na área de saúde. 2ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2010.
8. Munari DB, Zago M. Grupos de apoio/suporte e grupos de auto-ajuda: aspectos conceituais e operacionais, semelhanças e diferenças. *Rev Enferm UERJ*. 1997;5(1):359-66.
9. Rasesa EF, Japur M. Grupo de apoio aberto para pessoas portadoras do HIV: a construção da homogeneidade. *Est Psicol*. 2003;8(1):55-62.
10. Figueiredo MFS, Rodrigues Neto JF, Leite MTS. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(1):117-21.
11. Trezza MCSF, Santos RM, Santos JM. Trabalhando educação popular em saúde com a arte construída no cotidiano da enfermagem: um relato de experiência. *Texto Contexto Enferm*. 2007;16(2):326-34.
12. Thiengo MA, Oliveira DC, Rodrigues BMRD. Representações sociais do HIV/AIDS entre adolescentes: implicações para os cuidados de enfermagem. *Est Psicol*. 2003;8(1):55-62.
13. Lima AAA, Pedro ENR. Growing up with HIV/AIDS: a study on adolescents with HIV/AIDS and their family caregivers. *Rev Latinoam Enferm*. 2008;16(3):348-54.
14. Kourouski MFC, Lima RAG. Treatment adherence: the experience of adolescents with HIV/AIDS. *Rev Latinoam Enferm*. 2009;17(6):947-52.
15. Beserra EP, Araújo MFM, Barroso MGT. Promoção da saúde em doenças transmissíveis – uma investigação entre adolescentes. *Acta Paul Enferm*. 2006;19(4):402-7.

# Ética e educação em enfermagem: uma revisão da literatura

Este estudo objetiva identificar a produção científica sobre educação ética em enfermagem e classificá-la segundo o periódico, ano de publicação, país de origem do estudo, tipo de pesquisa e os principais achados. Trata-se de uma pesquisa descritiva, realizada através de artigos científicos publicados na Biblioteca Virtual em Saúde com os descritores ética, bacharelado em enfermagem ou educação em enfermagem. Foram selecionados 15 artigos, publicados entre 1988 e 2009. O periódico com maior número de publicações foi Nursing Ethics (26,3%). Estados Unidos e Inglaterra foram os países que mais publicaram estudos sobre a temática. Foram encontradas reflexões, revisões da literatura, pesquisas de campo e relatos de experiência. 60% dos artigos versavam sobre teoria e prática – reflexão e troca de experiências entre alunos e professores, enfatizando-se a necessidade da promoção de espaços/momentos para discussões e trocas de experiências, tendo como objetivo último prestar um cuidado com responsabilidade, respeito e justiça.

**Descritores:** ética, educação em enfermagem, bacharelado em enfermagem.

This study aims to identify the ethical and scientific production on nursing education and classify according to the journal, publication year, country of the origin of the study, research type and key findings. This is a descriptive and exploratory research carried out by scientific articles published in Biblioteca Virtual em Saúde with the ethics descriptors, education or nursing bachelorship or nursing education. We selected 15 articles published between 1988 and 2009. The scientific journal with the largest number of publications was Nursing Ethics (26.3%). United States and England were the countries that most published studies on this subject. There were reflections, literature reviews, field research and experience reports. 60% of the articles were about theory and practice - reflection and experiences exchange between students and teachers, emphasizing the need to promote space /time for discussions and experiences exchanges, with the ultimate goal of providing a care with responsibility, respect and fairness.

**Descriptors:** ethics, education, nursing, education, nursing, baccalaureate.

Se objetiva identificar la producción científica sobre educación ética en enfermería y clasificarla según la revista, año de publicación, país de origen del estudio, tipo de investigación y los principales resultados. Estudio descriptivo y exploratorio, realizado a través de artículos científicos publicados en la Biblioteca Virtual em Saúde con los descriptores ética, bachillerato en enfermería o educación en enfermería. Fueron seleccionados 15 artículos publicados entre 1988 y 2009. La revista con el mayor número de publicaciones fue Nursing Ethics (26,3%). Estados Unidos e Inglaterra fueron los países que publicaron la mayoría de los estudios. Fueron encontrados reflexiones, revisiones bibliográficas, investigaciones de campo e informes de experiencias. El 60% de los artículos eran sobre teoría y práctica – la reflexión y el intercambio de experiencias entre alumnos y profesores, destacando la necesidad de promover el espacio/momento para debates e intercambios de experiencias, con objetivo de proporcionar cuidado con responsabilidad, respeto y justicia.

**Descriptor:** ética, educación en enfermería, bachillerato en enfermería.

## Cristina Ranuzi

Acadêmica do sexto período do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM.

## Débora Vieira de Almeida

Enfermeira. Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Professora Adjunta da UFTM.

## Álvaro Da Silva Santos

Enfermeiro. Doutor em Ciências Sociais. Professor Adjunto da UFTM.

**Recebido em:** 26/06/2017

**Aprovado em:** 12/01/2018

## Introdução

A ética se relaciona com outras ciências e tem a função de explicar, esclarecer e estudar as relações e o comportamento dos homens dentro da sociedade, a fim de elaborar conceitos que indiquem o melhor comportamento do ponto de vista moral<sup>1</sup>. Por mais que a moral tenha determinados princípios, não é a ética que os estabelece. Na própria sociedade, há uma série de morais concretas que se sucederam historicamente, ou seja, ela mesma determina a moral, suas normas, os seus costumes, suas crenças, sua religião e seus princípios. Enquanto a ética, como uma ciência da moral, se depara com essas experiências histórico-sociais<sup>1</sup>.

A ética do cuidado remete-nos para as teorias baseadas nas relações, cuja perspectiva assume especial significado no desempenho de papéis sociais<sup>2</sup>. Na prática do profissional de enfermagem, para que o cuidado se efetive, faz-se necessário a presença de no mínimo duas pessoas: o cuidador e a pessoa que receberá os cuidados. Nesta relação interpessoal, evidenciam-se atitudes permeadas por valores e conceitos.

É fundamental que a formação dos enfermeiros forneça subsídios às suas atitudes profissionais, uma vez que a sua atuação está diretamente relacionada com a vida de outros homens. Entretanto, o exercício da liberdade individual depende, significativamente, da capacidade particular

do sujeito de “articular os conhecimentos, habilidades e valores”<sup>3</sup>. É importante destacar que o indivíduo autônomo não é aquele que vive sem regras, mas que as pode obedecer depois de examiná-las, ou seja, um sujeito com atitudes éticas.

O ensino da ética não se limita aos aspectos legislativos, não podendo se resumir a orientações prescritivas e normativas, mas sim a desenvolver atitude crítica e criativa, possibilitando que a reflexão seja uma constante na vida profissional, acompanhando a evolução tecnológica, cultural e política da humanidade<sup>4</sup>.

Para isso, é necessário que a educação ética articule os conteúdos teóricos com os conteúdos do cotidiano. Acredita-se que os conflitos epistemológicos com a práxis estimulam os alunos à reflexão, desenvolvendo a capacidade de raciocinar e julgar questões éticas, pressupondo atitude moral reflexiva e autônoma.

Enfatiza-se que o ensino formal de enfermagem deve se preocupar com a formação ética na mesma medida em que se preocupa com a instrução relacionada aos conhecimentos científicos e técnicos dos discentes, uma vez que tais conhecimentos se tornam presentes nas atitudes.

Sendo a ética essencial para a formação do enfermeiro e considerando que a publicação é uma etapa importante no desenvolvimento do conhecimento científico, pergunta-se: como a temática da educação ética em enfermagem tem se apresentado nas publicações científicas? Para responder a esta questão, realizou-se esta pesquisa com os objetivos de identificar e descrever a produção científica sobre ética e educação em enfermagem, e classificá-la segundo o periódico, ano de publicação, país de origem do estudo, tipo de pesquisa e os principais achados.

### Metodologia

Trata-se de uma revisão de literatura onde foram ilocalizadas as publicações que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: artigos publicados em bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) até setembro de 2011; com os descritores



DECS/MESH ética, bacharelado em enfermagem ou educação em enfermagem; estarem disponíveis na íntegra na BVS ou no portal CAPES; serem publicados em português, inglês ou espanhol.

Num primeiro momento foram identificados 50 artigos. Destes, 15 estavam disponíveis na íntegra, como se apresenta a seguir:

Ética AND bacharelado em enfermagem: 8 artigos em língua inglesa. Destes, 3 estavam disponíveis na íntegra através do portal CAPES.

Ética AND educação em enfermagem: 42 artigos (31 em inglês, 6 em português e 5 em espanhol), sendo que 6 estavam disponíveis na íntegra no BVS e 6 no portal CAPES.

Após a leitura destes artigos foi preenchido um instrumento para coleta de dados com os seguintes itens: nome do periódico, título do artigo, ano de publicação, país de origem do estudo, tipo de pesquisa e principais achados. A nacionalidade do estudo foi identificada de acordo com as notas de rodapé dos artigos ou com os dados presentes no método, quando as mesmas envolviam coleta de dados com sujeitos. Quanto ao tipo de pesquisa, os artigos foram classificados como reflexão, revisão de literatura, pesquisa de campo e relato de experiência, de acordo com as informações presentes no método dos artigos. Ressalta-se que foram classificados como pesquisa de campo os artigos

que apresentavam sujeitos de pesquisa.

A seguir, foram realizadas leituras exaustivas dos principais achados dos artigos, sendo estes agrupados em categorias ou áreas temáticas e quantificadas, de acordo com as frequências absoluta e percentual. Os dados foram apresentados em tabelas.

### Revisão de literatura

De acordo com a Tabela 1, observa-se que o periódico que mais publicou artigos relacionados com a ética na formação do profissional de enfermagem foi a Nursing Ethics (26,3%), destacando o ano de 1997 que apresentou 75% das publicações. Os demais periódicos apresentaram apenas uma publicação cada, distribuídos entre o ano de 1988 e 2009.

Quanto ao país de origem dos estudos, verifica-se que os Estados Unidos e a Inglaterra publicaram o maior número de estudos relacionado à ética e à educação em enfermagem, 4(26,6%) cada. O Brasil publicou 3, o que corresponde a 20% do total, a Finlândia 2(13,4%). A Holanda e o Chile apenas 1(6,7%) cada (Tabela 2).

Os países que apresentaram mais de uma publicação relacionada à ética e educação em enfermagem publicaram pelo menos um estudo teórico (Tabela 2). Destacam-se os Estados Unidos que apresentaram 4 publicações e todas resultados de estudos reflexivos.

Dos artigos analisados, 9 (60%) são

estudos teóricos, sendo 8 reflexivos e 1 revisão da literatura. Os artigos reflexivos salientam a necessidade de existir a troca de experiência e a relação de confiança entre professor e aluno<sup>3,5-11</sup>. A revisão da literatura aponta a escassez de pesquisas na área da educação, referentes às decisões em enfermagem<sup>12</sup>.

O relato de experiência docente ressalta as possibilidades que possuem o universo do ensino da ética, a fim de estimular a responsabilidade social e a formação de valores no marco das atividades curriculares da área de enfermagem<sup>13</sup>.

As pesquisas de campo representam 33,3% do total de estudos. Destes, 3 (60%) tiveram como sujeitos das pesquisas os enfermeiros<sup>14-16</sup>. Um estudo aborda as questões em torno da ética e moral no desenvolvimento de enfermeiros e ressalta a importância da reflexão e da troca de experiência entre eles<sup>14</sup>. Outro estudo compreende o significado das ações dos enfermeiros frente às ocorrências éticas<sup>15</sup>. E o outro destaca a necessidade da educação continuada e aponta que o conteúdo teórico deve acompanhar a evolução na prática clínica<sup>16</sup>.

Os outros dois estudos de pesquisa de campo tiveram os estudantes de enfermagem como sujeitos de pesquisa<sup>17,18</sup>. Uma pesquisa avaliava a capacidade dos acadêmicos em aplicar o conhecimento ético identificando questões morais nas situações encontradas no estágio<sup>17</sup>. O outro descrevia as relações entre os professores de enfermagem finlandeses e os estudantes de intercâmbio britânicos, a partir da perspectiva dos tutores<sup>18</sup>.

A partir da análise dos artigos foi possível agrupá-los em quatro categorias (Tabela 3):

Teoria e prática - reflexão e troca de experiências entre os alunos e professores ajudando na prática ética do acadêmico;

Ética e a atuação do enfermeiro diante de determinadas patologias;

Mudanças no perfil do profissional de enfermagem em decorrência das mudanças do mundo;

Sistematização do ensino da ética/

bioética nos currículos de graduação em Enfermagem.

A categoria com maior número de artigos relacionados à ética e educação em enfermagem foi teoria e prática - reflexão e troca de experiências entre os alunos e professores ajudando na prática ética do acadêmico (60,1%). Considerando que as crenças são desenvolvidas através da experiência pessoal, essa categoria mostra a importância de um ambiente educativo em que os alunos se sintam capazes de expressar e analisar o fundamento de suas crenças, e examinar esses diálogos com as outras pessoas<sup>7</sup>.

A categoria ética e atuação do enfermeiro diante de determinadas patologias retrata dilemas éticos dos profissionais de saúde associados a doenças transmissíveis como a AIDS e doenças não transmissíveis, porém degenerativas, como o câncer. Destacam-se duas questões principais, proteger os direitos e bem estar dos pacientes, funcionários e estudantes e, ao mesmo tempo, fornecer conhecimento aos acadêmicos sobre o controle da infecção<sup>8</sup>.

A categoria mudanças no perfil do profissional de enfermagem em decorrência das mudanças do mundo mostra que com as inovações tecnológicas e com as mudanças de pensamento que acompanham as novas gerações, faz-se necessário que o profissional de saúde também mude o seu perfil e busque atualização contínua<sup>5,10</sup>.

A categoria sistematização do ensino da ética/bioética nos currículos de graduação em enfermagem propõe a implantação de uma abordagem transversal da ética, ou seja, cada área curricular deve propor atividades que auxiliem na educação moral e na tomada de decisões dos alunos<sup>3</sup>.

A ética propõe-se a compreender os critérios e os valores que orientam o julgamento da ação humana em suas múltiplas atividades, principalmente aquelas que dizem respeito ao trabalho e à vida humana. A ética, como disciplina, se refere à reflexão crítica sobre

o comportamento humano, interpreta, discute, problematiza e investiga valores e princípios. Procura respostas ao que “deve ser feito”, e não ao “que pode ser feito” do ponto de vista das razões de se fazer ou deixar de fazer, de aprovar ou desaprovar algo, do que é bom e do que é mal, do justo e do injusto<sup>2</sup>.

Ao falar de ética em enfermagem deve-se considerar as ações específicas da sua atividade. As ações dos enfermeiros exigem preparação específica e conhecimentos apropriados, sendo que a finalidade é o sujeito a quem os cuidados serão dirigidos<sup>19</sup>. A evolução das sociedades e a procura constante do equilíbrio entre o bem individual e o bem coletivo têm demonstrado que a ética constitui-se em um pilar fundamental que assume a centralidade das decisões nas quais os enfermeiros se vêem envolvidos. Enquanto agentes sociais, devem comprometer-se com a garantia da prestação de cuidados de qualidade aos cidadãos, o que implica em ações baseadas no respeito pela vida, pela dignidade e pelos direitos humanos<sup>20</sup>. Em síntese, a qualidade do cuidado prestado pelos enfermeiros se fundamenta nas atitudes sustentadas pela ética.

Dessa forma, qualidade do cuidado envolve discussões em torno do ser profissional, do uso dos equipamentos tecnológicos e da relação destes com a promoção da saúde do homem, tratamento, cura e reabilitação<sup>21</sup>.

Ao discutir sobre os equipamentos e as ações/ intenções que promovam o cuidado de qualidade, leva-se em consideração os valores de integridade e excelência, os quais exigem a participação dos profissionais nas discussões sobre soluções para as questões éticas envolvendo a proteção dos direitos e bem-estar dos pacientes, funcionários e estudantes<sup>8,9</sup>. Além dos valores humanos, prestar cuidado de qualidade envolve o conhecimento científico como responsável por garantir um cuidado livre de qualquer risco ou dano aos clientes<sup>15</sup>.

As últimas três décadas foram marcadas por intenso avanço tecnológico em relação aos diagnósticos e tratamentos

**TABELA 1 - Distribuição dos artigos por periódico e por ano de publicação, 2011.**

Periódico/Ano	1988	1997	2002	2003	2004	2006	2007	2008	2009	Total N(%)
Acta Bioethica								1		1 (6,7)
Acta Paulista Enfermagem						1				1 (6,7)
Journal of Advanced Nursing			1							1 (6,7)
MAFRICA			1							1 (6,7)
Nurse Education Today							1			1 (6,7)
Nursing Education Perspectives									1	1 (6,7)
Nursing Ethics		3							1	4 (26,3)
Nursing Standart									1	1 (6,7)
ONS News					1					1 (6,7)
Pubic Health Reports	1									1 (6,7)
Revista Brasileira de Enfermagem				1						1 (6,7)
Revista Latino-Americana Enfermagem						1				1 (6,7)
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>15 (100,0)</b>

**TABELA 2 - Distribuição dos artigos segundo país e tipo de estudo, 2011.**

País do estudo/Tipo de estudo	Reflexão	Pesquisa de Campo	Revisão da Literatura	Relato de Experiência	Total N(%)
Brasil	2	1			3(20)
Chile				1	1(6,7)
Estados Unidos	4				4(26,6)
Finlândia		1	1		2(13,4)
Holanda		1			1(6,7)
Inglaterra	2	2			4(26,6)
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>15(100)</b>

**TABELA 3 - Classificação dos artigos em categorias, 2011**

País do estudo/Tipo de estudo	Artigos
Categorias	N (%)
Teoria e prática – reflexão e troca de experiências entre alunos e professores ajudando na prática ética do acadêmico	9 (60,1)
Ética e atuação do enfermeiro diante de determinadas patologias	2 (13,3)
Mudanças no perfil do profissional de enfermagem em decorrência das mudanças do mundo	2 (13,3)
Sistematização do ensino da ética/bioética nos currículos de graduação em enfermagem	2 (13,3)

médicos. Tais eventos originaram situações inéditas de decisão moral e revelaram a urgência de se discutir e preparar profissionais para desafios diferentes<sup>2,9</sup>, o que pode gerar mudança no perfil e na relação dos profissionais<sup>5</sup>.

A ética constitui-se como um pilar fundamental nas decisões dos enfermeiros. Enquanto agentes sociais, os enfermeiros devem comprometer-se com a garantia da execução de cuidados de qualidade aos cidadãos, o que implica no equilíbrio entre o bem individual e o bem coletivo<sup>20</sup>.

Destaca-se que a ética não está dissociada do conhecimento científico. São nas ações dos enfermeiros que se apresentam os valores éticos e os conhecimentos adquiridos durante a sua formação. Sendo assim, é desejável um ensino

com fundamentação teórica e prática que estimule o pensamento crítico e reflexivo, utilizando-se da criatividade, e da interdisciplinaridade<sup>3,21</sup>. Como o objetivo do ensino da ética é o desenvolvimento moral do aluno para exercer atitudes profissionais conscientes, uma única disciplina não seria capaz de oferecer todos os recursos necessários para que tal meta seja atingida. Por sua vez, revela-se a ética como fundamento da profissão e sua inerente transdisciplinaridade.

Uma possível estratégia que pode ser utilizada por qualquer disciplina curricular é a reflexão em grupo. Nesta o aluno expressa o seu ponto de vista e ouve os argumentos dos colegas, favorecendo o aprendizado e a formação de profissionais críticos. Neste contexto, o trabalho

do professor é facilitar o movimento do aluno através de uma série de processos que permitirão o desenvolvimento do poder de pensar<sup>11</sup>. Para isso é importante um ambiente no qual os alunos se sintam capazes de expressar e analisar o fundamento de suas crenças, além de examinar os diálogos com os outros, aprofundando, assim, o conhecimento no desenvolvimento da imaginação moral nos cuidados de saúde<sup>7</sup>.

Nota-se que muitos autores reforçam a importância da reflexão sobre a prática como um método educativo para a formação de enfermeiros com atitudes éticas. Sendo assim, evidencia-se que o conhecimento científico, seja teórico ou prático, não é suficiente para a formação do enfermeiro. É necessário que o futuro

enfermeiro seja capaz de refletir e de discutir não apenas os princípios científicos das suas ações, mas também identificar os valores e sentimentos envolvidos nas suas atitudes, de modo que suas ações sejam fundamentadas na responsabilidade e na justiça, principalmente por lidar, com bastante frequência, com a vulnerabilidade humana<sup>22</sup>.

Neste ponto ressalta-se a importância da ética também no controle de doenças existentes, emergentes e reemergentes, além das doenças raras. Esses fatos trazem a tona questões relacionadas à alocação de recursos, proteção da saúde populacional versus saúde individual, discriminação, pesquisas envolvendo seres humanos e distribuição de renda. Revela-se a necessidade de uma utilização justa e equânime dos recursos públicos através do exercício da autonomia, tanto na área da educação, quanto na saúde e no saneamento.

A valorização monetária é extremamente importante para a riqueza das nações, mas acredita-se que uma sociedade classificada como ética fundamenta suas ações nos valores humanos, ou seja, aqueles em que há a valorização da pessoa e, conseqüentemente, políticas públicas que visem reduzir as

desigualdades ou iniquidades.

Outra questão como saúde ambiental na perspectiva da sustentabilidade e qualidade de vida, tópico inerente a vida humana, é algo que não apareceu nas publicações e tem relevância na formação do sujeito enquanto uma pessoa comprometida com aspectos para além da prática profissional restrita.

### Considerações finais

Foram encontrados quinze artigos científicos relacionados à temática da ética e educação em enfermagem, publicados entre os anos de 1988 e 2009. O periódico com maior número de publicações foi a *Nursing Ethics* (26,3%), sendo os Estados Unidos e a Inglaterra os países que mais publicaram estudos sobre a temática (26,6% cada).

Os estudos sobre ética e educação em enfermagem encontrados foram reflexões, revisão da literatura, pesquisa de campo e relato de experiência, sendo mais frequente os estudos teóricos (60%).

Os artigos versavam sobre a ética e atuação do enfermeiro diante de determinadas patologias, teoria e prática – reflexão e troca de experiências entre alunos e professores ajudando na

prática ética do acadêmico, mudanças no perfil do profissional de enfermagem em decorrência das mudanças do mundo e sistematização do ensino da ética/bioética nos currículos de graduação em enfermagem. O tema tratado com maior ênfase foi a questão da teoria e a prática, enfatizando-se a necessidade da promoção de espaços/momentos para discussões e trocas de experiências entre os graduandos, docentes e colegas, tendo como objetivo último prestar um cuidado com responsabilidade, respeito e justiça. Esses argumentos foram evidenciados com destaque nos artigos teóricos.

Várias lacunas são observadas na produção ligada à ética e à educação na formação do enfermeiro, tais como: agravos de importância epidemiológica, (bio) tecnologia, saúde ambiental, aspectos de ordem econômica e justiça social, entre tantos outros. Isso exige a realização de investigações que possam descrever de modo aprofundado a realidade e propor intervenções que visem o bem estar humano, pelo enfermeiro que é responsável pelo cuidado individual, familiar e coletivo – essência da vida humana. 

e-mail: cristinaranuzi@gmail.com

## Referências

- Vásquez AS. Ética. 25a ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2002.
- Souza ML, Sartor VVB, Prado ML. Subsídios para uma ética da responsabilidade em enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2005;14(1):75-81.
- Ferreira HM, Ramos LH. Diretrizes curriculares para o ensino da ética na graduação em enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2006;19(3):328-31.
- Lins JFABA. Ética no ensino da enfermagem. *Uniciências*. 1999;3(0).
- Bellato R, Gaíva MAM. A Cidadania e a ética como eixos norteadores da formação do enfermeiro. *Rev Bras Enferm*. 2003;56(4):429-32.
- Tippitt MP, Ard N, Kline JR, Tilghman J, Chamberlain B, Meagher PG. Creating environments that foster academic integrity. *Nurs Educ Perspect*. 2009;30(4):239-44.
- Pask EJ. Developing moral imagination and the influence of belief. *Nurs Ethics*. 1997;4(3):203-10.
- Spero JR. Educating nursing students about quality care and safe practices in the AIDS Epidemic. *Public Health Rep*. 1988;103(3):278-81.
- Wujcik D. Returning to the classroom yields new questions about ethics. *ONS News*. 2004;19(8).
- Mafrica L, Ballon LG, Culhane B, McCorkle M, Murphy CM, Worrall L. ONS 2002 Environmental scan: a basis for strategic planning. *Mafrica*. 2002;29(9):99-109.
- Durgahee T. Reflective practice: decoding ethical knowledge. *Nurs Ethics*. 1997; (3):211-7.
- Numminen OH, Kilpi HL. Nursing students' ethical decision-making: a review of the literature. *Nurse Educ Today*. 2007;27:796-807.
- Figueroa AA. Ética, solidaridad Y "aprendizaje servicio" en la educación superior. *Acta Bioeth*. 2008;14(1):61-7.
- Durgahee T. Reflective practice: nursing ethics through story telling. *Nurs Ethics*. 1997;4(2):796-807.
- Freitas GF, Oguiso T, Merighi MAB. Ethical events in nursing: daily activities of nurse managers and nursing ethics committee members. *Rev Latinoam Enferm*. 2006;14(4):497-502.
- Edmonds M, Adams J. Evaluating the impact of a cardiac module for post-registration nurses. *Nurs Stand*. 2009;24(2):35-41.
- Hunink G, Leeuwen RV, Jansen M., Jochemsen H. Moral issues in mentoring sessions. *Nurs Ethics*. 2009;16(4):487-98.
- Koskinen L, Tossavainen K. Relationships with undergraduate nursing exchange students – a tutor perspective. *J Adv Nurs*. 2002;41(5):499-508.
- Vielva J. Ética profesional de la enfermería. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2002.
- Mendes G. A dimensão ética do agir e as questões da qualidade colocadas face aos cuidados de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2009;18(1):165-9.
- Cardoso MVLML. Reflexões para a prática de enfermagem. *Rev RENE*. 2011;12(1):7.
- Lopes Neto D, Costa VP, Lopes MSS. Vulnerabilidade humana na linguagem fílmica "epidemia": relação homem-natureza, conflitos, responsabilidade e poder da palavra. *Nursing (São Paulo)*. 2011;14(161):540-5.

# Perfil epidemiológico das infecções hospitalares na unidade de terapia intensiva de um hospital terciário

O estudo objetivou conhecer o perfil das infecções hospitalares na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital, interior de São Paulo. Estudo retrospectivo, quantitativo, sendo os dados coletados através da CCIH. A taxa de pacientes com infecções hospitalares foi de 21,8%, o trato respiratório o sítio mais acometido (60,9%) e *Acinetobacter spp* e *Staphylococcus aureus* os patógenos mais encontrados. O óbito por infecções hospitalares foi mais frequente em mulheres ( $p=0,0322$ ), idosos ( $p=0,0002$ ) e em pacientes com maior dias de internação ( $p=0,0143$ ). Os resultados apontam a necessidade de ações de prevenção e controle deste agravo.

**Descritores:** infecção hospitalar, mortalidade, fatores de risco, unidade de terapia intensiva.

This study aimed to know the profile of hospital infections (HI) in the Intensive Care Unit of a countryside hospital in São Paulo. It is a retrospective, quantitative study, with data collected through the CCIH. The rate of patients with HI was 21,8% and respiratory tract (60.9%) was the most affected site, and *Acinetobacter spp* and *Staphylococcus aureus* were the most found pathogens. The death for HI was found more frequent in women ( $p=0.0322$ ), in the elderly ( $p=0,0002$ ) and patients with more days of admission ( $p=0.0143$ ). The results show the need for prevention and control of this disease.

**Descriptors:** cross infections, mortality, risk factors, intensive care unit.

El objetivo fue conocer el perfil de las infecciones hospitalarias (IH) en la unidad de terapia intensiva de un hospital en el interior de São Paulo. Estudio retrospectivo, cuantitativo y con datos recogidos a través de CCIH. La tasa de pacientes con IH fue 21,8%, el sitio más afectado el tracto respiratorio (60,9%), y *Acinetobacter spp* y *Staphylococcus aureus* los patógenos predominantes. La muerte por IH fue predominante en las mujeres ( $p=0,0322$ ), ancianos ( $p=0,0002$ ) y en pacientes con mayor número de días de hospitalización ( $p=0,0143$ ). Son necesarias acciones de prevención y control de esto agravo.

**Descritores:** infección hospitalaria, factores de riesgo, mortalidad, unidad de terapia intensiva.

## Ana Flávia Michelin

Enfermeira, aprimoranda em Enfermagem em Controle de Infecção Hospitalar pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP).

## Márcia Regina Campos Costa da Fonseca

Enfermeira, professora adjunta do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Jundiá (FMJ).

**Recebido em:** 18/09/2017

**Aprovado em:** 07/02/2018

## Introdução

A Infecção Hospitalar (IH) é definida como aquela que é adquirida após a admissão do paciente na unidade hospitalar e que se manifesta durante a internação ou após a alta, quando

puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares<sup>1</sup>.

As infecções hospitalares constituem um grave problema de saúde pública pela importante morbidade, mortalidade e por determinarem aumento no tempo de hospitalização e conseqüentemente, elevado custo adicional para o tratamento do doente<sup>2</sup>.

De 5% a 15% do total de pacientes hospitalizados, nos Estados Unidos, desenvolvem infecção hospitalar<sup>2</sup>. Em 2002 a mortalidade em hospitais deste país, associada ao agravo, atingiu cifras de 98.987, destes, 35.967 por pneumonia, 30.665 por infecções de corrente sanguínea, 13.088 por infecções do trato urinário, 8.205 por infecções de ferida cirúrgica e 11.062 por infecções em outros sítios<sup>3</sup>.

Os dados sobre infecção hospita-

lar no Brasil são escassos e pouco divulgados. Esses dados não são consolidados por muitos hospitais, o que dificulta o conhecimento da dimensão do problema em âmbito nacional. O estudo brasileiro da magnitude das infecções hospitalares, em hospitais terciários, data de 1995, com incidência de 15,5% de IH<sup>4</sup> e apesar das lacunas existentes nas informações, sabe-se que a infecção hospitalar se encontra entre as seis principais causas de óbito no Brasil, estando ao lado das doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias e infecciosas<sup>5</sup>.

Em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) os índices de infecção hospitalar tendem a serem maiores dos que aqueles encontrados em outros setores hospitalares, devido à gravidade das patologias de base, aos procedimentos

invasivos utilizados ao longo do tempo de internação e ao comprometimento imunológico, que tornam os pacientes mais susceptíveis à aquisição de infecções e ao óbito por este agravo<sup>6</sup>.

Dada a complexidade do controle de infecção hospitalar em UTI, faz-se necessário, como primeiro passo para desencadear medidas de prevenção e controle deste agravo de saúde, conhecer o perfil das infecções hospitalares nesta unidade, este é o objetivo deste estudo.

### Metodologia

Estudo descritivo, transversal, retrospectivo, de natureza quantitativa, realizado em uma unidade de terapia intensiva (UTI) geral de um hospital de um município do interior de São Paulo. O referido hospital é de nível terciário, público e de ensino e possui 216 leitos, sendo 32 leitos de unidade de terapia intensiva, subdivididos em UTI Cardiológica, UTI Geral e UTI Neurológica, sendo a unidade escolhida com 16 leitos.

A amostra do estudo foi composta por todos os pacientes que desenvolveram infecção hospitalar (IH) na UTI geral, segundo critérios do Center for Diseases and Prevention Control (CDC)<sup>7</sup>, ano de referência 2010, sendo utilizado como critério de exclusão, pacientes com IH provenientes de outras unidades de internação ou outras instituições.

Os dados secundários foram coletados por meio da verificação de documentos referentes aos indicadores de infecção hospitalar, constante no banco de dados da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), sendo estes: demográficos, diagnósticos de internação, dias totais de internação, dias de internação após diagnóstico de infecção hospitalar, evolução, sítios de infecção, número de infecções hospitalares, microorganismos envolvidos e antibiogramas, sendo realizada também, revisão dos

prontuários, quando necessária complementação dos dados. A coleta foi realizada de abril a julho de 2011.

O processamento dos dados e as análises estatísticas foram realizados através do programa SAS (Statistical Analysis System) versão 9.2. Os dados foram avaliados através de frequências absolutas (n) e relativas (%), das medidas de tendência central e de dispersão. A associação com a evolução clínica foi avaliada através do teste de qui-quadrado ou do teste exato de Fisher, ou através da comparação dos valores pelo teste de Mann-Whitney. Para estas comparações os dados

**“A associação com a evolução clínica foi avaliada através do teste de qui-quadrado ou do teste exato de Fisher, ou através da comparação dos valores pelo teste de Mann-Whitney”**

dos pacientes que foram transferidos não foram considerados (apenas foram descritos na tabela). Utilizou-se também a medida de risco (razão de risco, e seu respectivo intervalo de confiança 95%), considerando-se intervalo acima de 1 (a exposição é um fator de risco) e intervalo abaixo de 1 (a exposição é um fator de proteção). O nível de significância assumido foi de 5%.

Obedecendo à Resolução Nº 196/96 do Ministério da Saúde este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade do município sob o protocolo nº 400032.

### Resultados e discussão

Durante o ano de 2010 foram admitidos na UTI geral 458 pacientes, destes 122 desenvolveram infecção hospitalar, dos quais 22 foram excluídos por preencherem os critérios de exclusão. Desta forma a população de estudo foi constituída por 100 pacientes.

A taxa de pacientes com infecção hospitalar (IH) foi de 21,8% (100/458), destes, 89 pacientes desenvolveram um episódio de IH, sete dois episódios e quatro três episódios de IH durante a internação, totalizando, portanto, 115 episódios de infecção hospitalar. Os resultados desta pesquisa são semelhantes aos do estudo realizado em um hospital universitário de Belo Horizonte com taxa de IH de 23,8%<sup>8</sup>, porém, mais elevada que os dados de outras pesquisas, com indicadores variando em torno de 15,0%, como o estudo realizado em hospitais terciários brasileiros<sup>4</sup> e na região sul, Paraná<sup>6</sup>. Ressalta-se que em revisão das publicações sobre a temática alguns estudos apontaram taxas bem mais expressivas que as desta pesquisa, como o estudo realizado na região nordeste, Piauí, com índice de IH em UTI geral de 64,0%<sup>9</sup> e na região centro-oeste, Mato Grosso do Sul, com taxa de pacientes em UTI com IH de 33,9%<sup>10</sup>.

Certamente estes indicadores não podem ser analisados desvinculados de outros critérios que interferem nos resultados, tais como, metodologia utilizada na investigação, tipo de instituição, características dos pacientes internados, entre outras variáveis. Dos pacientes 70% eram do sexo masculino e 30% do sexo feminino, sendo a média etária de 59,6 ± 18,0.

Os principais diagnósticos de internação, segundo CID 10, foram às doenças do aparelho digestivo (21,8%), lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (18,2%), doenças do aparelho circulatório (10,9%) e doenças do aparelho respiratório (10,0%).



Quanto à evolução clínica 52,0% evoluíram para óbito, 42,0% para alta hospitalar e 6% foram transferidos para outras unidades de internação. A letalidade por infecção hospitalar foi alta quando comparada ao estudo realizado no Paraná<sup>6</sup> (27,88%), mas inferior a apresentada pelo estudo realizado em outro município da região sudeste (57,5%)<sup>11</sup>.

A média de internação hospitalar foi de  $38,9 \pm 20,1$  dias e a média de internação na UTI de  $25,6 \pm 13,6$  dias, sendo de  $26,0 \pm 18,1$  a média dos dias de internação hospitalar após diagnóstico de infecção hospitalar, a média dos dias transcorridos entre a data de internação e a data da IH de  $13,0 \pm 9,5$  e a média dos dias transcorridos entre a data de internação na UTI e a IH de  $10,6 \pm 7,6$ .

Quanto à distribuição das infecções hospitalares por topografia, os sítios mais acometidos foram o trato respi-

ratório (60,9%), sanguíneo (25,2%) e urinário (10,4%) e dentre os microorganismos isolados, houve predomínio de *Acinetobacter spp* (23,4%) e *Staphylococcus aureus* (18,8%), dados semelhantes a estudos nacionais<sup>5,12</sup> e internacionais<sup>13</sup>.

Nas infecções de trato respiratório os microorganismos mais frequentemente isolados foram *Acinetobacter spp* (26,7%), *Escherichia coli* (20,0%) e *Staphylococcus aureus* (20,0%), semelhantes aos dados encontrados em estudo realizado em hospital universitário, porém, neste, a porcentagem de *Escherichia coli* foi menor (5,0%)<sup>14</sup>. Nas infecções de corrente sanguínea foram *Acinetobacter spp* (30,0%), *Staphylococcus aureus* (26,7%), e *Pseudomonas aeruginosa* (13,3%) também com semelhança ao estudo realizado na Argentina<sup>13</sup> e nas de trato urinário foram *Candida não albicans*

(41,7%), *Klebsiella pneumoniae* (25,0%) e *Acinetobacter spp* (16,7%). Espécie de *Candida sp* também foi o agente etiológico mais freqüente nas infecções de trato urinário em estudo realizado em Mato Grosso do Sul<sup>10</sup>.

Na comparação da evolução clínica e dados demográficos e epidemiológicos, observou-se associação com a idade sendo a média etária dos pacientes que foram a óbito por IH maior ( $65,5 \pm 16,6$ ) quando comparada aos que tiveram alta ( $52,2 \pm 16,3$ ) ( $p=0,0002$ ). Estes dados corroboram os apresentados pelo hospital universitário da Turquia onde idade superior a sessenta anos também foi fator de risco para óbito (3,65; IC 1,48-9,0) entre os pacientes com IH<sup>15</sup>.

A faixa etária de 30 a 39 anos apresentou risco significativo, com fator de proteção (RR=0,14), ou seja, esta população tem 86% menos risco

**TABELA 1 - Comparação dos aspectos demográficos e epidemiológicos da população, segundo evolução clínica.**

	EVOLUÇÃO						
	Alta		Óbito		Transferência	Valor-p	RR (IC 95%)
	n	%	n	%	n		
<b>Sexo</b>						0,0322	
Masculino	35	51,5	33	48,5	2		1,00
Feminino	7	26,9	19	73,1	4		1,51 (1,07 - 2,11)
<b>Faixa etária</b>						< 0,0001*	
< 30	2	33,3	4	66,7	1		1,00
30 — 40	10	90,9	1	9,1	0		0,14 (0,02 - 0,96)
40 — 50	8	88,9	1	11,1	1		0,17 (0,02 - 1,15)
50 — 70	14	36,8	24	63,2	1		0,95 (0,51 - 1,75)
≥ 70	8	26,7	22	73,3	3		1,10 (0,60 - 2,02)
<b>Número de IHs</b>						0,5454*	
1	39	47,0	44	53,0	6		1,00
2	2	28,6	5	71,4	0		1,35 (0,81 - 2,24)
3	1	25,0	3	75,0	0		1,41 (0,78 - 2,58)

Teste de qui-quadrado / \*Teste exato de Fisher

**TABELA 2 - Distribuição da população segundo dias de internação e evolução clínica.**

Variável	Alta (42)		Óbito (52)		Valor p	Transferência (6)	
	Média	DP	Média	DP		Média	DP
Dias totais de internação	39,4	20,3	38,0	19,9	0,8141	43,8	23,9
Dias totais na UTI	23,9	12,6	27,3	14,9	0,2249	23,7	7,4
Dias de internação após diagnóstico de IH	28,0	18,8	24,1	17,2	0,2426	28,0	21,4
Dias totais transcorridos entre a DI e a data da IH	10,6	8,1	14,6	10,3	0,0143	15,8	9,4
Dias transcorridos entre a DI na UTI e a data da IH	9,4	7,8	11,6	7,6	0,0262	10,8	6,2

Teste de Mann-Whitney

de morrer de infecção hospitalar ( $p < 0,0001$ ) quando comparada aos com menos de 30 anos.

Embora as mulheres tenham sido o grupo menos exposto à infecção hospitalar (30,0%) na evolução clínica apresentaram risco de morrer 1,51 vezes maior que os homens ( $p = 0,0322$ ) (tabela 1) dado este semelhante a estudo realizado no hospital estadual de Sumaré, São Paulo, onde a mortalidade por IH foi maior no sexo masculino<sup>16</sup>.

Na comparação da evolução clínica com os dias de internação, observou-se associação significativa entre dias totais transcorridos entre a data de internação (DI) e a data da infecção hospitalar ( $p = 0,0143$ ) e dias totais transcorridos entre a data de internação (DI) na UTI e a data da infecção hospitalar ( $p = 0,0262$ ), com média de dias menor para os pacientes que obtiveram alta (tabela 2).

Pacientes com intervalos superiores a 21 dias entre a data da internação e a data da IH, apresentaram risco 2,05 (IC: 1,20-3,51) vezes maior de óbito que os com até 7 dias entre internação e infecção hospitalar, bem como, aqueles com intervalo de 15 a 21 dias entre a data de internação na UTI e a data de IH com risco 1,78 vezes (IC: 1,12-2,82) maior de óbito que os com até 7 dias entre internação na UTI e infecção hospitalar.

A duração da internação é bem enfatizada como fator de risco para infecção hospitalar<sup>10,17</sup>. Na correlação óbito e duração da internação, os dados desta pesquisa diferem dos apresentados em estudo realizado em 49 unidades de terapia intensiva da Espanha, onde a duração da internação foi maior entre os sobreviventes (média 22,5 dias) quando comparado aos que foram a óbito (média 20,1 dias)<sup>18</sup>.

Ressalta-se que a relação “óbito” e “infecção hospitalar” envolve vários fatores, que devem ser considerados, e que podem interferir nestes indicadores, como, características da população, co-morbidades associadas, sítios de infecção, resistência bacteriana, número de procedimentos invasivos, recursos tecnológicos da instituição, equipe assistencial, entre outros, e que muitas destas variáveis não foram foco de estudo desta pesquisa. Ressalta-se que muitos dados são de difícil acesso em uma pesquisa retrospectiva, uma limitação deste estudo.

Nas culturas realizadas foram testados 19 antimicrobianos para diferentes cepas de microorganismos encontrados, *Acinetobacter* spp, seguido de *Staphylococcus aureus* foram os agentes etiológicos com maior resistência microbiana, sendo aztreonam, cefepima, ceftazidima, ceftriaxona,

ciprofloxacino 100% resistentes a *Acinetobacter* spp e ciprofloxacino, penicilina, clindamicina, eritromicina 100% resistentes a *Staphylococcus aureus*. A resistência bacteriana tornou-se um problema de saúde pública mundial e é consequência do uso indiscriminado de antibióticos em humanos e animais, sendo o uso correto e eficaz das medidas de controle da infecção hospitalar, bem como, a conscientização da importância e necessidade do uso racional dos antibióticos, medidas importantes, para minimizar a emergência de bactérias antibiótico-resistentes no ambiente hospitalar<sup>19</sup>.

### Conclusão

Conclui-se que a infecção hospitalar na unidade de terapia intensiva estudada é de importante magnitude e que os sítios e microorganismos envolvidos na

## “A resistência bacteriana tornou-se um problema de saúde pública mundial e é consequência do uso indiscriminado de antibióticos em humanos e animais”

IH foram semelhantes aos descritos na literatura. A letalidade da infecção hospitalar foi alta e fatores como gênero, idade e dias de internação aumentaram o risco destes pacientes ao óbito.

*Acinetobacter* spp mostrou resistência a grande número de antimicrobianos, outra eficazes na terapia antimicrobiana.

Ressalta-se que a problemática da

infecção hospitalar é complexa e que para prevenção e controle deste agravo são necessárias ações integradas dos vários segmentos envolvidos: instituição (CCIH, farmácia, laboratório de microbiologia, equipe de saúde, setores de apoio, etc.), governo e sociedade civil. Destaca-se a importância do enfermeiro no controle de infecção, integrante ativo de uma CCIH, que é responsável por ações que visam prevenir e controlar esse agravo de saúde e serve de elo entre todos os setores do hospital e entre os profissionais de saúde, como disseminador de tais ações de prevenção e controle das infecções hospitalares.

Um dos primeiros passos para o planejamento das ações e implementação de políticas efetivas para prevenção e controle da IH é conhecer o seu perfil nas instituições, portanto, destaca-se a relevância deste trabalho. 

## Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.616, de 12 de maio de 1998. Diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
2. Pittet D. Infection control and quality health care in the new millennium [Internet]. [citado em 2011 Set 26]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
3. Klevens RM, Edwards JR, Richards Jr. CL, Horan TC, Gaynes RP, Pollock DA, et al. Estimating health care-associated infections and deaths in U.S. Hospitals, 2002 [Internet]. [citado em 2011 Set 26]. Disponível em: [http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/hicpac/infections\\_deaths.pdf](http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/hicpac/infections_deaths.pdf)
4. Prade SS, Oliveira ST, Rodriguez R, Nunes FA, Netto EM, Felix JQ, et al. Estudo brasileiro da magnitude das infecções hospitalares em hospitais terciários. *Rev Cont Inf Hosp*. 1995;2:11-24.
5. Nogueira PSF, Moura ERF, Costa MMF, Monteiro WMS, Brondi L. Perfil da infecção hospitalar em um hospital universitário. *Rev Enferm UERJ*. 2009;17(1): 96-101.
6. Leiser JJ, Tognim MCB, Bedendo J. Infecções hospitalares em um centro de terapia intensiva de um hospital de ensino no norte do Paraná. *Ciênc Cuid Saúde*. 2007;6(2):181-6.
7. Garner JS, Jarvis WR, Emori TG, Horan TC, Hughes JH. CDC definitions for nosocomial infections. *Am J Infect Control*. 1998;16:128-40.
8. Oliveira AC, Horta B, Martinho GH, Dantas LV, Ribeiro MM. Nosocomial infections and bacterial resistance in patients from a Teaching Hospital Intensive Care Unit [Internet]. [citado em 2011 Out 31]. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2007.837/208>
9. Moura MEB, Campelo SMA, Brito FCP, Batista OMA, Araújo TME. Infecção hospitalar: estudo de prevalência em um hospital público de ensino. *Rev Bras Enferm*. 2007;60(4):416-21.
10. Oliveira AO, Oliveira ALL, Pontes ERJC, Oliveira SMVL, Cunha RV. Epidemiologia da infecção hospitalar em uma unidade de terapia intensiva. *Rev Panam Infectol*. 2009;11(2):32-7.
11. Lima ME, Andrade D, Haas VJ. Avaliação prospectiva da ocorrência de infecção em pacientes críticos da unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2007;19(3):342-7.
12. Turini, RNT. Infecção hospitalar e mortalidade. *Rev Esc Enferm USP*. 2002;36(2):177-83.
13. Lossa GR, Lereña RG, Fernández LE, Vairetti J, Díaz C, Arcidiácomo D, et al. Prevalencia de infecciones hospitalarias en unidades de cuidados intensivos para adultos en Argentina. *Rev Panam Salud Publica*. 2008;24(5):324-30.
14. Carrilho CDM, Grion CMC, Medeiros EAS, Saridakis HO, Belei R, Bonameti AM, Matsuo T. Pneumonia em UTI: incidência, etiologia e mortalidade em Hospital Universitário. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2004;16(4).
15. Meric C, Willke A, Caglayan C, Tokar K. Intensive care unit-acquired infections: incidence, risk factors and associated mortality in a Turkish university hospital [Internet]. [citado em 2011 Out 28]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16249625>
16. Guimarães AC, Cordeiro MRD. Perfil dos óbitos associados à infecção hospitalar no hospital estadual de Sumaré, SP. *Anais do XVII Congresso de Iniciação Científica da Unicamp* [Internet]. [citado em 2011 Out 28]. Disponível em: <http://www.prp.unicamp.br/pibic/congressos/xviicongresso/resumos/073864.pdf>
17. Oliveira AC, Kovner CT, Silva RS. Infecção hospitalar em unidade de tratamento intensivo de um hospital universitário brasileiro. *Rev Latinoam Enferm*. 2010;18(2):233-9.
18. Olaechea PM, Ubibarrena MA, Alvarez-Lerma F, Inasusti J, Palomar M, De La Cal MA, et al. Factors related to hospital stay among patients with nosocomial infection acquired in the intensive care unit. *Infection Control and Hospital Epidemiology* [Internet]. [citado em 2011 Out 28]. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/10.1086/502191>
19. Souza NQ. A resistência bacteriana no contexto da infecção hospitalar. *Texto Contexto Enferm*. 2004;13:64-70.

# Processo de enfermagem ao binômio idoso hospitalizado/acompanhante utilizando a CIPE®: estudo de caso

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, tipo estudo de caso, cujo objetivo foi aplicar o Processo de Enfermagem fundamentado na Teoria das Necessidades Básicas de Horta e na CIPE®, em um paciente idoso hospitalizado e seus acompanhantes. Foram elencados oito diagnósticos de enfermagem distribuídos entre as necessidades psicobiológicas e psicossociais relacionados à nutrição, eliminação, sono e repouso, locomoção, cuidado corporal, integridade cutaneomucosa e regulação neurológica, comunicação, gregarismo, orientação no tempo e no espaço. Diante dos dados, conclui-se que a enfermagem precisa se aproximar mais do acompanhante para fortalecê-lo nessa missão, assim como aperfeiçoar o cuidado de forma mais efetiva ao idoso hospitalizado. Verificou-se também que a utilização da teoria de enfermagem em parceria com sistemas de classificação, inspira o enfermeiro a criar possibilidades cada vez mais especializadas que permitem a execução de um plano de cuidados.

**Descritores:** enfermagem, cuidado, envelhecimento, saúde, processos de enfermagem, classificação.

This is a descriptive study, with a qualitative approach, more specifically a case study, which aim was to apply the nursing process based on the Theory of Basic Needs of Horta and the CIPE® in an elderly patient who was hospitalized and also his accompanying people. Eight nursing diagnoses were listed and labeled according to its psychobiological and psychosocial needs related to nutrition, elimination, sleep and rest, mobility, body care, skin and mucosal integrity and regulating neurological communication, gregariousness, orientation in time and space. According to the outcome, we conclude that nursing needs to get closer to the accompanying person to strengthen him in this mission, as well as improve care to the hospitalized elderly. It was also found that the use of nursing theory associated with classification systems inspired nurses to create increasingly specialized opportunities that allow the execution of the care plan.

**Descriptors:** nursing, care, aging, health, nursing process, taxonomy.

Este es un estudio descriptivo y cualitativo, tipo estudio de caso, cuyo objetivo es la aplicación del proceso de enfermería basado en la Teoría de las Necesidades Básicas de Horta y la CIPE® en un paciente hospitalizado anciano y sus acompañantes. Ocho diagnósticos de enfermería fueron listados entre las necesidades psicobiológicas y psicossociales relacionadas con la nutrición, la eliminación, el sueño y el descanso, la movilidad, el cuidado del cuerpo, la piel y la integridad de la mucosa y la regulación de la comunicación neurológica, el gregarismo, la orientación en tiempo y espacio. De acuerdo con los resultados, se concluye que la enfermería tiene que acercarse al acompañante para fortalecerlo en esta misión, así como mejorar de manera más efectiva la atención a los ancianos hospitalizados. También se encontró que el uso de la teoría de enfermería, en colaboración con los sistemas de clasificación, inspira los enfermeros para la creación de oportunidades cada vez más especializadas que permitan la ejecución del plan de atención.

**Descritores:** enfermería, cuidados, envejecimiento, salud, proceso de enfermería, clasificación.

## Fabiola de Araújo Leite Medeiros

Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (PPGENF-UFPB). Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) Brasil.

## Maria Miriam Lima da Nóbrega

Enfermeira. Doutora. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (PPGENF-UFPB). Pesquisadora CNPq.

## Marta Mirian Lopes Costa

Enfermeira. Doutora. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (PPGENF-UFPB).

**Recebido em:** 13/11/2017

**Aprovado em:** 14/02/2018

## Introdução

O processo de hospitalização do idoso engloba, além dos cuidados clínicos ou cirúrgicos, envolvimento total com o processo de envelhecimento. Observa-se que existe uma relação, muitas vezes negativa, quanto ao comprometimento funcional do idoso que é hospitalizado associado a vários outros fatores que podem influenciar o processo de adaptação no ambiente hospitalar, como a gravidade da doença, o estado

nutricional, terapêutica empregada e ambiente não responsivo. Um aspecto de destaque na prática hospitalar, principalmente nos cuidados de enfermagem destinados ao idoso é o cuidado em parceria com a família<sup>1,2</sup>.

Muitos idosos que vivem com independência na comunidade podem subitamente tornar-se dependentes ao precisarem internar-se, por agravos que afetam a faixa etária oriundos de complicações de certas doenças crônicas ou agudas ou até mesmo por condições de violência ou acidentes. A fragilidade apresentada do idoso hospitalizado requer acompanhamento por uma pessoa que atenda as

suas necessidades básicas (alimentar-se, vestir-se, higienizar-se, etc.) e que lhe deem apoio durante essa internação. Na maioria das vezes esse cuidador é membro da própria família, como acompanhante de promoção na competência emocional, pessoa de alta responsabilidade para com ele (o idoso) e indispensável no processo de acompanhamento e cuidado do idoso hospitalizado<sup>3-5</sup>.

O Estatuto do Idoso preza que na internação deste cliente, haja o direito de acompanhamento, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico. Em Parágrafo único do documento, diz que caberá ao profissional de saúde responsável pelo tratamento conceder autorização para o acompanhamento do idoso ou, no caso de impossibilidade, justificá-la por escrito<sup>6</sup>.

Dessa forma, a Enfermagem se dirige a dois clientes que são o idoso e o acompanhante. O acompanhante do idoso hospitalizado merece ser aproveitado no sentido de favorecer sua participação ativa no cuidado ao cliente, do qual viabilize o intercâmbio entre o saber técnico, científico (profissional) e o popular (senso comum), e que sejam avaliadas junto ao binômio todas as necessidades humanas básicas afetadas que influencia na percepção do envelhecimento o mais saudável.<sup>7,8</sup> O processo de enfermagem utilizando modelos teóricos assistências, proporciona o desenvolvimento de um cuidado mais individualizado e humanizado em ambiente hospitalar<sup>9,10</sup>.

A aplicação de um modelo conceitual ou de uma teoria de enfermagem na pesquisa ou em outros campos como educação, administração ou prática, envolve a implantação de um plano sistema conceitual-teórico-empírico de conhecimento da Enfermagem como disciplina. A prática de enfermagem embasada em modelos conceituais é definida como um serviço à sociedade que é guiado por conhecimento específico à disciplina, através de um



pensamento crítico, habilidades psicomotoras, e ações interpessoais para assistir e alcançar uma potência ótima em saúde<sup>10</sup>.

Vários estudos abordam o processo de enfermagem baseados na Teoria das Necessidades Humanas Básicas na fundamentação de cuidados a indivíduos hospitalizados<sup>11-13</sup>.

Horta<sup>14</sup> afirma que o processo de enfermagem é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas cujo objetivo central é assistir ao ser humano. Uma das características desse processo se refere ao inter-relacionamento e dinamismo das fases que o compõe: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, plano de cuidados ou prescrição de enfermagem, evolução e prognóstico. A referida teoria tem como objeto o ser humano no atendimento de suas necessidades humanas básicas, para torná-lo independente dessa assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado. Baseia-se ainda em sua recuperação, manutenção e promoção de saúde em colaboração com outros profissionais, além da enfermagem.

A utilização do processo traz muitos benefícios tais como: a redução da incidência e tempo das internações hospitalares à medida que agiliza o diagnóstico e o tratamento de problemas de saúde; cria um plano de eficácia de custos; melhora a comunicação entre a equipe, prevenindo erros e repetições desnecessárias; elabora cuidados ao indivíduo, não se baseando apenas na doença que ele traz<sup>15</sup>.

Há uma necessidade de uma teoria que fundamente a prática de enfermagem para que possibilite a sistematização da assistência de forma a atender às necessidades de todos os clientes, inclusive levando em consideração um idoso hospitalizado e suas necessidades básicas afetadas. Dessa forma, optou-se em utilizar como aquisição e planejamento da assistência, a terminologia proposta pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) versão 2.0, Modelo de Sete Eixos, que simplifica as versões anteriores propostas, facilitando o planejamento do cuidado individualizado<sup>16</sup>.

A CIPE® Versão 2.0 foi lançada durante o 24º Congresso Quadrienal do

Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) em Durban, África do Sul, representando o trabalho de inúmeros enfermeiros e outros especialistas durante os últimos vinte anos. As bases de dados do conhecimento de enfermagem servem de guia as intervenções de enfermagem para um bom resultado dos clientes, para o apoio a decisão dos gestores de saúde e recursos de cuidados, como também de orientação às políticas públicas que envolvem a enfermagem e o cuidado do indivíduo, família e comunidade<sup>16</sup>.

Dentro do contexto hospitalar, questiona-se, então, sistematizar o cuidado aos idosos internados e seus acompanhantes, baseado nas necessidades humanas básicas, garante a possibilidade de um cuidado de enfermagem efetivo? Há eficácia no processo de cuidar de enfermagem quando há a tentativa de se trabalhar com a Teoria das Necessidades Humanas Básicas e o binômio idoso hospitalizado/acompanhante? Os sistemas de classificação colaboram com o processo de cuidar de idosos na perspectiva de se trabalhar com o binômio idoso/acompanhante?

A partir dessas indagações, buscou-se como objetivo geral aplicar o Processo de Enfermagem fundamentado na Teoria das Necessidades Básicas de Horta<sup>14</sup> e na CIPE®, por meio de um estudo de caso, em um paciente idoso hospitalizado e seus acompanhantes.

### Percurso metodológico

Tratou-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, tipo estudo de caso. A amostra foi constituída por um paciente idoso que estava internado e seu acompanhante na ala da Clínica Médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), na cidade de João Pessoa-PB, Brasil. A coleta de dados foi realizada por meio de uma entrevista semiestruturada, utilizando um roteiro fundamentado e adaptado à Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Aguiar Horta, no período de Novembro de 2011.

O paciente e seu acompanhante foram escolhidos aleatoriamente e incluídos ao estudo de acordo com o critério de o idoso hospitalizado ter mais de 60 anos de idade e que o acompanhante tivesse idade maior de 18 anos. Todo o trabalho obedeceu às diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos na Resolução No 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e de acordo com o que preconiza a Resolução COFEN 311/2007, que institui o Código de Ética dos profissionais de Enfermagem. O presente estudo faz parte do projeto de sistematização da assistência de enfermagem nas unidades clínicas do

**“As bases de dados do conhecimento de enfermagem servem de guia as intervenções de enfermagem para um bom resultado dos clientes”**

HULW/UFPB, que fora submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da referida instituição, tendo sido aprovado com o protocolo de sob o número de protocolo 054/2007.

O paciente foi acompanhado por sete dias consecutivos, nos quais, diariamente foi realizada a avaliação de seu estado de saúde e identificadas todas suas necessidades afetadas. Para a coleta de dados, foi utilizado um roteiro de entrevista baseado na Teoria de Horta que continha questões pertinentes a respeito das necessidades humanas básicas e autocuidado (relacionadas à movimentação, higiene,

sono e repouso, alimentação e hidratação, interação social e conhecimento sobre o problema de saúde), o mesmo instrumento contemplava um roteiro para registro do exame físico. Através dos dados colhidos foi possível estabelecer o processo de raciocínio de diagnóstico, a partir dos fenômenos de enfermagem baseados nas necessidades afetadas propostas por Horta<sup>14</sup>.

Sendo assim, a construção dos diagnósticos de enfermagem aconteceu a partir da catalogação dos termos do eixo foco, utilizando-se a CIPE® versão 2.0, acrescidos do eixo julgamento e adicionando os demais termos dos outros eixos conforme necessidade de uso. A partir da determinação dos diagnósticos de enfermagem, foi possível determinar a composição das afirmativas de intervenção baseadas nas mesmas diretrizes que recomendam incluir, como item obrigatório para intervenções, um termo do eixo ação e um termo do eixo foco e para os demais termos adicionais conforme a necessidade (cliente, localização, meios e tempo).

Dessa forma, foi elaborado um plano assistencial, sendo determinados os resultados esperados. A análise dos dados incluiu a resposta à implementação do plano assistencial e uma avaliação crítica e reflexiva sob a ação do processo de cuidar em enfermagem ao binômio idoso hospitalizado/acompanhante.

### Discussão de caso

aplicação do processo de enfermagem a um idoso hospitalizado fundamentado na Teoria das Necessidades Humanas Básica de Horta<sup>14</sup>, utilizando como registro e descrição do histórico de enfermagem, o que determinou o encontro do binômio idoso/acompanhante e com a enfermagem, como citado abaixo:

#### 1. Histórico de enfermagem

Sr. C. A. S., 88 anos, viúvo, naturalidade do município do Conde/PB, chegou ao hospital no dia 08/11/2011, acompanhado por sua filha e seu genro,

## FIGURA 1 - Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem frente às necessidades psicobiológicas identificadas em um idoso hospitalizado e seu acompanhante

Necessidades Psicobiológicas	
Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
Ingestão de alimentos diminuída	<b>Resultados:</b> Ingestão de alimentos melhorada. <b>Intervenções:</b> Auxiliar o paciente a se posicionar (sentar-se ou posição de Fowler antes de ser alimentado via SNE); Avaliar junto à equipe de saúde que o acompanha sobre a necessidade da SNE; Orientar o paciente e os familiares quanto à dieta prescrita.
Incontinência urinária	<b>Resultados:</b> Incontinência urinária melhorada. <b>Intervenções:</b> Auxiliar o paciente a desenvolver uma rotina de uso do sanitário e encorajar o acompanhante a levá-lo até o sanitário sem receio; Monitorar eliminação urinária, incluindo a frequência, o odor, o volume e a cor; Monitorar padrão de eliminação, através da saturação da fralda e das vezes que o idoso diz estar com vontade de urinar e urina; Trocar fraldas.
Padrão de sono prejudicado	<b>Resultados:</b> Padrão de sono satisfatório. <b>Intervenções:</b> Monitorar os horários de sono do paciente e identificar a prescrição medicamentosa e reestruturar os horários de administração; Orientar a evitar a ingestão de refeições duas a três horas antes do horário de sono; Colaborar junto ao acompanhante quanto à manutenção do conforto do paciente; Promover um ambiente confortável, sem ruídos, sem barulho e com luz branda; Motivar o paciente no período que ele estiver acordado para regulação dos horários de sono e de alerta; Realizar massagem corporal de relaxamento.
Mobilização prejudicada	<b>Resultados:</b> Mobilização normal. <b>Intervenções:</b> Avaliar integridade da pele uma vez ao dia; Colocar os objetos de uso do paciente ao seu alcance; Elevar grades de cama; Encorajar o paciente a envolver-se nas mudanças de posição, quando; Observar e registrar o aparecimento de edema e hiperemia nas proeminências ósseas; Evitar o aparecimento das úlceras por pressão e proteger as proeminências ósseas com filme transparente adesivo não estéril.
Pele seca	<b>Resultados:</b> Pele hidratada. <b>Intervenções:</b> Encorajar o paciente/família para continuar executando a rotina de cuidados com a pele, tanto no hospital como após alta; Hidratar a pele; Orientar a usar sabão suave no banho e ao uso de hidratante.

únicos cuidadores familiares (o genro é o cuidador principal, pois está aposentado e tem se dedicado ao acompanhamento hospitalar e domiciliar do idoso). Conforme os acompanhantes, a queixa principal da hospitalização do paciente foi desorientação têmporo-espaçial. Um dos acompanhantes, o cuidador principal suspeita que após o uso da medicação Clonazepam, prescrito devido crises de insônia do paciente, o paciente começou a apresentar um quadro de torpor e sono profundo de um dia e meio, o que gerou após esse descanso um quadro de agitação e desorientação que permanece até hoje (O acompanhante informa que está preocupado, pois passados quinze dias de hospitalização ainda não se tem certeza do que tem gerado a mudança na comunicação do paciente e no processo neurológico de desorientação). Isso tem preocupado muito a família, que referiu dizer que gostaria de saber seu verdadeiro diagnóstico. Em relação a outras queixas, o acompanhante R.A.

afirmou que o paciente tem deambulado com auxílio, este precisa de apoio no banho, na higiene corporal e oral e na higiene íntima. O paciente não consegue pedir ajuda, pois apresenta disartria e disfasia, o processo de desorientação mental é notório, o que tem dificultado o cuidado diário. O paciente faz uso de fraldas geriátricas e apresenta-se restrito ao leito com contenção de movimentos por se encontrar bastante inquieto e com sonda naso-enteral (SNE). Clinicamente, o paciente tem como hipóteses diagnósticas: intoxicação medicamentosa, doença de Alzheimer e uma suspeita de encefalopatia hepática, a ser confirmados. Foram solicitados alguns exames, mas o acompanhante não soube dizer do que realmente se tratava a doença de seu sogro, apenas afirmou que acha ter sido da medicação que o mesmo tinha iniciado naquela semana que começou o problema. Após avaliação física e coleta de dados da enfermagem, no dia 22/11/2011, verificou-se através dos sinais vitais que o paciente se apresen-

tava: sem dor, normotenso, afebril, normocárdico, eupneico. Em relação ao estado neurológico, paciente encontra-se confuso e desorientado, com padrão de comunicação prejudicado apresentando disartria e disfasia. Tem acuidade visual prejudicada, ausência de dentes na boca, dorme com uso de medicação. O acompanhante afirmou que faz 24h que o Sr.C.A.S. não dorme, se encontra um pouco emagrecido, pele ressecada, alopecia, sem problemas cardiopulmonares, em relação ao abdômen este se encontra tenso, distendido, ascítico (+/4+), de acordo com as informações paciente tem passado de dois a três dias sem defecar, incontinência urinária e faz uso de fraldas, membros com força e tônus muscular presentes e reflexos ativos. Apresenta venóclise em MSD.

De acordo com os dados, detectou-se que dentre necessidades psicobiológicas foram encontradas: a nutrição; a eliminação; o sono e repouso; a locomoção; o cuidado corporal; a integridade cutaneomucosa e a regulação neurológica.

E em relação as necessidades psicossociais, detectou-se no paciente alterações que afetaram às necessidades de comunicação; gregarismo; e orientação no tempo e no espaço.

Baseado nesses achados foi possível construir oito diagnósticos de enfermagem e suas respectivas intervenções necessárias que incluíram a colaboração dos cuidados e da participação do acompanhante junto a Enfermagem no processo de cuidar prescrito<sup>17</sup>.

**2. Plano Assistencial:** Diagnósticos, resultados, intervenções, implementações e evolução de enfermagem frente às necessidades humanas básicas afetadas

Diante dos diagnósticos, metas e intervenções prescritas baseados nas necessidades básicas afetadas do idoso, iniciou-se o processo de implementação do plano de cuidados em conjunto com a equipe de profissionais do hospital e principalmente em parceria com o acompanhante. Nesse momento, buscava-se efetivar os cuidados necessários a rotina de internação hospitalar, mas ao mesmo tempo estreitando as relações de informação e dialogação junto ao acompanhante visando manutenção da relação afetiva e do vínculo de cuidado entre idoso/acompanhante.

Verificou-se que após a implementação do plano de cuidados (FIGURAS 01 e 02), o idoso em sete dias mostrou uma significativa melhora do seu estado geral e principalmente das perturbações advindas do estado de confusão mental, assim como das condições de sono e repouso prejudicado e demais outros diagnósticos de enfermagem encontrados. O dispositivo de sonda naso-enteral para alimentação, combinado ao fato, do mesmo está contido ao leito agravaram ainda mais o estado de saúde do paciente, que já se encontrava hospitalizado num total de quinze dias sem resposta ao tratamento. Acrescido a esse fato, o acompanhante não se sentia pontencializado a participar dos cuidados, pois se achava inseguro de colabo-

rar com o paciente frente a um quadro clínico indecifrável e que o mesmo tinha dúvidas sobre o seu papel de cuidador no hospital. Dessa forma, diante das necessidades humanas básicas afetadas foram identificados oito diagnósticos de enfermagem visualizados nas Figuras 01 e 02, conforme distinção entre necessidades psicobiológicas e psicossociais, respectivamente.

Observou-se que a implementação das intervenções propostas para o diagnóstico de ingestão de alimentos diminuída, relacionadas à orientação e diálogo com a equipe médica a respeito da necessidade da sondagem, foi

**“A Enfermagem precisa interagir com o idoso e com seus cuidadores, na perspectiva de se criar elos para a efetivação de cuidados”**

primordial para a reavaliação da sua retirada em um período de dois dias após a conversa. Causa de conforto para o paciente e para o acompanhante que se queixavam que a sonda era desnecessária, uma vez que o paciente só estava contido ao leito por conta dela. Sendo assim, a restrição ao leito e consequentemente a mobilização prejudicada foram melhoradas, e assim fora possível orientar melhor o acompanhante quanto ao seu auxílio perante o diagnóstico relacionado à incontinência urinária do idoso, como também da mobilização prejudicada, repercutindo sobremaneira na melhora desses dois fenômenos de enfermagem.

Foi realizado no idoso e ensinado ao acompanhante a massagem de relaxamento nos membros inferiores e nas costas do paciente, como meio de ajudar na promoção de conforto e consequentemente na melhora do padrão de sono e repouso do paciente. Observou-se, então, que após cada massagem, o paciente conseguia dormir. Nesse momento, era pedido que o cuidador aproveitasse o sono do paciente para descansar também, orientando-o de que o descanso para quem acompanha e cuida no hospital ou em domicílio é essencial para o sucesso e efetivação do cuidado a ser prestado.

Passados cinco dias de implementação dos cuidados em sintonia constante com o acompanhante, este afirmou estar mais convencido que se encontrava mais seguro e com estímulo para cuidar do idoso, pois estava vendo diferenças significativas no modo de agir dentre os cuidados, como também por estar recebendo informações suficientes de como cuidar e observando tudo o que se deveria fazer perante a condição de hospitalização de seu idoso. O idoso, por sua vez, encontrava-se mais calmo e tranquilo, embora estivesse ainda trocando o dia pela noite, este estava conseguindo dormir pelo menos seis horas consecutivas, o que para o acompanhante era sinal de tranquilidade e melhora.

Dentre o plano de cuidado voltado às necessidades psicossociais (Figura 02), foi estimulado o processo de comunicação entre o idoso e o acompanhante: o que seria essencial para sua recuperação e para o garantia dos elos das relações interpessoais, com todos os que colaboram com os cuidados. O acompanhante, que por ocasião, afirmava sentir-se inseguro perante a execução dos cuidados pelo desconhecimento da causa e do problema de saúde do idoso que o levou para internação hospitalar, encontrando-se também ansioso, cansado, devido ao fato do paciente nos últimos dias não dormir direito e pelos dias de

**FIGURA 2 - Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem frente as necessidades psicossociais identificadas em um idoso hospitalizado e seu acompanhante**

Necessidades Psicossociais	
Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
Comunicação Prejudicada	<b>Resultados:</b> Comunicação efetiva. <b>Intervenções:</b> Motivar o diálogo entre o paciente, a enfermagem e o cuidador; Identificar na fala do paciente o entendimento da mensagem que o paciente quer transmitir; Fazer perguntas que exijam apenas respostas curtas, para estimular a comunicação, mas não cansá-la ou frustrá-la; Encorajar a família e motivá-la para manter comunicação com o paciente, mesmo que não seja compreensível ou que a comunicação seja inteligível.
Confusão mental aguda	<b>Resultados:</b> Confusão mental moderada. <b>Intervenções:</b> Encorajar as pessoas próximas e as que prestam cuidados a falarem lentamente, com um tom de voz mais baixo, em volume médio com contato visual e na expectativa que a pessoa compreenda; Prestar atenção ao que o idoso está falando e descartar comentários; Chamar a pessoa pelo nome e apresentar-se a cada contato; Evitar os pseudônimos de "Vó ou Vô", proporcionando o respeito e promovendo a sua identificação pelo seu nome; Promover estímulo sensorial suficiente significativo, investigando se a pessoa pode realizar uma atividade com as mãos, explicando todos os procedimentos, discutindo assuntos e estimulando a comunicação; Encorajar o autocuidado; Não apoiar a confusão, negando concordar com declarações confusas, lembrar-se de manifestar a sua chegada e a sua saída com uma despedida ou acolhimento; Desencorajar o uso de contenções, explorarem alternativas; Avaliar o uso da medicação prescrita, monitorando o estado mental antes e depois a administração.
Conhecimento do cuidador deficiente sobre a condição atual de saúde do idoso	<b>Resultados:</b> Conhecimento eficaz do cuidador sobre a condição de saúde do idoso. <b>Intervenções:</b> Avaliar o nível de conhecimento do cuidador a respeito da saúde do idoso que este acompanha; Monitorar o grau de entrosamento com o processo de cuidar entre cuidador e paciente; Oferecer informações sobre o estado de saúde do idoso, suas especialidades dentro do perfil gerontogeriatrico, dentro das patologias que os dirige a hospitalização; Explicar as principais condutas de saúde e tentar tirar suas dúvidas ou estimular na visita médica a interlocução da família com o médico que acompanha o idoso; Informar o cuidador sobre as medidas de conforto e segurança ao idoso; Promover a interrelação positiva entre cuidadores e familiares com o idoso hospitalizado; Promover junto ao cuidador o rodízio de acompanhamento com outros para divisão das responsabilidades e conversar com todos ou pedir para que o cuidador principal informe as demais pessoas da família ou amigos que acompanham sobre a atual situação de saúde do idoso; Avaliar o grau de estresse do cuidador e contribuir com a comunicação franca sobre a importância dele na vida do idoso.

internação que já chegam a mais de quinze dias; já se mostrara mais entusiasmado quando presenciava que o idoso se apresentava mais compreensível, menos agitado e mais tranquilo quanto ao estado de confusão mental.

No contexto de implementação de um plano de cuidados de enfermagem a um idoso hospitalizado e seu acompanhante, percebe-se por meio de estudos<sup>8,17</sup> que a prevalência de cuidados prescritos relacionados a nutrição, eliminação, mobilidade, sono e repouso, comunicação, dentre outras necessidades humanas básicas afetadas, tem sido identificados como prioridades da faixa etária do indivíduo acima dos 60 anos, implicando em medidas cada vez mais individualizadas que caracterizem as limitações advindas do próprio processo de envelhecimento associado às doenças crônicas não transmissíveis ou demais acometi-

mentos do processo saúde-doença. A individualização do planejamento de cuidados dentro do processo de cuidar, associado a utilização de terminologia própria dos cuidados prescritos e a parceria com os que acompanham o idoso na internação hospitalar diminuem sobremaneira os riscos impostos pela idade, diminui também o tempo de hospitalização e até poderá permitir a garantia de um cuidado mais seguro após a alta hospitalar.

### Considerações finais

A Enfermagem precisa interagir com o idoso e com seus cuidadores, na perspectiva de se criar elos para a efetivação de cuidados, seja no ambiente hospitalar, seja para o preparo pós-alta. Evidenciou-se, então, que a melhora do paciente e a efetivação dos cuidados estiveram relacionadas principalmente com o estímulo da interação entre o

binômio idoso/acompanhante hospitalar, uma vez que existe uma simbiose nessa relação que determina que o cuidado só será integralizado se este percorrer pelas necessidades básicas afetadas do idoso e na observância dos cuidados e informações necessárias para o cuidador principal.

A utilização da teoria das necessidades humanas básicas em associação ao uso de uma taxonomia possibilitou a execução de um cuidado mais centralizado em seus focos assistenciais, como também, possibilitaram a visão mais específicas e individualizada ao idoso e seus acompanhantes. Esse estudo de caso foi realizado com um idoso com mais de 85 anos. A hospitalização do idoso mais velho requer um manejo especial no que diz a inter-relação pessoal entre todos que fazem o cuidado acontecer e o ambiente.



e-mail: profabiola@bol.com.br

## Referências

1. Caldas CP. Abordagem de enfermagem centrada no cliente idoso internado. In: Santos I. Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar. São Paulo: Atheneu; 2004. p. 407-20.
2. Kawasaki K, Diogo MJDE. Impacto da hospitalização na independência funcional do idoso em tratamento clínico. Acta Fisiatr. 2005;12(2):55-60.
3. Santos I. Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar. São Paulo: Atheneu; 2004.
4. Pena SB, Diogo MJE. Fatores que favorecem a participação do acompanhante no cuidado do idoso hospitalizado. Rev Latinoam Enferm. 2005;13(5).
5. Teixeira MLO, Ferreira MA. Uma tecnologia de processo aplicada ao acompanhante do idoso hospitalizado para sua inclusão participativa nos cuidados diários. Texto Contexto Enferm. 2009;18(3):409-17.
6. Senado Federal (BR). Estatuto do idoso [Internet]. [citado em 2008 Ago 18]. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/web/relatorios/destaques/2003057RF.pdf>
7. Salesi FM, Santos I. Perfil de idosos hospitalizados a nível de dependência de cuidados de enfermagem: identificação de necessidades. Texto Contexto Enferm. 2007;16(3):495-502.
8. Medeiros FAL, Nóbrega MML, Sousa FS, Silva GS. Discurso de acompanhantes hospitalares sobre o cuidar de idosos: subsídio para uma orientação aos cuidados domiciliares pós-alta. Nursing (São Paulo). 2011;14(160):496-500.
9. Néri AL. Cuidar de idoso no contexto da família: questões psicológicas e sociais. 2ª ed. Campinas: Alínea; 2006.
10. Fawcett J. Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories. 2ª ed. Philadelphia: F. A. Davis Company; 2005.
11. Albuquerque CC, Nóbrega MML, Fontes WD. Sistematização da assistência enfermagem a um binômio mãe-lactentes utilizando a teoria das necessidades humanas básicas e a CIPE® versão 1.0. Cienc Cuid Saúde. 2008;7(3):392-8.
12. Amante LN, Rossetto AP, Schnerder DG. Sistematização da assistência em unidade de terapia intensiva sustentada pela Teoria de Wanda Horta. Rev Esc Enferm. 2009;43(1):54-64.
13. Bittencourt GKGD, Beserra PJF, Nóbrega MML. Assistência de enfermagem a paciente com Lupus eritematoso sistêmico utilizando a CIPE. Rev Gaúcha Enferm. 2008;29(1):26-32.
14. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.
15. Alfaro-Lefevre R. Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.
16. CIPE® Versão 2: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão 2.0/ Comitê Internacional de Enfermeiros. São Paulo: ALGOL; 2011.
17. Almeida MA, Aliti GB, Franzen E, Thomé EG, Unicovsky MR, Rabelo ER, et al. Diagnósticos de enfermagem e intervenções prevalentes no cuidado ao idoso hospitalizado [Internet]. [citado em 2008 Ago 18]. Disponível em: <http://www.eerp.usp.br/rlae>.

## Normas para Publicação

A Revista Nursing, edição brasileira, tem por objetivo a divulgação de assuntos de Enfermagem, colaborando, assim, com o desenvolvimento técnico-científico dos profissionais. Para a publicação na Nursing, o trabalho deverá atender às seguintes normas:

- 01 Devem ser enviados para [artigo@mpmcomunicacao.com.br](mailto:artigo@mpmcomunicacao.com.br), acompanhados de solicitação para publicação e de termo de cessão de direitos autorais assinados pelos autores.
- 02 Um dos autores deve ser profissional de enfermagem. Ao menos um autor deve ser assinante da revista.
- 03 Os autores devem checar se descritores utilizados no artigo constam no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde).
- 04 Não ter sido publicado em nenhuma outra publicação nacional.
- 05 Ter, no máximo, 10 páginas de texto, incluindo resumo (português, inglês e espanhol – inclusive título do artigo) com até 19 mil caracteres com espaço, ilustrações, diagramas, gráficos, esquemas, referências bibliográficas e anexos, com espaço entrelinhas de 1,5, margem superior de 3 cm, margem inferior de 2 cm, margens laterais de 2 cm e letra arial tamanho 12. Os originais deverão ser encaminhados em formato Word para o e-mail [artigo@mpmcomunicacao.com.br](mailto:artigo@mpmcomunicacao.com.br)
- 06 Caberá à redação julgar o excesso de ilustrações, suprimindo as redundantes. A ela caberá também a adaptação dos títulos e subtítulos dos trabalhos, bem como o copidesque do texto, com a finalidade de uniformizar a produção editorial.
- 07 As referências bibliográficas deverão estar de acordo com os requisitos uniformes para manuscritos apresentados a revistas médicas elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (Estilo Vancouver).
- 08 Evitar siglas e abreviaturas. Caso necessário, deverão ser precedidas, na primeira vez, do nome por extenso. Solicitamos destacar frases ou pontos-chave. Explicitar os unitermos.
- 09 Conter, no fim, o endereço completo do(s) autor(es), email e telefone(s) e, no rodapé, a função que exerce(m), a instituição a que pertence(m), títulos e formação profissional.
- 10 Não será permitida a inclusão no texto de nomes comerciais de quaisquer produtos. Quando necessário, citar apenas a denominação química ou a designação científica.
- 11 O Conselho Científico pode efetuar eventuais correções que julgar necessárias, sem, no entanto, alterar o conteúdo do artigo.
- 12 O original do artigo não aceito para publicação será devolvido ao autor indicado, acompanhado de justificativa do Conselho Científico.
- 13 O conteúdo dos artigos é de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es). Os trabalhos publicados terão seus direitos autorais resguardados pela Editora MPM Comunicação LTDA. e só poderão ser reproduzidos com autorização desta.
- 14 Os trabalhos deverão preservar a confidencialidade, respeitar os princípios éticos da Enfermagem e trazer a aceitação do Comitê de Ética em Pesquisa (Resolução CNS – 466/12).
- 15 Ao primeiro autor do artigo serão enviados dois exemplares desta revista.
- 16 Caso os autores possuam fotos que possam ilustrar o artigo, a Nursing agradece a colaboração, esclarecendo que as mesmas serão devolvidas após a publicação.
- 17 Os trabalhos, bem como qualquer correspondência, deverão ser enviados para: NURSING – A/C DO CONSELHO CIENTÍFICO, Av. Dr. Yojiro Takaoka, 4384, Sala 705, Conjunto 5209 - Alphaville - Santana do Parnaíba - CEP: 06541-038.



## Alta eficácia no tratamento de compressão para doenças venosas!

Compressão inelástica com tecnologia patenteada. Sistema circaid foi projetado com a capacidade de ser facilmente ajustado para compressão necessária e colocação rápida proporcionando a redução de edemas.



# Kollagenase

colagenase 0,6 U/g

**Seletividade** que auxilia para uma cicatrização uniforme, rápida e eficaz<sup>1-3</sup>

Kollagenase contém a única enzima que promove a Degradação Seletiva do Colágeno<sup>3-5</sup>

<p>1 Colagenase é a única enzima com ação seletiva no colágeno desvitalizado<sup>4</sup></p> 	<p>2 O colágeno desvitalizado é rompido em pequenos fragmentos<sup>4</sup></p> 	<p>3 Promove migração de queratinócitos e fibroblastos, essenciais para a cicatrização<sup>4</sup></p> 	<p>4 A lesão, agora livre de tecido desvitalizado, apresenta tecido de granulação de qualidade e progride para a cicatrização<sup>5</sup></p> 
---	--	--	---

30g Nova embalagem



**Referências bibliográficas:** 1. Waycaster CR, Gilligan AM, Milne CT. Pressure ulcer treatment in a long-term care setting: wound bed healing with clostridial collagenase ointment versus hydrogel dressing. *Chronic W Care Manag Res.* 2014;1:49-56. 2. Ramundo J, Gray M. Collagenase for enzymatic debridement: a systematic review. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2009;36(6):S4-11. 3. Bula Kollagenase. Reg. MS, nº 1.0298.0431. 4. Torra i Bou JE, Paggi B. La colagenasa y el tejido desvitalizado en el contexto de la preparación del lecho de la herida. *Revista ROL Enf* 2013;36(2):109-14. 5. Falanga V. Wound bed preparation and the role of enzymes: a case for multiple actions of therapeutic agents. *Wounds* 2002;14(2):47-57.

**KOLLAGENASE É UM MEDICAMENTO. SEU USO PODE TRAZER RISCOS. PROCURE O MÉDICO E O FARMACÊUTICO. LEIA A BULA.**

**Kollagenase** colagenase - pomada dermatológica 0,6 U/g, USO TÓPICO. USO ADULTO E PEDIÁTRICO. **INDICAÇÕES:** Desbridante enzimático para tratamento de lesões da pele; queimaduras; previamente ao transplante de pele. Reg. MS nº 1.0298.0431. **CRISTÁLIA - Produtos Químicos Farmacêuticos Ltda.** - CNPJ 44.734.671/0001-51 - Rodovia Itapira-Lindóia, km14, Itapira-SP - Indústria Brasileira - SAC: 0800 7011918. **SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.**