





**Revista de  
Enfermagem  
ufjf  
v. 3 - n. 1**

© 2017 by Editora  
É proibida a reprodução total ou parcial desta obra sem autorização expressa da Editora



**EDITORA UFJF**

Rua Benjamin Constant, 790  
Centro - Juiz de Fora - MG  
Cep 36015-400  
(32) 3229-7645 / 3229-7646  
editora@uff.edu.br  
distribuicao.editora@uff.edu.br  
www.uff.br/editora

**STUDIO EDITORA UFJF**

Projeto Gráfico: Alexandre Amino Mauler  
Editoração: Ana Luiza Bilheiro Barata  
Revisão: Thais Dias de Oliveira

Pró-Reitoria de Pesquisa - PROPESQ

---

Revista de Enfermagem UFJF / Universidade Federal de Juiz de  
Fora. -- v. 3, n. 1 (jan./jun. 2017)- .- Juiz de Fora :  
Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem,  
2017-

Semestral  
ISSN 2446-5739

1. Enfermagem.

CDU 616-083 (05)

---

O uso das imagens contidas neste número é de inteira responsabilidade dos autores dos artigos e dos organizadores da obra.

Periodicidade: semestral

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
REVISTA DE ENFERMAGEM DA UFJF  
Endereço eletrônico: <http://www.ufjf.br/revistadeenfermagem/>  
E-mail: [revenfenviodeartigos@gmail.com](mailto:revenfenviodeartigos@gmail.com)



A Revista de Enfermagem da UFJF – R. Enferm. UFJF – criada em Dezembro de 2014, publicação oficial da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) com periodicidade semestral tem por finalidade contribuir com a produção, divulgação e utilização de conhecimentos pertinentes a área de Enfermagem e áreas afins.

### CORPO EDITORIAL

#### UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

Reitor: Prof. Dr. Marcus Vinicius David  
Vice-reitora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Girlene Alves da Silva

#### ESCOLA DE ENFERMAGEM

Diretora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Denise Barbosa de Castro Friedrich  
Vice-Diretora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Zuleyce Maria Lessa Pacheco

#### CONSELHO DIRETOR

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Anna Maria de Oliveira Salimena – UFJF  
Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Cristina Arreguy-Sena – UFJF  
Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Elenir Pereira de Paiva (Editora Chefe) – UFJF  
Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Heloísa Campos Paschoalin – UFJF  
Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria das Dores de Souza – UFJF  
Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria das Graças Martins Ribeiro – UFJF  
Prof. Dr. Thiago César Nascimento – UFJF  
Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Zuleyce Maria Lessa Pacheco – UFJF

#### MEMBROS ASSOCIADOS

Bibliotecária Silvani de Oliveira Frazão – UFJF  
Bibliotecária Geraldina Antônia Evangelina de Oliveira – UFJF  
Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Regina Célia Martins Salomão Brodbeck (revisora de inglês e português)  
Fernando Simões Sena (tradutor de inglês)  
Débora Ribeiro de Almeida (revisora de português)

### CONSELHO CONSULTIVO

#### CONSELHO EDITORIAL NACIONAL

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ana Lucia Abrahão da Silva – UFF  
Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Betania Maria Fernandes – UFJF  
Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Denise Barbosa de Castro Friedrich – UFJF  
Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Edna Aparecida Barbosa de Castro – UFJF  
Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Estela Márcia Saraiva Campos – UFJF  
Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Girlene Alves da Silva – UFJF  
Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ieda Maria Ávila Vargas Dias – UFJF  
Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ívis Emília de Oliveira Souza – UFRJ  
Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Leila Rangel da Silva – UFRJ  
Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Carmem Simões C. de Melo – UFJF  
Prof. Dr. Marcelo da Silva Alves – UERJ  
Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Rizoinde Negreiros de Araújo – UFMG  
Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Matilde Meire Miranda Cadete – UFMG  
Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Raimunda da Costa Arraruna – UFA  
Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Rosamary Aparecida Garcia Stuchi – UFVJM  
Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Rosane Michel Stucky – URNoroeste Estado RS  
Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Rosângela Maria Greco – UFJF  
Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Rosângela da Silva Santos – UERJ  
Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Sônia Maria Dias – UFJF  
Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Tereza Cristina Soares – UFJF  
Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Terezinha Heck Weiller – UFSM  
Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Laura Misue Matsuda – UEM  
Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Jorseli Angela Henriques Coimbra – UEM

#### CONSELHO EDITORIAL INTERNACIONAL

Prof. Dr. Allison Squires – University College of Nursing - USA  
Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Marie Pierre Gagron – Université Laval - Québec  
Prof. Dr. Pedro Miguel Dinis Parreira – Escola Superior de Coimbra - Portugal  
Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Anabela de Sousa Salgueiro Oliveira - Universidade de Lisboa

ENDEREÇO / MAIL ADDRESS / DIRECCIÓN

Faculdade de Enfermagem - Centro de Ciências da Saúde  
Rua José Lourenço Kelmer, s/n. Campus Universitário  
Bairro São Pedro  
Juiz de Fora - MG - CEP: 36.036-900

APOIO



**ProPesq** | Pró-Reitoria  
de Pesquisa



Faculdade de Enfermagem-UFJF  
Mestrado de Enfermagem

# SUMÁRIO

- 7 **EDITORIAL**
- ARTIGO CIENTÍFICO: A BUSCA DA EXCELÊNCIA**  
*Ana Fátima Carvalho Fernandes*
- 9 **CARACTERÍSTICAS DO CUIDADO A MULHERES COM TRANSTORNOS MENTAIS NA ATENÇÃO BÁSICA PARA CONSTRUÇÃO DE GESTÃO DE CASO**  
CARE CHARACTERISTICS OF WOMEN WITH MENTAL DISORDERS IN THE BASIC ATTENTION FOR THE CONSTRUCTION OF CASE MANAGEMENT  
*Michele Cecília Silva Torrêzio, Nadja Cristiane Lappann Botti*
- 19 **PERFIL DOS CUSTOS DE MAMOGRAFIAS E ULTRASSONOGRAFIAS DE UMA OPERADORA DE SAÚDE**  
COSTS WITH MAMMOGRAPHY AND ULTRASONOGRAPHY BY A HEALTH PLAN COMPANY  
*Neide Derenzo, Cássia Kely Favoretto Costa, Maria Antonia Ramos Costa, Marcelo Picinin Bernuci, Willian Augusto de Melo, Verônica Francisqueti Marquete*
- 27 **A IMPORTÂNCIA DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO ATENDIMENTO EMERGENCIAL**  
THE IMPORTANCE OF RISK CLASSIFICATION IN EMERGENCY CARE  
*Lais Soares da Silva, Leonardo Corrêa Costa*
- 37 **A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA SALA DE VACINA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**  
THE IMPORTANCE OF THE NURSE ROLE IN THE VACCINATION ROOM: AN INTEGRATIVE REVIEW  
*Ana Beatriz Ribeiro, Camila Taliene do Prado Melo, Daiana Rocha Silva Tavares*
- 45 **SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE: UM OLHAR DA ENFERMAGEM**  
HEALTH CARE INFECTION CONTROL SERVICE: A NURSING EYE  
*Ariele Alves dos Santos*
- 51 **ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE SUBMETIDO A TRANSPLANTE RENAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**  
NURSING CARE FOR PATIENTS UNDERGOING KIDNEY TRANSPLANTATION: AN INTEGRATIVE REVIEW  
*Leticia de Souza Pedro, Amarildo de Paula Batista*
- 57 **ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA CENTRAL DE MATERIAIS E ESTERILIZAÇÃO DE UM HOSPITAL VETERINÁRIO DE ENSINO: RELATO DE EXPERIÊNCIAS**  
NURSE'S ACTIVITY IN THE CENTER OF MATERIALS AND STERILIZATION OF A VETERINARY TEACHING HOSPITAL: EXPERIENCE REPORT  
*Cintia Alaina Strabelli, Gisele Hespanhol Dorigan*
- 63 **ASSISTÊNCIA AO PARTO PELO ENFERMEIRO OBSTÉTRICO: CARACTERIZAÇÃO DAS PRODUÇÕES CIENTÍFICAS DE 2006 A 2010**  
OBSTETRIC NURSING ASSISTANCE: CHARACTERIZATION OF SCIENTIFIC PRODUCTIONS FROM 2006 TO 2010  
*Eteo Junior Carneiro da Silva Minarini, Greyce Pollyne Santos Silva Minarini*
- 71 **NORMAS PARA PUBLICAÇÃO**



# EDITORIAL

## ARTIGO CIENTÍFICO: A BUSCA DA EXCELÊNCIA<sup>1</sup>

Precisamos refletir em algum momento para quem estamos produzindo artigos científicos? Para quem escrevemos? Que público queremos atingir? E que tipo de assistência queremos prestar? Os artigos que hora se apresentam nos periódicos estão sendo para o avanço da ciência da enfermagem ou para cumprir uma mera formalidade acadêmica?

Nos últimos tempos tenho observado que os artigos estão sendo submetidos com os seguintes problemas: falta de normalização, fora do escopo da revista, meramente descritivos sem um arcabouço teórico metodológico consistente e sem relevância científica. A falta de cuidado na elaboração de artigos tem me preocupado tanto como editora de periódico, como orientadora de pós-graduação.

O ato de escrever leva-nos a fazer ciência e tem sido foco de muitas discussões no mundo científico. A elaboração de artigos científicos impulsiona a formação de alunos e de pesquisadores nas mais diversas modalidades de formação destes seguimentos, daí a necessidade de reflexão sobre esta temática em virtude de sua relevância no desenvolvimento científico e social.

O volume de artigos publicados tem aumentado nos últimos tempos, mas percebemos a necessidade de se investir na qualidade dessas publicações. Precisamos levar os pesquisadores a uma reflexão crítica voltada para o ineditismo das publicações, preconizando sempre o rigor científico e levando em conta os pressupostos da metodologia científica.

Cada vez mais as pessoas estão em busca de dicas para a melhoria na elaboração de artigos científicos, mas não atentam em observar se estão pesquisando um tema atual, relevante para a comunidade científica.

A leitura de livros de metodologia e um bom estado da arte sobre o seu tema provavelmente os levarão a elaborar boas publicações. O que observamos na prática são fragilidades metodológicas que já se iniciam na fase de elaboração dos projetos de pesquisas, que não apresentam um bom aporte teórico que levasse o pesquisador a imergir no seu objeto de pesquisa. Estas fragilidades levam também a falhas na coleta dos dados de pesquisa, com amostras insuficientes que não representam o fenômeno estudado e os resultados pouco relevantes que justifiquem a publicação.

O aprofundamento nas bases teóricas da pesquisa e no processo científico é que dará suporte ao autor a praticar a arte da redação científica.

Diante desta reflexão procure seguir a sua intuição na escolha do assunto, mas tenha o cuidado de escolher periódicos que abordem o seu tema, leia outros artigos que já mencionaram a temática, siga o rigor metodológico tanto no método quantitativo, quanto qualitativo. Estas são regras básicas para uma boa escrita. Uma última e valiosa dica é: exercite sempre, somente a prática na escrita nos leva a deixar de cometer erros que podem ser evitados.

*Ana Fátima Carvalho Fernandes<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Editorial escrito pela editora da Revista RENE a convite da Revista de Enfermagem da UFJF.

<sup>2</sup> Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Rua Alexandre Baraúna, 1115 – Rodolfo Teófilo. CEP: 60420-670. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: [afcana@ufc.br](mailto:afcana@ufc.br)



# CARACTERÍSTICAS DO CUIDADO A MULHERES COM TRANSTORNOS MENTAIS NA ATENÇÃO BÁSICA PARA CONSTRUÇÃO DE GESTÃO DE CASO

## CARE CHARACTERISTICS OF WOMEN WITH MENTAL DISORDERS IN THE BASIC ATTENTION FOR THE CONSTRUCTION OF CASE MANAGEMENT

*Michele Cecília Silva Torrêzio<sup>1</sup>  
Nadja Cristiane Lappann Botti<sup>2</sup>*

### RESUMO

**Objetivo:** Este estudo teve como objetivo descrever o perfil e caracterizar o atendimento a mulheres com transtornos mentais pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). **Método:** Estudo de abordagem qualitativa, realizado através da análise de prontuários de atendimentos de pacientes pertencentes à ESF da cidade de Divinópolis/MG, entre outubro de 2014 a março de 2015. **Resultados/Discussão:** Todas as pacientes faziam uso de algum tipo de medicamento para tratamento de morbidade clínica ou psiquiátrica, sendo a classe de ansiolíticos e antidepressivos os mais prescritos. Todas as mulheres foram atendidas na Atenção Básica, sendo o atendimento de livre demanda mais frequente que o atendimento agendado. Apesar de, a Atenção Básica ser a principal forma de entrada na rede de saúde, a continuidade do cuidado a essas pacientes não ficou evidenciado. **Considerações finais:** Existe a necessidade da criação de estratégias mais específicas, que visam promover a continuidade do acompanhamento e tratamento dos pacientes.

**Palavras-chave:** Saúde Mental. Assistência à Saúde. Saúde da Família. Administração de Caso.

### ABSTRACT

**Objective:** The aim of this study is to describe the profile and characterize the service of women with mental disorder in the Family Health Program (ESF). **Method:** Qualitative study accomplish by analyzing calls of medical records of patients in the ESF of Divinópolis City in Minas Gerais, between October, 2014 and March, 2015. **Results and discussion:** All the patients used some kind of drugs for the treatment to the clinical morbidity or psychiatric morbidity being the class of anxiolytic and antidepressant more prescriptions. All the women were attended in Primary Health Care, being the patients without referrals more frequent than programmed care. Despite that Primary Health Care be the principal way to in health service, the continuity of care with these patients were not evident. **Final considerations:** There is need to create more specific strategy that want to promote the continuity of care and treatment of patients.

**Keywords:** Mental Health. Health Care. Family Health. Case Management.

<sup>1</sup> Enfermeira. Especialista em Saúde da Família pelo Programa de Residência da Universidade Federal de São João del Rei (UFSJ) Campus Centro-Oeste Dona Lindu.

<sup>2</sup> Enfermeira. Psicóloga. Doutora em Enfermagem Psiquiátrica. Professora Associada I da Universidade Federal de São João del Rei (UFSJ) Campus Centro-Oeste Dona Lindu.

## INTRODUÇÃO

A Atenção Básica tem como um de seus princípios possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de Saúde, inclusive aquelas que demandam um cuidado em saúde mental. É caracterizada por ações em saúde de cunho individual e coletivo, que englobam intervenções de promoção, proteção, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, sendo orientadas por conceitos como universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo, integralidade, participação social e humanização<sup>(1-2)</sup>.

A Política Nacional da Atenção Básica elegeu a Saúde da Família como a estratégia prioritária para a organização das ações em saúde, nesse nível de atenção<sup>(3)</sup>. Corroborando com Correia, Barros e Colvero<sup>(4)</sup>, as ações de saúde mental na saúde da família devem fundamentar-se nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. A desinstitucionalização, princípio da Reforma Psiquiátrica, pressupõe a manutenção do paciente com transtorno mental em seu cotidiano, evitando assim a internação, e possibilitando a preservação dos vínculos entre pacientes com seus familiares e suas redes sociais.

Neste sentido, Estevam *et al.*<sup>(5)</sup> refere em seu estudo, que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem o domicílio como espaço terapêutico e a assistência humanizada como instrumento facilitador para criação de vínculos e aproximação dos profissionais com o cotidiano das famílias. Dessa forma, a ESF tem potencial para o atendimento de pessoas com transtornos mentais, já que atua na área de abrangência de suas famílias.

Assim, as ações de saúde mental na atenção básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidados, da base territorial a atuação transversal, com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento<sup>(6)</sup>.

Assim, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) são os arranjos organizativos de ações e serviços, que gerenciam técnica, logística e gestão, buscando garantir a integralidade do cuidado. As RAS

caracterizam-se: pela formação de relações entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Básica, pela centralidade nas necessidades em saúde da população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e de planejamento econômico<sup>(6)</sup>.

O modo de organizar as RAS define a singularidade de seus processos descentralizados frente a outros setores sociais. Os serviços de saúde estruturam-se numa rede de pontos de atenção à saúde, composta por equipamentos de diferentes densidades tecnológicas, que devem ser distribuídos, espacialmente, de forma ótima. A organização das RAS, para ser feita de forma efetiva, eficiente e com qualidade, tem de estruturar-se com base nos seguintes fundamentos: economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso, integração horizontal e vertical, processos de substituição, territórios sanitários e níveis de atenção<sup>(7)</sup>.

A Organização Mundial da Saúde considera que as RAS contêm seis modalidades de integração, e partir dessas modalidades produz uma conceituação de serviços integrados à saúde, como “a gestão e a oferta de serviços de saúde de forma a que as pessoas recebam um contínuo de serviços preventivos e curativos, de acordo com as suas necessidades, ao longo do tempo e por meio de diferentes níveis de atenção à saúde”<sup>(8)</sup>.

Para Rosene Ham<sup>(9)</sup>, os objetivos de uma RAS são: melhorar a qualidade da atenção e a qualidade de vida das pessoas usuárias, os resultados sanitários do sistema de atenção à saúde, a eficiência na utilização dos recursos e a equidade em saúde. E dentre seus atributos estão: população e território definidos; extensa gama de estabelecimentos de saúde, que presta serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos; e Atenção Básica estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema<sup>(6)</sup>.

Em 1970, nos Estados Unidos, surge o Gerenciamento de Casos em Saúde Mental,

de forma contemporânea ao movimento de desospitalização, quando o fechamento de hospitais psiquiátricos resultou em elevadas taxas de reinternação, emergindo a necessidade da criação de estratégias mais efetivas para o tratamento comunitário. O método tem se mostrado efetivo para garantir a continuidade do tratamento para pacientes com transtornos mentais graves, tendo em vista a contraposição ao modelo tradicional hospitalocêntrico, o qual busca tratar o paciente na comunidade e mantê-lo mais próximo do serviço de saúde<sup>(10)</sup>.

Na literatura brasileira, Mendes<sup>(7)</sup> utiliza o termo Gestão de Caso, e diz que esse consiste em um processo cooperativo, que se desenvolve entre um profissional gestor de caso e uma pessoa portadora de uma condição de saúde muito complexa e sua rede de suporte social para planejar, monitorar e avaliar opções de cuidados e de coordenação da atenção à saúde, de acordo com as necessidades da pessoa e com o objetivo de propiciar uma atenção de qualidade, humanizada, capaz de aumentar a capacidade funcional e de preservar autonomia individual e familiar.

Ainda segundo o autor, seus objetivos são advogar as necessidades e as expectativas de pessoas usuárias em situação especial, prover o serviço certo à pessoa certa, aumentar a qualidade do cuidado e diminuir a fragmentação da atenção à saúde. Esse processo envolve as seguintes etapas: seleção do caso; identificação do problema, elaboração, implementação e monitoramento do plano de cuidado.

Cohen e Cesta<sup>(11)</sup> referem que a enfermagem é constantemente escolhida para ser Gerente de Caso, tendo em vista que possui habilidades essenciais para o cumprimento desse papel, como por exemplo, a habilidade de realizar múltiplas ações, a visão complexa do paciente, a atenção aos detalhes, a capacidade para tomada de decisão, a coordenação, a liderança e a comunicação.

Diante do desafio de cuidado a pacientes com transtornos mentais pela ESF, e a fim de colaborar na construção do conhecimento e na implantação efetiva da política pública definiu-se como objetivo

deste estudo compreender os episódios de cuidado a mulheres com transtornos mentais atendidas na Estratégia da Saúde da Família.

## MÉTODO

A pesquisa realizada foi de natureza qualitativa, por entender que esse tipo de pesquisa preocupa-se em estudar as sequências específicas dos comportamentos interpessoais, nas quais as ações de cada pessoa são visualizadas em uma sequência interativa, que depende das ações dos demais parceiros de interação. Estudando pequenas amostras, os estudos qualitativos privilegiam as regularidades e as singularidades nas análises<sup>(12)</sup>. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São João del Rei (parecer nº 819.928).

O estudo foi realizado em Divinópolis, cidade do oeste de Minas Gerais (Brasil), que conta com vinte ESFs, 14 Centros de Saúde e dois Programas de Agentes Comunitários de Saúde, distribuídos em dez regiões sanitárias. A coleta de dados foi realizada na Estratégia de Saúde da Família, localizada na região sanitária sudeste do município.

A coleta de dados ocorreu por meio da análise documental nos prontuários do serviço, arquivados na própria unidade. Esse tipo de pesquisa é relevante por proporcionar uma melhor visão do problema de pesquisa e hipóteses, que subsidiem a sua verificação por outras formas de pesquisa. Foram analisados 13 prontuários de atendimento a pacientes mulheres, pertencentes à ESF e vinculadas ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III). A identificação dos prontuários foi realizada através de consulta ao Sistema de Informação em Saúde. Os dados foram coletados no período entre outubro de 2014 a março de 2015, a partir da análise documental dos prontuários do serviço. Para coleta de dados utilizou-se um formulário construído especificamente para a pesquisa, contendo dados sociodemográficos (sexo, estado civil, idade, escolaridade) e história dos episódios de cuidado (motivo da consulta, diagnóstico do

problema percebido pelo profissional de saúde e intervenção resultante).

O referencial teórico utilizado para análise foi a Classificação Internacional da Atenção Primária (CIAP), sob a ótica do cuidado compartilhado. A CIAP trabalha com o conceito de episódio de cuidado e com a premissa de registrar três aspectos desse episódio (motivo da consulta, diagnóstico do problema e intervenção). O motivo da consulta é o elemento chave no registro, devendo ser classificado tal como expresso pelo paciente. É o sistema de classificação mais adequado para uso na Atenção Básica, e sua segunda edição (CIAP2) está organizada em 17 capítulos e sete componentes, e permite classificar os motivos da consulta e as respostas propostas pela equipe<sup>(13)</sup>.

O cuidado compartilhado é um processo permanente de pactuação, que oferece melhor qualidade e coordenação de cuidados através da interface: atenção primária-especialidade, e envolve múltiplos atores no processo de cuidado<sup>(1)</sup>. Os componentes básicos para o modelo de cuidados compartilhados são: abordagem sistemática

de generalista e especialista, com objetivos comuns de melhorar a saúde mental; modelo de tratamento coerente com as necessidades da população; abordagem clínica e monitoramento com revisão de especialistas; atenção para as necessidades da equipe; e supervisão para apoiar o desenvolvimento e a manutenção do modelo de tratamento e estrutura de governança clínica<sup>(14)</sup>.

## RESULTADOS

Identifica-se que, em relação às fases de vida da mulher, a maioria encontra-se na idade reprodutiva (10 a 49 anos), tem baixa escolaridade, são casadas e com filhos. Entre as mulheres que apresentam morbidade clínica, verifica-se que a Hipertensão Arterial Sistêmica é doença mais comum. Dentre as morbidades psiquiátricas, verifica-se que o diagnóstico de ansiedade generalizada foi atribuído a mais da metade das mulheres, seguido do diagnóstico de esquizofrenia não especificada e episódio depressivo moderado (Quadro 1).

**Quadro 1** - Perfil das mulheres com transtornos mentais atendidas na Atenção Básica

Caracterização	Morbidade Psiquiátrica	Morbidade Clínica	Atenção a Saúde	Terapêutica Medicamentosa
Mulher, 31 anos, solteira, 4 filhos, ensino médio incompleto	Ansiedade Generalizada	Asma/ Bronquite	Atenção especializada em Saúde Mental Atenção Especializada Atenção Diagnóstica Atenção Básica Atenção Farmacêutica	Hipnótico/ sedativo Ansiolítico Antiepilético (3) Antipsicótico
Mulher, 62 anos, casada, 3 filhos, ensino fundamental incompleto	Esquizofrenia não especificada	Diabetes	Atenção especializada em Saúde Mental Atenção Especializada Atenção Diagnóstica Atenção Básica Atenção Hospitalar Atenção Farmacêutica	Antiagregante plaquetário Antipsicótico Ansiolítico Antidiabético (2)
Mulher, 55 anos, casada, 3 filhos, ensino fundamental incompleto	Ansiedade Generalizada	HAS	Atenção especializada em Saúde Mental Atenção Básica Atenção Especializada Atenção Farmacêutica	Antipsicótico Antiepilético/ ansiolítico Antidepressivo Anti-hipertensivo (4)
Mulher, 40 anos, casada, 2 filhos, ensino fundamental incompleto	Depressão Moderada	Sem morbidade	Atenção Diagnóstica Atenção especializada em Saúde Mental Atenção Básica Atenção Farmacêutica	Antidepressivo Ansiolítico
Mulher, 79 anos, viúva, 1 filho, analfabeta	Esquizofrenia não especificada	HAS	Atenção Diagnóstica Atenção especializada em Saúde Mental Atenção Básica Atenção Farmacêutica	Antiagregante plaquetário Ansiolítico Antidepressivo Anti-hipertensivo

Mulher, 25 anos, casada, 2 filhos, ensino médio incompleto	Ansiedade Generalizada	Sem morbidade	Atenção especializada em Saúde Mental Atenção Básica Atenção Especializada	Antidepressivo
Mulher, 39 anos, casada, 3 filhos, ensino fundamental incompleto	Ansiedade Generalizada	HAS	Atenção especializada em Saúde Mental Atenção Básica Atenção Especializada Atenção Farmacêutica	Ansiolítico Antidepressivo Antiulceroso
Mulher, 48 anos, solteira, não possui filhos, ensino fundamental incompleto	Esquizofrenia não especificada	HAS	Atenção especializada em Saúde Mental Atenção Diagnóstica Atenção Básica Atenção Hospitalar Atenção Especializada Atenção Farmacêutica	Anti-hipertensivo Antiulceroso Ansiolítico Antidepressivo (3)
Mulher, 66 anos, viúva, 6 filhos, ensino fundamental incompleto	Esquizofrenia não especificada	HAS	Atenção especializada em Saúde Mental Atenção Farmacêutica Atenção Especializada Atenção Diagnóstica Atenção Básica	Antiagregante plaquetário Antidepressivo Ansiolítico Antipsicótico Antidislipidêmico Anti-hipertensivo (2)
Mulher, 51 anos, casada, 2 filhos, ensino fundamental incompleto	Ansiedade Generalizada	Dislipidemia	Atenção especializada em Saúde Mental Atenção Farmacêutica Atenção Especializada Atenção Básica	Hipinótico/ sedativo Antipsicótico Antidislipidêmico
Mulher, 43 anos, casada, 3 filhos, ensino fundamental incompleto	Ansiedade Generalizada	Sem morbidade	Atenção especializada em Saúde Mental Atenção Farmacêutica Atenção Especializada Atenção Básica	Ansiolítico (2)
Mulher, 33 anos, casada, 1 filho, ensino médio completo	Depressão Moderada	Sem morbidade	Atenção especializada em Saúde Mental Atenção Farmacêutica Atenção Especializada Atenção Básica	Antidepressivo Antipsicótico (2) Ansiolítico Antialérgico
Mulher, 23 anos, solteira, não possui filhos, ensino médio completo	Ansiedade Generalizada	Sem morbidade	Atenção especializada em Saúde Mental Atenção Especializada Atenção Básica	Antidepressivo

Fonte: os autores.

Quanto aos pontos acessados na Rede de Atenção, percebe-se que todas as mulheres em estudo foram atendidas na Atenção Básica, Atenção especializada em Saúde mental. Além disso, todas tiveram atendimento em algum outro ponto da rede. Destes, os mais acessados foram Atenção Especializada e Farmacêutica. Embora todas as mulheres fizessem uso de algum tipo de medicação, evidenciou-se que uma pequena parte não acessou este ponto da Atenção.

Verificou-se, também, que a maior parte das mulheres que foram atendidas na Atenção Especializada, possui um diagnóstico clínico associado, em sua maioria, à Hipertensão Arterial Sistêmica; e que os pontos da rede menos acessados foram a Atenção Hospitalar e a Atenção Diagnóstica.

Quanto a medicação, havia registro de prescrição de medicamentos em todos os prontuários, sendo a classe dos ansiolíticos, antidepressivos e antipsicóticos os tipos de medicamento mais prescritos, respectivamente. Dentre as mulheres com diagnósticos de ansiedade generalizada, todas foram indicadas a fazer uso de ansiolítico e/ou antidepressivo. Para todas as mulheres com comorbidade clínica associada, havia de registro de prescrição para tal fim, como os anti-hipertensivos, antidiabéticos e antidislipidêmicos.

Quanto ao tipo de atendimento na AB, os atendimentos encontrados foram: consulta médica agendada, consulta médica livre demanda, consulta de enfermagem agendada, consulta de enfermagem livre demanda, consulta de psicologia e visita domiciliar (Quadro 2).

**Quadro 2** - Caracterização do atendimento às mulheres com transtornos mentais atendidas na Atenção Básica

Caracterização	Número médio de atendimento na Atenção Básica por mês	Cuidado profissional na Atenção Básica	Caraterização do atendimento
Mulher, 31 anos, solteira, 4 filhos, ensino médio incompleto	1,1	Cuidado médico - 6 Cuidado de enfermagem - 3 Cuidado de psicologia - 7	Demanda espontânea (médico) - 04 Demanda espontânea (enfermagem) - 02 Consulta médica - 02 Consulta de enfermagem - 01 Visita domiciliar - 01 Consulta de psicologia - 06
Mulher, 62 anos, casada, 3 filhos, ensino fundamental incompleto	0,5	Cuidado médico - 29 Cuidado de enfermagem - 5	Demanda espontânea (médico) - 12 Demanda espontânea (enfermagem) - 03 Consulta médica - 17 Consulta de enfermagem - 02
Mulher, 55 anos, casada, 3 filhos, ensino fundamental incompleto	0,5	Cuidado médico - 18 Cuidado de enfermagem - 6 Cuidado de psicologia - 14	Demanda espontânea (médico) - 17 Demanda espontânea (enfermagem) - 02 Visita domiciliar médica - 01 Visita domiciliar enfermagem - 04 Visita domiciliar Psicologia - 01 Consulta de psicologia - 13
Mulher, 40 anos, casada, 2 filhos, ensino fundamental incompleto	0,6	Cuidado médico - 5 Cuidado de enfermagem - 11 Cuidado de psicologia - 3	Demanda espontânea (médico) - 03 Demanda espontânea (enfermagem) - 09 Consulta médica - 02 Consulta de enfermagem - 02 Consulta de psicologia - 03
Mulher, 79 anos, viúva, 1 filho, analfabeta	0,6	Cuidado médico - 33 Cuidado de enfermagem - 6 Cuidado de psicologia - 1	Demanda espontânea (médico) - 15 Demanda espontânea (enfermagem) - 04 Consulta médica - 18 Consulta de enfermagem - 01 Visita domiciliar enfermagem - 01 Consulta de psicologia - 01
Mulher, 25 anos, casada, 2 filhos, ensino médio incompleto	0,4	Cuidado médico - 11 Cuidado de enfermagem - 9	Demanda espontânea (médico) - 09 Demanda espontânea (enfermagem) - 07 Consulta médica - 02 Consulta de enfermagem - 02
Mulher, 39 anos, casada, 3 filhos, ensino fundamental incompleto	0,5	Cuidado médico - 25 Cuidado de enfermagem - 4	Demanda espontânea (médico) - 12 Demanda espontânea (enfermagem) - 0 Consulta médica - 13 Consulta de enfermagem - 04
Mulher, 48 anos, solteira, não possui filhos, ensino fundamental incompleto	1,1	Cuidado médico - 13 Cuidado de enfermagem - 9 Cuidado de psicologia - 22	Demanda Espontânea - 07 Demanda espontânea (enfermagem) - 08 Consulta médica - 06 Consulta de enfermagem - 01 Consulta de psicologia - 22
Mulher, 66 anos, viúva, 6 filhos, ensino fundamental incompleto	0,3	Cuidado médico - 20 Cuidado de enfermagem - 5	Demanda espontânea (médico) - 09 Demanda espontânea (enfermagem) - 04 Consulta médica - 11 Consulta de enfermagem - 01
Mulher, 51 anos, casada, 2 filhos, ensino fundamental incompleto	0,2	Cuidado médico - 3 Cuidado de enfermagem - 10	Demanda espontânea (médico) - 03 Demanda espontânea (enfermagem) - 03 Consulta médica - 0 Consulta de enfermagem - 03 Visita domiciliar enfermagem - 04
Mulher, 43 anos, casada, 3 filhos, ensino fundamental incompleto	0,3	Cuidado médico - 21 Cuidado de enfermagem - 1 Cuidado de psicologia - 1	Demanda Espontânea - 13 Demanda espontânea (enfermagem) - 01 Consulta médica - 08 Consulta de enfermagem - 0 Consulta de psicologia - 01
Mulher, 33 anos, casada, 1 filho, ensino médio completo	0,8	Cuidado médico - 11 Cuidado de enfermagem - 14	Demanda espontânea (médico) - 09 Demanda espontânea (enfermagem) - 07 Consulta médica - 02 Consulta de enfermagem - 07
Mulher, 23 anos, solteira, não possui filhos, ensino médio completo	0,2	Cuidado médico - 5 Cuidado de enfermagem - 6 Cuidado de psicologia - 2	Demanda Espontânea (médico) - 02 Demanda espontânea (enfermagem) - 03 Consulta médica - 03 Consulta de enfermagem - 03 Consulta de psicologia - 02

Fonte: os autores.

O tipo de atendimento de livre demanda foi 1,4 vezes maior que o atendimento por agendamento; e ainda, as mulheres que mais foram ao atendimento por livre demanda são, em sua maioria, aquelas com diagnóstico psiquiátrico de Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), e/ou com diagnóstico clínico associado, assim como as que foram atendidas na consulta de psicologia e demandaram, assim, mais cuidado da equipe multiprofissional.

Dentre as mulheres que foram atendidas por consulta médica e de enfermagem, previamente agendada, a maioria delas possui morbidade clínica associada e outro diagnóstico psiquiátrico não relacionado ao TAG. Dentre as que foram atendidas a domicílio, todas apresentam morbidade clínica associada. A grande maioria apresentou diagnóstico de TAG.

Quanto aos cuidados oferecidos na atenção básica, verificou-se que o cuidado oferecido pelo profissional médico foi 2,3 vezes maior que o cuidado oferecido pelo profissional de enfermagem e 4,2 vezes maior que o cuidado oferecido pelo profissional de psicologia; E o cuidado oferecido pelo profissional de enfermagem foi 1,7 vezes maior que o cuidado oferecido pelo profissional de psicologia.

## DISCUSSÃO

Segundo Mendes<sup>(7)</sup>, um dos objetivos fundamentais dos sistemas de atenção à saúde é a qualidade. Desse modo, o autor propõe um sistema integrado, pela implantação de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS), que tem como pilar a Atenção Primária à Saúde. Segundo o autor, a estrutura operacional das RAS é composta por cinco componentes: a APS; os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; os sistemas de apoio (diagnóstico e terapêutico, sistema de assistência farmacêutica e sistema de informação em saúde); os sistemas logísticos (cartão de identificação das pessoas usuárias, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde) e o sistema de governança.

Embora a atenção básica seja a porta de entrada preferencial dos indivíduos na rede de saúde e o dispositivo ordenador da rede de cuidado, ficou evidente que os principais atendimentos registrados (encaminhamentos, prescrição medicamentosa, coleta de exame, acolhimento, etc.), não evidenciaram a continuidade do cuidado, pois a não existência de uma contrarreferência faz com que as usuárias fiquem abandonadas a si mesmas, dificultando assim a promoção de vínculo e acolhimento de suas famílias e necessidades.

Neste sentido, Ribeiro<sup>(15)</sup> enfatiza que a Estratégia de Saúde da Família, por ser um dos equipamentos mais próximos à comunidade, tem o potencial de auxiliar na articulação com os diversos dispositivos da rede, a fim de prevenir doenças e promover saúde. Tanaka e Ribeiro<sup>(16)</sup> reafirmam que, na Atenção Básica, há o potencial de detectar as queixas relativas ao sofrimento psíquico e prover uma escuta qualificada para a problemática, oferecendo tratamento no território ou encaminhando para serviços especializados, justificando assim a impotência de uma execução correta e eficaz da rede de cuidado.

O Gerenciamento de Caso (GC) é uma questão importante na enfermagem contemporânea, podendo ser implementado em diferentes áreas da enfermagem, e seu conceito é proveniente do termo “qualidade do cuidado”, quando se refere mais precisamente à psiquiatria e à saúde mental<sup>(17)</sup>.

De acordo com Henderson et al.<sup>(18)</sup>, gerenciar casos em saúde mental consiste em avaliar as necessidades individuais e desenvolver um plano de cuidados para atender a essas necessidades. Para tal, é preciso um guia de cuidados multidisciplinares e um gerenciador de casos, sendo o guia uma lista de problemas do paciente com expectativas de resultados e uma lista de intervenções prescritas por um longo tempo; e o gerenciador um profissional que assegure o cuidado a este paciente<sup>(14)</sup>.

A gestão de caso é eficaz quando as condições crônicas são múltiplas e complexas, havendo um nível considerável de interdependência entre os

profissionais, incertezas em relação às intervenções clínicas e a necessidade de utilização dos vários pontos de atenção do sistema de saúde durante o processo de tratamento e reabilitação. Nessas situações, é necessário viabilizar a comunicação pessoal entre os profissionais envolvidos no manejo do caso<sup>(19)</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Atenção Básica através da ESF é a principal forma de entrada dos usuários, com transtornos mentais, ao sistema de saúde e ao centro de comunicação, com todas as Redes de Atenção à Saúde. Essas, por sua vez, possuem como objetivo melhorar a qualidade da atenção, oferecendo serviços de saúde contínuo aos pacientes. Apesar disso, algumas vezes, os usuários desses serviços iniciam um atendimento que não possui a continuidade do cuidado. Desse modo, fica evidente a importância do desenvolvimento de estratégias mais efetivas, como o Gerenciamento de casos, a fim de promover a continuidade do acompanhamento e tratamento dos pacientes com transtornos mentais, evitando internações e possibilitando a manutenção do cuidado em seu cotidiano.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 176 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34)
2. Brasil. A Reforma Psiquiátrica Brasileira e a Política de Saúde Mental. Disponível em <<http://www.ccs.saude.gov.br/vpc/reforma.html>. Acesso em 13/05/2014>.
3. Cezar PK, Rodrigues PM, Arpini DM. A Psicologia na Estratégia de Saúde da Família: Vivências da Residência Multiprofissional. *Psicol. cienc. prof.* 2015; 35(1):211-224.
4. Correia VR, Barros S, Colvero, LA. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. *Rev. esc. enferm.* 2011; 45(6):1501-1506.
5. Estevam MC, et al.. Convivendo com transtorno mental: perspectiva de familiares sobre Atenção Básica. *Rev. esc. enferm. USP [online]*. 2011; 45, (3):679-686.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Edital nº 14, de 08 de março de 2013. Edital para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PETSaúde/Redes de Atenção à Saúde (PET-Saúde/Redes). Brasília: Diário Oficial da União; 11 Mar 2013
7. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
8. World Health Organization. Who report on the global tobacco epidemic, 2008 – the MPOWER package. Geneva: World Health Organization 2008.
9. Rosen R, Ham C. Atención integrada: enseñanzas de evidencia y experiencia, informe del seminario Anual de Salud 2008 Sir Roger Bannister. *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada* 2008; 1:2.
10. Marshall M, Gray A, Lockwood A, Green R. Withdrawn: case management for people with severe mental disorders. *Cochrane Database System Rev [internet]*. 2011; (4):CD000050. Disponível em: <http://www.update-software.com/BCP/WileyPDF/EN/CD000050.pdf>.
11. Cohen EL, Cesta TG, editoras. *Nursing case management: from essentials to advanced practice applications*. 4ª ed. Philadelphia: Elsevier; 2005.
12. Wendt NC, Crepaldi MA. A utilização do genograma como instrumento de coleta de dados em pesquisa qualitativa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2008, 21:302-310.

13. Okkes IM, Oskam SK, Lamberts H. The probability of specific diagnoses for patients presenting with common symptoms to Dutch family physicians. *J Fam Pract.* 2002;51:31-6
14. Kelly PJ, Deane FP, King R, Katanzis N, Crowe TP. A taxonomy for homework used by mental health case managers when working with individuals diagnosed with severe mental illness. *Community Mental Health J.* 2007; 43(6):565-80.
15. Ribeiro KSQS. Redes sociais e educação popular: aproximação teórica e mudanças na prática de educação popular em saúde. In: *Anais do V Colóquio Internacional Paulo Freire*; 2005 set. 19-22; Recife, PE, Brasil.
16. Tanaka OY, Ribeiro EL. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *CienSaude Colet.* 2009;14(2):477-486.
17. Lee D, Mackenzie A, Dudley-Brown S, Chin T. Case management: a review of the definitions and practice. *J. Adv. Nurs.* 1998; 2(7):933-9.
18. Henderson J, Willis E, Walter B, Toffoli L. Community Mental Health Nursing: keeping pace with care delivery? *Int J Mental Health Nurs.* 2008; 17:162-70.
19. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de Desenvolvimento Institucional da OPAS/OMS no Brasil 2010-2011/ Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010.



# PERFIL DOS CUSTOS DE MAMOGRAFIAS E ULTRASSONOGRAFIAS DE UMA OPERADORA DE SAÚDE

## COSTS WITH MAMMOGRAPHY AND ULTRASONOGRAPHY BY A HEALTH PLAN COMPANY

*Neide Derenzo<sup>1</sup>  
Cássia Kely Favoretto Costa<sup>2</sup>  
Maria Antonia Ramos Costa<sup>3</sup>  
Marcelo Picinin Bernuci<sup>4</sup>  
Willian Augusto de Melo<sup>5</sup>  
Verônica Francisqueti Marquete<sup>6</sup>*

### RESUMO

Trata-se de um estudo documental, descritivo-exploratório, de abordagem quantitativa. Os dados coletados compreenderam o período de 2011 a 2014, e foram coletados nos meses de janeiro e fevereiro de 2015, em uma operadora de saúde privada situada no sul do Brasil. O objetivo da pesquisa foi identificar a faixa etária de mulheres submetidas aos exames de mamografia e ultrassonografia, e analisar os custos desses exames realizados na operadora de saúde privada. Os resultados mostraram que o plano de saúde realiza os exames de mamografia e ultrassonografia em mulheres de todas as faixas etárias, e que os custos com os exames no ano de 2014 foram menores do que no ano de 2011, na operadora. Concluiu-se que, estudos de acompanhamentos, das mulheres cadastradas no plano de saúde, deveriam ser desenvolvidos para uma análise mais precisa do custo-benefício dos exames de mamografia e ultrassonografia, para a detecção do câncer de mama.

**Palavras-chave:** Neoplasias da mama. Custos e Análise de Custo. Mamografia. Ultrassonografia Mamária.

### ABSTRACT

Current documental, descriptive, exploratory and quantitative analysis comprises a collection of data, between 2011 and 2014, undertaken in January and February 2015, on a private health plan company in southern Brazil. Research identified the age bracket of females undergoing mammography and ultrasonography and investigated the costs of the tests by this particular firm. Results showed that the health plan conducted mammography and ultrasonography tests in females at all age brackets and that the costs of the exams in 2014 were lower than the year 2011 at the operator. Consequently, increase must be related to prescriptions for a greater number of tests per female. Follow-up studies of females listed in health plans must be investigated for a more precise costs-benefits analysis for mammography and ultrasonography tests for breast cancer detection.

**Keywords:** Breasts cancer. Costs and Cost Analysis. Mammography. Ultrasonography Mammary.

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestre em Promoção da Saúde. Universidade Estadual do Paraná (UNESPAR).

<sup>2</sup> Graduada em Ciências Econômicas. Doutora em Economia Aplicada. Universidade Estadual de Maringá (UEM).

<sup>3</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Universidade Estadual do Paraná (UNESPAR).

<sup>4</sup> Graduado em Ciências Biológicas. Pós-Doutorado em Fisiologia da Reprodução. Centro Universitário Maringá (UniCesumar).

<sup>5</sup> Enfermeiro. Doutor em Ciências da Saúde. Universidade Estadual do Paraná (UNESPAR).

<sup>6</sup> Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Universidade Estadual de Maringá.

## INTRODUÇÃO

O problema do câncer no Brasil ganha relevância pelo perfil epidemiológico que essa doença vem apresentando, e, com isso, o tema conquista espaço nas agendas políticas e técnicas de todas as esferas de governo<sup>(1)</sup>.

Neste contexto, o câncer representa um desafio para as economias dos países, e a saúde da população feminina é preocupante, quando acometida pelo câncer de mama. Essa doença exige cuidados de longo prazo, acarretando um aumento das despesas<sup>(1,2)</sup>.

Outro problema que as mulheres enfrentam, quando acometidas pelo câncer, é a diminuição das condições para o trabalho, que pode impor um encargo econômico para as famílias e a sociedade. Como todo mundo, as pessoas acometidas com câncer precisam tanto da segurança física como da segurança econômica, o que acaba por sobrecarregar uma parcela menor da população<sup>(2)</sup>.

Destaca-se que o câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres, e sua incidência vêm aumentando ao longo do tempo, concomitantemente ao aumento da industrialização e da urbanização<sup>(3,4)</sup>.

No Brasil, 20% dos novos casos de neoplasia correspondem a este tipo de câncer. Sobretudo, no ano de 2014, foram diagnosticados 57.120 novos casos de câncer de mama, o que equivale a um risco de 56,09 casos a cada 100 mil mulheres<sup>(3)</sup>.

Considerando que o câncer de mama é uma preocupação de saúde pública e que a relação entre a sobrevivência depende muito da evolução das lesões, o diagnóstico cada vez mais precoce é muito importante para mudar essa realidade. Neste aspecto, os serviços de saúde precisam reavaliar as políticas de investimentos em ações de prevenção e detecção precoce do câncer de mama, para que consiga gerenciar o impacto financeiro que aumenta quando a doença é detectada tardiamente, uma vez que o processo de tratamento e reabilitação é moroso<sup>(1)</sup>.

Na perspectiva de buscar alternativas para diminuir os custos com o câncer, as instituições

públicas e privadas de saúde definiram estratégias para aumentar o rastreamento do câncer de mama, por meio do diagnóstico precoce na população feminina. Destaca-se a utilização dos exames como mamografia e ultrassonografia de uma forma mais constante pelos profissionais médicos, no intuito de promover tratamento precoce do referido agravo<sup>(5,1)</sup>. O conhecimento sobre a situação dessa doença permite estabelecer prioridades e alocar recursos de forma direcionada, para a modificação positiva desse cenário na população brasileira<sup>(6,7)</sup>.

Atualmente, a utilização de mamógrafos de alta resolução tem proporcionado a detecção de um número cada vez maior de lesões mamárias, principalmente lesões pequenas, quando ainda não são palpáveis. De acordo com a literatura, a mamografia tem sensibilidade entre 88% e 93,1% e especificidade entre 85% e 94,2%, e a utilização desse exame como método de rastreamento reduz a mortalidade em 25%<sup>(2,8)</sup>.

Na maioria das vezes, a ultrassonografia é sempre complementar à mamografia, com exceção para as pacientes jovens (abaixo de 30 anos), quando representa o exame de escolha para a primeira avaliação. A ultrassonografia mamária não tem indicação para rastreamento do câncer de mama e não substitui a mamografia. A indicação da ultrassonografia é realizada, em alguns casos, como para fazer o diagnóstico diferencial entre cisto e sólido, e para avaliação de nódulo palpável não detectado na mamografia<sup>(8)</sup>.

Tem-se que a mamografia e a ultrassonografia desempenham um papel central na detecção, no diagnóstico e na conduta das doenças mamárias. O Ministério da Saúde preconiza que o início do rastreamento do câncer, por exames de imagem, deve ser realizado a partir dos 40 anos ou a partir dos 35 anos, em caso de história de câncer familiar<sup>(8)</sup>. Neste contexto, este estudo questiona: Como se apresentam os custos com exames de detecção precoce de câncer de mama (mamografia e ultrassonografia), e em que faixa etária as mulheres estão sendo submetidas a estes exames em uma Operadora Privada de Planos de Saúde? E para responder a esta questão, o objetivo desta pesquisa foi identificar a faixa etária de mulheres

que são submetidas aos exames de mamografias e ultrassonografias, e analisar os custos desses exames realizados em uma operadora de saúde (OS), para a detecção precoce do câncer de mama.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo documental, descritivo-exploratório, de abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada no período de janeiro e fevereiro de 2015, em uma operadora de saúde privada situada no sul do Brasil.

Os dados coletados foram do período de 2011 a 2014 do ClikView, que é o Sistema de Informação da Operadora de Saúde, que contém informações sobre número de mulheres por faixa etária, número de ultrassonografia de mama e mamografias realizadas no referido período e os custos unitários, médios e totais gerados com esses exames.

A análise dos dados foi por meio do software Excel 7.0, e os resultados encontram-se apresentados na forma de tabelas.

Os dados foram coletados após aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética do Centro Universitário de Maringá – UNICESUMAR, sob o parecer nº 977.791.

## RESULTADOS

As Tabelas 1, 2, 3 e 4 apresentam a faixa etária, o número de mulheres, o total de mamografias e ultrassonografias realizadas e os custos desses exames para a detecção precoce e diagnóstico do câncer mamário no período de 2011 a 2014.

Observa-se que nas tabelas 1, 2, 3 e 4, mulheres de todas as faixas etárias, associadas ao plano de saúde estudado, realizaram exame de mamografia e ultrassonografia.

**Tabela 1** - Distribuição por faixa etária do número de mulheres que realizaram mamografias e ultrassonografia de mama. Paranavaí-Paraná-Brasil- 2011.

FAIXA ETARIA	Nº de MULHERES	MAMOGRAFIAS REALIZADAS	%	CUSTOS	CUSTO UNIT.		ULTRASS. MAMAS REALIZADAS		%	CUSTOS	CUSTO UNIT.
00 a 18 anos	2051	4	0,20%	316,57	79,14	12	0,59%	587,79		48,98	
19 a 23 anos	693	21	3,03%	1.806,26	86,01	30	4,33%	1.476,09		49,20	
24 a 28 anos	997	10	1,00%	799,64	79,96	34	3,41%	1.657,35		48,75	
29 a 33 anos	951	20	2,10%	1.469,40	73,47	82	8,62%	4.003,83		48,83	
34 a 38 anos	859	126	14,67%	10.272,73	81,53	143	16,65%	6.975,98		48,78	
39 a 43 anos	723	169	23,37%	12.934,05	76,53	116	16,04%	5.672,97		48,90	
44 a 48 anos	798	333	41,73%	25.966,71	77,98	171	21,43%	8.366,89		48,93	
49 a 53 anos	753	337	44,75%	26.365,54	78,24	158	20,98%	7.696,88		48,71	
54 a 58 anos	592	308	52,03%	24.123,49	78,32	135	22,80%	6.563,31		48,62	
59 ou mais anos	1997	1096	54,88%	86.844,93	79,24	381	19,08%	18.542,49		48,67	

Fonte: ClikView - Sistema de Informação da Operadora de Saúde – 2015.

Analisando ano a ano do período estudado, a tabela 1 mostra que em 2011 o total de mulheres usuárias do plano de saúde foi de 10.414, e que desse total 3.342 (32%) mulheres encontravam-se na faixa etária de 49 anos ou mais e dessas, 1.741 (52%) realizaram

mamografia e 674 (20 %) foram submetidas a exame de ultrassonografia. Na faixa etária de 0 a 48 anos, o total foi de 7.063 mulheres, das quais 683 (9,7%) realizaram mamografia e 558 (8%) realizaram ultrassonografia.

**Tabela 2** - Distribuição por faixa etária do número de mulheres que realizaram mamografias e ultrassonografia de mama. Paranavaí – Paraná – Brasil - 2012.

FAIXA ETARIA	Nº de MULHERES	MAMOGRAFIAS REALIZADAS	%	CUSTOS	CUSTO UNIT.		ULTRASS. MAMAS REALIZADAS		%	CUSTOS	CUSTO UNIT.
00 a 18 anos	2089	8	0,38%	793,76	99,22	10	0,48%	471,09		47,11	
19 a 23 anos	724	22	3,04%	2.095,29	95,24	45	6,22%	2.139,90		47,55	
24 a 28 anos	991	12	1,21%	1.146,69	95,56	56	5,65%	2.714,31		48,47	
29 a 33 anos	1198	19	1,59%	1.737,15	91,43	88	7,35%	4.346,71		49,39	
34 a 38 anos	995	114	11,46%	10.745,51	94,26	156	15,68%	7.515,35		48,18	
39 a 43 anos	801	174	21,72%	15.371,30	88,34	129	16,10%	6.152,35		47,69	
44 a 48 anos	812	339	41,75%	30.652,93	90,42	221	27,22%	10.245,00		46,36	
49 a 53 anos	794	330	41,56%	29.877,11	90,54	210	26,45%	9.710,98		46,24	
54 a 58 anos	620	267	43,06%	23.888,44	89,47	146	23,55%	7.051,09		48,30	
59 ou mais anos	2201	921	41,84%	85.405,51	92,73	419	19,04%	20.109,22		47,99	

Fonte: ClikView - Sistema de Informação da Operadora de Saúde – 2015.

No ano de 2012 (tabela 2), das 11.225 mulheres cadastradas no plano de saúde, 3.615 (32%) se encontravam na faixa etária de 49

anos ou mais e dessas, 1.518 (42%) realizaram mamografia e 778 (21%) mulheres foram submetidas à ultrassonografia.

**Tabela 3** - Distribuição por faixa etária do número de mulheres que realizaram mamografias e ultrassonografia de mama. Paranavaí – Paraná – Brasil - 2013.

FAIXA ETARIA	Nº de MULHERES	MAMOGRAFIAS REALIZADAS	%	CUSTOS	CUSTO UNIT.	ULT. DE MAMAS REALIZADAS			
							%	CUSTOS	CUSTO UNIT.
00 a 18 anos	1899	4	0,21%	282,56	70,64	45	2,37%	2.081,69	46,26
19 a 23 anos	831	16	1,93%	1.138,57	71,16	97	11,67%	3.851,71	39,71
24 a 28 anos	1116	18	1,61%	1.532,92	85,16	158	14,16%	6.485,55	41,05
29 a 33 anos	1253	53	4,23%	4.087,18	77,12	243	19,39%	9.770,99	40,21
34 a 38 anos	1022	162	15,85%	11.823,18	72,98	332	32,49%	13.558,05	40,84
39 a 43 anos	840	396	47,14%	28.602,45	72,23	321	38,21%	12.591,56	39,23
44 a 48 anos	850	515	60,59%	38.998,12	75,72	375	44,12%	15.014,69	40,04
49 a 53 anos	859	493	57,39%	39.022,59	79,15	363	42,26%	14.747,95	40,63
54 a 58 anos	635	453	71,34%	34.431,36	76,01	301	47,40%	12.163,34	40,41
59 ou mais anos	2314	1078	46,59%	84.608,09	78,49	616	26,62%	25.409,27	41,25

Fonte: ClikView - Sistema de Informação da Operadora de Saúde – 2015.

A tabela 3 destaca que em 2013 do total de 11.907 mulheres, 3.825 (32%) encontravam-se com 49 anos ou mais, dessas 1.738 (45%)

realizaram exames de mamografia e 1.042 (27%) realizaram exame de ultrassonografia.

**Tabela 4** - Distribuição por faixa etária do número de mulheres que realizaram mamografias e ultrassonografia de mama. Paranavaí – Paraná – Brasil - 2014.

FAIXA ETARIA	Nº de MULHERES	MAMOGRAFIAS REALIZADAS	%	CUSTOS	CUSTO UNIT.	ULT. DE MAMAS REALIZADAS			
							%	CUSTOS	CUSTO UNIT.
00 a 18 anos	1899	4	0,21%	282,56	70,64	45	2,37%	2.081,69	46,26
19 a 23 anos	831	16	1,93%	1.138,57	71,16	97	11,67%	3.851,71	39,71
24 a 28 anos	1116	18	1,61%	1.532,92	85,16	158	14,16%	6.485,55	41,05
29 a 33 anos	1253	53	4,23%	4.087,18	77,12	243	19,39%	9.770,99	40,21
34 a 38 anos	1022	162	15,85%	11.823,18	72,98	332	32,49%	13.558,05	40,84
39 a 43 anos	840	396	47,14%	28.602,45	72,23	321	38,21%	12.591,56	39,23
44 a 48 anos	850	515	60,59%	38.998,12	75,72	375	44,12%	15.014,69	40,04
49 a 53 anos	859	493	57,39%	39.022,59	79,15	363	42,26%	14.747,95	40,63
54 a 58 anos	635	453	71,34%	34.431,36	76,01	301	47,40%	12.163,34	40,41
59 ou mais anos	2314	1078	46,59%	84.608,09	78,49	616	26,62%	25.409,27	41,25

Fonte: ClikView - Sistema de Informação da Operadora de Saúde – 2015

Ainda relacionado à faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde, para a realização dos exames de detecção precoce do câncer de mama, a tabela 4 mostra que, em 2014 das 11.617 mulheres cadastradas na operadora de saúde 3.808 (33%) encontravam-se com 49 anos ou mais, e que desse total 2.024 (53%) realizaram exames de mamografia e 1.280 (34%) mulheres se submeteram ao exame de ultrassonografia. Já

das 7.809 (67%) mulheres da faixa etária entre 0 a 48 anos, 1.164 (15%) passaram por exames de mamografia e 1.571 (20%) mulheres se submeteram a exames de ultrassonografia.

Em relação ao custo dos exames de mamografia e ultrassonografia, as Tabelas 5 e 6 apresentam o número total de mamografias e ultrassonografias realizadas no período de 2011 a 2014, e o custo médios desse exame.

**Tabela 5** -Total de mamografias realizadas pela operadora privada de saúde e custo médio, no município do Estado do Paraná, no período entre 2011-2014

ANO	Nº de MULHERES	MAMOGRAFIAS REALIZADAS	% MAMOGRAFIAS	CUSTO MÉDIO EXAMES	CUSTO TOTAL
2011	10414	2424	23,28%	R\$ 78,75	R\$ 190.899,32
2012	11225	2206	19,65%	R\$ 91,44	R\$ 201.713,69
2013	11907	2776	23,31%	R\$ 84,28	R\$ 233.961,17
2014	11619	3188	27,44%	R\$ 76,70	R\$ 244.527,02
<b>Total</b>	<b>21641</b>	<b>6193</b>	<b>28,62%</b>	<b>R\$ 140,66</b>	<b>R\$ 871.101,20</b>

Fonte: ClikView - Sistema de Informação da Operadora de Saúde – 2015

Quanto ao custo do exame de mamografia realizado pela operadora de saúde pesquisada, tem-se que o valor unitário foi de R\$79,00 (Tabela 5) e o custo da ultrassonografia de mama foi de R\$47,00 (Tabela 6). Comparando esses

valores com o valor gasto pelo Sistema Único de Saúde (SUS), observa-se uma diferença significativa, pois o custo unitário do exame de mamografia para o SUS é de R\$22,50, e o de ultrassonografia R\$12,10<sup>(9)</sup>.

**Tabela 6** - Total de ultrassonografias de mama realizadas pela operadora privada de saúde e custo médio, no município do Estado do Paraná, no período entre 2011-2014

ANO	Nº de MULHERES	ULT. DE MAMAS REALIZADAS	% ULT. DE MAMAS	CUSTO MÉDIO EXAMES	CUSTO TOTAL
2011	10414	1262	12,12%	R\$ 48,77	R\$ 61.543,58
2012	11225	1480	13,18%	R\$ 47,61	R\$ 70.456,00
2013	11907	2194	18,43%	R\$ 44,57	R\$ 97.793,99
2014	11619	2851	24,54%	R\$ 40,57	R\$ 115.674,80
<b>Total</b>	<b>21641</b>	<b>3841</b>	<b>17,75%</b>	<b>R\$ 89,94</b>	<b>R\$ 345.468,37</b>

**Fonte:** ClikView - Sistema de Informação da Operadora de Saúde – 2015.

## DISCUSSÃO

De acordo com o postulado pelo Ministério da Saúde<sup>(3)</sup>, em decorrência do alto percentual de casos de câncer de mama, mulheres a partir dos 40 anos ou a partir dos 35 anos, em caso de história de câncer familiar, precisam se submeter a exames preventivos por meio de mamografias ou ultrassonografias mamárias, num período que não exceda dois anos de intervalo.

Observa-se que neste estudo a operadora de saúde realizou exames de mamografia e ultrassonografia em mulheres de todas as faixas etárias. Esse fato tem amparo em outra orientação do Ministério da Saúde, que esclarece que a mamografia unilateral tem a finalidade de diagnóstico, avaliação do estágio do tumor e acompanhamento de doente operado de câncer de mama, que pode ser indicado para a mulher, em qualquer faixa etária, em uma ou nas duas mamas ao mesmo tempo, desde que a paciente apresente sintomas ou histórico de câncer na família, conforme solicitação médica<sup>(3)</sup>.

No que se refere à faixa etária, estudos científicos comprovam a maior eficácia do exame de rastreamento (mamografia bilateral), feito a cada dois anos para as mulheres com 50 a 69 anos de idade, que não apresentem sintomas ou histórico familiar de câncer na família<sup>(10,11)</sup>.

Destarte, a mamografia seja o exame de preferência pelos médicos associados à operadora

de saúde para a detecção do câncer de mama, para mulheres acima de 49 ou mais, mas para as demais faixas etárias a ultrassonografia foi o exame de maior indicação. O estudo afirma que a ultrassonografia conseguiu aumentar a detecção de câncer em 41,3% nas mulheres com menos de 50 anos, comparado a um aumento de apenas 13,5% entre as mulheres com 50 anos ou mais<sup>(12)</sup>.

Estudos demonstram que a mulher tem chegado para o primeiro exame mamográfico com idade média de 49 anos, e relata ainda que verificando a relação entre a faixa etária e a realização de mamografia, percebe-se que houve uma diferença extremamente significativa ( $p < 0,001$ ). A faixa etária entre 50 e 59 anos foi a de maior prevalência de realização da mamografia<sup>(13)</sup>.

A junção dos exames de mamografia e ultrassonografia na detecção do câncer de mama deve-se ao fato de que a ultrassonografia não é utilizada como método de rastreamento dessa doença, como a mamografia, porque não tem capacidade para detectar microcalcificações que, muitas vezes, representam a única forma de expressão do câncer de mama. Na prática clínica, o desempenho da ultrassonografia é limitado pelo tamanho da mama, profundidade das lesões e heterogeneidade do parênquima mamário. Outra limitação desse exame é a identificação de tumores menores que 1 cm, localizados profundamente em mamas volumosas e com

grande quantidade de tecido adiposo, uma vez que pequenos tumores e lojas de gordura geram imagens semelhantes<sup>(14,15)</sup>.

Dessa forma, no período compreendido entre 2011 a 2014, foram realizados por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), 28.491 exames de ultrassonografia e 3077 de mamografia, perfazendo um total de 31.568 exames para o rastreamento do câncer de mama<sup>(3)</sup>. Nessa pesquisa, verificou-se que a operadora privada de saúde, que tem como usuárias 21.641 mulheres (Tabelas 5 e 6), realizou um total de 10.034 exames entre mamografia e ultrassonografia no período de 2011 a 2014, sendo uma média de 1.100 mulheres atendidas para esses procedimentos por ano.

Quanto ao custo do exame de mamografia realizado pela operadora de saúde pesquisada, tem-se que o valor unitário foi de R\$79,00 e o custo da ultrassonografia de mama foi de R\$47,00 (Tabelas 5 e 6). Comparando esses valores com o valor gasto pelo Sistema Único de Saúde (SUS), observa-se uma diferença significativa, pois o custo unitário do exame de mamografia para o SUS é de R\$22,50, e o de ultrassonografia é de R\$12,10<sup>(3)</sup>.

A Tabela 5 também demonstra um aumento no número de exames de mamografias realizados nos anos pesquisados, em 2011 foram 23,28% das mulheres atendidas pelo plano de saúde e em 2014 foram 27,44%. Ao se avaliar a quantidade de exames realizados no SUS, junto aos dados do DATASUS<sup>(3)</sup>, observa-se uma redução no número de mamografias realizadas nos últimos três anos. No ano de 2011, registrou-se cerca de 1.319 mamografias unilaterais, em 2012 este número baixou para 759 mamografias, enquanto que em 2013 e 2014 foram realizadas, respectivamente, 600 e 399 mamografias<sup>(16,3)</sup>.

No que se refere ao exame de ultrassonografia, em 2011 foram realizados em 12,12% das mulheres atendidas pelo plano de saúde, com um aumento para 24,54% em 2014. Dessa forma, pode-se inferir que a ultrassonografia, como o principal método adjunto na detecção e no diagnóstico das doenças mamárias, associadas à mamografia e

ao exame físico<sup>(11)</sup>, está sendo explorado pelos médicos da operadora de saúde.

Sobre os custos da ultrassonografia, observa-se que na Tabela 6, em 2011, a soma dos custos totalizados do exame de ultrassonografia foi de R\$61.543,58. No ano de 2011, cada exame desse tipo gerou um custo médio de R\$48,77 para a operadora. Percebe-se que no ano de 2012 houve uma redução dos custos médios (R\$47,61) para o exame de ultrassonografia, se comparados a 2011. Apesar da redução nos custos médios, observou-se uma elevação das despesas totais, que eram de R\$61.543,58 em 2011, e aumentaram para R\$70.456,00 em 2012.

Em 2013, houve um aumento de 5,25 pontos percentuais para mulheres que realizaram ultrassonografia de mama. Contudo, ocorreu uma perceptível diminuição em relação aos custos, devido a uma maior procura pelo exame de ultrassonografia de mama, enquanto os custos das despesas totais apresentaram aumento de R\$97.793,99. O custo médio neste ano foi de R\$44,57. Um estudo que analisou o custo benefício da ultrassonografia em comparação à mamografia, identificou que os resultados com a ultrassonografia na detecção precoce justificam o custo maior com esse exame<sup>(17)</sup>.

A mesma incidência pôde ser observada no ano de 2014, no qual se tem um aumento de 6,79 pontos percentuais nesta variável, para mulheres que realizaram ultrassonografia de mama. Também incidindo sobre os custos médios uma diminuição, gerada pela maior procura da ultrassonografia de mama, além de que os custos das despesas totais apresentaram aumento, alcançando a soma de R\$115.674,80. O custo médio neste ano foi de R\$40,57.

Portanto, se observados os números disponibilizados pelo Ministério da Saúde<sup>(3)</sup>, de que R\$3.500.000,00 foram gastos pelo SUS, por ano, com a realização de mamografias, e verificar que o total alcançado pela operadora privada de saúde nos quatro anos analisados chegou a R\$871.101,20, com o mesmo tipo de procedimento, para um número bem menor

de mulheres atendidas, verifica-se que apesar de serem valores bem diferentes, há tanto investimento público quanto privado, na busca para a prevenção, diagnóstico e tratamento para o câncer de mama.

Em relação ao número de ultrassonografia de mama, conforme o DATASUS<sup>(3)</sup>, foram realizados 7.500 exames em 2011; já em 2012 o total foi de 8.066 exames; no ano de 2013 os dados apontaram para a realização de 7.935 ultrassonografias; e em 2014, pouco mais de 4.990 mulheres tiveram suas mamas analisadas por tal procedimento.

## CONCLUSÃO

Conclui-se, com este estudo, que o plano de saúde realiza os exames de mamografia e ultrassonografia em mulheres de todas as faixas etárias, e que os custos empregados no ano de 2014 foram maior em 78% do que os gastos de 2011, e para o exame de ultrassonografia o custo em 2014 foi de 53,2% maior do que em 2011.

Destaca-se que o aumento de mulheres atendidas pelo plano de saúde neste mesmo período foi pequeno, se comparado ao aumento dos custos dos exames, o que demonstra que houve um maior número de exames prescritos por mulher. Isso sugere pesquisas mais aprofundadas, analisando se os exames de mamografia e ultrassonografia estão sendo prescritos de forma coerente e necessária, e o quanto estão auxiliando na prevenção do câncer de mama.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA): ABC Do Câncer – Abordagens Básicas para o Controle do Câncer. Rio de Janeiro (BrasiTHE IMPORTANCE OF RISKI): Ministério da Saúde, 2011.128 p.
2. Bloom DE, Chatterji S, Kowal P, Lloyd-Sherlock P, Mckee M, Rechel B, et al. Macroeconomic implications of population ageing and selected policy responses. *The Lancet*. 2015;9968(385):649-57.
3. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA): Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil/ Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro (Brasil): Ministério da Saúde, 2014. 168p.
4. Martins E, Freitas-Junior R, Curado MP, Freitas NMA, Oliveira JC, Bandeira E Silva CM. Evolução temporal dos estádios do câncer de mama ao diagnóstico em um registro de base populacional no Brasil Central. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2009;31(5):219-23.
5. Meropol N J, Schrag D, Smith TJ, Mulvey TM, Langdon JRM, Blum D, et al. American Society of Clinical Oncology guidance statement: the cost of cancer care. *J Clin Oncol*. 2009;27(23):3868-74.
6. SILVA GA. Câncer de mama no Brasil: estratégias para seu enfrentamento. *Cad. Saúde Pública*. 2012;28 (1):04-06.
7. World Cancer Research Fund/American Institute For Cancer Research. Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective [Internet]. Washington DC: American Institute for Cancer Research; 2007 [acessoem: 10 out 2015]. Disponível em: <https://www.dkfz.de/en/tox/download/gerh/pdf-files/second-report-english-summary.pdf>.
8. Ministério da Saúde(BR) Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.
9. Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil/ Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – Rio de Janeiro: INCA, 2015.168 p.
10. Melo W, Souza L, Zurita R, Carvalho M. Fatores Associados na Mortalidade por Câncer de Mama no Noroeste Paranaense. *Rev. Eletr.*

Gestão & Saúde Edição Especial. [Internet]. 2013 [acesso em: 10 fev 2015]; 1(1):287-94. Disponível em: <http://www.gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/437>

web2016/07literature/literature/OBGYN/US-Breast\_Sprague.pdf.

11. Kaliks RA, Pontes LDB, Bognar CLFB, Santos KCC, Bromberg SE, Amaral PGTD, *et al.* Pacientes com câncer de mama oriundas do Sistema Único de Saúde tratadas no setor privado: custos de um piloto de parceria público-privada em oncologia. *Einstein*. 2013;11(2):216-23.
12. Corsetti V, Houssami N, Ferrari A, Ghirardi M, Bellarosa S, Angelini O, *et al.* Breast screening with ultrasound in women with mammography-negative dense breasts: evidence on incremental cancer detection and false positives, and associated cost. *Eur J Cancer*. 2008;44(4):539-44.
13. Leite FMC, Amorim MHC, Marques GMT, Vilela APM. A estratégia de saúde da família e o rastreamento do câncer de Mama. *Revista Espaço para a Saúde*. 2011;12(2):1-9.
14. Vasconcelos RG, Uemura G, Schirmbeck T, Vieira KM. Ultrassonografia mamária – Aspectos contemporâneos. *Com. Ciências Saúde*. 2011;22(22 Suppl 1):S129-S140.
15. Sorelli PG, Cosgrove DO, Svensson WE, Zaman N, Satchithananda K, Barrett NK, *et al.* Can contrast-enhanced sonography distinguish benign from malignant breast masses? *J Clin Ultrasound*. 2010;38(4):177-81.
16. Jácome EM, Silva RM, Gonçalves MLC, Collares CPM, Barbosa IL. Detecção do Câncer de Mama: Conhecimento, Atitude e Prática dos Médicos e Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de Mossoró, RN, Brasil. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2011; 57(2): 189-198.
17. Brian LS, Natasha KS, Clyde SMA, Nicolien TR, Mucahit C, Oguzhan A, *et al.* Benefits, Harms, and Cost-Effectiveness of Supplemental Ultrasonography Screening for Women With Dense Breasts. In: *Annals of Internal Medicine* Ann, 2015, Philadelphia, Estados Unidos [Internet]. 2015 [acesso em: 20 jun 2014]. Disponível em: <http://mfprac.com/>

# A IMPORTÂNCIA DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO ATENDIMENTO EMERGENCIAL

## THE IMPORTANCE OF RISK CLASSIFICATION IN EMERGENCY CARE

*Lais Soares da Silva<sup>1</sup>  
Leonardo Corrêa Costa<sup>2</sup>*

### RESUMO

Este estudo tem como objetivo geral revisar periódicos publicados entre os anos de 2011 a 2015, que tratam sobre a importância da classificação de risco no atendimento emergencial; e os objetivos específicos são analisar e descrever a importância da classificação de risco no atendimento emergencial, bem como relatar sobre tal classificação de risco no atendimento emergencial. Trata-se de um estudo bibliográfico, qualitativo e de caráter exploratório. Na apresentação da discussão foi evidenciado que o processo de Acolhimento com avaliação e classificação de risco (ACCR) é fundamental na redução de riscos da saúde das pessoas atendidas nas unidades de serviço de emergência, pois se encarrega de uma assistência mais resolutiva e humanizada. Demonstra-se a necessidade de realização de novos estudos de revisão bibliográfica, contribuindo assim para o enriquecimento e a qualidade da assistência de Enfermagem no setor de emergência. Há uma grande carência de trabalhos realizados por profissionais de Enfermagem relacionados a poucas pesquisas.

**Palavras-chave:** Triage. Emergência. Enfermagem.

### ABSTRACT

This paper has as general objective to review journals published between the years 2011 and 2015 that deal with the importance of risk rating in emergency care; and as specific objectives to analyze and describe the importance of risk rating in emergency care, as well as report the risk rating in emergency care. This is a bibliographical study, qualitative, with exploratory character. At the presentation of the discussion was evidenced that the Acceptance with evaluation and classification risk (ACCR) process is critical in reducing the health risks of people seen in the emergency service units, it is responsible for a more resolute and humanized care. It proves the need for realizing new studies of bibliographical review, thus contributing to the enrichment and quality of nursing care in the emergency unit. There is a great lack of work performed by nursing professionals related to few researches.

**Keywords:** Screening. Emergency. Nursing.

### INTRODUÇÃO

Entre as décadas de 1950 e 1980, a humanização era enfocada de modo circunscrito às relações interpessoais, estabelecidas com a pessoa adoecida, bem como às questões administrativas de dada instituição predominantemente hospitalar, mostrando-se desarticulada das dimensões político-sociais do sistema de saúde. Até a década de 1980, o modelo de assistência à saúde era centrado no atendimento curativo e individual, tendo o hospital como principal espaço para as ações de saúde. Além disso, não se constituía

<sup>1</sup> Enfermeira e pós-graduada em urgência e emergência do curso de Enfermagem pela Faculdade Anísio Teixeira, laissoares\_silva@hotmail.com

<sup>2</sup> Pesquisador e Orientador, Palestrante e Mentor, Enfermeiro e Teólogo. Docente da Faculdade Nobre e UNIFACS. Mestrando em Ciências da Educação - ULHT. Esp. em Educação, Desenvolvimento e Políticas Educativas - FNSL. Esp. em Educação Profissional na Área de Saúde - Fiocruz. Esp. em Saúde Coletiva: Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde – ISC/UFBA. Email: leopesquisador@gmail.com

como direito de todos. A partir do movimento da reforma sanitária, nos anos 1980, começa a se delinear um novo projeto de saúde, que passa a valorizá-la como direito de todo cidadão a ser garantido pelo Estado<sup>(1)</sup>.

O termo humanização surge para melhorar o atendimento na área da saúde. Esse termo ganha maior visibilidade no ano 2000, com o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). No entanto, em 2004, o PNHAH é substituído e surge como proposta de gestão o Programa Nacional de Humanização (PNH), que tem por objetivo discutir o acolhimento como ferramenta para humanização dos serviços. A partir de então, as discussões sobre as políticas de humanização têm o intuito de resgatar e fortalecer os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), garantidos pela constituição federal de 1988<sup>(2)</sup>.

Para organizar o atendimento nos Serviços de Emergência (SE) e dar o destino correto aos usuários, além de atendê-los conforme a resolução do SUS, foi criado o Acolhimento com Classificação de Risco (ACR). O ACR visa diminuir as chances de insatisfação por parte de pessoas adoecidas e profissionais, pois agiliza o serviço, reconhece as prioridades e proporciona os devidos encaminhamentos para a continuidade do tratamento<sup>(3)</sup>.

A classificação é feita conforme a necessidade específica. É um processo de identificação de pessoas que necessitam de atendimento imediato, de acordo com o risco e grau de sofrimento. A cor vermelha indica emergência, a cor amarela urgência, a cor verde prioridade não urgente e a cor azul indica consulta de prioridade não urgente. A implantação do acolhimento com classificação de risco é um avanço para o reconhecimento da saúde como direito, para que o atendimento seja mais resolutivo, ético, integral e humanizado<sup>(4)</sup>.

A emergência representa uma situação ameaçadora e brusca, que requer medidas imediatas de correção e defesa, pois os usuários apresentam

uma variedade de problemas atuais ou potenciais, que pode alterar seu estado repentinamente. O cuidado à pessoa adoecida e família devem ser estabelecidos a partir da comunicação, da observação, do conhecimento científico, bem como da sensibilidade e capacidade de liderança do enfermeiro em discernir as diferentes situações, que requerem ação imediata e maior atenção em unidade de urgência e emergência<sup>(5)</sup>.

A partir deste contexto, questiona-se: qual a importância da classificação de risco no atendimento emergencial?

O interesse pela temática provém do propósito de ampliar a discussão sobre a classificação de risco no atendimento emergencial, com a importância e a necessidade de discorrer acerca das atribuições da equipe diante de pessoas em situações críticas. Somando a isso, a afinidade pelo tema teve início a partir do breve conhecimento obtido durante o estágio extracurricular no hospital Antônio Teixeira Sobrinho em Jacobina-BA, no setor de emergência. Sendo assim, a contribuição em dissertar sobre o assunto tem o objetivo de mostrar a organização dos serviços hospitalares no processo de atendimento, através do acolhimento com classificação de risco.

Este estudo tem como objetivo geral revisar periódicos publicados entre os anos de 2011 e 2015, que tratam sobre a importância da classificação de risco no atendimento emergencial; e os objetivos específicos são analisar e descrever a importância da classificação de risco no atendimento emergencial, bem como relatar sobre tal classificação de risco no atendimento emergencial.

## MÉTODOS

A amostra foi composta por dez artigos científicos, publicados entre 2011 e 2015. Os artigos foram buscados por meio da internet, nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) (1 artigo), SciELO (1 artigo) e Google Acadêmico (8 artigos), com documentos publicados em português que abordem o tema,

utilizando as seguintes palavras-chave para a coleta dos artigos: Triagem, Emergência e Enfermagem.

Para a realização da análise de dados foram confeccionados dois quadros: o quadro 1 apresenta a análise geral dos artigos, que tem como informações a ordenação do artigo (para identificação no quadro 2), autoria e título do artigo, fonte e ano da publicação, resumo, objetivo, metodologia e resultado; e o quadro 2, que são as variáveis concebidas pelos objetivos da pesquisa, aplicando a importância da classificação de risco no atendimento emergencial e a classificação de risco no atendimento emergencial. Porém, o quadro 2 foi utilizado apenas para análise e discussão dos resultados e não entrou no corpo do trabalho.

Utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo, proposta por Bardin (2011), que se divide em diferentes fases da análise e organiza-se em torno de três polos: a primeira fase é a pré-análise, na qual foram lidos e escolhidos os artigos selecionados de acordo com as palavras-chave definidas; a segunda fase é a exploração do material, codificação dos dados, processo pelo qual os dados são transformados sistematicamente e agregados em unidades; a terceira fase é o tratamento dos resultados, que se refere à interpretação dos dados encontrados nos artigos, recorrendo ao referencial teórico anteriormente estudado.

Para análise de conteúdo, nessa pesquisa, classificamos os resultados em duas categorias descritas na sessão resultados e discussão, sendo elas:

- Categoria 1 – Importância da classificação de risco no atendimento emergencial;

- Categoria 2 – Classificação de risco no atendimento emergencial.

A categoria 1 traz que o ACCR é fundamental na redução de riscos à saúde das pessoas atendidas nas unidades de serviço de emergência, pois encarrega-se de uma assistência mais resolutiva e humanizada.

A categoria 2 traz que o acolhimento é classificado por cores, com determinação do tempo de espera de acordo com a verificação dos sinais vitais, nível de sofrimento e vulnerabilidade de risco do usuário.

Diante do explorado, pode-se observar que o estudo da análise de conteúdo tem como objetivo avaliar os aspectos apontados neste estudo, seguindo a orientação da análise escolhida, com a intenção de despertar no pesquisador as limitações que a própria técnica pode apresentar, fazendo uma avaliação sucinta do tema proposto.

A pesquisa foi elaborada com base em artigos científicos, respeitando os critérios estabelecidos, baseado na Lei nº 9610 de 19 de fevereiro de 1998, que regula os direitos autorais na Lei de Direitos Autorais – Lei 9610/98.

### Quadro de análise geral

Neste quadro serão abordados os artigos selecionados, destacando os autores, título, fonte e ano de publicação, um breve resumo do conteúdo, os objetivos, a metodologia utilizada e os resultados encontrados pelos autores.

**Quadro 1** - Características dos artigos selecionados

Artigo	Artigos analisados	Fonte/Ano	Resumo	Objetivo	Metodologia	Resultado
1	Lícia Mara Brito Shiroma Denise Elvira Pires de Pires Classificação de risco em emergência-um desafio para as/os enfermeiras/os.	Enfermagem em foco, 2011.	Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR) significa reorganização do atendimento e possibilidade de proporcionar melhor humanização, acesso e resposta satisfatória ao usuário em estado grave.	Conhecer a visão das/os enfermeiras/os do serviço de EMG adulto de um hospital universitário acerca da implantação do AACR.	Pesquisa de campo descritiva e exploratória de abordagem qualitativa.	Como resultado obtido, observou-se que na voz das/os enfermeiras/os, AACR significa reorganização do atendimento e possibilidade de proporcionar melhor humanização, acesso e resposta satisfatória ao usuário em estado grave.

Artigo	Artigos analisados	Fonte/Ano	Resumo	Objetivo	Metodologia	Resultado
2	Daiane Dal Pai Liana Lautert Sofrimento no trabalho de enfermagem: Reflexos do “discurso vazio” no acolhimento com classificação de risco.	Esc Anna Nery, 2011.	As informações foram submetidas à análise de conteúdo e os dados revelaram as características do serviço e os sentimentos da equipe de enfermagem, que apontaram a presença do sofrimento no trabalho ao perceberem seu discurso como “vazio”, ou desprovido de sentido.	Conhecer suas vivências acerca desta tecnologia para o atendimento em emergência.	Pesquisa de campo com abordagem qualitativa e descritiva.	Os achados evidenciaram necessidade de atenção aos trabalhadores, afim de protegê-los do possível adoecimento e de sofrimento no trabalho e convocá-los a congestão desta tecnologia.
3	Gabriella Novelli Oliveira Michele de Freitas Neves Silva Izilda Esmenia Muglia Araújo Marco Antônio Carvalho Filho Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada.	Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2011.	O perfil da amostra foi, na maioria, composta por adulto jovem, idade produtiva, sexo feminino, demanda espontânea e no período diurno em dias úteis. Os atendimentos apontaram para queixas de baixa complexidade.	Identificar o perfil sociodemográfico e as principais queixas da população adulta, atendida na unidade de emergência referenciada (UER).	Pesquisa de campo descritivo e retrospectivo com abordagem quantitativa.	Os resultados mostraram que a procura espontânea foi feita por mulheres jovens (14 aos 54 anos), durante a semana e no horário das sete às 19 horas.
4	Mariana Angela Rossaneis Maria do Carmo Lourenço Haddad Fabiane Gorni Borsato Marli Oliveira Vannuchi Andreza Daher Delfino Sentone Caracterização do atendimento após implantação do acolhimento, avaliação e classificação de risco em hospital público.	Revista Eletrônica de Enfermagem, 2011.	O AACR agilizou o atendimento de pacientes que necessitaram de tratamento imediato, considerando o risco à saúde e o grau de sofrimento.	Descrever a implantação do (AACR) em um hospital público de média complexidade e caracterizar o atendimento após a implantação dessa estratégia.	Pesquisa de campo descritiva e exploratória.	Após a implantação do AACR, 36% dos usuários foram avaliados pelo enfermeiro e encaminhados a outros serviços, o que resultou em redução de 69% nos atendimentos médicos.
5	Kelly Karine Sales Zem Juliana Helena Montezeli Aida Maris Peres Acolhimento com classificação de risco: Concepção de enfermeiros de um pronto socorro.	Rev Rene, 2012.	Emergiram três categorias: a primeira descreve o entendimento dos enfermeiros do pronto-socorro acerca da humanização; na segunda, evidencia-se o entendimento desses enfermeiros acerca do acolhimento com classificação de risco; e na terceira são elencados os elementos essenciais à implantação do acolhimento com classificação de risco.	Identificar o entendimento de enfermeiros de um pronto socorro acerca da humanização e sua concepção sobre o acolhimento com classificação de risco.	Pesquisa de campo com abordagem qualitativa e descritiva.	Rever conceitos acerca da humanização e acolhimento requer, não apenas, tê-los na memória em termos técnicos, mas que o profissional agregue conhecimentos, correlacionando-os à sua prática profissional.

Artigo	Artigos analisados	Fonte/Ano	Resumo	Objetivo	Metodologia	Resultado
6	Daiani Atunes de Oliveira Jaciane Pinto Guimarães A importância do acolhimento com classificação de risco nos serviços de emergência.	Caderno saúde e desenvolvimento, 2013.	O trabalho visou identificar, por meio da produção científica, de que forma vem sucedendo a prática do acolhimento nos serviços de urgência e emergência.	Demonstrar a relevância do acolhimento com classificação de risco nos serviços de emergência, demonstrando que, por meio dessa prática, pode-se desenvolver um atendimento mais qualificado e humanizado.	Revisão bibliográfica de abordagem qualitativa, exploratória.	Verificam-se como aspectos significativos a atuação conferida a profissionais de saúde, com destaque ao enfermeiro; a organização dos serviços de emergência por grau de gravidade e não por ordem de chegada; e da valorização dos usuários, por meio da escuta qualificada, buscando classificar os atendimentos de forma mais humanizada.
7	Carmen Lúcia Mottin Duro Maria Alice Dias da Silva Lima Patrícia Fátima Levandovski Marcia Luciane da Silva Bohn Kelly Piacheski de Abreu Percepção de enfermeiros sobre a classificação de risco em unidades de pronto atendimento	Rev. Rene, 2014.	Foram descritas dificuldades, como instalações físicas inadequadas, superlotação, discordância na priorização dos casos, entre médicos e enfermeiros, e falta de articulação da rede de atenção às urgências com a atenção primária.	Avaliar a percepção de enfermeiros sobre a classificação de risco em unidades de pronto atendimento.	Pesquisa de campo, descritivo com abordagem qualitativa.	Os resultados indicam que a classificação de risco contribui para organização do fluxo de atendimento dos usuários, intervindo nos casos graves, evitando sequelas.
8	Marta Abreu dos Santos Acolhimento com classificação de risco: Um fio guia da administração em emergência.	Revista saúde e desenvolvimento, 2014.	Este artigo fortalece as informações a respeito do acolhimento com classificação de risco, bem como reafirmar o enfermeiro como agente atuante da administração da emergência, buscando oferecer uma assistência de excelência.	Discutir a classificação de risco como peça fundamental para o ordenamento do atendimento em emergência.	Revisão integrativa por meio de artigos científicos.	Esta pesquisa, teve como contribuição a melhoria da qualidade, desde a admissão do usuário nas unidades, até o encaminhamento responsável dos casos menos urgentes, garantindo um atendimento de acordo com a necessidade.
9	José Aparecido Bellucci Júnior Dagmar Willamowius Vituri Gelena Lucinéia Gomes da Silva Versa Priscila SatieFuruya RafhaelaCalinca Vidor Laura Misue Matsuda Acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência: Avaliação do processo de atendimento.	Revenferm UERJ, 2015.	Os serviços investigados necessitam de reorganização, no sentido de atender aos quesitos da diretriz acolhimento com classificação de risco e, com isso, melhorar os seus processos de atendimento.	Avaliar o processo de atendimento em serviços hospitalares de emergência, que tem implantada a diretriz acolhimento com classificação de risco.	Pesquisa de campo transversal de natureza quantitativa.	Entre os resultados, obteve-se que 75,5% dos trabalhadores avaliaram o processo de atendimento como precário; 11,8% como satisfatório; 9,5% como insuficiente e; 3,2% como ótimo.

Continuação - **Quadro 1** - Características dos artigos selecionados

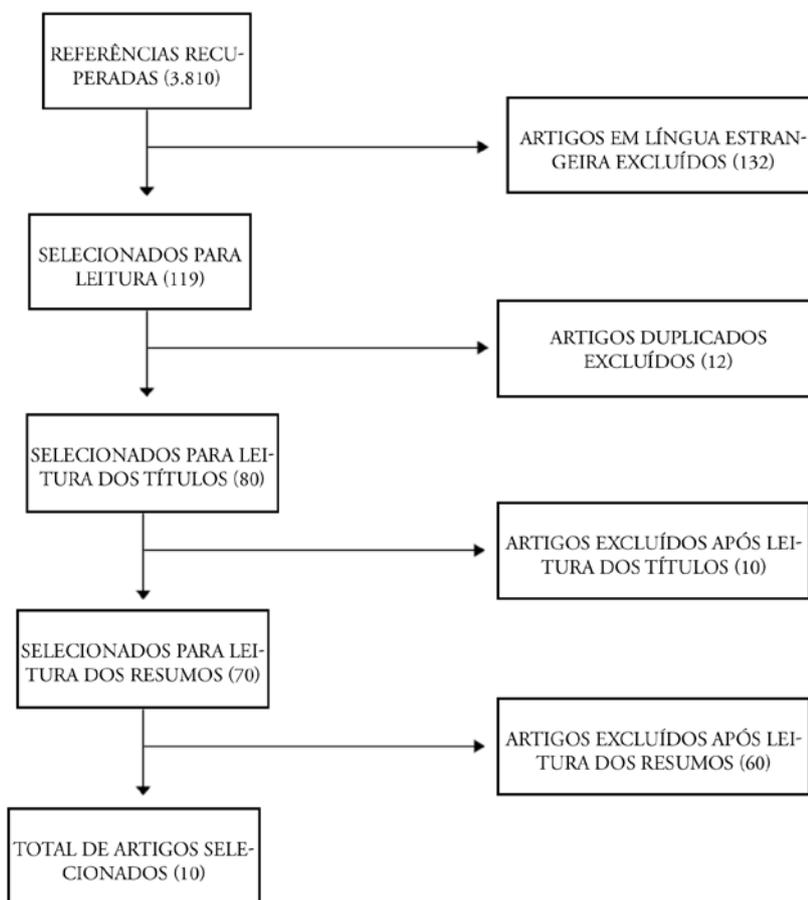
Artigo	Artigos analisados	Fonte/Ano	Resumo	Objetivo	Metodologia	Resultado
10	André Andrade Longaray Paulo Roberto da Silva Munhoz Katiúscia da Silva Bueno Tiago Machado Castelli Qualidade em saúde pública: Análise do acolhimento por classificação de risco em um hospital de ensino da rede federal de educação brasileira.	Revista eletrônica gestão e saúde, 2015.	O presente trabalho analisa as contribuições proporcionadas com a adoção do sistema de acolhimento por classificação de risco, no serviço de pronto-atendimento de um hospital de ensino da rede federal de educação brasileira, buscando compreender suas rotinas e indicar melhorias junto ao sistema.	Verificar as contribuições proporcionadas com a adoção do sistema de acolhimento e classificação de risco em um serviço de pronto-atendimento.	Pesquisa de campo com abordagem descritiva.	Foi possível constatar que a implementação do sistema de acolhimento com classificação de risco melhorou o atendimento, reduzindo as filas de espera e proporcionando aos usuários o atendimento de acordo com a avaliação de gravidade.

Fonte: Pesquisa Bibliográfica, 2016.

## RESULTADOS

Apresentamos o fluxograma do processo de seleção dos artigos pesquisados.

**Figura 1**- Fluxograma do processo de seleção dos artigos pesquisados. O número de artigos em cada etapa está indicado entre parênteses.



Fonte: os autores.

## DISCUSSÃO

Nesta apresentação da discussão dos dados sobre o presente estudo, foi constituída uma abordagem objetiva e geral. De acordo com os artigos selecionados, o tipo de estudo que predominou foi o de campo com abordagem qualitativa e descritiva, o que contribuiu para a melhor obtenção da discussão do tema proposto.

De acordo com alguns artigos analisados, foi observado que o processo de ACCR é fundamental na redução de riscos à saúde das pessoas atendidas nas unidades de serviço de emergência, pois se encarrega de uma assistência mais resolutiva e humanizada. O ACCR utiliza a avaliação clínica para estratificar o atendimento, a partir dos casos mais graves, após classificação de risco o usuário ainda aguarda pelo atendimento médico em local específico e é reavaliado periodicamente pelo enfermeiro.

Estudos feitos por dois artigos revelam que o protocolo de classificação de risco, sugerido pelo Ministério da Saúde, auxilia na melhor avaliação e classificação do usuário, e visa contribuir para ordem do atendimento. As pessoas são orientadas de acordo com os parâmetros clínicos de gravidade, que permite identificar as situações que não podem aguardar o atendimento, devido ao risco de morte.

Nota-se que o ACCR melhora e consolida os princípios estabelecidos pelo SUS, funcionando como um instrumento de humanização da saúde através do trabalho coletivo, cooperativo e multidisciplinar. É uma ferramenta necessária para organizar o fluxo de atendimento, auxiliar na padronização de condutas, melhorar a qualidade do atendimento em SHE, atuando como um recurso na modificação do processo de atenção às pessoas adoecidas, com postura ética e respeitando as diferenças dos sujeitos.

Segundo Pai e Lautert (2011), a classificação de risco no atendimento emergencial trata-se de uma tecnologia que procura garantir o atendimento imediato de quem enfrenta risco a vida, além de prever e informar o tempo de espera para

os indivíduos que não apresentam esse risco. O risco é potencializado pela conduta do profissional que encaminha o usuário a outro serviço, sem comprometimento com os possíveis danos à saúde no decorrer da busca de atenção.

Em diálogo, Oliveira et al (2011) e Longaray et al (2015), relatam que o atendimento inicial é realizado pelo enfermeiro. É feita aferição dos sinais vitais, verificação da queixa principal, avaliação dos fatores de risco, breve exame físico direcionado, avaliação do potencial de risco de morte ou complicação da pessoa no estado atual. São classificados por cores, sendo elas: vermelho, amarelo, verde e azul. A cor vermelha indica prioridade zero, emergência com atendimento imediato e tempo de espera zero minuto; amarelo prioridade I, urgência- prioridade sobre “verde”, até 60 minutos; verde prioridade II, sem risco de morte imediato- após “vermelho” e “amarelo”, até 120 minutos; azul prioridade III, quadro crônico sem sofrimento agudo ou caso social- encaminhamento para Unidade Básica de Saúde (UBS).

Para Zem, Montezeli e Peres (2012); Duro et al (2014); Santos (2014), o acolhimento requer um aperfeiçoamento do trabalho em equipe, com capacitação dos sujeitos envolvidos na produção da saúde, uma vez que uma equipe treinada garante atendimento adequado, através de processo educativo, conhecimento científico, competências gerenciais e autonomia do enfermeiro. Uma estrutura física inadequada compromete a privacidade dos usuários que expõe suas queixas, desse modo, é relevante um ambiente apropriado para realização da classificação de risco.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os objetivos do trabalho foram alcançados, porém, há a necessidade de maior exploração do tema, devido à importância dos profissionais de Enfermagem e da equipe multiprofissional na relação com os pacientes submetidos ao atendimento emergencial, de forma resolutiva e humanizada, além das dificuldades em encontrar, na literatura, material sobre o tema apresentado.

Os autores mantêm uma mesma linha de pensamentos sobre a temática, com relevância de subsidiar as ações da equipe profissional.

Demonstra-se a necessidade de realização de novos estudos de revisão bibliográfica, contribuindo assim, para o enriquecimento e a qualidade da assistência de Enfermagem no setor de emergência. Há uma grande carência de trabalhos realizados por profissionais de Enfermagem, relacionados a poucas pesquisas.

O acolhimento com classificação de risco é fundamental para organizar o serviço e dar destino correto aos usuários no setor de emergência, pois agiliza o serviço, reconhece prioridades e proporciona os devidos encaminhamentos para a continuidade do tratamento, conforme a necessidade específica.

A classificação de risco é um processo de identificação de pessoas que necessitam de atendimento imediato, de acordo com o risco e grau de sofrimento. O risco é classificado pela cor vermelha, amarela, verde e azul. É uma ferramenta necessária para auxiliar na padronização de condutas e melhorar a qualidade do atendimento em SHE, atuando como um dos instrumentos na modificação do processo de atenção às pessoas adoecidas, com postura ética e respeitando as diferenças dos sujeitos.

## REFERÊNCIAS

1. Casate JC, Corrêa AK. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2005; 13(1):105-11. Acesso em: 16/08/2016. Disponível em: <file:///C:/Users/Lais/Downloads/2001-2942-1-PB.pdf>.
2. Cavalcante RB, Rates HF, Silva LTC, Mello RV, Dayrrel KMB. Acolhimento com classificação de risco: proposta de humanização nos serviços de urgência. *R. Enferm. Cent. O. Min.* 2012; 2(3):428-437. Acesso em: 16/08/2016. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewArticle/288>>.
3. Nascimento ERP, Hilsendeger BR, Neth C, Belaver GM, Bertoncillo KCG. Classificação de risco na emergência: avaliação da equipe de enfermagem. *Rev. Enferm. UERJ*. 2011; 19(1):84-8. Acesso em: 16/08/2016. <Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a14.pdf>>.
4. Goulart CB, Haddad MCL, Vannuchi MTO, Rossaneis MA. Acolhimento como estratégia para alcançar a integralidade da assistência em hospital de média complexidade. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, Londrina. 2013; v. 34, n. 1, p. 91-96. Acesso em: 16/08/2016. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/13002/13739>>.
5. Sobral PHAF, Silva AMP, Santos VEP, Santos RAA, Santos, ALS. Atuação de Enfermagem em Serviços de Emergência: Revisão sistemática. *J. res.:fundam. care*. 2013. 5(4):396-07. Acesso em: 16/08/2016. Disponível em: <<http://pesquisa.bvs.br/brasil/?lang=pt&q=au:%22Sobral,%20Priscylla%20Helena%20Alencar%20Falc%C3%A3o%22>>.
6. BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.
7. Lei 9610/98 | Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998 (BR) [Internet]. Aprova lei dos direitos autorais disponível. Acesso em: 17/08/2016. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br>>.
8. Shiroma LMB, Pires DEP. Classificação de risco em emergência- um desafio para as/os enfermeiras/os. *Enfermagem em Foco*. 2011; 2(1):14-17. Acesso em: 18/08/2016. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/67/54>>.
9. Pai DD, Lautert L. Sofrimento no trabalho de enfermagem : Reflexos do “discurso vazio” no acolhimento com classificação de risco. *Esc Anna Nery*. 2011; 15 (3):524-530. Acesso em: 18/08/2016. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127719485012>>.
10. Oliveira GN, Silva MFN, Araujo IEM, Filho MAC. Perfil da população atendida em uma

- unidade de emergência referenciada. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2011; 19(3):[09 telas]. Acesso em: 18/08/2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt\\_14.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_14.pdf)>.
11. Rossaneis MA, Haddad MCL, Borsato FG, Vannuchi MO, Sentone ADD. Caracterização do atendimento após implantação do acolhimento, avaliação e classificação de risco em hospital público. Rev. Eletr. Enf. 2011; 13(4):648-56. Acesso em: 18/08/2016. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/10182/10195>>.
  12. Zem KKS, Montezeli JH, Peres AM. Acolhimento com classificação de risco: Concepção de Enfermeiros de um pronto socorro. Rev Rene. 2012; 13(4):899-908. Acesso em: 18/08/2016. Disponível em: <[http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/11965/1/2012\\_art\\_kkszem.pdf](http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/11965/1/2012_art_kkszem.pdf)>.
  13. Oliveira DA, Guimarães JP. A importância do acolhimento com classificação de risco nos serviços de emergência. Caderno Saúde e Desenvolvimento. 2013. Acesso em: 20/08/2016. Disponível em: <<http://grupouninter.com.br/revistasauade/index.php/cadernosaudedesenvolvimento/article/viewFile/197/101>>.
  14. Duro CLM, Lima MADS, Levandovski PF, Bohn MLS, Abreu KP. Percepção de enfermeiros sobre a classificação de risco em unidades de pronto atendimento. Rev Rene. 2014;15(3):447-54. Acesso em: 20/08/2016. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/106865/000938073.pdf?sequence=1>>.
  15. Santos MA. Acolhimento com classificação de risco: Um fio guiado administração em emergência. Revista Saúde e Desenvolvimento. 2014. Acesso em: 21/08/2016. Disponível em: <<http://www.grupouninter.com.br/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/323/223>>.
  16. Júnior JAB, Vituri DW, Versa GLGS, Furuya OS, Vidor RC, Matsuda LM. Acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência: Avaliação do processo de atendimento. Revenferm UERJ. 2015; 23(1)82-7. Acesso em: 21/08/2016. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v23n1/v23n1a14.pdf>>.
  17. Longaray AA, Munhoz PRS, Bueno KS, Castelli TM. Qualidade em saúde pública: Análise do acolhimento por classificação de risco em um hospital de ensino da rede federal de educação brasileira. Revista Eletrônica Gestão & Saúde. 2015. Acesso em: 21/08/2016. Disponível em: <<http://repositorio.furg.br/handle/1/5473?show=full>>



# A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA SALA DE VACINA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

## THE IMPORTANCE OF THE NURSE ROLE IN THE VACCINATION ROOM: AN INTEGRATIVE REVIEW

Ana Beatriz Ribeiro<sup>1</sup>  
Camila Taliene do Prado Melo<sup>2</sup>  
Daiana Rocha Silva Tavares<sup>3</sup>

### RESUMO

**Objetivos:** Identificar as falhas no processo de refrigeração dos imunobiológicos, detectar as causas das falhas e as práticas que devem ser adotadas para aumentar a eficácia da conservação. **Método:** Revisão integrativa. **Resultados:** 17 estudos condizentes com o tema, publicados entre 2006 e 2016. **Discussão:** A principal falha apontada pelos estudos é a falta de capacitação dos profissionais atuantes nas salas de vacinação, e a atuação ineficaz do enfermeiro na sala de vacina foi apontada como a principal causa das falhas encontradas. **Conclusão:** A presença e a atuação expressiva do enfermeiro na sala de vacina foram indicadas como método para diminuir a incidência de falhas, uma vez que, o enfermeiro enquanto profissional de nível superior, é capacitado para atuar na educação permanente da equipe e organizar os processos, evidenciando assim a importância de sua presença no local.

**Palavras-chave:** Controle de qualidade. Enfermagem. Vacinas. Refrigeração.

### ABSTRACT

**Objectives:** To identify the failures in the refrigeration process of immunobiologicals, to detect the causes of the failures and the practices that must be adopted to increase the effectiveness of conservation. **Method:** integrative review. **Results:** 17 studies consistent with the theme published between 2006 and 2016. **Discussion:** The main failure pointed out by the studies is the lack of training of the professionals working in the vaccination rooms and the ineffective performance of the nurses in the vaccine room was pointed out as the main cause of the failures encountered. **Conclusion:** The presence an expressive work of the nurse in the vaccine room would be a method to reduce the incidence of failures, since the nurse as a professional of superior level is able to act in the permanent education of the team and to organize the processes, evidencing so the importance of its presence in the place.

**Keywords:** Quality control. Nursing. Vaccines. Refrigeration.

### INTRODUÇÃO

O Programa Nacional de Imunização (PNI) foi criado em 1973, com o objetivo de cooperar para o controle e a eliminação das doenças imunopreveníveis, por meio de estratégias básicas de vacinação de

<sup>1</sup> Discente de Enfermagem da Faculdade Pitágoras, Poços de Caldas, MG Brasil. Email: beatrizribeiro40@hotmail.com.

<sup>2</sup> Discente de Enfermagem da Faculdade Pitágoras, Poços de Caldas, MG Brasil.

<sup>3</sup> Docente de Enfermagem da Faculdade Pitágoras, Enfermeira Mestre, Poços de Caldas, MG Brasil.

rotina e campanhas realizadas anualmente, de forma hierarquizada e descentralizada. O programa se baseia em normas técnicas estabelecidas nacionalmente, referentes à conservação, manipulação, transporte e à aplicação dos imunobiológicos, assim como a programação e a avaliação<sup>1</sup>.

O Programa é referência internacional, por apresentar avanços significativos na prevenção, controle e eliminação de doenças imunopreveníveis<sup>2</sup>.

O sucesso deste serviço está relacionado à segurança e eficácia dos imunobiológicos, bem como o cumprimento das recomendações específicas de conservação, manipulação, administração e acompanhamento pós-vacinal realizado pela equipe de enfermagem, sendo o enfermeiro responsável pela supervisão das atividades da sala de vacina e pela educação permanente da equipe, podendo ser composta adicionalmente por técnicos ou auxiliares de enfermagem, tornando-se ideal a presença de dois vacinadores para cada turno de trabalho<sup>3</sup>.

O enfermeiro responsável pela sala de vacinação deve estar presente diariamente, atuando na vacinação, na supervisão contínua e na capacitação da equipe de enfermagem, coordenando e administrando os aspectos técnicos dos imunobiológicos, orientando o paciente e/ou pais, gerenciando possíveis reações adversas e dando manutenção no sistema de registro e monitoramento da conservação dos imunobiológicos<sup>4</sup>.

Segundo o Decreto número 94.406/87, que regulamenta a Lei número 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, o auxiliar ou técnico de enfermagem deve executar a conservação e a aplicação de vacinas, desde que tais atividades sejam realizadas sob supervisão, orientação e direção do enfermeiro<sup>5</sup>.

Embora o Ministério da Saúde e a lei do exercício profissional da enfermagem determinem a necessidade da permanência do enfermeiro na sala de vacinação, esse permanece tempo insuficiente nas atividades fixas deste setor específico, deixando a área de vacinação sob responsabilidade dos auxiliares de

enfermagem, que trabalham de forma rotineira e, por vezes, automática. A alta demanda de atividades exercidas pelo enfermeiro e a ausência de planejamento para a supervisão, associadas à organização dos serviços de saúde, fazem com que o enfermeiro realize atividades que nem sempre são inerentes à sua profissão, afetando a execução e a qualidade de supervisão da sala de vacina<sup>6,7</sup>.

Os imunobiológicos são termolábeis, e por isso precisam ser conservados sob refrigeração, e o monitoramento da temperatura deve ser constante, sendo necessário equipamentos e instrumentos como: câmaras refrigeradas (com temperatura entre +2°C e +8°C); caixas térmicas utilizadas no transporte, contendo bobinas reutilizáveis para manutenção da temperatura; instrumento para a medição de temperatura; condicionadores de ar, para a climatização do ambiente e grupo gerador de energia, para possível utilização em caso de interrupção do fornecimento de energia elétrica. É recomendado um espaço livre de aproximadamente 15 centímetros nas laterais, na parte superior e na parte posterior do freezer e na câmara fria, para facilitar a ventilação, e tomada exclusiva para cada um destes equipamentos<sup>8</sup>.

Os equipamentos devem passar por manutenção periódica, preditiva e preventiva, a fim de evitar falhas inesperadas e ampliando sua vida útil. As superfícies internas da câmara devem ser limpas mensalmente ou quando necessário, de preferência com o estoque de imunobiológicos reduzidos. Deve-se planejar uma rotina diária, para o controle do funcionamento dos equipamentos de refrigeração como: fechamento da porta, funcionamento dos alarmes, alimentação elétrica, entre outros, sendo comumente realizada ao final do expediente. A temperatura da câmara deve ser conferida e registrada diariamente no mapa (no mínimo duas vezes ao dia), para que haja um controle eficaz de temperatura<sup>8</sup>.

O refrigerador do tipo doméstico não é mais recomendado, pois não atende aos critérios de segurança e qualidade. Porém, segundo estudo realizado em 2006, 44% das unidades

avaliadas em São Paulo ainda fazem uso desse tipo de refrigerador<sup>9</sup>.

Os prejuízos na imunogenicidade da vacina, causados por transporte, manipulação e armazenamento inadequado, são considerados perdas evitáveis, relacionados a não manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos, desconhecimento e descumprimento das normas de conservação dos imunobiológicos<sup>10</sup>.

Com a importância do profissional de enfermagem neste setor e a amplitude do programa nacional de imunização, este trabalho tornou-se relevante devido à necessidade de avaliar e discutir sobre o assunto, em busca de melhoria na qualidade do trabalho neste local, e evitando consequências graves relacionadas à imunização.

Objetivos: Identificar as falhas no processo de refrigeração dos imunobiológicos, caracterizar possíveis causas das falhas identificadas e descrever quais práticas devem ser adotadas para aumentar a eficácia da conservação.

## MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa de estudos que abordam a temática da atuação do enfermeiro na sala de vacina frente à refrigeração, tendo como critérios de inclusão: estudos primários publicados em português, no período de janeiro de 2006 a abril de 2016, e critérios de exclusão; estudos publicados em inglês e espanhol; manuais de normas de vacinação estrangeiros; editorial e estudos, fora do período estabelecido no critério de inclusão. Os estudos selecionados são aqueles que responderam à questão norteadora da pesquisa, que é: Quais são as evidências disponíveis sobre as falhas no processo de refrigeração dos imunobiológicos?

Foram utilizadas as bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Banco de Dados em Enfermagem (BDENF), para a busca dos estudos primários. Foram utilizados Descritores em Ciências de Saúde-DeCS e descritores

não controlados (palavra-chave): Vacinas OR Imunobiológicos AND Refrigeração OR Conservação, Programas de imunização OR Sala de vacina AND Enfermagem OR Enfermeiro, Vacinas AND Programa de imunização OR Sala de vacina, Controle de qualidade OR Temperatura AND Imunização, Vacinas OR Imunobiológicos AND Enfermagem OR Enfermeiro, para as bases LILACS e BDENF. Para a base SciELO foram utilizados: Vacinas OR Imunobiológicos AND Conservação, Vacinas OR Imunobiológicos AND Enfermagem, Programas de imunização OR Sala de vacina AND Vacinas.

Para a extração dos dados dos estudos, foi utilizado um quadro com as seguintes informações: título, autor (es), periódico, objetivo (s), detalhamento amostral, detalhamento metodológico, resultados e conclusões/recomendações.

## RESULTADOS

Foram selecionados 17 estudos para o desenvolvimento da pesquisa, descartando as produções científicas que não atenderam aos objetivos propostos e aquelas que se repetiam nas bases de dados, conforme o quadro:

**Quadro 1** - Bases de dados utilizadas e total de estudos selecionados.

Base de dados	Encontrados	Selecionados	Excluídos
LILACS	1364	12	1352
BDENF	44	1	43
SCIELO	60	4	56
<b>Total</b>	<b>1468</b>	<b>17</b>	<b>1451</b>

Fonte: os autores

Quanto ao período de publicação, constatou-se que 7 artigos (41,1%) foram publicados de 2006 a 2010 e 10 artigos (58,9%) foram publicados de 2011 a 2016, o que evidencia a atualidade do tema. Em relação ao delineamento de pesquisa, identificou-se que 15 publicações utilizaram abordagem quantitativa (88,2%) e 2 publicações utilizaram abordagem qualitativa (11,8%).

A análise dos dados possibilitou a classificação em três categorias temáticas: falhas no processo de refrigeração dos imunobiológicos, causas das falhas no processo de refrigeração dos

imunobiológicos práticas a serem adotadas para aumentar a eficácia da conservação.

## DISCUSSÃO

Falhas no processo de refrigeração dos imunobiológicos: O PNI<sup>3</sup> estabelece as câmaras refrigeradas como equipamento ideal para a conservação dos imunobiológicos, porém os estudos 2, 9, 11 e 12 apresentaram o uso de refrigerador do tipo doméstico em algumas salas de vacina.

Os refrigeradores do tipo doméstico devem ser substituídos, no menor tempo possível, pelas câmaras refrigeradas. Contudo, durante o seu uso devem ser seguidas algumas medidas, como o acondicionamento de garrafas com água misturada a um corante, na gaveta da parte de baixo do refrigerador, e de bobinas reutilizáveis no congelador, para evitar alterações bruscas de temperatura, segundo o Ministério da Saúde<sup>3</sup>. Os estudos 4 e 12 mostraram que em algumas geladeiras não havia a disposição correta das garrafas de água, e nos estudos 4 e 11 algumas geladeiras não dispunham de bobinas reutilizáveis no congelador.

Os estudos 2, 4 e 11 a 17 trouxeram que havia disposição incorreta dos imunobiológicos em alguns refrigeradores, não seguindo as orientações de separar as vacinas por tipo viral/bacteriana, e acondicioná-las na segunda e terceira prateleiras, conforme recomendado pelo PNI.

O Ministério da Saúde<sup>3</sup> recomenda que os equipamentos de refrigeração devem ser exclusivos para o acondicionamento dos imunobiológicos, contudo os estudos 13, 11, 15, 12, 18, 7, 2 e 19 apresentaram o uso do refrigerador para armazenamento de insulina e outros materiais, podendo comprometer a estabilidade da temperatura, devido à abertura desnecessária do refrigerador.

O degelo dos refrigeradores deve ser feito a cada 15 dias ou quando a camada de gelo atingir 0,5 cm de espessura, o que contradiz o que foi apresentado pelos estudos 13, 4, 20, 18, 19 e 21, podendo acarretar instabilidade na temperatura.

O PNI Brasil (2013) determina que os equipamentos da rede frios precisam de manutenção corretiva, preventiva e preditiva, porém os estudos 14, 15, 18 e 2 mostraram que algumas salas não possuem planejamento de manutenção, estando suscetíveis a falhas inesperadas.

Nos estudos 4, 15 e 22 identificou-se que nem todos os refrigeradores estavam distanciados da parede em 20cm, conforme recomendado pelo PNI; e nos estudos 14, 15 e 22 havia projeção de luz solar sobre alguns refrigeradores, o que pode ocasionar o aumento da temperatura.

As caixas térmicas são utilizadas para o transporte e armazenamento dos imunobiológicos, das campanhas extramuros e no dia-a-dia nas salas de vacinação, para minimizar a abertura dos refrigeradores. Ao utilizar as caixas térmicas deve-se monitorar a temperatura interna, utilizando termômetro de momento, máxima e mínima com cabo extensor. Para promover o resfriamento da caixa térmica, são utilizadas bobinas reutilizáveis, que devem ser ambientadas antes de serem dispostas na caixa térmica.

Os estudos 13, 4, 14, 15, 12, 19 e 23 revelaram que nem todas as equipes realizam o monitoramento da temperatura das caixas térmicas, e nos estudos 20, 11, 18, 19 e 21 a ambientação das bobinas reutilizáveis não era feita.

Alguns estudos apresentaram o compartilhamento da sala de vacina com outras atividades exercidas pela equipe de enfermagem, sendo eles 13, 22, 18 e 2. A sala de vacina sendo uma área semicrítica, não deve ser destinada a outros fins, para que o risco de infecção não seja aumentado<sup>3</sup>.

Para o correto funcionamento da sala de vacinação são necessários equipamentos como: bancadas, pias, macas, cadeiras, mesas e computadores. Nos estudos 12, 22, 2 e 23 faltavam recursos físicos em algumas salas, o que pode comprometer a técnica de administração e o gerenciamento dos imunobiológicos<sup>3</sup>.

As vacinas estão em constante atualização, o que demanda treinamento e atualização dos profissionais. Segundo os estudos 13, 20, 11, 22, 18, 7, 2, 16, 17 e 21, a maior falha no processo de

conservação de imunobiológicos ocorre pela falta de capacitação dos vacinadores.

Causas das falhas no processo de refrigeração dos imunobiológicos: Em uma pesquisa realizada em 2010<sup>11</sup>, foi identificado que 46,1% das geladeiras estavam em condições inadequadas de vedação e faltavam termômetros para o controle da temperatura, são apontados ainda, por outra pesquisa em 2016<sup>23</sup>, que 75% das salas estudadas não tinham pias com torneira para lavagem das mãos, 100% das salas não possuíam computadores e impressora, 94% não tinham bandejas de aço inoxidável para repouso dos materiais no momento do procedimento, 69% não tinham bancada ou mesa para o preparo dos imunobiológicos, 69% não possuíam lixeira com tampa acionada por pedal e 56% não contavam com saboneteira para sabonete líquido. A estrutura física também foi apresentada nos estudos 12, 22, 16 e 19 como causa das falhas.

Segundo Syntia Assis de Queiroz<sup>4</sup>, 54,5% das salas estudadas não haviam termômetros ou esses estavam com defeito ou com a bateria desgastada, o que acarretou as falhas no monitoramento de temperatura. Essa causa também foi apresentada pelos estudos 14 e 11.

Em um estudo realizado por Valéria Conceição de Oliveira<sup>17</sup>, a supervisão da sala de vacina é delegada aos profissionais de nível médio, devido à multiplicidade de atividades atribuídas aos enfermeiros, o que também é encontrado nos estudos 15, 7, 2 e 19, comprometendo a correta supervisão da conservação e administração dos imunobiológicos.

Práticas a serem adotadas para aumentar a eficácia da conservação: É imprescindível a presença de termômetros para monitoramento dos refrigeradores e das caixas térmicas, pois estes não devem ser administrados sem a comprovação da conservação adequada<sup>18</sup>. O monitoramento da temperatura no início e no fim da jornada de trabalho, bem como anotação dos valores no mapa diário, foram apontados como um método de validação da qualidade da refrigeração dos imunobiológicos<sup>16</sup>.

Valéria Conceição de Oliveira<sup>20</sup> e Divina Ozania Ribeiro<sup>15</sup> apontaram, em seus estudos, que um plano de manutenção preventiva é fundamental, para evitar perdas decorrentes das falhas repentinas dos equipamentos.

As normas de administração dos imunobiológicos e o calendário vacinal estão em constantes atualizações, o que evidencia a necessidade de educação permanente dos profissionais responsáveis pela imunização, como método para assegurar a qualidade dos imunobiológicos administrados<sup>13</sup>. Esse método também foi apontado pelos estudos 11, 12, 15, 16, 18, 19 e 21, como solução para as falhas encontradas.

Valéria Conceição de Oliveira<sup>17</sup>, apresentou que o enfermeiro tem papel fundamental na educação permanente da equipe, não devendo apenas repassar as informações, mas também transformar as salas de vacinação em um ambiente de contínuo aprendizado.

O enfermeiro é o responsável técnico por todas as atividades exercidas nas salas de vacinação, sendo necessária uma supervisão diária, com dedicação integral a esse setor<sup>4</sup>.

Malena Gonçalves Almeida<sup>19</sup>, ressaltou a importância do enfermeiro em todas as etapas do processo de conservação dos imunobiológicos, pois este é o líder da equipe de enfermagem e detém a responsabilidade pela segurança e qualidade dos imunobiológicos.

Os estudos 9, 4, 11, 12, 22, 18, 7, e 23 apontaram como a principal solução para as falhas encontradas, a presença e a atuação expressiva do enfermeiro nas salas de vacinação, agindona educação permanente da equipe, organizando os processos, buscando recursos junto aos gestores para a padronização de condutas, orientando condutas frente reações adversas e orientando os pacientes.

## CONCLUSÃO

A partir dos estudos selecionados, foi possível identificar falhas no processo de refrigeração dos imunobiológicos, sendo a falta de capacitação dos profissionais atuantes na sala de vacinação, a

principal falha. A atuação ineficaz do enfermeiro na sala de vacina foi apontada como a principal causa das falhas encontradas. A maior parte dos artigos apontou, como método para diminuir a incidência de falhas, a presença e a atuação expressiva do enfermeiro na sala de vacinação.

As evidências científicas disponíveis apresentam, além da falta de capacitação, falhas como uso de refrigerador do tipo doméstico e disposição incorreta de garrafas de água com corante, falta de bobinas reutilizáveis, disposição incorreta dos imunobiológicos nos refrigeradores, ineficaz degelo dos equipamentos, uso não exclusivo dos refrigeradores para conservação dos imunobiológicos, falta de programa de manutenção dos equipamentos e monitoramento inadequado da temperatura de conservação.

O sucesso do PNI depende da atuação correta da equipe de cada sala de vacinação, sendo o enfermeiro o profissional fundamental, pois desenvolve educação continuada para os vacinadores, organiza os processos, administra recursos e estabelece condutas de acordo com as necessidades dos pacientes.

Este estudo mostra a importância da atuação expressiva do enfermeiro na sala de vacinação, deixando de ser apenas um supervisor.

Dos estudos selecionados, a maior parte são dos últimos cinco anos, evidenciando a atualidade do tema e a importância de melhorias nesse setor.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. [site da Internet]. 2001 [acessado 2015 mar 17]. Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_rede\\_frio.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_rede_frio.pdf).
2. Oliveira VC et al. Avaliação da qualidade de conservação de vacinas na Atenção Primária à Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* [periódico na Internet]. 2014 Set [acessado 2018 sep 03]; 19(9):3889-3898. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n9/1413-8123-csc-19-09-3889.pdf>
3. Ministério da Saúde.(BR) Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. [site da Internet]. 2014 [acessado 2015 mar 23]. Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_procedimentos\\_vacinacao.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf)
4. Queiroz SA et al. Atuação da equipe de enfermagem na sala de vacinação e suas condições de funcionamento. *Revista de Enfermagem do Nordeste* [periódico na Internet]. 2009 Out-Dez [acessado 2016 abr 4]; 10(4): [cerca de 9 p.]. Disponível em: [http://www.revistarene.ufc.br/vol10n4\\_pdf/v10n4a15.pdf](http://www.revistarene.ufc.br/vol10n4_pdf/v10n4a15.pdf)
5. Brasil. Lei nº 7.498 de 25 de Junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil* [Internet]. 1986 25 Jun.[acessado 2015 mar 18]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L7498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L7498.htm)
6. Souza SLP et al. O enfermeiro na sala de vacinação: uma análise reflexiva da prática. *Revista da Enfermagem do Nordeste* [periódico na Internet]. 2003 Jun-Dez [acessado 2015 mar 20]; 4(2): [cerca de 7 p.]. Disponível em: [http://www.repositorio.ufrn.br:8080/jspui/bitstream/1/11732/1/AkemiIM\\_O%20Enfermeiro%20na%20sala%20de%20vacina%C3%A7%C3%A3o%20uma%20an%C3%A1lise%20reflexiva%20da%20pr%C3%A1tica\\_889-3559-1-PB.pdf](http://www.repositorio.ufrn.br:8080/jspui/bitstream/1/11732/1/AkemiIM_O%20Enfermeiro%20na%20sala%20de%20vacina%C3%A7%C3%A3o%20uma%20an%C3%A1lise%20reflexiva%20da%20pr%C3%A1tica_889-3559-1-PB.pdf)
7. Oliveira VC et al. Supervisão de enfermagem em sala de vacina: A percepção do enfermeiro *Texto Contexto Enfermagem* [periódico na Internet]. 2013b Out-Dez [acessado 2016 abr 4]; 22(4): [cerca de 6 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/18.pdf>
8. Ministério da Saúde.(BR) Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. [site da Internet]. 2013 [acessado 2015 mar 20]. Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_rede\\_frio4ed.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_rede_frio4ed.pdf)

9. Aranda CMSS, Moraes JC. Rede de frio para a conservação de vacinas em Unidades públicas do município de São Paulo: conhecimento e prática. *Rev Bras Epidemiol.* 9(2):172-85,2006.
10. Ministério da Saúde.(BR) Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. [site da Internet]. 2007 [acessado 2015 mar 17]. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_manutencao Equipamentos\\_rede\\_frio.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_manutencao Equipamentos_rede_frio.pdf)>
11. Melo GKM de, Oliveira JV, Andrade MS. Aspectos relacionados à conservação de vacinas nas unidades básicas de saúde da cidade do Recife – Pernambuco. *Epidemiologia dos Serviços de Saúde* [periódico na Internet] 2010 [acessado 2016 abr 4]; 19(1): [cerca de 7 p.]. Disponível em: [http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742010000100004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742010000100004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
12. Luna GLM et al. Aspectos relacionados à administração e conservação de vacinas em centros de saúde no Nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [periódico na Internet] 2011 [acessado 2016 abr 4]; 16(2): [cerca de 8 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n2/v16n2a14.pdf>
13. Oliveira VC et al. A conservação de vacinas em unidades básicas de saúde de um município da região Centro-oeste de Minas Gerais. *Revista Mineira de Enfermagem* [periódico na Internet] 2009a [acessado 2016 abr 5]; 13(2): [cerca de 5 p.]. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/181>
14. Araújo AC de M, Silva MRF da, Frias PG. Avaliação da rede de frio do programa municipal de imunização do distrito sanitário IV do município do Recife. *Revista de Atenção Primária a saúde* [periódico na Internet] 2009 [acessado 2016 abr 4]; 12(3): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/438/221>
15. Ribeiro DO. Qualidade da conservação e armazenamento dos imunobiológicos da rede básica do Distrito Sul de Campinas. *Revista do Instituto de Ciências da Saúde* [periódico na Internet] 2010 [acessado 2016 abr 4]; 28(1): [cerca de 7 p.]. Disponível em: [http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2010/01\\_jan-mar/V28\\_n1\\_2010\\_p21-28.pdf](http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2010/01_jan-mar/V28_n1_2010_p21-28.pdf)
16. Oliveira VC, Caveião C, Crosewski F. Gerenciamento de enfermagem no controle de perdas evitáveis de imunobiológicos. *Cogitare Enfermagem* [periódico na Internet] 2014 [acessado 2016 abr 4]; 19(4): [cerca de 7 p.]. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/36358/23921>
17. Oliveira VC et al. Fragilidades da conservação de vacina nas Unidades de Atenção Primária à Saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem* [periódico na Internet] 2015 [acessado 2016 abr 4]; 68(2): [cerca de 5 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n2/0034-7167-reben-68-02-0291.pdf>
18. Oliveira VC et al. Conservação de vacinas em Unidades Básicas de Saúde: análise diagnóstica em municípios mineiros. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste* [periódico na Internet] 2012 [acessado 2016 abr 4]; 13(3): [cerca de 10 p.]. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/720/pdf>
19. Almeida MG, Araújo TME. Conhecimento e prática de profissionais sobre conservação de vacinas. *Revista Cuidado é Fundamental Online* [periódico na Internet] 2015 [acessado 2016 abr 2]; 7(1): [cerca de 12 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n6/a14v22n6.pdf>
20. Oliveira VC et al. Prática de enfermagem na conservação de vacinas. *Acta Paulista de Enfermagem* [periódico na Internet] 2009b [acessado 2016 abr 4]; 22(6): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n6/a14v22n6.pdf>
21. Raglione D et al. Avaliação da rede de frio para conservação de vacinas em unidades básicas de saúde das regiões Sul e Centro-Oeste do município de São Paulo em 2011-2012.

*Epidemiologia e Serviços de Saúde* [periódico na Internet] 2016 [acessado 2016 abr 4]; 25(1): [cerca de 9p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v25n1/2237-9622-ress-25-01-00065.pdf>

22. Vasconcelos KCE de, Rocha SA, Ayres JA. Avaliação normativa das salas de vacinas na rede pública de saúde do Município de Marília, Estado de São Paulo, Brasil, 2008-2009. *Epidemiologia dos Serviços de Saúde* [periódico na Internet] 2009 [acessado 2016 abr 4]; 21(1): [cerca de 9 p.]. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v21n1/v21n1a17.pdf>
23. Gomes RNS. Avaliação físico-funcional de salas de vacinas da rede pública municipal de Caxias, Maranhão. *Revista de pesquisa cuidado é fundamental online* [periódico na Internet] 2016 [acessado 2016 abr 4]; 8(1): [cerca de 9 p.]. Disponível em: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4046/pdf\\_1792](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4046/pdf_1792)

# SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE: UM OLHAR DA ENFERMAGEM

## HEALTH CARE INFECTION CONTROL SERVICE: A NURSING EYE

*Arielle Alves dos Santos<sup>1</sup>*

### RESUMO

**Objetivo:** Descrever o olhar de acadêmicos de enfermagem em projeto de extensão, realizado no setor de controle de infecções relacionadas à assistência à saúde. **Método:** Relato de experiência de caráter descritivo, sobre a vivência dos acadêmicos de enfermagem, que participaram de um projeto de extensão, no período de setembro de 2016 a abril de 2017, em um Hospital Universitário da região nordeste do Brasil. **Resultados e Discussão:** Dentre as principais ações desenvolvidas pela enfermagem no setor foram o monitoramento da adesão dos profissionais à higienização das mãos; busca ativa diária de infecções relacionadas à assistência à saúde; participação em reuniões; orientações sobre medidas de precaução; exposição a material biológico e perfurocortante; acompanhamento nas atividades de educação em serviço de saúde. **Considerações finais:** A associação da teoria à prática possibilita o desenvolvimento de senso crítico a respeito das atividades elaboradas pelo enfermeiro, bem como o envolvimento de acadêmicos de enfermagem nesta área.

**Palavras-chave:** Controle de Infecções. Educação em Enfermagem. Ensino.

### ABSTRACT

**Objective:** To describe the view of nursing academics in an extension project carried out in the health care-related infection control sector. **Method:** A descriptive experience report about the experience of nursing students who participated in an extension project from September 2016 to April 2017 in a university hospital in the Northeast region of Brazil. **Results and Discussion:** Among the main ones developed by the nursing in the sector were the monitoring of the adhesion of the professionals to the hygiene of the hands; active daily search for healthcare-related infections; participation in meetings; precautionary guidelines; exposure to biological and piercing material; health education activities. **Final considerations:** The association of theory and practice makes possible the development of a critical sense regarding the activities elaborated by the nurse, as well as the involvement of nursing academics in this area.

**Keywords:** Infection Control. Education in Nursing. Teaching.

### INTRODUÇÃO

O Serviço de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (SCIRAS), que no passado denominava-se Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), é responsável pelo programa de controle de infecções relacionadas à assistência à saúde, para viabilizar a prevenção, diagnóstico, tratamento e controle das infecções hospitalares<sup>(1)</sup>.

---

<sup>1</sup> Acadêmica de Enfermagem. Universidade Federal de Sergipe. arielleenfa@gmail.com

A infecção hospitalar (IH) é aquela adquirida após admissão do paciente, que se manifesta durante a internação ou após a alta; quando relacionada à internação ou a procedimentos hospitalares/ambulatoriais; ou aquelas manifestadas antes de 72 horas da internação, porém associadas a procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, realizados durante este período<sup>(2)</sup>.

O termo IH foi substituído, na década de 1990, por infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), tornando mais abrangente o conceito e incorporando infecções adquiridas e relacionadas à assistência em qualquer ambiente.

As IRAS consistem em eventos adversos ainda persistentes nos serviços de saúde. Sabe-se que a infecção leva a uma considerável elevação dos custos no cuidado do paciente, além de aumentar o tempo de internação, a morbidade e a mortalidade nos serviços de saúde do país<sup>(3)</sup>.

O papel da Enfermagem no controle da IH está presente desde suas primeiras descobertas. Florence Nightingale já apresentava preocupação com essa problemática, e durante a Guerra da Criméia padronizou procedimentos de cuidados de enfermagem voltados à higiene e limpeza dos hospitais, introduzindo principalmente técnicas de antisepsia, com a finalidade de diminuir os riscos desse tipo de infecção<sup>(4)</sup>.

A equipe do SCIRAS do Hospital Universitário de Sergipe (HU-SE) é multiprofissional, composta por: médico infectologista, enfermeiros, oficial administrativo e colaboração de farmacêutico da Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais e Tecnológicos.

Nas ações de prevenção e controle das IRAS, estabelecer prioridades é fundamental. O estabelecimento de políticas e a padronização de procedimentos relacionados à implantação e manutenção de procedimentos invasivos devem ser priorizados<sup>(3)</sup>.

O enfermeiro do SCIRAS desempenha várias atividades referentes ao controle de infecções relacionadas à assistência à saúde, entre elas: orientação para segregação correta dos resíduos; noti-

ficação, registro, controle e prevenção das IRAS identificadas através de culturas microbiológicas; elaboração de pareceres sobre métodos, materiais para reprocessamento de artigos médico-hospitalares, limpeza e desinfecção de superfícies fixas; orientações quanto ao uso/troca de artigos médico hospitalares reprocessáveis, além de investigação de eventos adversos.

Nesse contexto, a atuação do enfermeiro SCIRAS promove ações que se refletem diretamente na assistência, contribuindo para o cuidado mais seguro e para uma melhor interface com a equipe assistencial, e também é percebida através do retorno hábil das orientações.

No âmbito educativo, o planejamento e a execução de treinamentos e eventos de caráter técnico educativo, expandindo os limites intra-hospitalares, visam a formação e a sensibilização dos profissionais de saúde e estudantes, em relação às boas práticas para o controle das IRAS<sup>(5)</sup>.

Desse modo, o trabalho tem por intuito retratar a atuação do enfermeiro SCIRAS – HU/UFS, por intermédio de um projeto de extensão voltado para formação de recursos humanos em Controle de Infecções e segurança do paciente, para acadêmicos de enfermagem.

Durante a graduação, os acadêmicos que participam de projetos de extensão possuem uma oportunidade a mais de inserção na realidade que encontrará quando tornar-se um profissional. A extensão possibilita experiência do contato entre o aprendizado na universidade e a aplicabilidade de sua profissão na sociedade, conhecendo a prática de sua profissão<sup>(6)</sup>.

A vigilância epidemiológica no controle de IRAS é um tema ainda pouco explorado na graduação, no contexto das disciplinas e estágios obrigatórios. Por isso a relevância desse relato de experiência, cujo objetivo é descrever o olhar de acadêmicos de enfermagem em projeto de extensão, realizado no setor de controle de infecções relacionadas à assistência à saúde.

## MÉTODO

O presente trabalho trata-se de um relato de experiência de caráter descritivo, sobre a vivência dos acadêmicos de enfermagem que participaram de um projeto de extensão, no período de setembro de 2016 a abril de 2017, em um Hospital Universitário da região nordeste do Brasil.

O relato foi dividido nas seguintes abordagens: monitoramento da adesão dos profissionais à higienização das mãos; busca ativa diária de IRAS nas clínicas médicas, cirúrgicas, pediatria e Unidade de Terapia Intensiva (UTI); participação em reuniões com equipe multidisciplinar da UTI; participação em reuniões administrativas e científicas do SCIRAS; orientações a familiares/acompanhantes e pacientes, sobre medidas de precaução; orientações e acompanhamento sorológico de profissionais/estudantes, vítimas de acidente com exposição à material biológico e perfurocortante; acompanhamento nas atividades de educação em serviço de saúde.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre diversas atribuições do enfermeiro no SCIRAS foram realizadas as seguintes atividades:

### **Monitoramento da adesão dos profissionais à higienização das mãos**

Essa ação é realizada por enfermeiros, residentes e acadêmicos de enfermagem, por meio de um formulário de observação, padronizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no qual são registrados o número de vezes que cada categoria profissional ou estudante higieniza as mãos com água e sabonete líquido, realiza fricção com preparação alcoólica a 70%, ou não realiza a higienização em nenhuma oportunidade indicada. São considerados os cinco momentos: antes e após contato com o paciente, antes de procedimento asséptico, após risco de exposição

a fluidos corporais após contato com áreas próximas ao paciente.

Após a coleta, os dados são processados em software Epiinfo versão 7, e a partir do cálculo dos indicadores utilizados, os enfermeiros SCIRAS definem e executam estratégias de conscientização na adesão à prática de higienização das mãos.

Essa atividade permitiu compreender a importância da higienização das mãos na prevenção das infecções relacionadas à assistência à saúde, impedindo a transmissão de micro-organismos devido ao contato entre diferentes superfícies, em especial, envolvendo as mãos dos profissionais de saúde.

A segurança da assistência à saúde depende de diversos fatores, dentre eles a mudança de comportamento dos profissionais de saúde diante das recomendações de práticas seguras, como por exemplo a adesão à higienização das mãos como principal estratégia de prevenção de IRAS.

### **Busca ativa diária de IRAS nas clínicas médicas, cirúrgicas, pediatria e UTI**

A vigilância epidemiológica por culturas positivas tem a finalidade de identificar, além de IRAS, portadores de micro-organismos multirresistentes oriundos de outras instituições ou internados, oportunizando a instituição de medidas para conter a disseminação da transmissão durante a internação. A vigilância epidemiológica por culturas positivas é uma atribuição do enfermeiro do SCIRAS, e através dos dados obtidos acerca das culturas dos micro-organismos mais prevalentes, direciona o tratamento do paciente, e auxilia no diagnóstico de IRAS.

A vigilância cirúrgica consiste no acompanhamento diário, pela equipe do SCIRAS, dos pacientes submetidos a procedimentos dentro do cirúrgico, em que haja pelo menos uma incisão e sutura, e permaneçam internados por mais de 24 horas. A coleta é feita mediante sistematização de dados relevantes ao procedimento, e avaliação de conformidade de preenchimento do checklist cirúrgico recomendado pela ANVISA. Os

pacientes submetidos a procedimentos sem instalação de implante são acompanhados durante trinta dias, já aqueles em que esse item foi instalado, são acompanhados durante noventa dias.

A vigilância na UTI é realizada diariamente, com monitoramento voltado para: permanência/dia de dispositivos invasivos, além de visitas realizadas à beira leito e discussões com a equipe do setor; o uso de dispositivos, bem como a observação de não conformidade de processos assistenciais. Esse acompanhamento tem por finalidade identificar os problemas, para que haja o gerenciamento de medidas para prevenção de IRAS.

Os casos de IRAS são discutidos e investigados pela equipe do SCIRAS, para definição dos fatores que contribuíram para o acontecimento dos eventos adversos, resultando, nesse processo, em ações de intervenção. As IRAS agrupadas por topografia, ou seja, infecções relacionadas a procedimentos cirúrgicos, IRAS monitoradas durante a assistência na UTI, e diagnósticas por culturas, são informadas para Coordenação Estadual de Controle de Infecção da Vigilância Sanitária Estadual, e coordenações das unidades da instituição. Esses dados são trabalhados através do planejamento de ações educativas, para prevenção de novos eventos infecciosos.

### **Participação em reuniões com equipe multidisciplinar da UTI**

As reuniões são realizadas semanalmente com os profissionais da UTI (médico, enfermeiro, nutricionista, farmacêutico, psicólogo, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, residentes e estudantes), e os membros da equipe SCIRAS. Os casos dos pacientes internados na unidade são discutidos, na perspectiva multidisciplinar, para definição das condutas no tratamento.

As pautas das reuniões são voltadas para desenvolver melhorias no processo de comunicação, englobando o lado multifatorial da assistência, uso racional de dispositivos invasivos e de antimicrobianos, orientação sobre a prática de higienização das mãos e a importância das

precauções para prevenção na disseminação de bactérias multirresistentes. Os profissionais de diferentes categorias participam de forma ativa das discussões, nas quais cada um expõe suas considerações a respeito do caso, todos com uma finalidade em comum: a construção de um plano terapêutico voltado para minimizar o risco de IRAS, prestando uma assistência humanizada e de qualidade.

A participação nas reuniões possibilitou entender a importância da comunicação entre os profissionais, bem como a importância do envolvimento da equipe na inserção dos cuidados voltados para prevenção de IRAS.

### **Participação em reuniões administrativas e científicas do SCIRAS**

As reuniões são realizadas para discussão de casos; investigação de surtos de infecção; planejamento de ações educativas e de campanhas; elaboração e revisão de protocolos; aprovação dos procedimentos operacionais padrão; construção e implementação de projetos de pesquisa na área de controle de IRAS.

### **Orientações a familiares/acompanhantes e pacientes sobre medidas de precaução**

O enfermeiro orienta os familiares/acompanhantes e pacientes que estão sob precauções e demais cuidados, baseados na transmissão, como por contato; respiratória por gotículas ou por aerossóis; associando aos cuidados específicos para evitar a transmissão de doenças infectocontagiosas.

O enfermeiro aborda, de forma cordial e respeitosa, de acordo com os princípios éticos e a política de humanização, o paciente e familiar/acompanhante, e explica de forma simples a importância da higienização das mãos antes e após o contato com o paciente e áreas próximas, nas quais os equipamentos de proteção individual serão necessários para aproximação do familiar ao paciente, como utilizá-lo e até quando poderá ser reutilizado.

Orientações voltadas para precaução são realizadas, também, pelo enfermeiro residente do serviço, e foram acompanhadas durante a participação do projeto de extensão. A sensibilização de todos envolvidos no processo de assistência à saúde, sejam pacientes ou familiares, é um dos pilares preconizados pelo Ministério da Saúde, a participação do paciente/família no processo de atendimento, esses precisam de informação para não auxiliar na contenção da transmissão de infecções.

### **Orientações e acompanhamento sorológico de profissionais/estudantes vítimas de acidente com exposição a material biológico e perfurocortantes**

O atendimento inicial e acompanhamento dos profissionais de saúde, estudantes e terceirizados que sofrem acidentes com exposição a material biológico e perfurocortantes, é realizado pelo serviço. Essa ação é executada por enfermeiros, residentes, oficial administrativo, e alunos do projeto, a fim de agilizar as condutas necessárias quanto à otimização do tempo, em caso de indicação de quimioprofilaxia para HIV e hepatite B. O acidentado é orientado quanto aos cuidados imediatos com a área de exposição; solicitação de consentimento do paciente-fonte para realização dos testes sorológicos para hepatite B e C, e vírus HIV; avaliação da imunização para hepatite B do acidentado; quimioprofilaxia para o vírus HIV, de acordo com indicação do protocolo institucional/MS para o acidentado; e orientações sobre riscos de soroconversão pós-exposição.

### **Acompanhamento nas atividades de educação em serviço de saúde**

São realizados treinamentos periódicos em temas diversos, para prevenção e controle de infecções e outros, relacionados à notificação de eventos adversos relatados ao serviço.

As atividades de educação em saúde são voltadas para os principais temas relacionados à

IRAS, entre as técnicas mais utilizadas estão as lúdico-pedagógicas, de forma a facilitar o processo de aprendizagem, e o público alvo dessas ações são funcionários, estudantes, acompanhantes e familiares. Como exemplo dessa técnica, tem-se a campanha de higienização das mãos, que reforça a importância da prática por meio de jogos, com perguntas e respostas, paródias e brincadeiras. As atividades são efetuadas de maneira simples, clara e objetiva, para facilitar o entendimento.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante desse relato de experiência, percebe-se que a participação nas atividades do SCIRAS amplia de forma significativa o olhar dos acadêmicos de enfermagem, principalmente em relação às responsabilidades do enfermeiro desse setor.

O projeto de extensão universitária possibilita associação da teoria à prática, bem como o desenvolvimento de senso crítico a respeito das atividades elaboradas pelo enfermeiro na gestão e controle de IRAS, tornando-se um diferencial para a formação acadêmica.

Por fim, o projeto de extensão demonstrou uma perspectiva de envolvimento de acadêmicos de enfermagem na área de prevenção e controle de IRAS, permitindo a aquisição de novos conhecimentos por meio das discussões, pesquisas realizadas durante as atividades e práticas de planejamento e educação.

## **REFERÊNCIAS**

1. Ministério da Saúde.(BR) Implantação do Núcleo de Segurança Do Paciente Em Serviços De Saúde.Brasília, 2014
2. Brasil. Portaria n. 2.616, de 12 de maio de 1998. Regulamenta as ações de controle de infecções hospitalares no Brasil. Gabinete do Ministro, Brasília. 12 maio 1998.
3. Ministério da Saúde.(BR) Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017

4. Fontana RT. As infecções hospitalares e a evolução das infecções. Rev. bras. enferm. V. 58, n. 5, p. 703-6, 2006
5. Conceição SC; Pereira GL; Montenegro HRA. Implementação de um banco de dados para a CCIH de um hospital: relato de experiência. J. res.: fundam. care. online v.6, n.1, p. 408-413, jan./mar. 2014.
6. Manchur J et al. A contribuição de projetos de extensão a formação profissional de graduandos de licenciaturas. Revista Conexão UEPG. v.9, n. 2., p.334-341, jul./dez. 2013

# ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE SUBMETIDO A TRANSPLANTE RENAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

## NURSING CARE FOR PATIENTS UNDERGOING KIDNEY TRANSPLANTATION: AN INTEGRATIVE REVIEW

*Leticia de Souza Pedro<sup>1</sup>  
Amarildo de Paula Batista<sup>2</sup>*

### RESUMO

**Objetivo:** elucidar sobre a participação da enfermagem durante as fases do transplante renal, com ênfase na atuação do enfermeiro, revelando assim a importância de suas atuações. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa, o qual foram utilizadas quatro bases de dados, sendo identificados 52 artigos, e incluídos 22 artigos que atendiam aos critérios propostos. **Resultados:** Os artigos foram elencados em três categorias temáticas por similaridade: Cuidados de enfermagem com o potencial doador de órgãos; a atuação do enfermeiro nas fases de pré-transplante renal ao transoperatório e o papel do enfermeiro no pós-operatório do transplante renal. **Conclusão:** a contribuição, tanto do enfermeiro quanto da equipe de enfermagem, é primordial para o sucesso do transplante renal, atuando de forma ativa em cada uma de suas etapas.

**Palavras-chave:** Transplante renal. Cuidados de enfermagem. Pesquisa em enfermagem. Enfermagem e transplante renal.

### ABSTRACT

**Objective:** elucidate on the participation of nursing during the stages of kidney transplantation, with an emphasis in acting of the nurse, revealing the importance of their actions. **Methodology:** This is an integrative review, which were used four databases and identified 52 articles, and included 22 articles that met the proposed criteria. **Results:** The articles were listed in three thematic categories similarity: Nursing care with the potential organ donor; the work of nurses in the stages of pre-renal transplant and the perioperative nurse's role in the postoperative renal transplantation. **Conclusion:** the contribution of both the nurse as the nursing staff is paramount to the success of kidney transplantation, acting actively in each of its stages.

**Keywords:** Kidney transplantation. Nursing care. Nursing research. Nursing and kidney transplantation.

### INTRODUÇÃO

O rim é um órgão duplo, que desempenha diversas funções relevantes ao organismo. Existem diversas causas que podem levar o indivíduo a desenvolver uma deficiência renal, e posteriormente, se não houver uma intervenção de imediato, pode ocasionar uma insuficiência renal crônica<sup>(1)</sup>.

<sup>1</sup> Enfermeira. Residente do programa multiprofissional em saúde da família da UFJF-MG-Brasil. E-mail: leticia\_s.pedro@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Enfermeiro. Mestre em educação. Professor na Universidade Salgado de Oliveira, Juiz de Fora-MG-Brasil.

No caso de o quadro de insuficiência renal crônica já estiver se estabelecido, só restam três possíveis tratamentos, sendo eles: iniciar a diálise, podendo ser a hemodiálise, ou a diálise peritoneal; ou ainda esse indivíduo pode ser submetido a um transplante renal, que é uma intervenção cirúrgica invasiva, e que apesar de sua eficácia inegável, apresenta riscos consideráveis. Apesar da existência dessas três possíveis formas de tratamento, é válido ressaltar que a forma de tratamento a ser seguida dependerá do parecer médico, além da própria escolha do paciente<sup>(1)</sup>.

O transplante renal é um procedimento complexo que apresenta vantagens, sendo possível realizá-lo em duas modalidades por ser um órgão duplo, portanto, o órgão pode ser proveniente de um doador vivo ou falecido<sup>(1)</sup>.

De acordo com a pesquisa realizada pelo RBT (Registro Brasileiro de Transplantes), desenvolvida entre Janeiro e Setembro de 2015, houve um total de 4.158 transplantes de rim no país até esta data (provenientes de doador vivo e falecido), liderando o ranking nacional em relação aos demais órgãos. Ao se avaliar os estados que foram realizadas as doações, São Paulo ocupou o 1º lugar no ranking, seguido por Minas Gerais, que ocupou o 2º lugar. Entre 1997 e 2015, foram registradas 74.563 doações de rim no país, todavia, apesar de ser um valor elevado, ressalta-se que há atualmente 18.948 pacientes ativos na lista de espera por um rim, o que reflete a discrepância entre os achados<sup>(2)</sup>.

Diante do exposto, o enfermeiro enquanto líder da equipe de enfermagem, deve ser consciente de que suas habilidades relacionadas ao cuidado bio-psico-social e espiritual se fazem necessárias, e que diversas vezes a sua atuação poderá ser a diferença entre o sucesso ou não do transplante renal.

O presente estudo visa elucidar sobre a participação da enfermagem durante as fases do transplante renal, com ênfase na atuação do enfermeiro, revelando assim, a importância de suas atuações.

## MÉTODO

O presente estudo trata de uma revisão integrativa, que pode ser definida como um estudo de revisão da literatura que engloba diversos estudos já realizados, de diferentes metodologias empregadas, possibilitando analisar e sintetizar os resultados obtidos de forma sistemática e com rigor metodológico, em cada etapa desenvolvida<sup>(3)</sup>.

Essa revisão integrativa foi constituída por cinco etapas. Na 1ª etapa foi definida a pergunta norteadora, que consistiu em saber se a atuação da enfermagem é ou não relevante no que diz respeito ao transplante renal, com ênfase na participação do enfermeiro e os benefícios advindos de sua atuação; definiu-se também os descritores que seriam utilizados, que foram: enfermagem e transplante renal, transplante renal, enfermeiro e transplante, cuidados de enfermagem, transplante e pesquisa em enfermagem e pré-operatório transplante renal, e seus equivalentes em inglês.

Na 2ª etapa foram determinados quais seriam os critérios de inclusão e exclusão de estudos, e definiu-se também as bases de dados pesquisadas, que foram: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e Medical Literature onLine (Medline). Os critérios de inclusão foram: artigos na integra de diferentes métodos, publicados em periódicos nacionais e internacionais entre 2010 e 2016, e que apresentavam resultados de pesquisas desenvolvidas no tema proposto, escritos em inglês, espanhol e português. Os artigos foram selecionados nos meses de março e abril de 2016. Foram excluídos artigos que fugiam do tema proposto, sendo localizados 52 artigos, porém, foram utilizados apenas 22 artigos para elaboração desta revisão.

Na 3ª etapa foram definidos os dados que seriam extraídos dos estudos selecionados, que foram: ano de publicação, a região/estado onde

a pesquisa foi realizada, qual o tipo e o grau de formação dos profissionais que desenvolveram a pesquisa, o sexo dos pesquisadores, a abordagem metodológica escolhida na elaboração dos artigos e o idioma em que o artigo foi publicado. Durante a 4ª etapa os estudos foram avaliados de forma crítica e reflexiva. E por fim, na 5ª etapa foi realizada a interpretação e a discussão dos resultados.

## RESULTADOS

Ao realizar a análise dos artigos utilizados na elaboração dessa revisão integrativa, foram extraídas informações referentes ao ano de publicação, origem, sexo dos autores, idiomas de publicação encontrados, formação profissional dos autores e também o grau de formação especificado nos artigos estudados, sendo tais informações abordadas a seguir.

A tabela 1 apresentada a seguir avalia o item referente ao ano de publicação dos artigos, e com base nas análises realizadas, pode-se concluir que a média aritmética das publicações é de 3,4 trabalhos ao ano, necessitando de maiores estudos na área:

**Tabela 1** - Ano de publicação:

Ano de Publicação	Quantidade	Porcentagem
2016	1	5,88%
2015	3	17,64%
2014	7	41,17%
2013	3	17,64%
2012	3	17,64%
		100,00%

Fonte: os autores

A tabela 2 refere-se ao local de publicação, em que a região sudeste apresentou o quantitativo mais elevado. Esse dado aponta para uma possível realidade social, cultural e econômica existente dentro do país, na qual a região sudeste, por ser mais desenvolvida e possuir um investimento em pesquisa e qualificação profissional, detém uma maior concentração de publicações:

**Tabela 2** - Origem das publicações:

Local	Quantidade	Porcentagem
Sudeste	8	47,05%
Sul	3	17,64%
Norte	1	5,88%
Nordeste	1	5,88%
Colômbia	1	5,88%
Não especificado	3	17,64%
		100,00%

Fonte: os autores

Na tabela 3 foi apresentada a relação de autores divididos por sexo, em que do total de 68 autores a maior prevalência foi do sexo feminino. Isto se deve ao fato da enfermagem ser uma profissão que ainda é expressivamente composta por mulheres, em uma busca constante de aprimoramento profissional. Já na tabela 4 foi abordada a relação de idiomas encontrados, em que o português foi notadamente o mais prevalente, para a realização deste estudo:

**Tabela 3** - Sexo dos Autores:

Sexo	Quantidade	Porcentagem
Feminino	55	80,88%
Masculino	13	19,11%
		100,00%

Fonte: os autores

**Tabela 4** - Idiomas de publicação:

Idioma	Quantidade	Porcentagem
Português	14	82,35%
Espanhol	02	11,76%
Inglês	01	5,88%
		100,00%

Fonte: os autores

E por fim, ao se avaliar a formação profissional dos autores, do total de 68, 40 autores eram enfermeiros (58,82%); 2 autores (2,94%) eram médicos, e 26 autores (38,23%) não especificaram sua formação profissional, sendo ressaltado a importância da participação de dois médicos como autores, o que só confirma a relevância da atuação da enfermagem.

A tabela 5 aborda o grau de formação profissional dos autores, sendo que dos 68 autores, 14 não especificaram seus títulos profissionais, sendo avaliados, portanto, somente os 54 autores restantes:

**Tabela 5** - Grau de formação profissional

Titulação	Quantidade	Porcentagem
Apenas título de graduandos ou graduados	08	9,63%
Mestrandos ou com título de mestrado	18	21,68%
Doutorandos ou com título de doutorado	17	20,48%
Residentes ou com título de residência	01	1,20%
Pós-graduandos ou com título de pós-graduação	09	10,84%
Docente (nível universitário)	25	30,12%
Pós-doutorado (PHD)	05	6,02%
		100,00%

Fonte: os autores

## DISCUSSÃO

### Avaliação da participação do enfermeiro em cada fase do transplante renal

Os trabalhos estudados foram elencados em três grandes categorias, para avaliar a participação do enfermeiro em cada fase do transplante renal, conforme a abordagem dos autores, as classes são: Cuidados de enfermagem com o potencial doador de órgãos, somam nove trabalhos (40,90%); a segunda categoria abrange a atuação do enfermeiro nas fases de pré-transplante renal ao transoperatório, em um total de cinco trabalhos (22,72%); e por fim, o papel do enfermeiro no pós-operatório do transplante renal, com oito trabalhos (36,36%).

### Cuidados de enfermagem com o potencial doador de órgãos

Ao se referir necessariamente ao possível doador, que apresente morte encefálica, são atribuições do enfermeiro: providenciar a declaração de óbito, notificar a equipe, agilizar o processo

de constatação de morte encefálica, identificar o possível doador, realizar a notificação da equipe de captação de órgãos intra-hospitalar e assistir aos familiares de forma humanizada<sup>(4)</sup>. Também é de encargo do enfermeiro preservar as condições clínicas e hemodinâmicas do potencial doador<sup>(5)</sup>.

É por meio da atuação qualificada do enfermeiro que os familiares poderão autorizar a doação, sendo essa uma tarefa educacional<sup>(6)</sup>. Contudo, a humanização e a transparência devem estar presentes durante a assistência, resultando em conforto aos familiares<sup>(7,8)</sup>.

A educação continuada, conduzida pelo enfermeiro, é uma necessidade nessa etapa, visando um maior preparo da equipe de enfermagem para prestar uma assistência de qualidade<sup>(9)</sup>. Porém, no cenário brasileiro, os conhecimentos da equipe de enfermagem são insuficientes e superficiais, requerendo maior capacitação e maiores estudos na área<sup>(4)</sup>.

A atuação do enfermeiro é imprescindível para detectar e solicitar intervenções apropriadas, sendo considerado o elemento chave para viabilização e obtenção do órgão<sup>(10)</sup>.

### Atuação do enfermeiro nas fases de pré-transplante renal ao transoperatório

É privativo ao enfermeiro implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória ao paciente cirúrgico, durante o período determinado perioperatório, de modo a prevenir eventos adversos, e a visita pré-operatória da enfermagem é reconhecidamente essencial, estando inserida em um momento decisivo<sup>(11)</sup>.

As atividades educativas são primordiais nessa etapa, e a consulta de enfermagem é o veículo para essa condução, visando incorporar orientações e comportamentos durante todas as fases do transplante renal<sup>(12)</sup>.

Cabe ao enfermeiro garantir a segurança do paciente, proporcionando uma cirurgia segura, e isso é possível através da implantação de protocolos e registros bem feitos<sup>(13)</sup>. Sendo cabível, também, assistir de forma integral ao paciente e liderar

a equipe de enfermagem<sup>(14)</sup>. Todavia, ressalta-se que para a execução de um trabalho digno, é necessário possuir recursos humanos suficientes e apoio institucional<sup>(15)</sup>.

### O papel do enfermeiro no pós-operatório do transplante renal

A educação em saúde, nesta etapa, pode se tornar o pilar de sustentação para a adesão de cuidados que o transplantado deverá ter, e o enfermeiro exerce papel valioso como educador<sup>(16,17)</sup>.

É salientado, também, sobre a importância da equipe de enfermagem ser bem treinada para a detecção precoce de sinais e sintomas de rejeição ou infecção, pois o sucesso desse procedimento depende da qualidade dos cuidados prestados<sup>(18)</sup>.

O enfermeiro deve reunir uma série de habilidades e conhecimentos para atuar no transplante renal, e tais características o torna indispensável para garantir o sucesso do transplante renal, em todas as suas etapas<sup>(19)</sup>.

E por fim, a atuação do enfermeiro contribui para a redução do tempo de hospitalização do transplantado, e conseqüentemente para redução de custos. Então, conclui-se que o enfermeiro exerce papel crucial para que haja um programa de transplante de sucesso<sup>(20)</sup>.

### CONCLUSÃO

A contribuição tanto do enfermeiro, quanto da equipe de enfermagem é primordial para o sucesso do transplante renal, atuando de forma ativa em cada uma de suas etapas. Detectou-se que dentre todos os cuidados fornecidos pelo enfermeiro, a realização da educação em saúde possui lugar de destaque, atuando diversas vezes como elemento chave para o alcance do sucesso do transplante renal.

Durante essa revisão integrativa, detectou-se uma série de benefícios que podem ser alcançados pela atuação qualificada da enfermagem; também foi detectado uma carência em relação à existência

de produções científicas, que abordassem de forma mais precisa a contribuição da enfermagem nas fases de pré-transplante renal ao transoperatório, apesar da relevância de sua atuação.

Contudo, apesar de tal relevância, é necessário ressaltar que para alcançar o sucesso do transplante renal, não basta somente a atuação do enfermeiro, mas também a atuação conjunta da equipe multidisciplinar, tal como apoio institucional.

### REFERÊNCIAS

1. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO). Ano XXI Nº 3. Regist Bras Transplantes [Internet]. 2015;3–29. [acesso em 03 ago. 2016]. Disponível: <http://www.abto.org.br>.
2. Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO). Manual de transplante renal [Internet]. (s/d); 4–29. [acesso em 15 Jul. 2016]. Disponível: <http://www.abto.org.br>.
3. Soares CB, Hoga LAK, Peduzzi M, Sangaleti C, Yonekura T, Silva DRAD. [Integrative review: concepts and methods used in nursing]. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2014 Apr;48(2):335–45. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24918895>.
4. Cavalcante LDP, Ramos IC, Araújo MÂM, Alves MD dos S, Braga VAB. Cuidados de enfermagem ao paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos. Acta Paul Enferm [Internet]. 2014 Dec;27(6):567–72.
5. Freire ILS, Mendonça AE de O, Pontes VO de, Vasconcelos QLD de AQ, Torre G de V. transplante. J Nurs UFPE Online [Internet]. 2012;14(4):903–12.
6. Fonseca PIMN da, Tavares CM de M, Silva TN, Paiva LM, Augusto VDO. Family interview for organ donation: necessary knowledge according to coordinators in organ transplants. Rev Pesqui Cuid é Fundam Online [Internet]. 2016 Jan 7;8(1):3979.

7. Araújo MN de, Massarollo MCKB. Conflitos éticos vivenciados por enfermeiros no processo de doação de órgãos. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2014 Jul;27(3):215–20.
8. Moraes EL de, Neves FF, Santos MJ dos, Merighi MAB, Massarollo MCKB. Experiências e expectativas de enfermeiros no cuidado ao doador de órgãos e à sua família. *Rev da Esc Enferm da USP* [Internet]. 2015 Dec;49(spe):129–35.
9. Lima CSP, Batista AC de O, Barbosa S de FF. Percepções da equipe de enfermagem no cuidado ao paciente em morte encefálica. *Rev Eletrônica Enferm* [Internet]. 2013 Sep 30;15(3):780–9.
10. Moraes EL De, Santos MJ Dos, Merighi MAB, Massarollo MCKB. Experience of nurses in the process of donation of organs and tissues for transplant. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2014 Apr;22(2):226–33.
11. Oliveira MM De, Mendonça KM. Análise da visita pré-operatória de enfermagem: revisão integrativa. *Revista Sobecc* [Internet]. 2014;19(3):162–70.
12. Santos CM dos, Kirchmaier FM, Silveira WJ, Arreguy-Sena C. Percepções de enfermeiros e clientes sobre cuidados de enfermagem no transplante de rim. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2015 Aug;28(4):337–43.
13. Xavier T, Silva M, Frias T. Postoperative visit as a strategy for assessment of nursing care quality in intraoperative. *Rev Pesqui Cuid é Fundam Online* [Internet]. 2014 Jul 1;6(3):1139–51.
14. Carrillo Algarra AJ, Mesa Melgarejo L, Moreno Rubio F. El cuidado en un programa de trasplante renal: un acompañamiento de vida. *Aquichan* [Internet]. 2015 Jul 14;15(2):266–77.
15. Trepichio PB, Guirardello E de B, Duran ECM, Brito AP de. Perfil dos pacientes e carga de trabalho de enfermagem na unidade de nefrologia. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2013 Jun;34(2):133–9.
16. Inácio LA, Montezeli JH, Sade PMC, Caveião C, Hey AP. Atuação do enfermeiro nas orientações de alta ao paciente pós-transplante renal. *Rev Enferm da UFSM* [Internet]. 2014 Aug 27;4(2):323–31.
17. De Oliveira Furtado AM, De Souza SR de O e S, Lopes de Oliveira B, Novaes Garcia C. El enfermero asistencial y educador en una unidad de trasplante renal: un desafío. *Enfermería Glob* [Internet]. 2012 Jul;11(27):346–50.
18. Corrêa APA, Brahm MMT, Teixeira C de C, Ferreira SAL, Manfro RC, Lucena A de F, et al. Complicações durante a internação de receptores de transplante renal. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2013 Sep;34(3):46–54.
19. Souza da Silva, A; Oliveira Pontes, U; Genzini, T; Rezende do Prado, P; Maciel Amaral T. Revisão integrativa sobre o papel do enfermeiro no pós-transplante renal. *Cogitare Enferm*. 2014;19(3):597–603.
20. Mendes KDS, Roza B de A, Barbosa S de FF, Schirmer J, Galvão CM. Transplante de órgãos e tecidos: responsabilidades do enfermeiro. *Texto Context - Enferm* [Internet]. 2012 Dec;21(4):945–53.

# ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA CENTRAL DE MATERIAIS E ESTERILIZAÇÃO DE UM HOSPITAL VETERINÁRIO DE ENSINO: RELATO DE EXPERIÊNCIAS

## NURSE'S ACTIVITY IN THE CENTER OF MATERIALS AND STERILIZATION OF A VETERINARY TEACHING HOSPITAL: EXPERIENCE REPORT

*Cintia Alaina Strabelli<sup>1</sup>  
Gisele Hespanhol Dorigan<sup>2</sup>*

### RESUMO

**Objetivo:** Identificar e descrever os principais problemas nas etapas de reprocessamento, em um centro de materiais e esterilização de um hospital veterinário de ensino. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo exploratório do tipo relato de experiência, desenvolvido a partir das vivências de uma graduanda de enfermagem em um hospital veterinário de ensino, no interior de São Paulo. **Resultados:** Os principais problemas identificados, por meio da utilização de uma ferramenta de gestão, foram apontados como decorrentes da descentralização e da falta de informações sobre a metodologia de trabalho, as quais dificultam a sistematização das etapas de reprocessamento de materiais, que requer maior atenção dos profissionais. **Discussões e Resultados:** Ressalta-se que dentre as contribuições desta pesquisa para prática da enfermagem, a partir dos problemas elencados, é possível estabelecer um planejamento para tomada de decisão.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Hospital Veterinário. Reprocessamento de Materiais. Gerenciamento.

### ABSTRACT

**Aim:** To identify and describe the main problems in the reprocessing stages of materials and sterilization center of a veterinary teaching hospital. **Methods:** This is a descriptive exploratory study of the experience report, developed from the experiences of a nursing undergraduate in a veterinary teaching hospital in the interior of São Paulo. **Results:** The main problems identified through the use of a management tool were pointed out as a consequence of the decentralization and the lack of information about the work methodology, which make it difficult to systematize the stages of material reprocessing, which requires more professional attention. **Discussion and conclusion:** It should be noted that among the contributions of this research to nursing practice, from the problems listed it is possible to establish a planning for decision making.

**Keywords:** Nursing. Veterinary Hospital. Reprocessing Materials. Management.

### INTRODUÇÃO

A unidade Central de Materiais Esterilizados (CME) é definida, pelo Ministério da Saúde (MS), como um conjunto de elementos destinado à recepção e expurgo, preparo e esterilização, guarda e distribuição

<sup>1</sup> Enfermeira. Bacharel em Enfermagem. Fundação Hermínio Ometto (FHO - UNIARARAS). E-mail: strabellincintia@gmail.com

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutorado em Enfermagem. Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas (FEnf - UNICAMP). Professora Adjunta da Fundação Hermínio Ometto (FHO - UNIARARAS).

de materiais, para as unidades de estabelecimento de saúde. Todas as atividades do setor devem ser executadas de maneira dinâmica e sequenciadas. O déficit no treinamento de práticas profissionais, o não uso de equipamentos de proteção individual e estrutura física inadequada, são exemplos de fatores que influenciam negativamente a dinâmica do processo de trabalho<sup>(1)</sup>. A execução cuidadosa visa assegurar a qualidade no reprocessamento de artigos para assistência em saúde, já que a CME tem papel essencial à medida que é responsável por diversos setores em uma instituição de saúde<sup>(2)</sup>. Frente à importância e responsabilidade dos serviços prestados, torna-se fundamental que as instituições de saúde que contemplem este setor zelem pelo seu correto funcionamento. No entanto, se esterilizados de forma inadequada, podem trazer complicações e infecções para o paciente<sup>(3)</sup>.

As práticas de atuação na CME devem ser pautadas em evidências científicas, que apontam consequências graves para a assistência prestada aos pacientes, quando as recomendações não são seguidas, bem como quando são menosprezadas. Desta forma, considera-se essencial o monitoramento de cada fase do processamento de produtos para saúde, assim como a descrição de todos os procedimentos operacionais de forma padronizada, e ainda a qualificação dos profissionais. Para tanto, é indispensável que o desenvolvimento de pesquisas, com a finalidade de aperfeiçoar o processo de trabalho nesta unidade específica, seja essencial ao funcionamento de quaisquer instituições de assistência à saúde<sup>(4)</sup>.

O enfermeiro tem indicação à gestão do CME, pelos conhecimentos minuciosos que tem do processamento de artigos e sua utilização no hospital portanto, está capacitado para a sistematização de sua provisão<sup>(5)</sup>. Em seu processo de trabalho, o enfermeiro tem a possibilidade de atuar em diferentes dimensões práticas, que envolvem “cuidar”, “educar”, “gerenciar” e “pesquisar”. O setor em que esse trabalho foi desenvolvido se caracteriza como uma área de atuação peculiar da enfermeira que, em seu cotidiano, utiliza uma gama de conhecimentos

empíricos, científicos e tecnológicos para a coordenação do trabalho desenvolvido.

Dentre esses possíveis campos de atuação, estão os hospitais veterinários, clínicas de assistência à saúde, unidades prisionais, dentre outras. O presente estudo foi desenvolvido em uma unidade de CME de um hospital veterinário de ensino, e nessa instituição todas as atividades são desempenhadas por uma graduanda em Enfermagem, sob a supervisão de um profissional da área.

A partir da lacuna evidenciada na literatura nacional, na área de estudos sobre a atuação de enfermeiros em unidade de CME, nos diversos âmbitos de assistência, realizou-se este estudo com a finalidade de identificar os principais problemas relacionados ao reprocessamento de materiais para, sistematizar e subsidiar a tomada de decisão em um cenário de atuação ainda pouco explorado.

A qualidade no reprocessamento de materiais assegura que todas as condições do processo sejam ideais para a segurança na assistência à saúde. Os resultados desta pesquisa subsidiam a elaboração de um plano de ação, a partir da identificação dos principais problemas relacionados ao reprocessamento de materiais na unidade, contribuindo para que a instituição realize a adequação do processo de reprocessamento de artigos para assistência em saúde, com base nas normas e recomendações vigentes, assegurando a segurança e a qualidade do processo.

O objetivo deste estudo foi identificar e descrever os principais problemas nas etapas de reprocessamento de materiais, em um centro de materiais de um hospital veterinário de ensino.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo exploratório do tipo relato de experiência, que envolveu as seguintes etapas: a) levantamento bibliográfico; b) descrição dos principais problemas levantados, a partir das vivências de uma graduanda de enfermagem. A pesquisa foi desenvolvida na Unidade Didático Clínico Hospitalar de Medicina Veterinária (UDCH), no campus da Universidade do Estado de São Paulo

(USP), na cidade de Pirassununga-SP, localizada no interior do estado de São Paulo. A UDCH é um hospital veterinário universitário, constituído por três departamentos de atendimento: cães e gatos, equinos e ruminantes. Esta unidade possui oito consultórios e sete salas de cirurgia, além de baias, local para canil e gatil, equipamento de imagem, laboratórios clínicos e laboratórios de produção de células para terapia celular.

A instituição está apta a admitir animais de pequeno e grande porte, e a oferecer tratamentos de alta complexidade, como: quimioterapia, cirurgias ortopédicas, ventilação mecânica para animais de grande porte, entre outros procedimentos.

Elaborou-se um quadro descritivo dos problemas identificados em cada uma das etapas de processamento de materiais, a partir da observação e das vivências de uma graduanda de enfermagem na unidade, de maneira supervisionada. A finalidade deste material foi servir de subsídio à elaboração de um plano de ação, utilizando a ferramenta de gestão PDCA, a qual por meio da sistematização e planejamento, possa dar suporte à tomada de decisão para resolução desses problemas citados. Para avaliação dos procedimentos de limpeza e desinfecção, foram realizadas observações quanto ao mecanismo de lavagem dos materiais com os residentes médicos veterinários, os quais eram responsáveis pela realização desta etapa, que ocorre de maneira descentralizada.

Este estudo utilizou como referencial teórico o modelo ambiental de Nightingale, no qual o ambiente é definido como matéria circundante, que influencia ou modifica um curso em desenvolvimento. A teoria de Nightingale tem ampla aplicabilidade para a prática, à medida que relaciona a estrutura e o ambiente físico à melhoria das práticas e à assistência em saúde e, particularmente, na enfermagem<sup>(6)</sup>. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, sob o parecer nº860/2015.

## RESULTADOS

Os problemas identificados nas etapas do reprocessamento encontram-se descritos no Quadro 1, assim como as metas do plano de ação a serem executadas pelo enfermeiro, através da ferramenta de gestão PDCA. Observou-se que os problemas não solucionados advêm de fatores que podem estar atrelados às dificuldades no processo de trabalho, entre eles, está a falta de comunicação entre os profissionais, que pode ser reparada com a introdução da educação permanente em saúde como metodologia de ensino. Essa estratégia pode possibilitar o compartilhamento de experiências e construir, de forma coletiva, as etapas de reprocessamento que visam sistematizar a atuação na unidade de CME.

**Quadro 1** - Problemas identificados nas etapas de reprocessamento de materiais em uma instituição hospitalar veterinária de ensino e metas do plano de ação. Araras-SP, 2016.

Etapas do processamento	Descrição dos problemas	Propostas/ Metas para elaborar o Plano de ação
Limpeza	Desvalorização desta etapa (limpeza não executada conforme os parâmetros de reprocessamento de materiais). Processo de limpeza descentralizado. Não há ações de educação permanente em saúde.	Centralizar o processo de limpeza de materiais. Estimular a valorização do processo de limpeza, por meio da conscientização e de compartilhamento de conhecimentos entre a equipe multiprofissional. Realizar ações de educação permanente para toda a equipe de profissionais da área da saúde.
Preparo	Capacidade das caixas ultrapassam 80%.	Montar as caixas conforme padrão de uso.
Esterilização	Qualquer tipo de material é esterilizado. Falta de um cronograma de manutenção preventiva. Corrosão e degradação dos materiais.	Esterilizar apenas os materiais compatíveis com o vapor sob alta pressão (autoclave). Avaliar a possibilidade da realização de manutenção preventiva com periodicidade de, pelo menos, seis em seis meses. Adquirir o teste de Bowie- Dick.
Armazenamento	Materiais não são acondicionados adequadamente. Falta de controle dos parâmetros recomendados (temperatura e umidade do ar). Armazenamento descentralizado.	Acondicionar os materiais de forma adequada. Adquirir um termo hidrômetro para controle dos parâmetros. Adquirir prateleiras para armazenar os materiais. Centralizar o local de armazenamento.

**Fonte:** os autores.

Os resultados deste estudo contribuíram para que a instituição realizasse a adequação do processo de reprocessamento de artigos para assistência em saúde, com base nas normas e recomendações vigentes, assegurando a segurança e a qualidade do processo. A adoção dessas medidas visou minimizar os riscos de infecções relacionadas à assistência em saúde, especialmente em cenários ainda pouco explorados. A vivência e o saber científico incorporados a partir da experiência, evidencia a importância de executar cuidadosamente o reprocessamento de artigos médico-hospitalares em todas as suas etapas, com eficiência e cientificidade, função indispensável ao dinamismo requerido em ações assistenciais. Além de aperfeiçoar o suprimento necessário desses materiais diariamente, para que os setores do hospital funcionem de forma plena, em combate pelas infecções hospitalares.

## DISCUSSÃO

Quando centralizada, a unidade apresenta como vantagens: a otimização dos recursos materiais e humanos; maior segurança para o trabalhador e para o cliente, pois favorece o desenvolvimento de técnicas seguras e eficientes; maior produtividade; facilidade de supervisão, treinamento e adequação como campo de ensino e pesquisa, impedindo que o trabalhador mude de área e evitando o cruzamento de artigos sujos e limpos. Quando descentralizado, o processo de trabalho em cada etapa é desfavorecido, prejudicando as etapas e o trabalho do enfermeiro<sup>(3)</sup>.

A adoção das medidas poderá minimizar os riscos de infecções relacionadas à assistência em saúde, especialmente em cenários ainda pouco explorados. A vivência e o saber científico incorporado a partir da experiência, evidencia a importância de executar cuidadosamente o reprocessamento de artigos médico-hospitalares em todas as suas etapas, com eficiência e cientificidade, função indispensável ao dinamismo requerido em ações assistenciais, além de aperfeiçoar o suprimento necessário desses

materiais diariamente, para que os setores do hospital funcionem de forma plena, em combate pelas infecções hospitalares.

Recomenda-se a realização de outros estudos que descrevam as potencialidades e os entraves em um cenário de atuação diferente do convencional, porém de possível atuação do profissional de enfermagem. A contribuição desta pesquisa, à literatura na área, é a descrição de uma experiência em um cenário de atuação ao enfermeiro, em uma instituição de atendimento de animais.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu identificar e descrever os principais problemas apresentados em cada etapa do reprocessamento de artigos para assistência à saúde, em um cenário de atuação incomum ao enfermeiro. Foi realizado, a partir das vivências da graduanda de enfermagem, cujo processo de trabalho constitui-se de saberes e práticas específicas, com objetivo e finalidade de sistematizar o processo de trabalho da instituição. Destaca-se que esse estudo foi desenvolvido a partir de uma lacuna na literatura nacional da área.

A partir dos problemas elencados, observou-se que a descentralização da CME e a falta de informações sobre o processo de trabalho, dificultam a sistematização das etapas de reprocessamento de materiais, o que requer maior atenção dos profissionais em relação a esses aspectos.

## REFERÊNCIAS

1. Souza AAM, Lima SR, Sampaio RBB, Freitas MM, Silva JOM. Processamento e controle de materiais hospitalares da central de materiais esterilizados e seus interferentes na qualidade da assistência. in: CIAFIS: Congresso Internacional de Atividade Física, Nutrição e Saúde., 2., 2016, Aracaju. *Trabalho apresentado em congresso*. Aracaju: Unit-tiradentes, 2016. v. 1, p. 1 - 2. Disponível em: <<https://eventos.set.edu.br/index.php/CIAFIS/article/view/2927>>. Acesso em: 08 maio 2017.

2. Costa CCP, Souza NVDO, Silva PAS, Oliveira EB, Vieira MLC. O trabalho na central de material: repercussões para a saúde dos trabalhadores de enfermagem. *Revista de Enfermagem Uerj*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 23, p.533-539, ago. 2015. Mensal. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/15934/14246>>. Acesso em: 08 maio 2017.
3. Freire EM R, Martinez MR. Diagnóstico situacional: Ferramenta de auxílio em gestão da qualidade. *Revista de Enfermagem Ufpe*, Belo Horizonte, v. 5, n. 8, p.1405-1412, maio 2014. Mensal. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/9827/10017>>. Acesso em: 08 maio 2017.
4. Moriya GAA, Takeiti MH. Editorial: O Trabalho da Enfermagem em Centro de Material e Esterilização e sua implicação para a segurança do paciente. *Revista Sobecc*, [s.l.], v. 21, n. 1, p.1-2, 8 jun. 2016. Zeppelini Editorial e Comunicacao. <http://dx.doi.org/10.5327/z1414-4425201600010001>. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1414-4425/2016/v21n1/a5564.pdf>>. Acesso em: 09 maio 2017.
5. Bittencourt VLL, Benetti ERR, Graube SL, Stumm EMF, Kaiser DE. Experiences of nursing professionals on environmental risks in a central sterile services department. *Reme: Revista Mineira de Enfermagem*, [s.l.], v. 19, n. 4, p.864-870, 2015. Disponível em: <[http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-27622015000400006](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622015000400006)>. Acesso em: 09 maio 2017.
6. Horta W. *Processo de enfermagem*. São Paulo: Guanabara Koogan, 1979.



# ASSISTÊNCIA AO PARTO PELO ENFERMEIRO OBSTÉTRICO: CARACTERIZAÇÃO DAS PRODUÇÕES CIENTÍFICAS DE 2006 A 2010

OBSTETRIC NURSING ASSISTANCE:  
CHARACTERIZATION OF SCIENTIFIC  
PRODUCTIONS FROM 2006 TO 2010

*Eteo Junior Carneiro da Silva Minarini<sup>1</sup>*  
*Greyce Pollyne Santos Silva Minarini<sup>2</sup>*

## RESUMO

**Objetivo:** Analisar as produções científicas sobre a temática da assistência ao parto pelo enfermeiro obstétrico, entre os anos de 2006 a 2010. **Método:** Elegemos os princípios da pesquisa bibliográfica integrativa, com abordagem qualitativa, realizado na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), cujo resultado obtido conduziu a pesquisa às bases de dados MEDLINE, LILACS e SCIELO, sendo o material composto por artigos publicados no período compreendido entre 2006 a 2010, que abordassem a situação da assistência ao parto. **Resultados:** Foi selecionado um total de 13 produções científicas, analisando o conteúdo dos estudos aqui encontrados, estabelecemos três categorias: modelo tecnocrata e profissionais médicos; modelo humanizado; profissionais de enfermagem e assistência de enfermagem. **Conclusão:** A elaboração desta pesquisa possibilitou perceber que quando se trata de assistência ao parto e nascimento, os autores remetem o debate ao modelo tecnocrata e ao modelo humanizado, atrelado sempre aos profissionais que as põem em prática.

**Palavras-chave:** Assistência. Parto. Enfermagem. Obstetrícia.

## ABSTRACT

**Objective:** To analyze the scientific production on obstetric nurse delivery during the period from 2006 to 2010. **Method:** We chose the principles of integrative bibliographical research, with a qualitative approach, carried out in the Virtual Health Library (BVS), whose results led to the research to the MEDLINE, LILACS and SCIELO databases, and the material was composed of articles published between 2006 and 2010 that dealt with the situation of childbirth care. **Results:** 13 scientific productions were selected, analyzing the content of the studies found here, we established three categories: technocratic model and medical professionals; humanized model; nursing professionals and nursing care. **Conclusion:** The elaboration of this research made it possible to perceive that when it comes to delivery and birth care, the authors refer the debate to the technocratic model and to the humanized model always linked to the professionals who put them into practice.

**Keywords:** Care. Childbirth. Nursing. Obstetrics.

<sup>1</sup> Especialista em Enfermagem Oncológica. Enfermeiro do Serviço de Radioterapia do Hospital Santa Rita de Cassia, Vitória /ES.

<sup>2</sup> Mestre em Ciências. Enfermeira Obstétrica do Hospital Universitário Cassiano de Moraes – HUCAM/ES.

## INTRODUÇÃO

Muito se fala da institucionalização ou medicalização do parto, porém essas mudanças de modelos assistenciais são marcadas desde os primórdios do século XX, na Europa, quando a figura masculina, os médicos, passaram a utilizar medidas intervencionistas no parto, a fim de diminuir a morbimortalidade materna e fetal, porém fugindo do processo fisiológico e oferecendo à mulher uma medicalização para o alívio da dor, o que resulta no crescente índice de cesárea<sup>1</sup>.

Tendo vivenciado, há alguns anos, a assistência prestada à parturiente, em várias oportunidades foram percebidas diversas formas de tratamento, que na verdade são adequadas à instituição e não à mulher. O suporte à mulher deve ser ofertado conforme suas necessidades e singularidades, considerando que esta, no decorrer da sua gestação até o momento do parto, traz consigo a experiência dos sentimentos de medo da dor, insegurança e dúvidas, e muitas vezes em seu processo parturitivo permanecem caladas, sem questionar o tratamento recebido, resultado de uma assistência longe de ser humanizada, reflexo das rotinas hospitalares.

No entanto, é através de produções e publicações de novos saberes acerca da assistência ao parto e nascimento que ela se caracteriza em sua existência, evidencia seus horizontes e determina sua amplitude, exatamente pela capacidade de fomentar e ratificar o debate sobre sua existência e importância.

O presente estudo tem como finalidade contribuir para a reflexão sobre o conhecimento produzido, acerca da assistência ao parto e assistência prestada pelo enfermeiro obstetra, fornecendo aos profissionais de saúde um panorama sobre o tema. Assim, o objetivo é analisar as produções científicas sobre a temática da assistência ao parto pelo enfermeiro obstétrico, entre os anos de 2006 a 2010.

## REFERENCIAL TEÓRICO

No modelo hospitalar de assistência ao trabalho de parto e parto, dá-se preferência às rotinas hospitalares para todas as parturientes, como despir a mulher; tricotomizar; fazer uso de enema; instalar soro e afastá-las do processo de nascimento com vínculo familiar, além do uso de episiotomia; rotinas cirúrgicas e de fórceps, geralmente desnecessário, tornando-as prejudiciais, inadequadas e ineficazes. Rotinas essas, desestimuladas pelo Ministério da Saúde, por interferir e prejudicar no processo de nascimento<sup>2-3</sup>.

Por outro lado, para minimizar os possíveis agravos da assistência tecnicista, as políticas públicas de saúde da mulher entenderam que eram necessárias outras mudanças no cenário de parto e nascimento, e a partir disso o parto deixou de ser privativo ao médico, o que fez com que enfermeiros obstetras, capacitados para atender a parturiente, com suporte técnico, mas com o mínimo de intervenções desnecessárias e invasivas, ofertassem uma assistência voltada para o compromisso com a melhoria das condições de saúde da mulher<sup>1,4</sup>.

O novo modelo de assistência ao parto ganha espaço com o movimento feminista, que passou a questionar práticas obstétricas de rotinas que intervinham no parto, de modo que não era fisiológico da parturiente. Esse modelo trouxe o suporte físico e psíquico, sem interferir no processo fisiológico, permitindo à mulher escolher o seu plano assistencial e tornando menos hierarquizada a relação entre profissional e paciente<sup>5</sup>.

O Ministério da Saúde, através da portaria GM nº 569, de 1/6/2000, instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, ao considerar que a mulher e o recém-nascido devem ter acesso e atendimento digno de qualidade em sua unidade de internação, gozando de medidas humanizadas que possibilitem reduzir a morbimortalidade materna, perinatal e neonatal registrada do país, assegurando a melhoria do acesso da obstetrícia e da qualidade de acompanhamento da assistência ao parto<sup>6</sup>.

Humanizar a assistência é tratar com dignidade e respeito a parturiente que dá entrada na maternidade, esse é o primeiro passo seguro para se obter bons resultados na evolução do trabalho de parto. Dito isto, o enfermeiro deve demonstrar empatia e comunicação, a depender da necessidade de cada uma, pois estas devem ser tratadas com individualidade, visto que cada uma traz consigo experiências e dúvidas singulares, do mesmo modo que devemos considerar todo parto como o primeiro, sabendo o enfermeiro que a dor e a ansiedade sentida são diferentes e é novidade em cada parto<sup>7</sup>.

## MÉTODOS

Elegemos os princípios da pesquisa bibliográfica integrativa, com abordagem qualitativa, realizada na área da saúde e envolvendo as atividades básicas de identificação, compilação e fichamentos dos trabalhos. A pesquisa bibliográfica, através do levantamento de fontes variadas, foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), cujo resultado obtido conduziu a pesquisa às bases de dados: Medical Literature Analysis and Retrieval System (MEDLINE), Literatura latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO), sendo o material composto por artigos publicados nos últimos cinco anos, no período compreendido entre 2006 a 2010, que abordassem a situação da assistência ao parto, com os seguintes descritores: assistência; parto; enfermagem; obstetrícia; disponibilizados na íntegra, no idioma português, com definição do método, cenário de estudo (região sudeste), e população estudada. A partir da busca selecionada, foram encontradas 831 publicações científicas, sendo 739 artigos. Analisando essas publicações, temos 71 artigos com textos completos, destes 48 estão no idioma português; entre o período de 2006 a 2010 têm-se 35 artigos; foram descartados 2 artigos repetidos; 2 artigos indisponíveis para acesso e 12 artigos que não referiram a região sudeste, portanto foram selecionadas 19 publicações científicas.

Após a seleção dos artigos indexados e catalogados em ficha bibliográfica adaptada, procedeu-se a leitura superficial dos títulos e resumos, para selecionar o que era de interesse da pesquisa. Assim, 6 publicações científicas das selecionadas não discorriam sobre a assistência à parturiente pela enfermeira obstétrica, em que se referiam ao ensino; depressão pós-parto; amamentação; incontinência urinária de esforço; e sentimentos vivenciados pelos pais no nascimento do filho; sendo então, excluídos no presente estudo. Após selecionados os 13 artigos, foi realizada uma leitura minuciosa, a fim de não serem perdidos aspectos importantes para o enriquecimento do estudo e a confecção da redação final da pesquisa, analisando os seguintes aspectos das produções: ano de publicação; local de publicação; as ideias principais; os objetivos principais; ideias e conceitos principais; resultados e conclusões principais; recomendações principais, e maneiras como foi abordado o seu objeto de estudo nas produções. Para análise dos dados foi utilizada a temática de análise de conteúdo de Bardir<sup>8</sup>.

Foram selecionadas um total de 13 produções científicas para o estudo, as quais foram distribuídas nos seguintes periódicos: 2 publicações da Revista Brasileira de Enfermagem<sup>2,9</sup>, 3 periódicos da Revista da Escola de Enfermagem da USP<sup>5,10-11</sup>, 3 publicações da Revista de Enfermagem da UERJ<sup>12-14</sup>, 1 publicação da Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery<sup>15</sup>, 1 da revista Texto de Contexto de Enfermagem<sup>16</sup>, 1 da revista Investigação e Educação em Enfermagem<sup>17</sup>, 1 da revista Saúde e Sociedade<sup>18</sup> e 1 publicação da revista Interface<sup>19</sup>.

Quanto ao período correlacionado, analisando o total de 13 artigos, temos: 2 publicações no ano de 2006<sup>5,9</sup>, 1 publicação no ano de 2007<sup>17</sup>, 4 publicações no ano de 2008<sup>10,12,15,19</sup>, 2 publicações no ano de 2009<sup>2,13</sup>, 4 publicações no ano de 2010<sup>11,14,16,18</sup>.

Observando que as produções investigadas tiveram a região de São Paulo como maior concentração de pesquisa, na qual constatamos 8 artigos<sup>2,5,9,11,15-19</sup>. Na região de Rio de Janeiro foram encontrados 5 artigos<sup>10,12-15</sup>. No aspecto

levantado quanto ao tipo de pesquisa, tem-se estudos qualitativos<sup>5,9-10,13-15,17,19</sup>, e deste ainda com abordagem reflexiva<sup>5,9,15</sup>, com abordagem descritiva<sup>17</sup>, com abordagem histórico-social<sup>13</sup>; e estudos quantitativos<sup>2,11-12,16,18</sup> com abordagem descritiva, observacional e análise documental<sup>12</sup>, com abordagem descritivo-exploratório<sup>2,16,18</sup>, com abordagem descritivo e retrospectivo dos dados<sup>11</sup>.

## RESULTADO

Analisando o conteúdo dos estudos aqui encontrados estabelecemos três categorias:

### *1ª Categoria: Modelo Tecnocrata e Profissionais Médicos*

Destaca-se neste agrupamento temático o modelo tecnocrata, estando ele muito atrelado aos profissionais médicos na nossa contemporaneidade, porém que nos remete à excessiva medicalização e a riscos de obter efeitos potencialmente adversos.

Na análise encontramos produções que enfatizam, como características deste modelo, a manipulação do corpo da mulher e técnicas pré-estabelecidas pelas instituições<sup>5,10,15</sup>. No modelo tecnocrata, os procedimentos invasivos se caracterizam por manipular a vidas das mulheres e por estabelecer padrões de cuidado que não levam em consideração a história do corpo feminino, este é marcado pelo modelo tecnocrático, implementado a partir da obstetrícia científica<sup>15</sup>. A formação no modelo biomédico sofreu influências intervencionistas, de cunho medicalizado e rotineiro, fazendo com que as mulheres se sintam objeto passivo, incapaz de realizar seu próprio parto no modelo hospitalar<sup>10</sup>.

A assistência hospitalar priva a mulher de escolher pela posição de dar à luz, em que o modelo tecnocrata é hegemônico. A posição horizontal, imposta nos hospitais, favorece a compressão dos vasos, dificultando as trocas gasosas entre mãe e feto e diminuindo a efetividade das contrações uterinas, além de não favorecer a força da gravidade, como acontece na posição

verticalizada, o que pode prejudicar o mecanismo do trabalho de parto<sup>12</sup>.

Dos trabalhos relacionados nesta categoria, dois avaliaram os métodos invasivos relacionados à atenção ao trabalho de parto e parto, que configuram-se como violência à mulher quando utilizados de maneira inadequada, se perpetuam sem o consentimento da parturiente. São eles: a tricotomia, uso de ocitócitos, instalação de venóclise, restrição ao leito, aspiração rotineira de RN, uso rotineiro de episiotomia, monitorização eletrônica fetal, analgesia peridural e barreiras institucionais<sup>2,11</sup>. Além da amniotomia, que é um procedimento comumente utilizado na prática moderna da obstetrícia, e a administração endovenosa de Buscopan®, associado com Plasil® e glicose, com a finalidade de favorecer o esvaecimento e dilatação do colo uterino, mesmo sem evidências sobre os seus benefícios. Tecnologia estas que, quando aplicadas em mulheres com gestação de baixo risco e parto eutócico, vem apresentando resultados maternos e perinatais desfavoráveis<sup>11</sup>.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a episiotomia é considerada prática utilizada de forma inadequada, na qual são seccionados, além de pele e mucosa, músculos transversos do períneo e do bulbocavernoso. Essa prática tem algumas indicações, mas não há justificativa para sua frequência, por não trazer benefícios nem para mãe nem para o feto<sup>6</sup>. Além disso, a prática de uma atenção humanizada ainda é muito diferente do que as políticas almejam, principalmente em decorrência de rotinas institucionais rígidas e de uma ambiência imprópria.

A formação capitalista dos médicos também faz parte da discussão de outros dois artigos<sup>13,19</sup> sobre a assistência ao parto. Evidencia o tratamento desumano de médicos, o distanciamento e a falta de comunicação entre profissional e cliente, como ato medicalizado muito preso às rotinas<sup>19</sup>. Os profissionais médicos não modificaram seus hábitos profissionais, porque a sua formação capitalista estava muito presente e necessitaria mais que um gestor com eficiência de um trabalho

pedagógico, mas que depois de cessado o ato retornaria aos seus princípios<sup>13</sup>.

### *2ª Categoria: Modelo Humanizado*

O modelo humanizado vem acompanhado geralmente da assistência prestada pelos profissionais de enfermagem, marcado pela reforma da obstetrícia desde a implantação do programa de humanização do Pré-Natal e nascimento. No modelo humanizado, como acontece nas casas de parto, espaço ocupado por enfermeiros obstetras, a mulher é considerada protagonista de sua história, oferecendo condições favoráveis e não invasivas para o nascimento. Os Centros de Parto Normal (CPN) são unidades que estão inseridas no sistema de saúde local, atuando de maneira complementar nas unidades de saúde existentes, e são organizadas no sentido de promover a ampliação do acesso e do vínculo na atenção ao parto e puerpério<sup>15</sup>.

Autores se referem aos CPN como um local que conta com um trabalho de parto ativo e participativo, que vai ao encontro com as medidas de atenção humanizada, empregando práticas baseadas em evidências preconizadas pelo Ministério da Saúde<sup>2,5</sup>. Além disso, representa um modelo de assistência com desfechos maternos e neonatais, favoráveis para população de baixo risco<sup>11</sup>.

A desmedicalização da assistência ao parto, prática defendida pelo enfermeiro, tem o objetivo de resgatar o parto fisiológico como um fenômeno feminino no qual a mulher seja a personagem principal, e somente usar de intervenções quando necessário<sup>10</sup>. A mulher deve ser reconhecida como principal participante do processo, e suas escolhas devem ser respeitadas, oferecendo a ela a possibilidade de vivenciar essa experiência como protagonista<sup>19</sup>. Para isso, os profissionais devem mudar suas condutas, proporcionando à mulher liberdade de escolha, reduzindo as práticas obstétricas intervencionistas para garantir o protagonismo<sup>13</sup>.

Desmedicalizar é apresentar às mulheres outras opções de cuidado, que podem e devem conviver como direito de escolha da mu-

lher, como não fazer uso de práticas intervencionistas desnecessárias, o respeito à fisiologia e o protagonismo da mulher em seu próprio parto<sup>10</sup>. Considera-se relevante a participação do profissional de saúde na instrumentalização dessa mulher, no intuito de desmitificar tabus e crenças que envolvem o parto normal<sup>20</sup>.

A assistência prestada nas necessidades da parturiente, com práticas baseadas em evidências, dá oportunidade à mulher de decidir pela assistência no parto desde o pré-natal, bem como sua autonomia durante a atenção recebida<sup>5</sup>. Essa assistência, tida como humanizada, visa prevenir agravos na gestação, preconiza a atenção às parturientes pelo acolhimento e qualidade na assistência, respeito e informação<sup>19</sup>.

Quatro dos estudos analisados destacaram a posição da cliente, adotada para o parto, como fator que interfere na preservação perineal e na vitalidade dos recém-nascidos, como prática orientada pelo Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento. A escolha da posição vertical pelas parturientes, na maioria das vezes, é oportunizada pela enfermeira, por ser uma atitude menos intervencionista, conferindo maior proteção à integridade da mulher, afim de evitar laceração e resultando em índice menor de episiotomia, assim como escore de Apgar foi maior que 7 no 1º e 5º minuto<sup>12</sup>.

Dentro do modelo humanizado, também se deve contar com ambiente adequado, destacando as cores alegres, os mobiliários específicos e a ausência de camas que impusessem às mulheres uma posição específica de litotomia ou decúbito dorsal, tudo para que esta vivencie privacidade, conforto e liberdade de movimentos<sup>13</sup>. Dito isto, e baseado nas melhores práticas para aplicação deste modelo de assistência, as produções<sup>11,18</sup> compreendem que a realização do parto fora de ambientes com intensa medicalização é uma alternativa ao modelo intervencionista, guiada por métodos utilizados para auxiliar a mulher no processo de parto<sup>11</sup>.

Outro resultado recente apresentado nas pesquisas é a presença do acompanhante no

parto de escolha da parturiente, justificada pelos seus fatores benéficos<sup>2,17</sup>. Constatou-se maior probabilidade de parto vaginal espontâneo, duração menor do trabalho de parto, menor uso de analgesia intraparto ou menos relatos de insatisfação com a experiência do nascimento, entre as mulheres com apoio contínuo durante o parto<sup>11</sup>. Ressalta-se a importância que se dá na presença do acompanhante na sala de parto, no entanto outra publicação evidencia a necessidade de preparação, também deste acompanhante, através de educação e preparação no pré-natal, se possível<sup>9</sup>.

### *3ª Categoria: Profissionais de Enfermagem e Assistência de Enfermagem*

Esta categoria foi construída a partir das produções que apontavam a retomada dos profissionais não-médicos na assistência ao parto, identificamos artigos que valorizam a qualificação dos enfermeiros para a atenção ao parto<sup>2,13</sup>.

## DISCUSSÃO

A assistência de enfermagem ao parto se deu com o movimento feminista, que contou com enfermeiras obstétricas, sendo almejada a transformação do papel passivo da mulher no seu parto. A enfermeira obstétrica, que vingou até o presente, foi aquela que conseguiu incorporar as práticas benéficas e guiar os outros profissionais para um novo habitus<sup>13</sup>. A retomada destes profissionais se deve a aprovação da lei das parteiras e disputa de enfermeiras e obstetrias, como oposição ao emergente modelo médico, patriarcal e centralizador<sup>9</sup>.

Observamos que a atuação da parteira e da enfermagem obstétrica foi melhorada por meio de treinamento, prosperando em sua fase inicial por meio do acolhimento ofertado pelos poderes públicos<sup>12</sup>. Por outro lado, existe a escassez de profissionais qualificados para atuar na assistência ao pré-natal, parto e puerpério, devido às barreiras pessoais e institucionais<sup>18</sup>. Além disso, o déficit quantitativo de recursos humanos nas equipes de

saúde, gera superposição de atividades e sobrecarga de trabalho, havendo necessidade de ampliar o quantitativo das enfermeiras, complementando o quadro de pessoal de forma a evitar o acúmulo de atividades e possibilitando que os profissionais disponham do tempo adequado para dedicar-se efetivamente à assistência<sup>14</sup>.

Evidenciam o aprofundamento da atuação da enfermagem na assistência ao parto em inúmeras pesquisas<sup>(11,14-16,19)</sup>.

É importante que a enfermagem proporcione um cuidado que esteja de acordo com a demanda de cada paciente, respeitando as limitações e necessidades de cada uma, enfatizando o seu aspecto educador e, principalmente, o seu aspecto humanístico<sup>16</sup>. Uma boa qualidade do cuidado, sob a perspectiva das gestantes, inclui a cortesia e a competência dos profissionais. A valorização da escuta e do diálogo nas relações interpessoais, a escuta, a atenção e o atendimento das necessidades mínimas é uma necessidade humana básica, do tipo psicossocial<sup>14</sup>. A enfermagem, por ser transcultural, respeita a cultura das mulheres que trazem consigo a socialização da medicalização e hospitalização, mas que ao mesmo tempo oferece um modelo com concepções humanizadas de cuidado, que elas mesmas desconhecem<sup>15</sup>.

A assistência de enfermagem ao parto, qualificada e humanizada de forma integral às necessidades da mulher, presta o apoio necessário no seu processo de reorganização psíquica quanto ao vínculo com o seu bebê, mudanças corporais, amamentação, retomada da atividade sexual e planejamento familiar<sup>14</sup>.

A enfermeira obstétrica exerce papel de cuidadora e educadora, desenvolvendo práticas de educação apoiadas nas ciências sociais<sup>15</sup>. A educação em saúde, adotada pela enfermeira obstétrica, tem demonstrado eficiência no que diz respeito à luta pela consolidação do modelo humanizado, é uma forma de negociar com a mulher, colaborando com a fisiologia do parto, visto que as mulheres no decorrer da negociação de cuidado humanizado, nos grupos de gestantes e nas consultas de pré-natal, seguras de si e do

seu corpo, passam a entender esse processo como natural e se percebem protagonistas do seu parto, colocando-se ativas nas decisões ao refletir sobre o que é melhor para seu corpo<sup>15,19</sup>.

Destaca-se a responsabilidade da enfermeira obstétrica ou obstetritz por todas as decisões relativas ao cuidado da mulher e do recém-nascido; e pelo uso adequado da tecnologia<sup>11</sup>; por atuarem nos CPN como implementadora, realizando o parto normal sem distocia; promovendo o parto fisiológico e saudável; prevenindo a dor iatrogênica e a lesão genital da episiotomia desnecessária<sup>5</sup>; prevenir e identificar intercorrências, executando, quando necessário, medidas de urgência e emergência na ausência do médico<sup>2</sup>. Como evidenciado, nos partos assistidos por enfermeiros obstetras, o resultado foi o índice menor de episiotomia, por ser atitude menos intervencionista e protegendo a integridade da mulher<sup>12</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração desta pesquisa possibilitou perceber que, quando se trata de assistência ao parto e nascimento, os autores remetem o debate ao modelo tecnocrata e ao modelo humanizado, atrelado sempre aos profissionais que as põem em prática. Os estudos apontam que o modelo tecnocrata é marcado comumente pelas rotinas institucionalistas, representado pela excessiva medicalização e manipulação do corpo da mulher como se fossem objeto passivo, incapaz de decidir sobre os cuidados que lhes são prestados. As intervenções no trabalho de parto e parto podem trazer prejuízos ao bem estar materno e fetal, no entanto não hesitam em permanecer na rotina hospitalar, são elas: o uso de ocitócitos; a instalação de venóclise acompanhada do jejum e a restrição ao leito, que muitas vezes é justificada pela falta de ambiente adequado para a livre movimentação da mulher.

Para rebater a este tipo de assistência, o modelo humanizado esteve presente nas discussões dos autores, como opção de reforma na assistência obstétrica. De acordo com os

estudos apresentados, esse tipo de modelo vem à tona desde o programa de humanização ao Pré-Natal e nascimento, e vem acompanhada pelo incentivo do Ministério da Saúde a humanizar o parto e nascimento, junto a isto está a capacitação de profissionais para tal prática. Na assistência humanizada, de acordo com os autores destes estudos, a mulher é submetida a condições favoráveis de parto e a intervenções não invasivas, que auxiliam no alívio da dor e desconforto. Nele a mulher participa do processo parturitivo, resgatando o parto fisiológico.

A enfermagem respeita a cultura das mulheres, oferecendo um modelo com concepções humanizadas de cuidado, exercendo papel de cuidadora e educadora, promovendo o parto fisiológico e saudável, prevenindo a dor iatrogênica e a lesão genital da episiotomia desnecessária. Entendemos que, embora a assistência ao parto tida pelo enfermeiro obstetra seja peculiar e indispensável, ainda existem lacunas na assistência, devido à falta de qualificação profissional e por não exercerem as competências essenciais na atenção qualificada à maternidade, devido às barreiras pessoais e institucionais. Observa-se a necessidade de novas discussões acerca desta temática, que venham dar respaldo ao trabalho desenvolvido pelos enfermeiros obstetras.

## REFERÊNCIAS

1. Souza TG, GaívaMAM, ModesPSSA. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. *RevistaGaúcha de Enfermagem*. (Online). 2011 Set, 32(3): 479-486.
2. Narchi, NZ. Atenção ao parto por enfermeiros na Zona Leste do Município de São Paulo. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2009 Jul-Ago 62(4):546-551.
3. Sodré, TM; Lacerda, RA. O processo de trabalho na assistência ao parto em Londrina – PR. *Revista Escola de Enfermagem da USP*. 2007 Mar 41(1):82-90.

4. Campos, SEV; Lana, FCF. Resultados de assistência ao parto no Centro de Parto Normal Dr. David Capistrano da Costa Filho em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. 2007 Jan-Jun 23(6):1349-1359.
5. Machado, NXS; Praça, NS. Centro de parto normal e assistência obstétrica nas necessidades das parturientes. *Revista Escola de Enfermagem da USP*. 2006 Jun 40(2):274-279.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual técnico do parto, aborto e puerpério: assistência humanizada a mulher. Brasília (DF): MS; 2004.
7. Reis AE, Patricio ZM. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina. *Ciências e Saúde Coletiva*. 2009 Set-Dez 10(suppl):221-230.
8. Bardin L. Análise de conteúdo. 3 ed. Lisboa: PO, 2004.
9. Osawa RH, Riesco MLG, Tsunehiro MA. Parteiras-enfermeiras e Enfermeiras-parteiras: a interface de profissões afins, porém distintas. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2006 Set-Out 59(5):699-702.
10. Vargens OMC, Progianti JM, Silveira ACF. O significado de desmedicalização da assistências ao parto no hospital: análise da concepção de enfermeiras obstétricas. *Revista Escola de Enfermagem da USP*. 2008 Jun 42(2):339-346.
11. Lobo SF, Oliveira SMJV, Schneck CA. Resultados maternos e neonatais em Centro de Parto Normal peri-hospitalar na cidade de São Paulo, Brasil. *Revista Escola de Enfermagem da USP*. 2010 Set 44(3):812-818.
12. Mouta RJO, Pilott DTF, Vargens OMC. Relação entre posição adotada pela mulher no parto, integridade perineal e vitalidade do recém-nascido. *Revista de Enfermagem da UERJ*. 2008 Out-Dez 16(4):472-476.
13. Progianti JM, Mouta RJO. A enfermeira obstétrica: agente estratégico na implantação de práticas do modelo humanizado em maternidades. *Revista de Enfermagem da UERJ*. 2009 Abr-Jun 17(2):165-169.
14. Moura MAV, Costa GRM, Teixeira CS. Momentos de verdade da assistência de enfermagem à puerpera: um enfoque na qualidade. *Revista de Enfermagem da UERJ*. 2010 Jul-Set 18(3):429-434.
15. Progianti JM, Costa RF. Negociação do cuidado de enfermagem obstétrica através das práticas educativas na casa de parto. *Escola Anna Nery*. 2008 Dez 12(4):790-703.
16. Odinino NG; Guirardello EB. Satisfação da puerpera com os cuidados de enfermagem recebidos em um alojamento conjunto. *Texto e Contexto de Enfermagem*. 2010 Out-Dez 19(4):682-690.
17. Hoga, LAK; Pinto, CMS. Assistência ao parto com a presença do acompanhante: experiências de profissionais. *Investigacion y Educacion em Enfermeria*. 2007 Jan-Jun 25(1):74-81.
18. Narchi NZ. Análise do Exercício de Competências dos não médicos para Atenção à Maternidade. *Saúde e Sociedade*. 2010 Mar 19(1):147-158.
19. Parada CMGL, Tonete VLP. O cuidado em saúde no ciclo gravídico-puerperal sob a perspectiva de usuárias de serviços públicos. *Interface*. 2008 Jan-Mar 12(24):35-46.
20. Silva GPS, Jesus MCP, Merighi MAB. Experiência de mulheres com a cesariana sob a ótica da fenomenologia social. *Online Brazilian Journal of Nursing*. 2014 Mar 13(1):05-14.

# NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA – FACULDADE DE ENFERMAGEM

REVISTA DE ENFERMAGEM DA UFJF

Endereço eletrônico: <http://www.ufjf.br/revistadeenfermagem>

E-mail: [revenfenviodeartigo@gmail.com](mailto:revenfenviodeartigo@gmail.com)

## INSTRUÇÕES PARA PREPARO E SUBMISSÃO DO MANUSCRITO

Essas instruções visam orientar os autores sobre as normas adotadas pela **Revista de Enfermagem da UFJF** para avaliação de manuscritos e o processo de publicação. As referidas instruções baseiam-se nas Normas para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas: Escrever e Editar para Publicações Biomédicas, estilo Vancouver, formuladas pelo *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE).

**Missão da Revista:** A Revista Enfermagem da UFJF (R. Enferm. UFJF) é uma publicação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora que possui periodicidade semestral e cuja finalidade é contribuir com a produção, divulgação e utilização de conhecimentos pertinentes a área de Enfermagem e áreas afins.

**Sessões da revista:** Cada fascículo terá a seguinte estrutura: editorial, artigos com resultados de pesquisas; seguidos de normas de publicação, relatos de experiência, artigos reflexivos, de cartas ao Editor ou de resenhas.

**Política editorial:** A Revista possui como prioridade publicar artigos inéditos destinados à divulgação de resultados de pesquisas originais, aceitando também revisões sistemáticas e integrativas, relatos de experiências, reflexões temáticas, cartas ao Editor(a) e editoriais. Suas publicações de caráter inédito ocorrem em números regulares ou especiais, sendo antecedida pelo processo de avaliação de pares (*peer review*). Não é permitida a apresentação parcial ou total de conteúdos em outro periódico, nem sua reprodução sem a aquiescência formal do(a) Editor(a), excetuando-se resumos ou relatórios preliminares, publicados em anais de reuniões científicas.

**Processo de julgamento:** A Revista possui sistema de gerenciamento eletrônico do processo de publicação identificados por protocolo numérico, na ocasião em que os autores postarem, *on line*, seus manuscritos. Os autores poderão acompanhar o andamento do processo de submissão, quer seja pelo contato do Editor com o responsável pelo manuscrito ou por acompanhamento pelo sistema SEER, utilizando-se para isto do número do protocolo recebido na ocasião de sua postagem. Todo material encaminhando à Revista passará pelas seguintes avaliações: 1) *Avaliação inicial:* conferência da documentação requerida e avaliação do mérito ou carta explicitando a contribuição do conteúdo do manuscrito para a Enfermagem

e áreas afins; 2) *Avaliação dos pares*: somente os manuscritos que atenderem os requisitos anteriores serão encaminhados para julgamento dos pares (em número mínimo de três) utilizando de instrumento adotado pela Revista e 3) *Avaliação por Editores Associados*: apreciarão normas de publicação, conteúdo e pertinência e 4) *Avaliação do Conselho Editor*: fase deliberativa final com autoridade para decidir sobre a aceitação ou não do manuscrito, necessidade ou não de alterações e com autonomia para estabelecer cronograma de publicação (ocasião em que os autores receberão confirmação de que o manuscrito estará no prelo).

**Submissão:** Todo manuscrito será submetido para avaliação exclusivamente por sistema *on line* no endereço <http://www.ufjf.br/revistadeenfermagem> em português. Em caso de aprovação e interesse dos autores para intensificar o impacto de seu manuscrito, a tradução para o outro idioma (inglês e/ou espanhol) deverá ser providenciada de acordo com as recomendações da Revista, ficando o custo financeiro sob a responsabilidade dos autores.

O sistema eletrônico está programado para receber manuscritos quando todos os campos forem preenchidos e os documentos anexados, a saber: 1) *checklist* preenchido automaticamente pelo sistema; 2) formulários de declarações (declaração de ausência de conflitos, declaração de transferência de direitos autorais; 3) cópia do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa ou declaração solicitando sua dispensa nos casos em que o tipo de manuscrito não contemplar tal recomendação; 4) arquivo do manuscrito propriamente dito com complementos em anexos (nome dos autores, agradecimentos, órgãos financiadores e interesse em divulgar o manuscrito em outro idioma).

A confirmação do recebimento do manuscrito ocorrerá após conferência da documentação, sendo a solicitação de resolução de pendências e correções aguardada pelo tempo estipulado no comunicado. Caso as solicitações não sejam atendidas em tempo hábil, a submissão será automaticamente cancelada.

**Publicação:** Os artigos são publicados em acesso aberto *online* em português com os resumos em dois idiomas (português e inglês) com opção de divulgação do manuscrito na íntegra em um ou dois outros idiomas.

**Política de arquivamento dos manuscritos:** As submissões de manuscritos avaliados como recusadas ou canceladas serão eliminadas imediatamente dos arquivos da Revista e aqueles aceitos para publicar serão arquivados pelo prazo de cinco anos e após este período eles serão eliminados.

**Erratas:** As solicitações de correção deverão ser encaminhadas no prazo máximo de 30 dias após a publicação do artigo.

## CATEGORIAS DOS MANUSCRITOS

**Editorial:** refere-se a temas de relevância do contexto científico, acadêmico e político-social;

**Pesquisas:** incluem artigos com abordagens metodológicas quantitativas e qualitativas de caráter originais e inéditos que possam contribuir para a construção do conhecimento na Área da Enfermagem e áreas afins. Segue orientações para os casos especiais.

**Revisão Teórica:** avaliações críticas e ordenadas da literatura em relação a temas de importância para a enfermagem e áreas afins que podem ser: *Revisão sistemática:* Utiliza método de pesquisa conduzido por meio da síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, objetiva responder uma indagação específica e de relevância para a Enfermagem e/ou áreas afins. Descreve com pormenores o

processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para a seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados (que poderão ou não ser procedimentos de meta-análise ou metassíntese). As premissas da revisão sistemática são: a exaustão na busca dos estudos, a seleção justificada dos estudos por critérios de inclusão e exclusão explícitos e a avaliação da qualidade metodológica, bem como o uso de técnicas estatísticas para quantificar os resultados. *Revisão integrativa*: utiliza método de pesquisa que apresenta a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de conhecimento, realizado de maneira sistemática e ordenada e contribui para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado. É necessário seguir padrões de rigor metodológico, clareza na apresentação dos resultados, de forma que o leitor consiga identificar as características reais dos estudos incluídos na revisão. Etapas da revisão integrativa: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração do estudo, estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragens, ou busca na literatura, definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos, avaliação dos estudos incluídos na revisão, interpretação dos resultados, apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

**Ensaio clínico:** pesquisa científica que pretende responder a uma pergunta sobre o impacto de determinada intervenção quando a sua segurança, e/ou funcionalidade, e/ou efeito colateral/adverso e/ou se constitui numa melhor opção disponível. Sua realização deve ser precedida pelo registro em pelo menos um dos registros realizados na Organização Mundial da Saúde (OMS) ou no International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) (endereços disponíveis na url: [HTTP://www.icmje.org](http://www.icmje.org)) de modo a assegurar a utilização dos critérios recomendados pelas políticas (inter)nacionais de realização de ensaios clínicos, devendo este número de identificação constar ao final do resumo entre parênteses;

**Relatos de Experiência:** descrição de intervenções e experiências em Enfermagem e em áreas afins;

**Artigos Reflexivos:** são textos de especial relevância que trazem contribuições ao pensamento sobre a Enfermagem e áreas afins;

**Nota Prévia:** descrições preliminares de dados de monografia, dissertações ou teses

**Resenha de livro:** síntese e análise crítico-reflexiva sobre obra lançada recentemente de interesse para a área de Enfermagem e Afins.

**Cartas ao Editor:** Inclui cartas que visam discutir artigos recentes, publicados na Revista, ou relatar pesquisas originais, ou achados científicos significativos.

## PARTES DOS MANUSCRITOS

Todo manuscrito deverá ter a seguinte estrutura e sequência, quando pertinente.

**Conteúdo do manuscrito:** Cada item que compõe o conteúdo do manuscrito deverá ser registrado em negrito e com inicial maiúscula sem número antecedendo, seguida de dois pontos e com o texto na mesma linha.

Os elementos obrigatórios são: 1) título; 2) nome dos autores; 3) instituição de origem; 4) resumos e descritores; 5) introdução; 6) objetivos ou questão de investigação; 7) referencial teórico; 8) materiais e métodos; 9) resultados; 10) discussões; 11) conclusões e/ou considerações Finais; 12) referências e 13) agradecimentos.

A(s) folha(s) de apresentação deverá(ão) conter: 1) título; 2) indicação da categoria do artigo (Original, Revisão Teórica, Relato de Experiência, Artigo Reflexivo/Ensaio e Carta ao editor); 3) nome do(s) autores; 4) instituição de origem; 5) resumo e palavras chaves português e 6) o *Abstract* e as *keywords*.

## A FORMATAÇÃO DE CADA ELEMENTO

A apresentação gráfica de todo manuscrito encaminhado deve ser em arquivo do programa *Word for Windows*, versão 6.0 ou superior, fonte *Arial Narrow*, estilo normal, tamanho 12, digitados em espaço 1,5 entre linhas, em dimensões padrão A4 (210mm x 297mm), margens de 2,5mm, limitando-se ao número de laudas especificadas para cada categoria de manuscrito (editorial: 5 laudas; original: 15 laudas; revisão teórica e relato de experiência: 10 laudas; artigo de reflexão: 8 laudas e carta ao leitor: máximo 1.000 caracteres com espaçamento), incluindo todo o texto, as referências e as ilustrações. Estarão excluídos o nome dos autores, suas credenciais e os agradecimentos que serão registrados em espaço específico por ocasião da postagem eletrônica para operacionalizar a avaliação cega pelos pares.

**Título e/ou subtítulo:** Nos idiomas: português, inglês, nesta sequência, registrado em caixa alta, negrito e centralizado em até 21 palavras. Deverá ser compreensível, sintético, refletir o conteúdo do manuscrito e não conter abreviaturas.

**Autor(es):** Cada manuscrito poderá conter até seis autores, devendo a “Declaração de autores” (conforme modelo disponível no site da revista) trazer registrada qual foi a participação de cada autor no manuscrito. Quando houver mais de um autor, a sequência dos nomes deverá atender ao nível de participação dos mesmos na elaboração do manuscrito. O registro dos autores deverá ocorrer em espaço simples, um nome em cada linha, sendo todos alinhados à direita e grafados em fonte *Arial Narrow*, itálico com corpo 12 e seguidos de número arábico (em sobrescrito) com correspondência em nota de rodapé contendo: categoria profissional, formação e instituição a qual pertence intercalados por ponto.

**Instituição de origem:** Cada número arábico deverá corresponder ao nome de um ou um grupo de autor, para especificar a instituição a que ele(s) está(ão) vinculado(s). Deverá ser disponibilizado o endereço eletrônico do responsável pelo envio do manuscrito/ou do autor principal para constar na publicação.

**Resumo e descritores:** Cada resumo deverá ser seguido pelas respectivas palavras-chave nos idiomas: português (Resumo e Palavras-chave) e inglês (Abstract e Keywords), respectivamente. O resumo deverá ser estruturado (Objetivo, Métodos, Resultados, Discussões, Conclusões ou Considerações finais- escritos com iniciais em maiúsculas em negrito seguido de dois pontos). Os principais resultados da pesquisa devem ser mencionados. Deverá conter até 150 palavras, sendo registrado em espaçamento simples, grafados em fonte *Arial Narrow* 12.

Os descritores deverão ser em número de quatro a seis, selecionados de acordo com a nomenclatura dos Descritores em Ciências da Saúde/BIREME (DECS), disponível em: <http://decs.bvs.br/>, e/ou Mesh, disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>. Eles deverão estar em conformidade com o conteúdo do manuscrito e seguir aos resumos de cada idioma respectivamente.

**Introdução:** O conteúdo deverá ter uma sequência lógica, contemplando a problematização, o objeto, o estado da arte e a justificativa. As siglas deverão ser detalhadas na primeira vez em que forem mencionadas. A revisão de literatura deverá apresentar profundidade e pertinência ao tema a ponto de explicitar o estado da arte.

**Referencial teórico:** explicitação de alicerce de conhecimento para a compreensão do tema com clareza e de forma sintética, podendo ser citados no corpo da introdução ou merecerem um espaço em destaque, quando favorecerem a compreensão da apreensão do objeto e do enfoque adotado.

**Objetivo:** Os objetivos geral e/ou específicos devem estar explícitos ou poderão ser substituídos por questões de investigação quando adequado a especificidade do delineamento metodológico.

**Métodos:** Explicitar o delineamento do manuscrito; o local em que ele foi realizado; a população ou amostra envolvida com os respectivos critérios de inclusão e exclusão; o dimensionamento dos participantes, os critérios de recrutamento, o instrumento e o processo de coleta de dados e os critérios utilizados para delinear-los; as hipóteses ou pressupostos, a data de coleta de dados; o processo de análise dos dados e os aspectos éticos com citação do número do parecer do Comitê de Ética ou justificativa de dispensa.

**Resultados:** Descrição dos resultados de forma clara e objetiva. É possível a utilização de ilustrações, tabelas, gráficos ou texto para explicitá-los. Os conteúdos não textuais não devem exceder ao número de cinco e eles não devem fazer repetição de seus conteúdos, dando-se prioridade para as formas de apresentação que melhor destaquem as evidências obtidas a partir dos dados coletados. As tabelas devem ser formatadas segundo padronização do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) disponíveis em <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>>

**Discussões:** As principais evidências devem ser discutidas à luz da literatura (com predomínio daquelas divulgadas nos últimos cinco anos em nível nacional e internacional). Devem ser ressaltadas as produções de conhecimentos novos ou as contribuições para a Enfermagem que possam emergir dos dados. Não devem ser repetidos os resultados, nem dado ênfase as generalizações sem respaldo.

**Conclusões e/ou Considerações Finais:** Os objetivos ou questões de investigações devem ser respondidos à luz dos avanços obtidos. As aplicações teórica e/ou prática advindas da pesquisa mencionadas, os limites evidenciados citados e as contribuições para a área de saúde e de enfermagem explicitadas.

**Agradecimentos:** É opcional e com preenchimento em arquivo específico, utilizando no máximo duas linhas.

**Referências:** Devem ser utilizadas no máximo 20 referências. Elas devem ser, prioritariamente, dos últimos cinco anos e elas devem ser redigidas no Estilo Vancouver. Em caso de revisões sistemáticas a lista de referência deve constar a parte. Elas devem ser numeradas de acordo com a ordem com que foram mencionadas pela primeira vez no texto e identificadas por números arábicos, entre parênteses e sobrescritos, sem menção dos autores. Seguindo a mesma regra sequencial, separe os números por traços (ex: 1-5); quando intercalados use vírgulas (ex: 1,5,7). Listar os seis primeiros autores seguidos de et al., sperando-os por vírgula. Exemplos de referências nesse estilo, podem ser obtidos na URL <[http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)>.

## **INFORMAÇÕES GRÁFICAS**

Formato: 21cm x 28cm

Mancha gráfica: 16,5cm x 23cm

Tipologia: Adobe Garamond Pro - HoratioDLig