

Nursing

edição brasileira

Mala Direta Básica
CNPJ 18.590.546/0001-05
DR/SPM/SP
Cliente
MPM COMUNICAÇÃO LTDA
Correios



www.revistanursing.com.br

ANO 21 • EDIÇÃO 241
JUNHO 2018

Avaliação do perfil lipídico
e socioeconômico em
mulheres climatéricas da
zona norte de Teresina

Inteligência emocional
de enfermeiros
assistenciais em um
hospital escola paulista

O enfermeiro x potencial
doador de órgãos: conceitos
relacionados à religião



Erros no preparo de medicação
intravenosa em unidade de
terapia intensiva neonatal

ENTREVISTA

Esterilização mais segura

Especialista da área Técnica e
Educativa da Divisão de Prevenção
de Infecção da 3M do Brasil fala
sobre boas práticas em esterilização



NAS FERIDAS, um produto desenvolvido para atuar nas 3 fases da cicatrização¹: age na **fase inflamatória**, acelerando o processo cicatricial; atua na **fase proliferativa**, estimulando a formação de tecido de granulação e diferenciação de fibroblastos em miofibroblastos; age na **fase remodeladora** prevenindo a formação de quelóide, acelerando o processo de reparação tecidual em feridas complexas.

Não é antimicrobiano.

Não é desbridante.

Não é AGE.



Acelerando a cicatrização

HYALUDERMIN® - ácido hialurônico - Creme. **INDICAÇÕES:** Hyaludermín® é um creme cicatrizante. É indicado para situações em que é necessário acelerar o processo de recuperação da pele, como acontece em casos de feridas de várias causas, como cortes, arranhões, queimaduras, esfolamentos e outros tipos de ferimentos. Nesse caso, também é útil no tratamento de feridas de solução mais complexa, tais como: úlceras de decúbito (escaras), úlceras de origem vascular (associada a varizes ou insuficiência arterial) e úlceras crônicas em pacientes diabéticos. **CONTRAINDICAÇÕES:** o produto é contraindicado em pacientes com história de hipersensibilidade a qualquer um dos seus componentes. **POSOLOGIA:** realizar 1 a 3 aplicações tópicas ao dia, até que se obtenha a resolução total da lesão. **REAÇÕES ADVERSAS:** é possível a ocorrência de fenômenos de sensibilização. Todavia sua frequência ainda não está bem estabelecida. **ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES:** aconselha-se assepsia rigorosa antes de cada aplicação tópica. O uso do produto, quando prolongado, pode dar origem a fenômenos de sensibilização. Na ocorrência de qualquer reação desagradável, é necessário interromper o tratamento e procurar orientação médica. Categoria de risco "B" na gravidez; ou seja, os estudos em animais não demonstraram risco fetal, mas não há estudos controlados em mulheres grávidas. **APRESENTAÇÕES:** creme contendo 2 mg de ácido hialurônico (sal sódico) por grama. Embalagens contendo: bisnaga com 10 g ou bisnaga com 30 g. **Reg. MS nº 1.0341.0053 - VENDA SEMPRESCRIÇÃO MÉDICA**

SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

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



trb pharma
Ciência e Saúde como Princípio

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

TRB PHARMA INDÚSTRIA QUÍMICA E FARMACÊUTICA LTDA.

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

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

Revista Científica de Enfermagem

EDITORA CIENTÍFICA

MPM Comunicação

EDITORA EXECUTIVA

Maria Aparecida dos Santos

ENVIO DE ARTIGOS

artigo@mpmcomunicacao.com.br ou
www.revistanursing.com.br/publique-seu-artigo

ASSINATURAS

assinaturas@mpmcomunicacao.com.br

PUBLICIDADE

maria.aparecida@mpmcomunicacao.com.br

PAUTA

artigo@mpmcomunicacao.com.br

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

www.revistanursing.com.br

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

ENDEREÇOS

Editora MPM Comunicação

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

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

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

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

Acesse: www.revistanursing.com.br



Conselho Científico da Edição Brasileira

Prof.ª Dra. Ana Lúcia Queiroz Bezerra

Professora associada da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/UFMS. Pós-doutorado em Enfermagem

Prof.ª Dra. Ana Claudia Puggina

Universidade de Guarulhos

Prof. Dr. David Lopes Neto

Professor Associado da Escola de Enfermagem de Manaus (UFAM). Doutor em Enfermagem pela UFC. Pós-Doutor em Enfermagem pela UFS.

Prof.ª Dra. Dorisdaia Carvalho de Humerez

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

Prof.ª Dra. Isabel Cristina Kowal Olm Cunha

Professora Livre Docente Associada do Departamento de Administração e Saúde Coletiva da Escola Paulista de Enfermagem da Unifesp. Graduação pela Faculdade Adventista de Enfermagem. Especialização em Administração Hospitalar. Mestrado em Enfermagem e Doutorado em Saúde Pública pela USP

Prof.ª Dra. Luciane Lúcio Pereira

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

Dra. Luiza Watanabe Dal ben

Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Brasil(2005) Atua desde 1992 na área de assistência domiciliar.

Prof.ª Dra. Margarida Maria da Silva Vieira

Professora associada e diretora regional do Instituto de Ciências da Saúde (Porto) da Universidade Católica Portuguesa. Especialista em Enfermagem Pediátrica. Mestre em Ciências de Enfermagem. Doutora em Filosofia

Prof.ª Dra. Maria Aparecida Munhoz Gaiva

Professora do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Mato Grosso. Doutora em Enfermagem em Saúde Pública pela EERP e pós-doutorado pela escola de Enfermagem da USP

Prof.ª Dra. Maria Auxiliadora de Souza Gerck

Professora associada e docente permanente do Mestrado Acadêmico em Enfermagem da UFMS. Doutorado em Ciências pela UNIFESP/EPM

Prof.ª Marluce Maria Araújo Assis

Professora Titular do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana. Doutorado em Enfermagem. Pós-doutorado em Saúde Pública na Escuela Andaluza de Salud Pública em Granada, Espanha

Prof.ª Dra. Mirna Frota

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

Prof.ª Dra. Sandra Cristine da Silva

Gerente de Qualidade do Hospital Sírio Libanês

Prof.ª Sandra Arantes

Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Prof. Dr. Sérgio Luis Alves de Moraes Júnior

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

Prof. Dr. Sérgio Henrique Simonetti

Doutor em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação Inter unidades de Doutorado em Enfermagem EEUSP-EERP-USP. MBA Executivo em Administração: Gestão de Saúde - Fundação Getúlio Vargas - FGV. Especialização em andamento em Educação e Tecnologia. Especialização em Gestão Pública. Especialização em Informática em Saúde. Residência em Enfermagem Cardiovascular pelo Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia. Coordenador da Unidade Várzea do Carmo - Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, em ambulatório de exames cardiológicos não invasivos.

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

Crédito das fotos de capa:

Imagens ilustrativas: CanStockPhoto

Propriedades e direitos

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

Editorial	2195
Notícias	2196
Entrevista	2200

Artigos Científicos

Avaliação do perfil lipídico e socioeconômico em mulheres climatéricas da zona norte de Teresina

Evaluation of lipid profile in women and socioeconomic climate of northern Teresina

Evaluación del perfil de lipídios y socio-económico em la mujer em el climatérico del norte Teresina

Socorro Rejany Sales Silva, Helena Maria Reinaldo Lima, Judite Oliveira Lima Albuquerque, Aldeides Bezerra de Moura Lima **2205**

Inteligência emocional de enfermeiros assistenciais em um hospital escola paulista

Emotional intelligence of nurse in a hospital school paulista

La inteligencia emocional de las enfermeras en un hospital de escuela paulista

Nely Regina Sartori, Caroline Brandão Pires de Almeida e Rodrigo Wanderley Neves Barbosa **2211**

O enfermeiro x potencial doador de órgãos: conceitos relacionados à religião

The nurse x potential organ donor: religion related concepts

El potencial donante de órganos x enferméria : conceptos relacionados con la religión

Maria Jocely Rodrigues de Lima Oliveira e Sérgio Luis Alves de Moraes Júnior **2218**

Erros no preparo de medicação intravenosa em unidade de terapia intensiva neonatal

Error in the process of intravenous medication preparation in the Neonatal Intensive Care Unit

Error en el proceso de preparación de la medicación intravenosa en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales

Caroline Bonatto Celant Holland e Maria Aparecida Munhoz Gaíva **2223**

Responsabilidade Social

Ser enfermeiro nos remete a estarmos em um processo subjetivo de transformação da sociedade. Somos formadores de opinião, e, em essência, educadores. Transformar as nossas experiências em um trabalho científico, de certa forma, legítima e compartilha de forma universal o nosso saber.

Para desempenharmos a nossa função de educadores é preciso termos conhecimento, pois no mundo globalizado em que vivemos muitas vezes a quantidade e o fluxo de informações que transitam na rede geram um pseudo-saber inclusive em nós, profissionais. Então, resalto a importância de selecionarmos aquilo que irá compor o nosso cabedal de conhecimentos lendo revistas científicas sérias e comprometidas para que o nosso arcabouço de sa-

beres seja de fato transformador.

Desta forma, apresento-lhes alguns temas desta edição da Nursing, que certamente agregarão conhecimentos valiosos para cada um dos leitores da revista. Os assuntos abordados nos remetem ao amplo universo de cenários e papéis sociais desenvolvidos pelo profissional. Esta edição trabalhará em seus artigos científicos: Avaliação do perfil lipídico e socioeconômico em mulheres climatéricas, Inteligência emocional de enfermeiros assistenciais em um hospital escola, trazendo à tona a questão da violência, o entendimento acerca das religiões dos pacientes desejável ao enfermeiro e, por fim, o artigo final desta edição abordará os erros no preparo de medicação intravenosa em UTI Neonatal. 🐦

Boa leitura!



Prof.ª Janáina Tizzoni
Enfermeira especialista em Urgência e Emergência (UNIANDRADE – PR). Mestre em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Local (UNA-BH). Psicanalista em formação (CPMG).

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

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

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

Novartis adquire licença para tratamento contra dermatite atópica

Anova alternativa para o tratamento da **dermatite atópica** pode chegar ao mercado farmacêutico em um futuro próximo: a **Novartis**, líder global no setor de medicamentos inovadores e econômicos e de soluções para o cuidado com os olhos, firmou contrato de licença exclusiva com a **Galapagos** e a **MorphoSys** para o desenvolvimento do composto biológico **MOR106**, novo anticorpo monoclonal que poderá tratar a doença.

Segundo notícia divulgada no fim de julho por meio da assessoria de imprensa da Novartis no Brasil, o MOR106 “já mostrou os primeiros sinais positivos de eficácia e segurança em um estudo inicial”. O texto destaca que achados científicos apontam para a contribuição significativa da interleucina 17C (IL-17C) no desenvolvimento da dermatite atópica e que o MOR106 “é potencialmente o primeiro tratamento anti-IL-17C” para a enfermidade.

A negociação da Novartis com a Galapagos e a MorphoSys foi concluída com transação de 95 milhões de euros para as empresas de biotecnologia, informa a divulgação da companhia à imprensa. A multinacional soma o MOR106 a outros tratamentos com os quais já trabalha para o atendimento a pacientes dermatológicos: o oral ZPL389, também para a dermatite atópica, e dois imunobiológicos, o secuquinumabe, para psoríase, e o omalizumabe, para urticária crônica espontânea (UCE).

FONTES: Novartis; AADA/aada.org.br; SBD/sbd.org.br

Dicas para cuidar da pele do bebê no inverno

Durante a época mais fria do ano, a pele dos adultos sofre com o ressecamento e desidratação. O mesmo ocorre com a dos bebês, porém esta requer cuidados extras, uma vez que é mais sensível, perde hidratação até duas vezes mais rápido e é até 30% mais fina, se comparada com a dos adultos.

Segundo a Dra. Sabrina Battistella, pediatra da Johnson & Johnson, no inverno, a pele tende a ressecar e desidratar com maior facilidade, agravando a sensibilidade. "Por ter a epiderme delicada e ainda imatura, os bebês sofrem mais com esses problemas e, se não estiverem com os cuidados em dia, sua pele pode desenvolver descamações e lesões – uma porta de entrada para bactérias", enfatiza.

A especialista listou alguns cuidados essenciais para manter a pele saudável nos dias mais frios. Confira abaixo!

- Evite banhos quentes e demorados
- Esse é o primeiro passo no cuidado com a pele. O indicado é um banho rápido e com água morna, pois a quente resseca e fragiliza o órgão. Além disso, é indicado utilizar um sabonete seguro, suave e eficaz, uma vez que agentes de limpeza inadequados ou irritantes podem danificar a barreira cutânea, que é uma proteção natural contra agentes externos.
- Hidrate a pele após o banho
- Após o banho, é importante caprichar na aplicação de hidratantes e óleos desenvolvidos especialmente para os pequenos para auxiliar na manutenção das defesas naturais da pele. Aplique o creme realizando movimentos circulares e massagens, para garantir total absorção. Busque por um produto hipoalergênico, dermatologicamente testado, com fórmula leve e cosmética agradável.
- Após o banho, é importante garantir que o bumbum do bebê esteja totalmente seco, principalmente a área de fralda. Além disso, o uso de um bom creme contra assaduras é essencial. Procure por um que garanta a hidratação necessária, ao mesmo tempo que deixa a pele respirar.
- Não exagere no uso de agasalhos
- Outra medida importante é proteger o bebê do frio e do vento, porém sem exagero, uma vez que a transpiração em excesso pode causar coceiras e lesões na pele.

FONTE: Assessoria de imprensa

Nova mamografia digital tem compressor curvo que reduz em 93% a dor durante o exame

Para várias mulheres, realizar a mamografia anualmente é um momento desconfortável e doloroso e por isso muitas delas acabam deixando de lado o exame. Porém, a importância ao realizar o procedimento pode detectar precocemente inúmeras doenças, entre elas o câncer de mama. Segundo dados do Inca (Instituto Nacional do Câncer) se a condição for detectada em seu estágio inicial, a chance de cura pode chegar a 90% - e a mamografia é a forma mais eficaz de detectar a doença.

"O incômodo pelo exame não pode ser uma barreira para sua realização. A mamografia identifica nódulos e outras alterações nas mamas que podem ser doenças malignas ou benignas e é o único método eficaz para diminuir a incidência de câncer de mama nas mulheres", explica a Dra. Vivian Schivartche, médica radiologista especialista no diagnóstico de câncer de mama do CDB Premium.

Tecnologia permite mais conforto na hora do exame

Um novo equipamento de mamografia 3D criado pela Hologic - empresa especializada em mamografia digital - promete ajudar todas as mulheres durante esse procedimento. A novidade chega ao Brasil neste semestre e reduz em até 93% o desconforto durante o exame e ainda aumenta a eficácia na descoberta do câncer de mama e também no diagnóstico de tumores em mamas densas, onde o resultado muitas vezes é indeterminado.

A diferença do aparelho de mamografia com menos dor para os métodos tradicionais é o seu compressor curvo, o SmartCurve. Ele se adapta melhor ao formato da mama e faz com que a mulher sinta menos desconforto - diferente dos compressores tradicionais, que funcionam como uma bandeja reta, na qual a mulher precisa comprimir a mama para que a imagem seja gerada da melhor maneira possível.

Um estudo feito pela empresa comprovou que 40% das mulheres que realizaram testes com o aparelho da mamografia tradicional reclamaram de dor ao fazer o exame. Mas, ao serem examinadas com o compressor curvo, 93% não sentiram desconforto.

"Os motivos que as mulheres não realizam a mamografia são a dor e o medo de descobrir alguma doença. Porém, quanto mais cedo o diagnóstico, mas a chance de cura", reforça Vivian.

Sobre a Hologic

É uma empresa líder de mercado em mamografia e biópsia de mama e pioneira na criação de tecnologia para mamografia digital. Desenvolve, fabrica e fornece sistemas médicos de imagem e diagnóstico relacionados com a saúde feminina e também tecnologias de imagem digital para aplicações gerais de radiografia e mamografia. Une tecnologia de ponta e ótimo custo-benefício, para oferecer diagnósticos e tratamentos mais precisos e cada vez menos invasivos. No Brasil, seus equipamentos já estão presentes em clínicas e hospitais de referência.

FONTE: Assessoria de imprensa

calçado profissional
antiderrapante



Cores
- Branco
- Preto
- Marinho



Soft Works

PROFESSIONAL SHOES



WEDGE SOFT WORKS EPI CALÇADOS

AMIGO DA FLORESTA

(16) 3703 3240

www.softworksepi.com.br



O Centro Universitário São Camilo realiza atividades educacionais na área da saúde há mais de 50 anos e é uma das principais referências nessa área no Brasil.

- **CURSO TÉCNICO**
- **GRADUAÇÃO**
- **PÓS-GRADUAÇÃO**
LATO SENSU
STRICTO SENSU

SÃO CAMILO ENFERMAGEM

INSCRIÇÕES ABERTAS

Confira a lista completa de cursos no site:
saocamilo-sp.br ou pelo **0300 017 8585**



CENTRO UNIVERSITÁRIO
SÃO CAMILO

Procedimentos, atitudes e ferramentas para fortalecer a segurança do paciente quando o assunto é esterilização

A Revista Nursing entrevistou Glaucya Lima Dau, especialista da área Técnica e Educacional da Divisão de Prevenção de Infecção da empresa 3M do Brasil. Na entrevista, Glaucya destaca a importância da precaução, novas tecnologias e educação continuada para reforçar as boas práticas na esterilização, sempre a favor de maior segurança ao paciente

Por Marina Moura



Glaucya Lima Dau

Especialista da área Técnica e Educacional da Divisão de Prevenção de Infecção da 3M do Brasil

Revista Nursing - Sabemos que a organização da Central de Material e Esterilização em um hospital ou clínica é essencial para a segurança do paciente. No entanto, organizações de saúde ainda combatem óbitos e complicações decorrentes de procedimentos mal sucedidos. Que fatores tornam os procedimentos na CME mais seguros?

Glaucya - As infecções de sítio cirúrgico representam 15% das infecções de saúde e 37 % das adquiridas no hospital. Elas já ocupam a terceira posição em todas as infecções em serviços de saúde no Brasil. Entre as relacionadas à assistência à saúde, 15% tem relação com a ISC e de 100

cirurgias realizadas nos hospitais, 11 evoluem com infecção.

Toda infecção relacionada à assistência à saúde é multicausal, não estando relacionada somente às falhas no processamento de produtos para saúde. Pode também estar relacionada ao procedimento cirúrgico, ao próprio paciente e ao ambiente.

E muitos são os fatores que tornam os procedimentos mais seguros. No caso da CME, inclui a chegada de novas tecnologias, de equipamentos modernos e com controles, de maior monitoramento do processo, dos avanços nas pesquisas, dos cursos de especialização e dos congressos nacionais e mundiais que discutem temas importantes neste cenário. A CME de hoje e do futuro é um setor com “tecnologia dura” e se apresenta como uma área rica em conhecimentos envolvendo a microbiologia, química, física, entre muitos outros.

É preciso destacar sempre a necessidade de protocolos baseados em evidências científicas e amplamente divulgados, e a informação adequada a todos os profissionais que atuam neste setor, para que todos possam seguir as orientações desses protocolos de maneira uniforme.

Os produtos para saúde devem passar por todas as etapas do processamento e ser avaliados por meio de indicadores de qualidade, bem como por monitoramento (como exemplo: físico, químico e biológico). A capacitação constante dos profissionais constitui-se em exigência, e permite o uso adequado e seguro de tecnologias, otimização de tempo e padronização dos processos.

Revista Nursing - Há procedimentos não recomendáveis que ainda são realizados na CME? Quais são eles e por que acontecem?



Glauca - Ainda observamos muitos pontos que necessitam de ajustes na prática e que geram falhas no processo. Dentre eles, podemos citar as falhas no processo de limpeza, na estruturação de um ambiente ergonomicamente correto, no uso de equipamentos sem processo de validação, no estabelecimento de um desafio adequado ao processo de esterilização, no uso de tecnologias, educação permanente, entre outros.

Os riscos existem, bem como falhas e processos inadequados, mas devemos buscar gerenciar os riscos, relatar e corrigir as falhas e a inadequação dos processos.

A parceria efetiva de todos os níveis da instituição e sobretudo da administração é de extrema importância

para que a engrenagem funcione com processos de qualidade e com o envolvimento de todos. Mas ainda há necessidade de investimento em tecnologia, em educação permanente, em número de profissionais. Isso porque a CME garante segurança ao paciente, ao profissional e à instituição por meio do fornecimento de material seguro para ser utilizado. E reforçando, as práticas que não conseguimos sustentar com evidências científicas não devem ser realizadas.

Revista Nursing - Temos como mensurar se a ocorrência dos erros estão relacionados a este ou àquele fator? Por exemplo, mais à higienização/assepsia correta dos profissionais do CME ou mais ao manuseio incorreto

“A CME de hoje e do futuro é um setor com ‘tecnologia dura’ e se apresenta como uma área rica em conhecimentos envolvendo a microbiologia, química, física, entre muitos outros.”

de equipamentos? Resumindo: temos como saber que erros mais ocorrem e suas origens?

Glauca - É possível mensurar se a ocorrência de erros está relacionada a este ou aquele fator, por meio de checagem dos monitores, da avaliação periódica da saúde dos profissionais, do controle do ar ambiental, da rastreabilidade, de um gerenciamento efetivo de todo o processo e da vigilância aos pacientes cirúrgicos, parceria esta realizada com a Comissão de Prevenção de Infecção Hospitalar, entre outros. Assim, podemos investigar, identificar e corrigir os erros, levantar possíveis fatores de risco atrelados àquele ou a este procedimento, bem como atuar na eliminação desses. A prevenção das infecções relacionadas à saúde é possível. A participação da instituição de saúde em programas de qualidade, acreditação ou certificação possibilita um olhar externo e também auxiliar ao processo.

Revista Nursing - Como os profissionais do CME podem prevenir-se contra as falhas em equipamentos ao realizarem os procedimentos de esterilização? Quais processos são seguidos pelas empresas fabricantes destes equipamentos para garantir o máximo de segurança possível em seu uso?

Glauca - Ao identificar a necessidade de adquirir um equipamento, o profissional responsável pela CME deve em conjunto com outras áreas, por exemplo engenharia clínica e predial, acompanhar alguns pontos importantes que constituem as etapas de qualificação do projeto, da instalação, da operação e do desempenho.

Exemplifico algumas perguntas importantes que devemos fazer: a área física é adequada para receber o equipamento que necessito? A instalação elétrica, hidráulica e rede de vapor estão no padrão especificado para o equipamento?

É fornecida assistência técnica? Quais os monitores que devo utilizar para assegurar o processo? Existe a necessidade de filtros? Qual o tipo de água deve ser utilizada?

Outros aspectos também devem ser considerados, como estabelecer protocolos em conjunto com as áreas envolvidas, um contrato com uma empresa qualificada para manutenções preventivas e corretivas, bem como com uma empresa também qualificada para realizar o processo de validação.

“(...) a CME garante segurança ao paciente, ao profissional e à instituição por meio do fornecimento de material seguro para ser utilizado. E reforçando, as práticas que não conseguimos sustentar com evidências científicas não devem ser realizadas.”

Os fabricantes devem apresentar as especificações necessárias para cumprir com as necessidades exigidas, com itens como manual, suporte técnico especializado, registro (quando for o caso) e selos de qualidade e/ou conformidades com normas.

As instituições de saúde devem cobrar dos fabricantes o cumprimento

de normas e a apresentação da documentação necessária.

Revista Nursing - Além de ser prejudicial ao paciente, um erro relacionado à esterilização pode levar a instituição a também a prejuízos financeiros? Qual a dimensão de tais prejuízos?

Glauca - Uma falha relacionada ao processo de esterilização pode gerar prejuízos ao hospital de muitas formas, incluindo financeiro. Estes são os prejuízos tangíveis.

Mas existem outros prejuízos que não conseguimos mensurar. São prejuízos intangíveis como o prejuízo ao paciente, à sua família e a todos que o cercam e desejam sua rápida recuperação. À sociedade, que também perde devido ao afastamento desta pessoa do seu ambiente de trabalho e das suas atividades sociais. A instituição e o profissional que tem a imagem e a credibilidade abaladas.

A CME ainda pode ser considerada por alguns administradores como um centro de custos hospitalares. E necessitamos de um olhar mais intenso e focado para este setor. Precisamos investir em prevenção de infecção de sítio cirúrgico, em educação permanente.

O enfermeiro deve assumir na CME seu papel na gestão de recursos humanos, financeiros e materiais permitindo um gerenciamento efetivo do cuidar.

Os custos envolvendo o processamento de produtos para saúde necessitam estar inseridos nas despesas hospitalares de cada procedimento. Isso promoveria uma maior possibilidade de investimentos.

Revista Nursing - Se observarmos no cenário mundial as práticas em esterilização a favor da segurança do paciente, em que posicionamento o Brasil encontra-se no momento? Temos aqui uma cultura de boas práticas ou temos muito a aprender?



Glauca - É muito difícil estabelecer um ranking para o cenário mundial. O Brasil possui dimensões continentais e uma diversidade similar.

Muitas instituições possuem boas práticas, tanto em iniciativas públicas como privadas nas diversas regiões do país. Mas ainda temos muito a aprender porque o cuidar à saúde é desafiador e envolve a falibilidade humana, sobretudo nos setores complexos e especializados.

Acredito que o Brasil estabelece cada vez mais a cultura de segurança do paciente. Nós, profissionais da saúde, buscamos a direção correta, por melhores práticas, por implementar processos de qualidade, a busca por aprender, por atualizar, por fazer

o melhor e por impedir o erro.

No mundo dinâmico em que vivemos, descobertas são realizadas a cada momento, onde novas informações chegam e nos movimentam a fazer o nosso melhor.

Sejamos uma corrente, onde cada elo está fortemente ligado e soldado para que não seja rompido. Que esta corrente represente os profissionais envolvidos no cuidar ao paciente, seja o cuidar direto ou indireto. Que esta corrente represente os processos, aplicados com segurança e protocolos baseados em evidências.

E sempre tenhamos na lembrança que a dimensão da nossa responsabilidade vai além da técnica, ela também é pessoal, social, ética e legal. 🐦

“O enfermeiro deve assumir na CME seu papel na gestão de recursos humanos, financeiros e materiais permitindo um gerenciamento efetivo do cuidar.”



Única enzima

Kollagenase contém a única enzima que promove a degradação seletiva do colágeno.^{1,2}

Não agride o tecido saudável

Mesmo o tecido de granulação recentemente formado.^{1,3,4,5,6}

Referências Bibliográficas: 1. Torre I, Bou JE, Paggi B. La colagenasa y el tejido desvitalizado en el contexto de la preparación del lecho de la herida. *Revista ROL Enf* 2013;36(2):109-14. 2. Falanga V. Wound bed preparation and the role of enzymes: a case for multiple actions of therapeutic agents. *Wounds* 2002;14(2):47-57. 3. Alipour H, Raz A, Zakeri S, Djodid ND. Therapeutic applications of collagenase (metalloproteases): A review. *Asian Pac J Trop Biomed* 2016;6(11):975-81. 4. Varma AO, Bugalich E, German FM. Debridement of dermal ulcers with collagenase. *Surg Gynecol Obstet*. 1975;136(2):281-2. 5. McCollon SK, Weir D, Lantis JC 2nd. Optimizing wound bed preparation with collagenase enzymatic debridement. *J Am Coll Clin Wound Spec*. 2015;6(1-2):14-23. 6. Waycaster CR, Gilligan AM, Milne CT. Pressure ulcer treatment in a long-term care setting: wound bed healing with clostridial collagenase ointment versus hydrogel dressing. *Chronic W Care Manag Res*.2014;1:49-56.

CONTRAINDICAÇÃO: HIPERSENSIBILIDADE AOS COMPONENTES DA FORMULAÇÃO. **INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA:** KOLLAGENASE NÃO DEVE SER UTILIZADA COM ANTISSEPTICOS. **Kollagenase** colagenase – pomada dermatológica 0,6 U/g, USO TÓPICO. USO ADULTO E PEDIÁTRICO. **INDICAÇÕES:** Como desbridante enzimático para o tratamento de lesões da pele em que é indicado o desbridamento em feridas, úlceras e lesões necróticas em geral; gangrenas de extremidade; lesões por congelamento; condições associadas à difícil cicatrização; queimaduras; previamente ao transplante de pele. **CONTRAINDICAÇÕES:** hipersensibilidade à colagenase ou a qualquer outro componente da formulação. **ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES:** Se não houver melhora após 14 dias, consultar seu médico. **CRISTÁLIA - Produtos Químicos Farmacêuticos Ltda.** - Farm. Resp.: Dr. José Carlos Módolo - CRF-SP nº 10.446 - Rodovia Itapira- Lindóia, km14, Itapira-SP - CNPJ Nº 44.734.671/0001-51 - Indústria Brasileira - SAC (Serviço de Atendimento ao Cliente): 0800 7011918 - nº do Lote, Data de Fabricação e Prazo de Validade: Vide Bisnaga/Caixa. **CLASSIFICAÇÃO: VENDA LIVRE** - Reg. MS nº 1.0298.0431. **SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.**

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

Avaliação do perfil lipídico e socioeconômico em mulheres climatéricas da zona norte de Teresina

O estudo descreveu, caracterizou e estimou a variabilidade do perfil lipídico e socioeconômico de mulheres climatéricas. Trata-se de uma pesquisa documental, descritiva exploratória, quantitativa, aprovada no CEP da FACID, protocolo nº 393/09. A população foi de 201 mulheres com idade média de $50,94 \pm 5,46$ anos, com valor médio de CT ($207,0 \pm 44,78$ mg/dL). Quanto ao HDL-C a média foi de $47,2 \pm 11,60$ mg/dL, LDL-C ($130,4 \pm 45,51$ mg/dL) e TG ($151,9 \pm 75,59$ mg/dL). Concluiu-se que o perfil lipídico achado indicou valores desejáveis à saúde, com relação à Sociedade Brasileira de Cardiologia - SBC e a outros estudos.

Descritores: Climatério. Perfil Lipídico. Saúde da Mulher.

The study described, characterized and estimated the variability in lipid profile and socioeconomic status in climacteric women. This is documentary research, exploratory and descriptive quantitative and approved the CEP FACID, Protocol N. 393-09. The Population was 201 women who had a mean age of 50.94 ± 5.46 years, with a mean total cholesterol (207.0 ± 44.78 mg/dL). Concerning HDL-C mean of 47.2 ± 11.60 mg/dL, LDL-C (130.4 ± 45.51 mg/dL) and TG (151.9 ± 75.59 mg/dL). It was concluded that the lipid profile found desirable values indicated health when compared to reference the Brazilian Society of Cardiology - BSC and other studies.

Descriptors: Climacteric. Lipid Profile. Women's Health.

El estudio describe, caracteriza y se estimó la variabilidad en El perfil lipídico y El nivel socioeconómico en mujeres climatéricas. Esta ES una investigación documental, exploratório y descriptivo, cuantitativo y aprobó el protocolo del PAC FACID, nº 393/09. La población era de 201 mujeres que tenían una edad media de $50,94 \pm 5,46$ años, com uma media de colesterol total ($207,0 \pm 44,78$ mg/dL). Em cuanto el HDL-C media de $47,2 \pm 11,60$ mg/dL, LDL-C ($130,4 \pm 45,51$ mg/dL) y TG ($151,9 \pm 75,59$ mg/dL). Se concluye que el perfil de lípidos que se encuentran los valores deseables de salud indicados em comparación com la referencia del Sociedad Brasileña de Cardiología - SBC y otros estudios.

Descritores: Climaterio. Perfil de lípidos. Salud de la Mujer.

Socorro Rejany Sales Silva

Graduada em Enfermagem pela Faculdade Integral Diferencial - FACID (2011). Especialista em Saúde Pública pela AVM Faculdades Integradas (2014) e em Enfermagem do Trabalho pelo Centro Universitário Internacional - UNINTER (2013). Enfermeira efetiva da Fundação Hospitalar de Teresina - FHT.

Helena Maria Reinaldo Lima

Graduada em Farmacêutico Bioquímico pela Universidade Federal do Ceará (1972). Mestre em Bioquímica pela Universidade Federal do Ceará (1978). Docente da Faculdade Integral Diferencial - FACID/ DeVry-Brasil.

Judite Oliveira Lima Albuquerque

Graduada em Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (1977). Mestre em Enfermagem pela

Universidade Federal do Piauí - UFPI. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisa da Mulher e Questão de Gênero-NEPEM e do Grupo de Estudo, Pesquisa e Extensão em Estomatoterapia e Tecnologia (GEPEETEC) - UFPI.

Aldeides Bezerra de Moura Lima

Possui graduação em NUTRIÇÃO pela Universidade Federal do Piauí (1992) e mestrado em Alimentos e Nutrição pela Universidade Federal do Piauí - UFPI (2013). Docente da Faculdade Integral Diferencial-FACID/Devry-Brasil e Nutricionista da Fundação Municipal de Saúde de Teresina-PI.

Recebido em: 20/01/18
Aprovado em: 02/08/18

Introdução

O climatério é caracterizado por alterações endócrinas relacionadas à regressão progressiva da atividade dos folículos ovarianos que resulta na diminuição da secreção de hormônios esteroides sexuais. Este fenômeno fisiológico ocorre entre as mulheres, em regra, de meia-idade e marca a transição entre a fase reprodutiva e a senilidade.

O hipostrogenismo vigente com o climatério provoca o aumento do colesterol total (CT) e da Lipoproteína de Baixa Densidade (LDL-C), que é aterogênico e em geral mantém inalterado a Lipoproteína de Alta Densidade (HDL-C), protetor contra a aterosclerose, trazendo como consequência a elevação da incidência de doenças cardiovasculares.¹



O risco para o desenvolvimento de doenças aumenta com o climatério. As doenças cardiovasculares representam a principal causa do óbito das mulheres com avançar da senescência na atual sociedade, sendo o perfil lipídico um dos fatores fundamentais para o desenvolvimento destas patologias.

A transição climatérica é considerada um evento cultural variável já que a associação dos fatores biológicos, psicológicos, socioeconômicos e culturais produz uma grande variabilidade nos sintomas, bem como consequências para a saúde em longo prazo.²

A atuação do enfermeiro na prevenção se traduz na assistência prestada de forma sistemática aos pacientes na atenção básica em saúde, sem discriminar ações específicas da prevenção e da progressão, como sendo um processo inseparável. O enfermeiro possui importante função como educador, além do compromisso ético e

profissional. Por isso é um dos grandes responsáveis por incentivar o autocuidado à saúde, pois desenvolve ações próximas aos pacientes.^{3;4}

A maioria das práticas de atenção à saúde da mulher é restrita a fase da vida reprodutiva da população feminina, por sua vez o climatério requer uma atitude do profissional enfermeiro que impulse a promoção do esclarecimento e do autoconhecimento sobre a temática, objetivando a preparação dessa mulher para enfrentar e superar as modificações e transtornos que possam ocorrer com início da senescência.⁵

Como já discutido, após a menopausa, as mulheres evoluem com um perfil lipídico menos favorável à saúde, em decorrência do aumento do colesterol total, LDL-C, triglicérides e a redução do HDL-C. Assim, é fundamental a utilização de ferramentas que viabilizem a promoção da saúde. Deste

modo torna-se necessário produzir informações sobre o grupo para começar a avaliar sua problemática, montar um modelo de atenção de acordo com as necessidades evidenciadas, para assim oferecer subsídios para o planejamento local de ações de saúde.⁶

O interesse em realizar o estudo relaciona-se à temática pouco explorada e valorizada nas práticas de promoção à saúde da mulher juntamente com a constante inserção do enfermeiro no atendimento às mulheres nesta fase da vida. Portanto, percebe-se a necessidade de compreender e relacionar o climatério ao perfil lipídico por contemplar o aparecimento de patologias cardiológicas, afetando a qualidade de vida da mulher.

Nesta perspectiva, conhecer as características das mulheres que vivem o climatério é compatível com o que propõe a atenção básica, que é um modelo priorizado pelo SUS (Sistema

Único de Saúde) que visa à melhoria da qualidade de vida da população e, não apenas para o tratamento de doenças já instaladas.⁷

Tendo em vista o contexto apresentado, propõe-se neste trabalho responder ao seguinte problema da pesquisa, que é conhecer qual o perfil lipídico e socioeconômico de mulheres que vivenciam o climatério. Objetivou-se avaliar o perfil lipídico e socioeconômico de mulheres nesta fase da vida. Para tanto, fez-se necessário descrever o perfil dislipidêmico, caracterizar o perfil socioeconômico de mulheres climatéricas e estimar a variabilidade dos valores lipídicos encontrados.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa documental, de natureza descritiva exploratória e com abordagem quantitativa, uma vez que discorre sobre a melhor forma de aplicabilidade do objeto em discussão.

Os sujeitos da pesquisa foram mulheres na faixa etária de 40 a 59 anos atendidas pela Unidade de Saúde e cadastradas na Estratégia Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde da Regional Norte de Teresina- PI que possuíam prontuário com valores de análises lipídicas (CT, HDL-C, LDL-C e Triglicérides - TG), e que estiveram atualizadas de junho de 2009 a junho de 2010. Concomitante foi realizada a caracterização socioeconômica.

A coleta dos dados foi realizada no período de julho a agosto de 2010. Os dados posteriormente foram organizados em planilhas do Microsoft Office Excel 2007 e trabalhados pelo pacote estatístico SPSS-17 (Statistical Procedures Companion) e representados com o auxílio de gráficos e tabelas.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Faculdade Integral Diferencial – FACID com número de protocolo 393/09, atendendo aos preceitos éticos contidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados e discussão

Durante o período do estudo foram coletadas informações de 223 prontuários de mulheres climatéricas. No entanto, foram excluídos da análise 21 em razão dos dados do lipidograma estarem incompletos. A população estudada foi de 201 mulheres que possuíam idade média de $50,94 \pm 5,46$ anos, sendo a idade mínima de 40 anos e a máxima de 59 anos.

A idade média da ocorrência da menopausa é de 51,4 anos, dado semelhante ao encontrado neste estudo; no entanto, a sintomatologia climatérica pode variar dos 40 aos 59 anos de idade nas mulheres.⁸

Baseado nas informações da SBC quanto aos níveis de Colesterol Total - CT pode-se considerar que 47,8% da população apresentaram perfil considerado ótimo ($<200\text{mg/dL}$), 20,9 %

alto ($\geq 240\text{mg/dL}$) e 31,3% encontravam-se, entre 200 a 239 mg/dL, classificado como limítrofe (gráfico 2).⁹

Os níveis de CT variaram de 100 a 434 mg/dL em pesquisa realizada no Pará por Lima e Azevedo com mulheres na perimenopausa e acima dos 45 anos de idade. No entanto, valores encontrados neste estudo variaram de 156 a 342 mg/dL, considerados inferiores aos dados obtidos na região Norte.¹⁰

O presente estudo também constatou um valor médio de $207,0 \pm 44,78$ mg/dL de CT. Oliveira e outros autores em um estudo realizado na cidade de Fortaleza-CE avaliaram mulheres pós-menopausa na faixa etária dos 42 aos 59 anos para conhecer os fatores associados às dislipidemias das mulheres durante o climatério. Nesta pesquisa obtiveram uma média dos níveis de CT igual a 260 mg/dL ($p < 0,05$),

GRÁFICO 1. Distribuição do percentual dos valores de idade. Teresina, 2010.

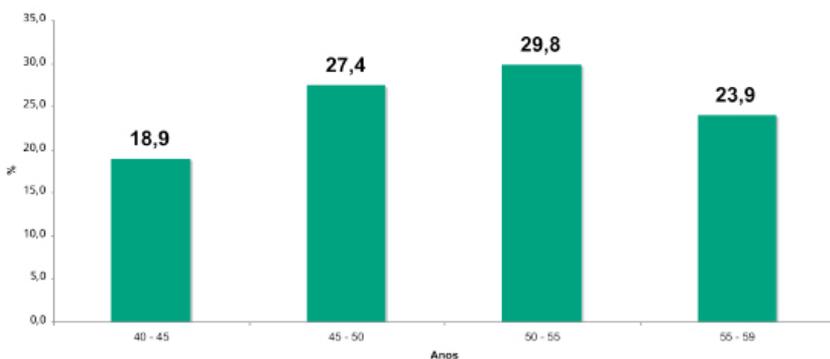


TABELA 1: Valores de médias, desvios padrão, modas, valores mínimos e máximos da idade e níveis lipídicos da população. Teresina, 2010.

VARIÁVEIS	Médias	Desvios Padrão	Modas	Valores Mínimos	Valores Máximos
Idade	51,0	5,46	59,0	40	59
CT	207,0	44,78	204	100,0	434,0
HDL-C	47,2	11,60	42	26,0	101,0
LDL-C	130,4	45,51	151	40,6	400,0
TG	151,9	75,59	135	45,0	464,0

estatisticamente maior que os encontrados no presente estudo.¹¹

Os valores de HDL-C variaram de 26,0 mg/dL a 101,0 mg/dL com valor médio de $47,2 \pm 11,60$ mg/dL, sendo o de maior frequência 42 mg/dL. De acordo com o gráfico 3 verificou-se que os níveis de HDL-C, em 11,4% da população estudada apresentaram valores de referência considerados alto (≥ 60 mg/dL), 61,7% encontravam-se dentro do padrão da normalidade e 26,9% das mulheres atingiram valores abaixo de 40 mg/dL.

O perfil lipídico das mulheres climatéricas apresentou média significativamente reduzida ($p < 0,05$) de LDL-C ($124 \text{ mg/dl} \pm 45, 5122$) e desejável de HDL-C ($47,2 \text{ mg/dl}$), conforme tabela 1.

O HDL-C abaixo de 40 mg/dL é um fator de risco para desenvolver doenças coronarianas tanto quanto os níveis elevados de LDL-C; por sua vez, níveis acima de 60mg/dL de HDL-C constituem um fator protetor contra doenças coronarianas, sendo benéfico na prevenção de eventos mórbidos tais como aterosclerose, acidente vascular encefálico (AVE) e infarto agudo do miocárdio (IAM).¹² De acordo com os dados obtidos pôde-se afirmar que as mulheres climatéricas apresentaram um perfil de HDL-C considerado desejável contra o desenvolvimento de doenças coronarianas, uma vez que de forma significativa ($p < 0,05$) atingiram valores acima de 40 mg/dL (gráfico 3).

Comparando-se com o estudo de Oliveira e Mancini Filho realizado em 217 mulheres com idade média de 60,98 anos, verificou-se que a média encontrada para HDL-C ($47,2 \text{ mg/dL}$) foi significativamente maior àquela obtida no referido estudo, de $43,3 \text{ mg/dL}$.¹³

Nesta pesquisa, os valores de LDL-C variaram de 40,6 mg/dL a 400,0mg/dL e média de $130,4 \text{ mg/dL}$. O gráfico 4 mostra o perfil de LDL-C, sendo que 34,8% das mulheres apresentaram um perfil considerado desejável; 20,4% ótimo; 26,4% limítrofe;

GRÁFICO 2. Distribuição do percentual dos níveis de CT. Teresina, 2010.

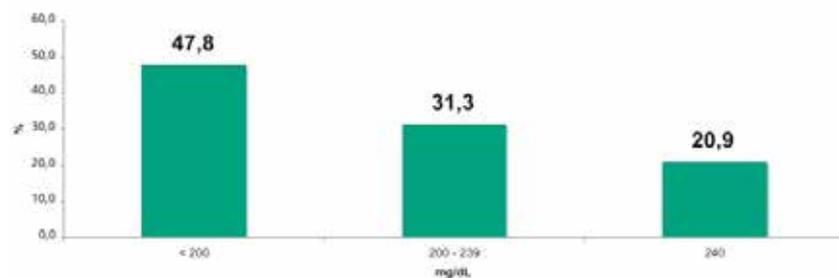


GRÁFICO 3. Distribuição percentual dos níveis de HDL-C. Teresina, 2010.

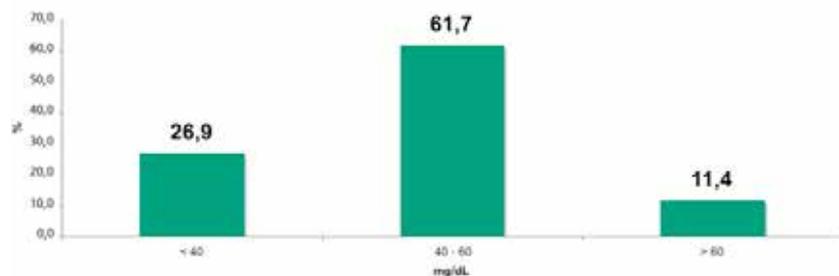
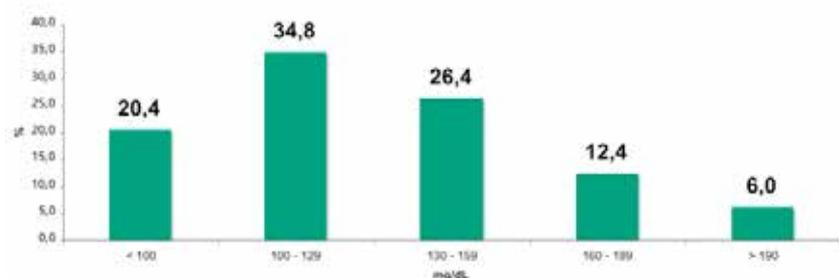


GRÁFICO 4. Distribuição percentual dos níveis de LDL-C. Teresina, 2010.



12,4% alto e 6% foram considerados muito alto.

Quando comparado o valor médio dos níveis de LDL-C ($130,4 \text{ mg/dL}$), com os valores de referência da SBC, as taxas de LDL-C são classificadas como limítrofes, porém nos testes estatísticos não foi encontrada uma diferença significativa ($p > 0,05$). Os

achados encontravam-se no limiar da classificação desejável e limítrofe.⁹

O nível médio de LDL-C ($130,4 \text{ mg/dL}$) quando comparado com o estudo realizado no estado de São Paulo por Oliveira e Mancini Filho, foi estatisticamente menor ($p < 0,05$).¹³

Com relação aos Triglicerídeos - TG, os valores variaram de $45,0 \text{ mg/dL}$

a 464,0 mg/dL e obtiveram média de 151,9 mg/dL, tendo como valor modal 135,0 mg/dL. O gráfico 5 demonstra que 54,7% das mulheres climatéricas apresentaram um perfil considerado ótimo; 23,4% limítrofe alto; 21,9% alto e nenhuma mulher apresentou nível de TG acima de 500 mg/dL.

Oliveira e Mancini Filho, em uma pesquisa que avaliava o valor médio de TG em mulheres no estado de São Paulo, encontraram um valor médio de $171,8 \pm 80,80$ mg/dL, considerado significativamente maior que os valores obtidos nesta pesquisa, $151,9 \pm 75,5992$ mg/dL.¹³

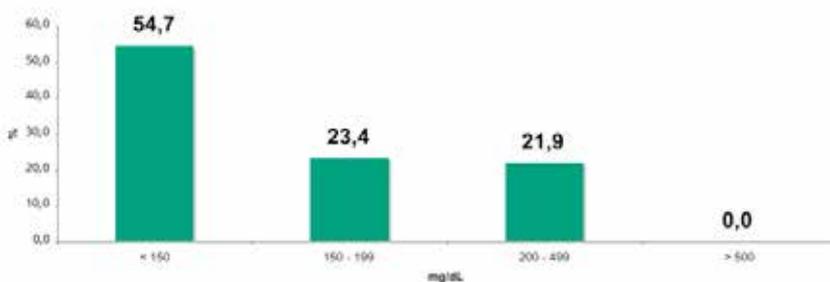
No estudo de Lima e Azevedo realizado no Pará foram encontrados valores mínimos para TG de 59 mg/dL e máximo de 307 mg/dL, estando este último abaixo do valor encontrado no presente trabalho.¹⁰

Tendo como base o perfil socioeconômico das mulheres climatéricas estudadas, verificou-se que 52,24% eram mulheres do lar; 13,94% empregadas; 3,48% desempregadas; 1,99% aposentadas e apenas 0,99% eram estudantes. Quanto ao estado civil das mulheres em questão, 51,24% eram casadas; 16,41% solteiras; 4,9% separadas e 4,9% viúvas. Em alguns prontuários não constava esta informação, perfazendo um total de 22,55%.

De acordo com o nível de escolaridade, 17,41% das mulheres eram alfabetizadas, 2,48% não alfabetizadas, 16,90% concluíram o ensino fundamental, 16,41% ensino médio, 1,53% ensino superior e em 45,27% não constavam informações nos prontuários. A porcentagem de mulheres climatéricas com plano de saúde foi 16,92%, enquanto 37,81% não possuíam plano. Vale ressaltar que a maioria dos prontuários (45,27%) não registrava essa informação.

É importante salientar que a ausência de resposta nos prontuários sobre o perfil socioeconômico da população deste estudo pode ter sido um fator

GRÁFICO 5. Distribuição percentual dos níveis de triglicerídeos. Teresina, 2010.



“Em estudo realizado nos Estados Unidos da América, envolvendo mulheres com idade entre 25 e 64 anos, observou-se que as mulheres donas de casa tendem a apresentar melhor perfil lipídico em relação às mulheres com ocupação remunerada (...)”

limitante para melhor caracterizar as mulheres climatéricas. No entanto, não foi excluída do universo da pesquisa por se considerar uma informação essencial no que tange a atualização das informações nos prontuários dos usuários do serviço de saúde.

Os resultados referentes ao nível de escolaridade refletiram num dos aspectos da desigualdade social no país. A situação de analfabetismo pode, por si só, ser considerada um fator de limitação para a sobrevivência e para a qualidade de vida.¹⁴

Quanto à relação entre o estado marital, pesquisadores têm apontado

para o fato de que a qualidade de vida e o nível de autocuidado tendem a serem maiores entre as mulheres climatéricas com um companheiro fixo.¹⁵

Em estudo realizado nos Estados Unidos da América, envolvendo mulheres com idade entre 25 e 64 anos, observou-se que as mulheres donas de casa tendem a apresentar melhor perfil lipídico em relação às mulheres com ocupação remunerada, o que atribui à possível maior dificuldade por parte dessas últimas em cuidar de sua alimentação, assim como maior escassez de tempo para praticar atividade física regularmente.¹⁶

Apesar de algumas limitações apontadas, pode-se afirmar que os resultados do presente estudo permitiram delinear o perfil socioeconômico das mulheres que têm vivido em condições adversas. Torna-se necessário enfatizar que as questões relacionadas a este perfil devem ocupar um lugar de destaque de modo a propiciar uma adequada condução no planejamento dos serviços.

Conclusão

Os resultados apresentados na pesquisa permitiram concluir que o perfil lipídico da população em estudo pode ser considerado desejável para a saúde uma vez que não apresentou alterações significativas quando comparados aos valores de referência da SBC e a outros estudos.

Quanto ao perfil socioeconômico da população, concluiu-se que a maio-

ria das mulheres estudadas eram pessoas casadas, sem ocupação remunerada, estritamente cuidadoras do lar, com baixo nível de escolaridade e que não possuíam plano assistencial de saúde. Porém, é importante salientar que na maioria dos prontuários não constavam todas as informações, o que constituiu um fator limitante para melhor caracterizar e traçar o perfil quanto aos dados socioeconômicos das mulheres que vivenciam essa fase da vida.

A Enfermagem, como ciência, prioriza no seu modelo assistencial uma abordagem holística. Assim, os resultados possibilitarão direcionar melhor a prática assistencial de enfermagem na Estratégia Saúde da Família, para uma melhor tomada de decisão e na conscientização das mulheres em relação à importância de se manter o controle do perfil lipídico através de mudanças no estilo de vida, o que é



valorizado na consulta de enfermagem. Desta forma, o tema inseriu-se na valorização das práticas de promoção à saúde da mulher e também na inserção do enfermeiro no atendimento a este grupo nesta fase da vida.

Levando em conta que a estruturação das políticas públicas de saúde deve

estar fundamentada no diagnóstico de problemas específicos, espera-se que os resultados do presente estudo possam subsidiar programas de promoção, prevenção e atenção às mulheres climatéricas. Acredita-se que esforços conjuntos possam também permitir, contribuir e garantir um envelhecimento saudável. 🐦

Referências

1. FEBRASGO. Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Climatério. Manual de Orientação. São Paulo: Ponto, 2004.
2. Pedro AO, Pinto-Neto AM, Paiva LHSC, Osis MJD, Hardy EE. Síndrome do climatério: inquérito populacional domiciliar em Campinas, SP. São Paulo. Rev. Saúde Pública. [periódico online] 2003. (capturado em: 05 set. 2009) 6(37): 735-42. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n6/18016.pdf>>.
3. Travagiml DSA, Kusumota I. Prevenção e progressão da doença renal crônica: atuação do enfermeiro com diabéticos e hipertensos. Rio de Janeiro. Rev. enferm. UERJ. [periódico online] 2009. (capturado em: 06 jul 2010) jul/set; 17(3): 388-93. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n2/v18n2a21.pdf>.
4. Pacheco GS, Santos I, Bregman R. Características de clientes com doença renal crônica: evidências para o ensino do auto cuidado. Rev enferm UERJ. 2006; 14: 434-39.
5. Silva EM, Costa AF, Leite ES, Sobreira MVS. Climatério na visão de mulheres de uma unidade de saúde da família. Nursing. 2012 fev; 14(165): 79-84.
6. Duncan B. Medicina Ambulatorial Condutas de Atenção Primária Baseada em Evidências. Porto Alegre: Artmed, 2004.
7. Albuquerque JOL Vivências de mulheres no climatério em uso da soja como base de alimentação: um estudo de enfermagem na abordagem fenomenológica. [Dissertação]. Teresina: Universidade Federal do Piauí; 2005; 138 p. Mestrado em Enfermagem.
8. North American Menopause Society – NAMS. Menopause. [Acesso em: 06 set. 2009]. 2007.3ed. Disponível em: <<http://www.menopause.org/educmaterials/cliniciansguide/cliniciansguidetoc.aspx>>..
9. Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). III Diretrizes Brasileiras Sobre Dislipidemias e Diretriz de Prevenção da Aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arquivos Brasileiros de Cardiologia – v. 88, Suplemento I, Abril 2001.
10. Lima FAS, Azevedo VNG. Correlação entre o índice de massa corpórea e os valores do perfil lipídico em mulheres na perimenopausa. Rev. Para. Med. 2006; 20(2): 25-8.
11. Oliveira TR, Sampaio HAC, Carvalho FHC, Lima JWO. Fatores associados à dislipidemia na pós-menopausa. Rev. Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 2008. 30(12): 594-601.
12. Fujisawa RT, Vieira AEF, Fujisawa RM. Altos níveis de HDL colesterol: proteção ou risco cardiovascular? Relato de caso? Rev. Soc. Bras. Clin. Méd; 2008;6(6):279-81, Disponível em: bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah. Acesso em: 10 nov. 2010
13. Oliveira A, Mancini FJ. Perfil nutricional e lipídico de mulheres na pós-menopausa com doença arterial coronariana. Arq. Bras. Cardiol. 2005; 84(4): 325-29.
14. Feliciano AB, Moraes AS, Freitas ICM. O perfil do idoso de baixa renda no Município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. Cad. Saúde Pública. 2004. 20(6): 1575-1585. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/15.pdf>. Acesso em: 02/11/2010.
15. Dennerstein L, Lehert P, Guthrie J. The effects of the menopausal transition and biopsychosocial factors on well-being. Arch Women Ment Health. 2002; 1 (51): 15-22.
16. Im EO, Meles AL. Women's work and symptoms during midlife: Korean immigrant women. Women Health. 2001; 1-2(33): 83-90.

Inteligência emocional de enfermeiros assistenciais em um hospital escola paulista

Na atualidade o entendimento das emoções tem se tornado cada vez mais importante, sendo fundamental na prática do cuidar em enfermagem. Sendo assim, este artigo busca uma interpretação de atitudes e ações na resolução de determinadas situações à luz do construto de Inteligência Emocional. Participaram do estudo 17 enfermeiros assistenciais do Hospital das Clínicas de Marília. A coleta de dados se deu pelo preenchimento do questionário de caracterização pessoal e profissional e da Escala Schutte Self-Report Inventory. Os dados foram coletados em janeiro de 2012. A partir dos resultados concluímos que existe correlação em perceber emoções e utilizá-las, porém administrar as emoções e compreendê-las ainda é uma dificuldade para a classe de enfermeiros, diante da realidade do ambiente de trabalho e necessidade de decisões rápidas, assertivas e imparciais.

Descritores: Enfermagem; Inteligência Emocional; Assistência Hospitalar; Assistência de Enfermagem.

At present the understanding of emotions have become increasingly important and is central in the practice of nursing care. Therefore, this article seeks an interpretation of attitudes and actions in the resolution of certain situations in the light of the construct of Emotional Intelligence. Participated in the study 17 nurses of the Hospital das Clinicas de Marilia. Data collection took place by completing a questionnaire on personal and professional characteristics of the Scale and Schutte Self-Report Inventory. Data were collected in January 2012. From the results we conclude that there is a correlation in perceiving emotions and use them, but manage the emotions and understand them is still a difficulty for the class of nurses, before the reality of the workplace and the need for quick decisions, assertive and impartial.

Descriptors: Nursing; Emotional Intelligence; Hospital Care; Nursing Care.

En la actualidad la comprensión de las emociones se han vuelto cada vez más importante y es fundamental en la práctica de los cuidados de enfermería. Por lo tanto, este artículo tiene por objeto la interpretación de las actitudes y acciones en la resolución de ciertas situaciones a la luz del constructo de la Inteligencia Emocional. Participó en el estudio, 17 enfermeras del Hospital de las Clínicas de Marília. La recolección de datos se llevó a cabo al completar un cuestionario sobre las características personales y profesionales de la escala y el Inventario de Schutte Self Report. Los datos fueron recolectados en enero de 2012. De los resultados se concluye que existe una correlación en la percepción de las emociones y usarlas, pero manejar las emociones y entenderlas es todavía una dificultad para la clase de las enfermeras, ante la realidad del lugar de trabajo y necesidades de decisiones rápidas e imparciales.

Descritores: Enfermería; La Inteligencia Emocional; La Atención Hospitalaria; Cuidados de Enfermería.

Nely Regina Sartori

Doutoranda em Enfermagem Psiquiátrica pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

Caroline Brandão Pires de Almeida

Residente em Enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília, Marília, São Paulo, Brasil.

Rodrigo Wanderley Neves Barbosa

Mestre em Saúde e Envelhecimento – FAMEMA; Docente de Infectologia e Clínica Médica da UNIMAR, Marília, São Paulo, Brasil.

Recebido em: 31/07/18

Aprovado em: 06/08/18

Introdução

Atualmente diversos estudos relatam as competências do cuidar em enfermagem relacionando a concepção ampliada da ação profissional.¹ Estas competências se dão por meio de uma sabedoria zelosa onde o grande alvo é a plenitude da vida, sendo na prática aplicada por meio de peculiaridades que se relacionam na perspectiva do cuidar.

Neste momento, a inteligência emocional (I.E.) emerge como conceito de habilidade na ação da enfermagem, e sua natureza vem sendo investigada para uma ampliação da prática, aplicando a conexão entre as emoções e prática do cuidar. Considerando o cuidar em enfermagem, temos iden-

tificado na vivência da prática limites do campo da comunicação, diálogo e relações interpessoais influenciando diretamente na qualidade desta ação. A inteligência emocional aplicada envolve principalmente a crítica habilidosa, o lidar com a diversidade, a sabedoria organizacional e o QI de grupo (soma dos talentos e aptidões dos envolvidos)², o que são características e habilidades-essências no processo do cuidar, quando visto em âmbito organizacional da prática de enfermagem.

A autonomia aparece como tendência social geral dentro das profissões, o que por consequência gera mais competitividade buscando assim maior auto-aceitação, atuando como uma pressão socioeconômica reduzindo a ação da

cooperação, solidariedade e envolvimento. A enfermagem em si, no contexto da prática profissional, não se afasta dessa realidade, sendo necessário o entendimento das aptidões emocionais para a busca da intersecção da razão e emoção para a prática integral do cuidado sem o desequilíbrio pessoal, racional e emocional do profissional. Para tanto a sensibilidade do enfermeiro aparece como argumento influente, e o entendimento das emoções se faz importante na prática clínica e hospitalar, assim como em todas as ações relacionadas à produção de cuidados.

Os objetivos do estudo foram mensurar o índice de Inteligência Emocional da equipe de enfermeiros assistenciais de um hospital escola no interior paulista e discutir e explanar a síntese do conceito I.E. sobre o referencial da teoria e prática do cuidar em enfermagem apresentados pelos mesmos.

Referencial teórico

O conceito de inteligência pode ser abordado em diferentes perspectivas, incluindo a biológica, cognitiva e psicológica. Para o âmbito de Inteligência Emocional é interessante manter o foco na conceitual literatura psicológica, cuja abordagem de inteligência tem se misturado à ideia de raciocínio. O cientista cognitivo Sternberg³ apresenta a inteligência em um contexto geral que consiste em adaptação intencional a formação e seleção de ambientes do mundo real relevantes para a vida. Para este autor, este é o ponto de partida para a definição de inteligência. Sendo assim, contextualizando esta teoria, define alguns pontos importantes: define inteligência em termos de comportamento no ambiente do mundo real, excluindo construções irreais como ocorrem nas patologias psiquiátricas; define inteligência em termos do comportamento que é relevante para a vida, como por exemplo, para aplicação da habilidade de adaptação social em determinada cultura; define inteligência como sen-

do intencional direcionada para metas, sendo estas conscientes ou inconscientes; define inteligência sendo adaptativa, porém ocorrem contradições se tratando simplesmente da adaptação do homem ao ambiente no âmbito da inteligência; define que inteligência envolve o moldar do ambiente, sendo assim, apresenta que pode ser que não exista um comportamento inteligente em si por conta de que as pessoas podem se adaptar aos diversos ambientes de diferentes maneiras; e por último apresenta que inteligência envolve a atividade de seleção do ambiente; sendo assim, quando a pessoa reconhece que as tentativas de sucesso e de molde do ambiente para valores, habilidades e interesses não funcionaram, é hora de sair do ambiente e encontrar um novo ao qual possa se adaptar melhor. Este conceito de Sternberg³ é uma definição contextual de inteligência, a qual pode fornecer então uma aplicação prática e questionadora para o desafio do conceito final de inteligência para o homem do mundo moderno, considerando que a dimensão conceitual de inteligência apresenta desde o início desafios no campo prático e teórico.

Relacionando a inteligência emocional à promoção do cuidar em enfermagem, a habilidade do profissional é melhorada quando existe a consciência da inteligência emocional,⁴ assim como possui um papel importante na formação de sucesso da relação humana.⁵ A assistência direta ao paciente e a cooperação nas relações diretas com a equipe multidisciplinar também pode ser relacionada à habilidade da Inteligência Emocional.

Sobre o trabalho do enfermeiro, entende-se que os trabalhos físico e emocional influenciam para a diminuição do recurso crítico, sendo que as questões mais relacionadas ao trabalho poderiam então ser supridas através de gestão do aspecto emocional. Portanto identifica-se um valor de reconhecimento do conceito de I.E. nos cuidados

de saúde, associado ao trabalho do enfermeiro, considerando esta exigência de componente no aspecto emocional.⁶

Recentemente a neurociência tem defendido o entendimento da influência das emoções, evidenciando a sistemática da inteligência emocional como aumento da consciência, o lidar eficientemente com nossos sentimentos aflitivos, manutenção do otimismo e perseverança, apesar de frustrações, aumentando a capacidade de empatia e envolvimento, cooperação e ligação social.¹ O intelecto não pode dar o melhor de si sem a inteligência emocional, sendo assim, o processo de se utilizar inteligentemente as emoções seria essencial para o equilíbrio das habilidades humanas.

O processo de desenvolvimento da inteligência emocional é dinâmico e se dá a partir de experiências acumuladas com o crescimento contínuo e construtivo das competências e pode ser relacionado a um amadurecimento pessoal e profissional. Em se tratando de organização dos processos de trabalho, o modelo taylorista propõe a ideia de que a medida correta da excelência do trabalho era meramente a capacidade da mente humana, ou seja, através dos testes de QI, avaliando processos cognitivos e intelectuais.

Em contraponto, o pensamento freudiano apresenta que além do QI a personalidade humana exerce influência para a medida de potencial de trabalho, incluindo este conceito como indicador de excelência. A partir da segunda metade do século XX, a inteligência cognitiva e pessoal aparece integrada, sendo destacado o modelo de inteligências múltiplas teorizado por Gardner,⁷ que descreve entre outras inteligências, a inteligência interpessoal, onde deve existir a capacidade de integração e entendimento do outro.

Entendemos que a inteligência emocional apresenta uma nova diretriz para avaliação e autoavaliação para o profissional enfermeiro, em que serão

focadas as qualidades pessoais como por exemplo sua capacidade de adaptação, persuasão, empatia e iniciativas em dualidade a capacidades intelectuais e conhecimentos técnicos. Busca-se cada vez mais a excelência no cuidado do sujeito, buscando a singularidade deste, desenvolvendo habilidades dentro da profissão para que este processo seja realizado com eficiência e produtividade. As características de eficiência e de produtividade são geradas através da promoção da competência da habilidade pessoal humana,⁸ reconhecendo que a parte emocional do cérebro humano aprende de um modo diferenciado do cérebro pensante, que realiza o raciocínio clínico, por exemplo. A prática do cuidar, utilizando competências cognitivas pode ser prejudicada se a inteligência emocional estiver deficiente. Os sentimentos devem ser expressos de formas apropriadas e efetivas, permitindo o trabalho interdependente, com tranquilidade e visando metas em comum. Fundamentalmente as competências emocionais são capacidades adquiridas,⁸ como por exemplo a capacidade de interdependência, em que um profissional depende do inter-relacionamento com uma ligação forte para uma contribuição no processo terapêutico de determinado sujeito em que a meta é o cuidado integral.

Assim, para que se possa tirar o máximo proveito de seus recursos psicológicos, é preciso conhecer o melhor possível do potencial e limitações desses recursos, e só assim seria possível então aperfeiçoar resultados e corrigir possíveis falhas. Procurando entender a importância das emoções, surgem propostas como de regulação do corpo, rapidez de ação, via rápida para decisão intuitiva, comunicação com o grupo como base da interpessoalidade, inspiração e criatividade, empatia e cumprimento da função dos instintos. Justifica-se então a importância do estudo das habilidades e competências do



profissional de enfermagem, buscando o conhecimento conceitual e aplicado da inteligência emocional, para que se chegue a uma discussão da influência dessa percepção no âmbito da prática do cuidar em enfermagem.

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório com abordagem quantitativa que buscou aprofundar os conhecimentos relacionados à Inteligência Emocional no âmbito do profissional enfermeiro assistencial e à prática e teoria do cuidar em enfermagem, sendo considerado ainda não explorada pela literatura científica.

O local do estudo é uma Unidade Hospitalar inaugurada em 2010, na cidade de Marília, pertencente ao Hospital das Clínicas da FAMEMA.

Os participantes foram incluídos no estudo por meio de convite e responderam individualmente os questionários. O caráter de inclusão compreendeu em ser profissional enfermeiro contratado do Hospital das Clínicas de Marília – FAMEMA Unidade III. Sendo assim, 17 enfermeiros participaram da pesquisa.

Utilizou-se um questionário estruturado para a realização da caracterização profissional e pessoal dos participantes. A coleta de dados deu-se em

janeiro de 2012.

Para a coleta de dados dois questionários foram utilizados: o primeiro reportava-se a investigar a variável idade, sexo, estado civil, nível de instrução, tempo de formação, tipo de instituição formadora e tempo de atuação na instituição.

Para a avaliação do construto de Inteligência Emocional foi utilizado um questionário específico de avaliação por autorrelato denominado Schutte Self-Report Inventory (SSRI), considerado atualmente um dos testes mais renomados disponíveis em âmbito internacional.⁹ O teste conhecido como Escala de Inteligência Emocional Schutte busca produzir resultados para avaliação de Inteligência Emocional para facetas de Percepção, Facilitação, Compreensão e Gerenciamento. Esta escala foi recentemente validada para o espanhol e traduzida para o português e contém 33 itens, que podem ser respondidos através de cinco alternativas (1= discordo totalmente, 2= discordo parcialmente, 3= nem concordo, nem discordo, 4= concordo parcialmente, 5= concordo totalmente). A pontuação é marcada com a soma dos itens e o resultado final pode ser apresentado como a soma de construtos dentro do conceito de I.E. É considerada uma ferramenta de fácil entendimento e autoaplicável (Anexo A).

O presente projeto foi enviado para apreciação do Comitê de Ética local e aprovado para aplicação sob o protocolo 300/11. Os sujeitos que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados e discussão

A análise dos resultados se deram por meio de estatística descritiva do questionário de caracterização pessoal/profissional e questionário de autorrelato Schutte, por meio da análise dos quatro subtestes da inteligência emocional investigando a estrutura interna destes.

A tabela 1 apresenta os resultados obtidos por meio do questionário de

Caracterização Pessoal e Profissional. A população estudada é predominantemente do sexo feminino (88,2%), com idade entre 20-30 anos (58,8%) e casada (47,1%). Em relação a caracterização profissional a maioria é formada em instituição particular (71,6%), com 1-5 anos de formação (47,1%), com no mínimo uma especialização concluída (82,3%), contudo a grande maioria possui mais de uma especialização (52,9%). Quanto ao tempo de

trabalho na instituição, a grande maioria (88,2%), possui entre 1 a 5 anos. O que demonstra ser uma equipe jovem.

Os dados apresentados sugerem que o estudo compreende sujeitos jovens, predominantemente do gênero feminino, com relativamente poucos anos de tempo de formação, porém especializados. O tempo de trabalho na instituição foi relativamente baixo, relacionado ao tempo de funcionamento da unidade estudada, porém três enfermeiros já atua-

TABELA 1. Caracterização pessoal e profissional segundo as variáveis idade, sexo, tempo de formação, tempo na instituição e nível de escolaridade. Marília. 2012.

VARIÁVEL	f	%
IDADE (Anos)		
20-30	10	58,8
31-40	5	29,4
41-50	2	11,8
SEXO		
Masculino	2	11,8
Feminino	16	88,2
ESTADO CIVIL		
Solteiro (a)	6	35,3
Casado (a)	8	47,1
Divorciado (a)	3	17,6
TEMPO DE FORMAÇÃO (Anos)		
1-5	8	47,1
6-10	5	29,4
11-15	2	11,8
16-20	2	11,8
TEMPO DE SERVIÇO NA INSTITUIÇÃO (anos)		
1-5	15	88,2
6-10	1	5,9
11-15	1	5,9
NÍVEL DE ESCOLARIDADE		
Graduação*	1	5,9
Especialização	14	82,3
Residência	1	5,9
Mestrado	1	5,9
TIPO DE INSTITUIÇÃO FORMADORA		
Pública	5	29,4
Privada	12	71,6

*somente graduação

vam na instituição em outras unidades. Quanto ao gênero e idade, pesquisas recentes apontam que não existe variação significativa com relação à Inteligência Emocional.¹⁰ Porém, paradoxalmente, estudos¹¹ apresentam o gênero feminino possuindo maior pontuação em Inteligência Emocional do que o gênero masculino diante de um questionário de autorrelato e assim, a afirmativa mantém de acordo com o que conhecemos como traço emocional para mulheres, e traço racional para o gênero masculino. É interessante salientar a relação e a influência de analisar o construto Inteligência Emocional diante de contextos e instrumentos diferenciados, sendo assim, considerando a dificuldade de comparação de variáveis.

Quanto aos resultados da Escala de Inteligência Emocional de Schutte,

estes foram divididos dentro de quatro construtos principais, que são: “Utilizar Emoções – Otimismo”, “Perceber Emoções”, “Administrar emoções” e “Compreender Emoções”.

O construto 1 – “Utilizar Emoções - Otimismo” envolve as perguntas: P.2, P.3, P.6, P.8, P.10, P.14, P.17, P.23, P.27; o construto 2 – “Perceber Emoções”, envolve as perguntas: P.4, P.7, P.9., P.15, P.18, P.19, P.22, P.29, P.32.; o construto 3 – “Administrar emoções” envolve as perguntas: P.1, P.11, P.12, P.13, P.16, P.20, P.21, P.28, P.31; o construto 4 – “Compreender emoções”, envolve as perguntas : P.5, P.24, P.25, P.26, P.30, P.33. A classificação das perguntas em construtos se deu por meio de identificação do contexto e conteúdo dos enunciados das perguntas contidas no questionário.

A pontuação apresentada para cada construto pode ser visualizada na tabela 2. E na Figura 1 podemos visualizar a disposição das somatórias para formação da pontuação dos construtos.

Analisando a tabela 2 e considerando que cada questão poderia ser pontuada com uma numeração de 1 a 5 pontos, sendo a menor pontuação discordando e a maior pontuação concordando com a afirmativa, pudemos obter maior pontuação (680) nas afirmativas relacionadas ao construto “Utilizar Emoções” – Otimismo. Seguindo, com uma pontuação bem próxima, encontramos o resultado (675) para o construto “Perceber Emoções”. Por fim, o construto “Administrar Emoções” (508) e o menor pontuado “Compreender Emoções” (234), completam a perspectiva abordada.

TABELA 2. Escala de Inteligência Emocional de Schutte da equipe de enfermeiros – pontuação dividida por construto. Marília. 2012.

Construto	Utilizar Emoções (Otimismo)	Perceber Emoções	Administrar Emoções	Compreender Emoções
Pontuação	680	675	508	234

Figura 1. Somatória das frequências das alternativas de resposta.

	P.1	P.2	P.3	P.4	P.5	P.6	P.7	P.8	P.9	P.10	P.11	P.12	P.13	P.14	P.15	P.16
R.1	0	1	0	1	3	1	3	1	0	1	0	0	3	0	0	0
R.2	1	0	2	1	3	1	4	1	0	1	1	1	0	0	1	0
R.3	1	0	2	1	2	1	3	0	0	1	1	1	4	1	1	1
R.4	6	5	8	8	8	4	4	3	2	4	9	8	5	4	9	7
R.5	8	11	5	6	1	10	3	12	15	10	6	7	5	12	6	9
SOMA	74	76	67	68	52	72	51	75	83	72	71	72	60	79	71	76

	P.17	P.18	P.19	P.20	P.21	P.22	P.23	P.24	P.25	P.26	P.27	P.28	P.29	P.30	P.31	P.32	P.33
R.1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	14	2	0	3	2	3
R.2	1	1	1	0	3	0	1	0	0	1	1	2	2	0	0	0	4
R.3	2	2	1	1	1	0	1	1	3	1	2	0	1	1	3	2	2
R.4	6	8	4	10	8	4	4	3	9	12	10	1	11	10	1	11	8
R.5	8	6	11	6	5	13	11	13	4	1	4	1	1	6	10	2	0
SOMA	72	70	76	73	66	81	76	78	66	60	68	26	58	73	66	62	49

Diante dos resultados apresentados, entendemos que essa equipe de enfermagem utiliza as emoções e percebe as emoções significativamente, menos decididamente administra as emoções e pouco compreende as emoções. Sendo assim, entende-se que a gestão da emoção desta equipe apresenta-se prejudicada, considerando que pouco administra e compreende emoções. É importante reconhecer a capacidade do enfermeiro em gerenciar suas próprias emoções e compreender a emoção do sujeito,⁶ pois esse processo deve ser utilizado para o cuidar em enfermagem, porém, necessita ainda ser explorado com eficácia nos processos formadores. Utilizar e perceber emoções aparece significativamente, o que constrói uma imagem de que existe um cunho emocional ativo dentro do trabalho da enfermagem o qual necessita ser abordado mais profundamente.

A realização deste estudo surgiu das necessidades de respostas com relação a este campo cognitivo e emocional ainda pouco explorado especificamente pela enfermagem. A ideia decorre da visualização de uma prática pouco refletida e intensamente vivida, e frente a uma distância aprendida, ao pensar que distanciando as emoções poderia se obter melhor qualidade de assistên-

cia. Sabemos que é na atualidade que discutimos questões de relacionamento enfermeiro-paciente, como o modo holístico de assistir o sujeito como um todo e a humanização e empatia ao atendimento, o que envolve o reconhecimento das reais necessidades e uma intimidade com o sujeito e seu adoecimento. Sendo assim, a partir daí passa a existir a necessidade do enfermeiro em conhecer e administrar suas emoções⁶ além da realização prática do cuidar, e este processo exige gestão de emoções.

O reconhecimento da importância da Inteligência Emocional para o cuidar em enfermagem necessita ser pautado sobre o reflexo da Inteligência Emocional na complexidade e integralidade do trabalho vivo em saúde. Para este processo algumas questões são importantes como: I.E. na relação de cuidado (profissional-paciente) causando impacto sobre o cuidado centrado no paciente, a satisfação do paciente e qualidade no atendimento e o impacto da I.E. diante de questões de satisfações com o trabalho e desempenho em geral.¹² Neste âmbito surgem questões importantes para a discussão de estudos relacionando Inteligência Emocional e o trabalho em enfermagem, como, por exemplo, se é possível o treinamento em I.E. e se a análise de I.E. deve fazer parte dos

processos de recrutamento e seleção. Daí a visão prospectiva de que cada vez mais habilidades e competências intrínsecas ao sujeito exercem influência em relações interpessoais e de trabalho em saúde possuindo reflexões sobre a qualidade e efetividade do cuidar.

Conclusões

Existe correlação entre perceber as emoções e utilizá-las, porém administrar as emoções e compreendê-las ainda é uma dificuldade para a equipe estudada.

Fazem-se necessários novos estudos sobre a temática e a população em questão, pois se trata de uma classe que possui inúmeros eventos estressores relacionados ao trabalho, incluindo decisões rápidas.

O estudo de Inteligência Emocional em enfermagem provoca reflexões ao processo do cuidar, principalmente considerando a temática do cuidado integral ao indivíduo, reconhecimento de suas necessidades reais de saúde e assistência empática.

Diante do resultado de dificuldades em gerência de emoções quando relacionados à enfermagem, levantamos a necessidade de inserção de pesquisas aprofundadas e ações voltadas para a formação profissional do enfermeiro. 🐦

Referências

1. Gotardo GIB. A enfermagem arte: uma abordagem sob a ótica de Nietzsche. *Rev enferm UERJ*. 1996; 2: 131-6. Número extra.
2. Goleman D. Inteligência emocional: a teoria revolucionária que redefine o que é ser inteligente. 5ª ed. Rio de Janeiro: Objetiva; 1995.
3. Sternberg RJ. The essential Sternberg: essays on intelligence, psychology, and education. Editores: Kaufman C, Grigorenko EL. Springer Publishing Company, LLC; 2009.
4. Kooker BM, Shoultz J, Codier EE. Identifying emotional intelligence in professional nursing practice. *J Prof Nurs*. 2007; 23: 30-6.
5. Costa AC, Faria L. A inteligência emocional no contexto de enfermagem: estudo exploratório com o Questionário de Competência Emocional (QCE). In: 10º Congresso Internacional Galego-Português de psicopedagogia [online]; 2009; Braga. *Actas*. Braga: Universidade do Minho; 2009. [citado 2011 Abr12]. Disponível em: <http://www.educacion.udc.es/grupos/gipdae/congreso/Xcongreso/pdfs/t9/t9c295.pdf>
6. McQueen AC. Emotional intelligence in nursing work. *J Adv Nurs*. 2004; 47: 101-8.
7. Gardner H. Inteligências múltiplas: a teoria na prática. Porto Alegre: Arte Médicas; 1995.
8. Goleman D. Trabalhando com a inteligência emocional. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.
9. Nascimento MM. Evidências da Validade para o Teste de Inteligência Emocional MSCEIT em Policiais. [dissertação]. Itatiba: Universidade São Francisco; 2006.
10. Birks YF, McKendree J, Watt I. Emotional intelligence and perceived stress in healthcare students: a multiinstitutional, multi-professional survey. *BMC Medical Educ*. [serial online]. 2009 [cited 2011 Jun 20];9(61):1-8. Available from: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6920-9-61.pdf>
11. Petrides KV, Furnham A, Martin GN. Estimates of emotional and psychometric intelligence: evidence for gender-based stereotypes. *J Soc Psychol*. 2004; 144: 149-62.
12. Birks YF, Watt IS. Emotional intelligence and patient-centred care. *J R Soc Med*. 2007; 100: 368-74.

Anexo A - Escala de Inteligência Emocional Schutte

Responda os itens da Escala nas tabelas abaixo de cada item de acordo com a tabela
(1) Discordo totalmente (2) discordo parcialmente (3) nem concordo, nem discordo
(4) concordo parcialmente (5) concordo totalmente

- 1- Eu sei quando devo falar com outras pessoas sobre meus problemas pessoais.
() 1 () 2 () 3 () 4 () 5
- 2- Quando enfrento obstáculos, lembro-me dos momentos em que enfrentei obstáculos semelhantes e os superei.
() 1 () 2 () 3 () 4 () 5
- 3- Sempre acho que me sairei bem na maioria das coisas que tento fazer.
() 1 () 2 () 3 () 4 () 5
- 4- Outras pessoas confiam em mim com facilidade.
() 1 () 2 () 3 () 4 () 5
- 5- Acho difícil compreender as mensagens não-verbais de outras pessoas.
() 1 () 2 () 3 () 4 () 5
- 6- Alguns dos eventos mais importantes da minha vida levaram-me a reavaliar o que é relevante e o que não é.
() 1 () 2 () 3 () 4 () 5
- 7- Quando meu humor muda, consigo perceber novas possibilidades
() 1 () 2 () 3 () 4 () 5
- 8- Emoções são uma das coisas as quais me fazem sentir que vale a pena viver.
() 1 () 2 () 3 () 4 () 5
- 9- Tenho consciência das minhas emoções quando as vivencio.
() 1 () 2 () 3 () 4 () 5
- 10- Sempre acho que as coisas boas acontecerão.
() 1 () 2 () 3 () 4 () 5
- 11- Eu gosto de compartilhar minhas emoções com os outros.
() 1 () 2 () 3 () 4 () 5
- 12- Quando vivencio uma emoção positiva, sei como fazê-la durar.
() 1 () 2 () 3 () 4 () 5
- 13- Eu organizo eventos em que outras pessoas se divertem.
() 1 () 2 () 3 () 4 () 5
- 14- Eu busco atividades que me fazem feliz.
() 1 () 2 () 3 () 4 () 5
- 15- Eu tenho consciência das mensagens não verbais que envio aos outros.
() 1 () 2 () 3 () 4 () 5
- 16- Eu me apresento de forma a causar boa impressão nos outros.
() 1 () 2 () 3 () 4 () 5
- 17- Quando estou de bom humor, resolver problemas é fácil para mim.
() 1 () 2 () 3 () 4 () 5
- 18- Ao ver a expressão facial das pessoas, consigo reconhecer as emoções que elas estão vivendo.
() 1 () 2 () 3 () 4 () 5
- 19- Consigo perceber quando minhas emoções mudam.
() 1 () 2 () 3 () 4 () 5
- 20- Quando estou de bom humor, consigo ter novas ideias.
() 1 () 2 () 3 () 4 () 5
- 21- Tenho controle sobre minhas emoções.
() 1 () 2 () 3 () 4 () 5
- 22- Reconheço minhas emoções facilmente quando as vivencio.
() 1 () 2 () 3 () 4 () 5
- 23- Eu motivo a mim mesmo imaginando bons resultados para as tarefas que assumo.
() 1 () 2 () 3 () 4 () 5
- 24- Eu cumprimento outras pessoas quando elas fazem algo bem feito.
() 1 () 2 () 3 () 4 () 5
- 25- Tenho consciência das mensagens não-verbais que as outras pessoas emitem.
() 1 () 2 () 3 () 4 () 5
- 26- Quando alguém me conta sobre um acontecimento importante em sua vida, eu quase me sinto como se eu mesmo tivesse vivenciado tal acontecimento.
() 1 () 2 () 3 () 4 () 5
- 27- Quando percebo mudança nas minhas emoções, minha tendência é ter novas ideias.
() 1 () 2 () 3 () 4 () 5
- 28- Quando enfrento um desafio, eu desisto porque penso que fracassei.
() 1 () 2 () 3 () 4 () 5
- 29- Eu sei o que outras pessoas estão sentindo simplesmente ao olhar para elas.
() 1 () 2 () 3 () 4 () 5
- 30- Eu ajudo outras pessoas sentirem-se melhor quando estão tristes.
() 1 () 2 () 3 () 4 () 5
- 31- Eu utilizo o bom humor para ajudar a mim mesmo a persistir diante de obstáculos.
() 1 () 2 () 3 () 4 () 5
- 32- Eu consigo perceber como as pessoas estão se sentindo ao ouvir o tom de sua voz.
() 1 () 2 () 3 () 4 () 5
- 33- Considero difícil entender por que as pessoas sentem-se da maneira como se sentem.
() 1 () 2 () 3 () 4 () 5

O enfermeiro x potencial doador de órgãos: conceitos relacionados à religião

O Brasil tem um número notável de transplantes, que vem evoluindo, tornando-se uma alternativa segura e eficaz na terapia de diversas doenças crônicas. O objetivo desta revisão de literatura foi apresentar os aspectos religiosos envolvidos no processo de doação de órgãos e como o enfermeiro pode intervir. O processo de morte e morrer tem suas particularidades religiosas e o enfermeiro serve como ponte nesta fase, incluindo a captação e a manutenção do potencial doador, e para tal, precisa conhecer os aspectos religiosos para garantir que o mesmo seja findado com o máximo de êxito entre os envolvidos.

Descritores: Religião. Morte Encefálica. Assistência de Enfermagem.

The Brazil has a remarkable number of transplants evolving making it a safe and effective alternative in therapy of various chronic diseases. The purpose of this literature review was to present the religious aspects involved in the process of organ donation and as the nurse can intervene. The process of death and dying has its religious particularities and the nurse serves as a bridge at this stage, including the capture and maintenance of the potential donor, and to this end, need to know the religious aspects to ensure that it be closed as successful among those involved.

Descriptors: Religion. Brain Death. Nursing Care.

El Brasil tiene un número notable de los trasplantes la evolución, lo que es una alternativa segura y eficaz en el tratamiento de varias enfermedades crónicas. El propósito de esta revisión de literatura fue a presentar los aspectos religiosos involucrados en el proceso de donación de órganos y como la enfermería puede intervenir. El proceso de muerte y de morir tiene sus particularidades religiosas y la enfermería sirve de puente en esta etapa, incluyendo la captura y mantenimiento del donante potencial y para ello, es necesario conocer los aspectos religiosos para que se cierre tan exitoso entre los involucrados.

Descriptores: Religión. Muerte cerebral. Cuidados de Enfermería.

Maria Jocely Rodrigues de Lima Oliveira

Enfermeira pela Universidade Anhanguera. Residente do Programa de Transplante e Captação de Órgãos da Universidade Federal de São Paulo-UNIFESP. Especialista em Centro Cirúrgico e Recuperação Anestésica.

Sérgio Luis Alves de Morais Júnior

Enfermeiro. Mestre em Reabilitação. Aluno do Programa de Doutorado em Biotecnologia e Inovação em Saúde. Docente Adjunto da Universidade Anhanguera de São Paulo.

Introdução

Com o avanço das ciências da saúde de no que concerne os processos de transplante de órgãos provenientes de pacientes em Morte Encefálica (ME), os cuidados prestados pela equipe de Enfermagem devem ser voltados para manutenção dos órgãos, ofertando assim uma assistência digna ao potencial doador com o objetivo de não perder o transplante por negligência na prestação da assistência de enfermagem, devendo os profissionais serem preparados devido ao fato de, para muitos, o paciente ser considerado caso perdido.^{1,2}

Esse profissional deve ter qualificações técnicas e científicas, bem como preparo psicológico, para atuar com o fato de que os cuidados ali prestados visam à manutenção e qualidade da vida de outras pessoas indiretamente ligadas ao paciente em ME. Se faz necessário portanto, conhecer as religiões, ao menos as principais em nosso país e suas particularidades.^{1,3}

Nota-se diferenças e semelhanças entre as religiões, fato esse que pode ser devido o princípio da proximidade dos pensamentos, visto que a religião é uma instituição puramente humana. A morte deve ser reconhecida como um fenômeno natural, mas com diferentes percepções pelas pessoas acerca do tema voltado à religiosidade.⁴

Assim, este trabalho possui o objetivo de demonstrar a visão das principais religiões sobre o fator morte de modo a realizar uma interface com o trabalho dos enfermeiros e de que forma estes podem agir como agentes facilitadores do processo de morte associado a doação de órgãos.

Método

Estudo de revisão integrativa da literatura. A questão norteadora definida foi: quais são os aspectos religiosos envolvidos na doação de órgãos e como o enfermeiro pode agir neste processo.

Para a determinação da amostra, foi realizada busca por artigos científicos

Recebido em: 13/08/18

Aprovado em: 26/08/18



publicados em periódicos indexados nas bases eletrônicas de dados dos últimos 10 anos como Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Associação Brasileira de Transplante (ABTO), Ministério da Saúde (MS), Conselho Federal de Medicina (CFM) e Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB). Os descritores utilizados foram: religião, morte encefálica, assistência de enfermagem, descritos e relacionados pelo conector booleano "AND".

No que se refere às religiões, foram usados além de artigos alguns livros específicos de religião. O período para coleta de dados foi de setembro de 2012 a maio de 2013. Foram encontrados inicialmente quarenta artigos e vinte foram utilizados por atenderem aos propósitos e profundidade da pesquisa.

A revisão da literatura abrange a bibliografia publicada em relação ao tema em estudo, que inclui publicações científicas, jornais, monografias, dissertações, livros e teses. Foi realizada uma leitura seletiva do material com a finalidade de entrar em contato direto com o assunto buscando conhecer e analisar as contribuições sobre o tema ou problema abordado.

Resultados

Vida é definida como: sf. Conjunto de propriedades graças às quais animais e plantas se mantêm em contínua atividade; existência; a vida humana; o espaço de tempo que vai do nascimento à morte, a tradição ocidental considera a vida valiosa. Nessa concepção, Deus dá a vida e só ele a pode tirar, tendo os humanos a obrigação de preservá-la.^{4,5,6}

Já a morte é definida como: " s.f. 1. O fim da vida animal ou vegetal. 2.

Termo, fim. 3. Destruição, ruína. 4. Pensar profundo".⁵

Do ponto de vista biológico, a morte faz parte do processo de vida assim como o nascer. É natural, entretanto, o ser humano caracterizar-se pelos valores ofertados às coisas.⁷

Religião, do latim, religio, religionis, é um conjunto de crenças e dogmas com regras próprias que visam estabelecer a conduta do homem. Também buscam elucidar questões que se encontram sem resposta através do sagrado.^{8,9}

Cada qual apresenta suas particularidades, porém, podemos notar muitos pontos em comum. Essas diferenças e semelhanças entre as religiões são provavelmente devido o princípio da proximidade dos pensamentos, sendo a religião uma instituição humana.¹⁰

No Cristianismo seguem Jesus Cristo, sendo ele o único salvador (Messias).

A alma é imortal, imaterial e espiritual, no momento da concepção ocorre o nascimento da alma, a partir daí ela é eterna. Eles veem na morte a esperança, promessa da eternidade (ressurreição). O homem deve passar pela morte e crer em Jesus para salvar-se de seus pecados.^{11,12}

No judaísmo o Messias ainda virá, o livro sagrado é a Bíblia Judaica. Acreditam que foi feito um pacto entre Deus e os ancestrais, sendo este o motivo a chave para que se mantenha uma fidelidade a este Deus. São, portanto, monoteístas.¹³

As últimas palavras de um judeu são: "Adonai Hu Ha-Elohim" (o Senhor é Deus). O corpo é geralmente tratado por mulheres e envolto em uma mortalha (tachrichim). E assim levado ao cemitério com os devidos cuidados. Eles acreditam em vida após a morte.^{13,14,15}

O Espiritismo é fragmentado em algumas doutrinas diferentes, sendo de cunho politeísta o derivado das religiões provindas da África, sendo os cultos mais conhecidos o da Umbanda, Candomblé e Quimbanda.^{11,13} Fazem reuniões em um Centro Espírita, onde há a comunicação com os mortos através de médiuns, relatam que a vida do Espírito é eterna, a matéria (o corpo) não. Após a morte do corpo, a alma volta à vida, mas essa separação não causa sofrimento ao corpo, sendo um alívio ao Espírito que teria sofrido muito em vida.^{10,16}

O grito do nascimento anuncia que o processo se completou. As pessoas que possuem uma perversidade nata são espíritos inferiores, sendo assim, serão necessárias várias reencarnações para se tornar um espírito superior, podendo reencarnar como homem ou mulher.^{13,16}

Islam, de origem árabe, que significa submissão, a submissão dos muçulmanos perante a vontade de Deus, ou para eles Allah (palavra de semítica), é o nome para o ser superior, não varia nem em número nem em gênero. O Islam não crê na ideia do povo escolhido segundo cor, classe ou território.^{10,13}

Direciona e regula o comportamento

e atividades, sendo em sua concepção a religião da humanidade escolhida por Deus e a verdadeira religião para seus servos. Crer ou não na vida após a morte é essencial, pois sabe que terá vida eterna como recompensa.^{11,12, 13, 14}

Sidarta Gautama, posteriormente conhecido como Buda, é o centro desta religião. Ele não é definido como um deus, mas sim como um guia espiritual. Buda libertou-se do ciclo da morte e reencarnação quando atingiu a iluminação, teve discípulos a quem ensinou manter a moral, meditação e concentração. Tem vários ramos, entre eles o theravada e o mahayana. Nesta pesquisa será aborda-

“Do ponto de vista biológico, a morte faz parte do processo de vida assim como o nascer. É natural, entretanto, o ser humano caracterizar-se pelos valores ofertados às coisas”

do o budismo mahayana ou tibetano, por ser o mais difundido.^{13,17}

Na doutrina budista sabe-se que a morte não é permanente, com a consciência de que não se pode fugir da morte, é sabido que devemos estar preparados. Eles pregam a paz e felicidade eterna, e não somente uma prosperidade na vida atual, que é transitória.^{13,17}

Karma é a lei da causa e do efeito, ações negativas levam ao sofrimento, ações positivas levam a felicidade, um

treinamento mental é requerido, uma mente treinada para a realização de bons atos automaticamente sempre os fará, o karma acumulado então, será positivo.^{16,18}

Transplante de órgãos e tecidos é a técnica cirúrgica utilizada para substituição de um órgão ou tecido que perdeu suas funções fisiológicas, podendo esta ser total ou parcial.²

Indicada em pacientes portadores de insuficiência funcional em um ou diferentes órgãos essenciais, sendo a última opção terapêutica o transplante de órgão.^{19,20}

Quando o transplante for de fígado, pulmão, coração, medula óssea, intestino e pele, o objetivo é de salvar a vida. Nos casos de córneas, rins, pâncreas, válvulas cardíacas e ossos, busca-se a melhora na qualidade de vida. De acordo com a Associação Brasileira de Transplante e Órgãos (ABTO) atualmente, os transplantes ocorrem de duas maneiras:

Entre vivos: a pessoa juridicamente capaz o poderá dispor gratuitamente, desde que não comprometa sua saúde, tecidos, órgãos e partes do corpo vivo (órgãos duplos), para fins terapêuticos ou para transplante ao seu cônjuge ou parentes consanguíneos até o quarto grau, caso não seja para parente é necessária autorização judicial.²¹

Doador cadáver de três formas: 1º O doador em morte encefálica (ME), (com parada total e irreversível do tronco e hemisférios cerebrais, mantido a função cardiorrespiratória por aparelhos e medicações); 2º Doador com parada cardíaca recente (na qual é possível retirada de órgãos em especial os rins); e 3º Doador em coração parado tardio (trata-se de um cadáver com parada de até seis horas, que pode ser doado apenas os tecidos).^{1,21}

O Conselho Federal de Medicina, respeitando a resolução nº 1.480/97, conceitua ME como a parada total e irreversível do tronco e hemisférios cerebrais, que são responsáveis por receber informações sensitivas de estruturas cranianas além das funções especiais de

controle da respiração, cardiovascular, gastrointestinal, movimentos corporais estereotipados e equilíbrio dos movimentos oculares. Mantêm-se as funções cardiorrespiratórias através de aparelhos e medicações enquanto realiza-se os exames necessário para findar o diagnóstico com dois exames (clínico neurológico e um exame gráfico complementar).^{21,22}

O diagnóstico deve ser realizado em todos os pacientes com suspeita de ME, seja ele um provável doador de órgão ou não. Deve-se seguir a resolução descrita acima. O exame clínico neurológico é a base para o diagnóstico de ME, sendo recomendado que um neurologista ou neurocirurgião realize um dos exames clínicos supracitados.^{21,22,23}

De acordo com a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) procura-se no exame neurológico do paciente em ME três achados fundamentais: Coma ou não responsividade; Ausência de reflexos do tronco cerebral e Apneia.²⁴

O processo de doação e transplante é composto de várias etapas, as quais devem ser sequenciais. Este inicia-se com a identificação de um paciente com critérios clínicos de morte encefálica em um hospital, o que deve ser notificado a Central de Notificação Captação e Distribuição de Órgão (CNCDO). O diagnóstico de ME deve respeitar todas as orientações da resolução nº 1.480/97 do CFM.²¹

Após a comunicação à família da morte do paciente, deve ocorrer a entrevista familiar por profissional capacitado, que geralmente é o Enfermeiro da Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CI-HDOTT's), o qual deverá buscar o consentimento à doação. Caso haja concordância familiar à doação, o profissional responsável pelo processo e a CNCDO correspondente passam a considerar a efetivação do potencial doador, implementando a logística predefinida.^{21,25}

Caracterizado o potencial doador, a equipe responsável pelo processo entra

em contato com a CNCDO informando os órgãos e tecidos doados, sua condição clínica-laboratorial e horário previsto para o início do procedimento de retirada. A CNCDO promove a distribuição dos órgãos e tecidos doados e identifica as equipes correspondentes para a retirada. Antes de iniciar a retirada dos órgãos e tecidos, a declaração de óbito deverá ser fornecida em situações de morte natural. Nos casos de morte por causa externa, independentemente da doação, o corpo deverá ser encaminhado ao Instituto Médico Legal (IML), onde será autopsiado e de onde será emitido o Atestado de Óbito.^{23,24}

“Para o Judaísmo a doação é incentivada desde que ocorra pós morte. Eles condenam e não aceitam doar o corpo para estudos universitários, nos casos de autópsia, somente por obrigatoriedade legal vigente”

Discussão

O Cristianismo tem como principal característica servir a Jesus Cristo e suas escrituras. Seus seguidores creem que por serem imagem e semelhança do criador e pela certeza de que a alma é imortal. O transplante de órgãos só não é moralmente aceitável se o doador ou seus representantes legais não tiverem dado seu expresso consentimento para tal. A doação de órgãos após a morte é um ato nobre e meritório e merece ser

encorajado como manifestação de generosa solidariedade, ou seja, da mesma forma em que Jesus Cristo foi solidário ao doar a própria vida, os cristão se veem ajudando ao próximo.⁶

Para o Judaísmo a doação é incentivada desde que ocorra pós morte. Eles condenam e não aceitam doar o corpo para estudos universitários, nos casos de autópsia, somente por obrigatoriedade legal vigente, mas quando se trata de salvar uma vida, estes que creem serem descendentes do seu patriarca Abraão, onde para eles a alma é imortal, o importante para um judeu é viver dentro dos bons costumes e deixar que Deus se responsabilize pelo que acontecer após a morte.⁹

Atualmente nenhum método diagnóstico utilizado pela medicina sabe precisar o instante em que o espírito se desprende do corpo físico definitivamente, e se este evento ocorre. Os métodos de que dispomos nos informam que o cérebro está impossibilitado de expressar o espírito, somente isso, sendo assim, não se contrapõe ao transplante. Não se pretende aqui a defesa do prolongamento artificial, muitas vezes agressivo e doloroso do paciente indubitavelmente agônico, mas recomenda a ética que medidas básicas sejam empregadas para deixar que a vida decida pela permanência ou não do indivíduo no corpo físico. A doação de órgãos é sublime, na medida em que uma vida física inviável proporciona vitalidade a outra com possibilidades de permanência no campo físico.²⁶

No Islamismo “o ser humano não é proprietário de uma parte do seu corpo, e portanto, seus órgãos não devem ser negociados ou doados”. Para eles o corpo é inviolável. Acreditam na ressurreição, desde que se tenha seguido a vida da forma que Deus determina, pois para eles como prova de que a ressurreição existe é o próprio Deus que ressuscitou, em sua concepção o Islam é a religião de origem, ninguém se converte ao Islamismo, simplesmente retornam as origens, pois todas

religiões nascem muçulmanas.²⁰

Para o Budismo não existe restrições em relação ao transplante, desde que o doador e receptor estejam de acordo. Partindo do princípio que pelos ensinamentos de Sidarta Gautama, eles acreditam que nada se leva desta vida, o renascimento, ou seja, reencarnação, é a continuação da vida desde que vivida de forma correta, para não ter sofrimento na próxima vida por atos praticados em vidas anteriores. Karma é a lei da causa e do efeito e as ações negativas levam ao sofrimento e conseqüentemente as ações positivas levam à felicidade.²⁰

O treinamento do profissional enfermeiro, bem como de sua equipe, é de suma importância para que saiba realizar a entrevista para doação de órgãos, pois devido ao momento de luto os familiares poderão apresentar comportamentos inesperados como apatia e desespero. É importante que o profissional enfermeiro demonstre cordialidade, respeito e compreensão aos familiares no momento de sua perda, oferecendo ajuda caso seja necessário, sempre consentido que os familiares demonstrem seus sentimentos. O bom relacionamento entre familiares e profissionais da saúde é algo essencial

para que se alcance sucesso no processo de doação de órgãos.²¹

Conclusão

O trabalho do enfermeiro frente a potenciais doadores deve estar embasado cientificamente e este deve conhecer os aspectos religiosos quando for abordar os acompanhantes, para com isso estar respaldado para desenvolver um trabalho exímio e adequado, visando manter vidas não salváveis e auxiliar a salvar a vida dos salváveis e recuperáveis, respeitando os preceitos da ética pessoal, profissional e da moral. 🐦

Referências

1. Programa de Atualização em Medicina de Urgência (PROURGEN) /organizado pela Sociedade Brasileira de Clínica Médica; – Porto Alegre: Artmed/ Panamericana Editora, 2007.
2. Silva A F, Guimaraes TS; Nogueira G P. A Atuação do Enfermeiro na Captação de Órgãos. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, ano VII, nº 19, jan/ mar 2009.
3. Fagioli FGD, Botoni FA. Tratamento do potencial doador de múltiplos órgãos Rev. Med Minas Gerais 2009; 19(3): 242-247.
4. Lima C. Do conceito ao diagnóstico de morte: controvérsias e dilemas éticos. Artigos originais. Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, janeiro/março de 2005; 12(1): 6-10.
5. Ferreira ABH. Minidicionário da Língua Portuguesa. 8ª ed., Curitiba- PR, Editora Positivo 2010.
6. Catecismo da Igreja Católica .Terceira parte, 2 capítulo. Disponível em: http://www.vatican.va/archive/cathechism_po/index_new/p3s2cap2_2196-2557_po.html. acesso em: 15 out. 2012.
7. Cobinato DS, Queiroz MS. Morte: UMA Visão psicossocial Estud. psicol. Natal, v 11, n. 2, agosto de 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413294X2006000200010&lng=en&nrm=iso>
8. Aquino TAA, Correa APM, Marques ALC, Souza CG, Freitas HCA, Araujo IF, Dias PS, Araujo WF. Atitude religiosa e sentido da vida: um estudo correlacional. Psicologia Ciência e profissão, v. 29, n. 2, p. 228-243, 2009.
9. Ferrazzo S, Vargas MAO, Marcia JR, Ramo. Crença Religiosa e doação de órgãos e tecidos: Revisão integrativa da. Revista de Enferm. UFSM 2011Set/ Dez;1(3):449-460.
10. Greco C. A experiência religiosa: Essência, valor, verdade. São Paulo: Loyola, 2009.
11. Winkinson P. O Livro Ilustrado das Religiões: O Fascinante Universo das Crenças e Doutrinas que Acompanham o Homem Através dos Tempos. São Paulo: Editora: Publifolha, 2000.
12. Alves R. O que é Religião. 3ª ed., São Paulo: Brasiliense, 1981, Coleção Primeiros Passos.
13. Gaarder J, Hellen V, Notaker H. O Livro das Religiões. Tradução: LANDO, Isa Mara. Revisão Técnica e apêndice: PIERUCCI, Antônio Flavio — São Paulo: Companhia das Letras, 2000.
14. Ariés P. O Homem diante da Morte. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1981. Coleção Ciências Sociais, vol. 1.
15. Asheri M. O Judaísmo Vivo: as Tradições e as Leis dos Judeus Praticantes. 2ª ed., Rio de Janeiro: Imago, 1995.
16. Kardec A -1804-1869, O Livro dos Espíritos, 65ª Ed. –São Paulo- Lake, 2006.
17. Gautama S. A Doutrina de Buda - Col. a Obra Prima de Cada Autor - 2ª Ed. - Editora: MARTIN CLARET; São Paulo, 2012.
18. Lama D. O Caminho para a Liberdade: Ensinos Fundamentais do Budismo Tibetano. Rio de Janeiro: Record: Nova Era, 1997.
19. Dalbem GG, Caregnato RCA. Doação de órgãos e tecidos para transplante: recusa das famílias. Texto & Contexto - Enferm., Florianópolis, v. 19, n. 4, dez. 2010.
20. Bousso RS. O processo de decisão familiar na doação de órgãos do filho: uma teoria substantiva. Texto & Contexto - Enfermagem, 2008, março de 2008, v. 17, n. 1, p. 45-54.
21. ABTO - Diretrizes Básicas para Captação e Retirada de Múltiplos Órgão e Tecidos da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos / Coordenação executiva: FERNANDES Roni de Carvalho; SOLER, Wangles de Vasconcelos; coordenação geral: PEREIRA, Walter Antonio]. São Paulo : ABTO - Associação Brasileira de Transplante de Órgãos, 2009
22. BRASILIA. RESOLUÇÃO CFM nº 1.480/97 Disponível em: http://www.portal-medico.org.br/resolucoes/cfm/1997/1480_1997.htm. Acesso em: 15 out 2012
23. Morato EG. Morte Encefálica: Conceitos Essenciais, Diagnostico e Atualização. Rev. Med. Minas Gerais 2009;19(3): 227-236.
24. Associação de Medicina Intensiva Brasileira- AMIB. Diretrizes para manutenção de múltiplos órgãos no potencial doador adulto falecido. Autores: obra conjunta, Associação Brasileira de Transplante de Órgãos- ABTO: Realização: AMIB e ABTO. 2011 da Associação de Medicina Intensiva Brasileira.
25. Dellagnolo CM, Belentani LM, Zurita RCM, Coimbra JAH, Marcon SS. A experiência da família frente à abordagem para doação de órgãos na morte encefálica. Rev Gaúcha Enferm. Porto Alegre (RS) 2009 set;30(3):375-82.
26. Cardoso GP. Morte cerebral: aspectos médicos e espirituais. Jornal Mundo Espírita de Julho de 1998. Boletim do SEI – nº 1569 – 256/4/98.

Erros no preparo de medicação intravenosa em unidade de terapia intensiva neonatal*

O objetivo deste estudo foi analisar a ocorrência do erro no processo de preparo de medicação intravenosa em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Trata-se de um estudo observacional de abordagem quantitativa, realizado em hospital universitário de Cuiabá, Mato Grosso. A coleta dos dados ocorreu no mês de fevereiro de 2014, por meio de observação de 70 doses de medicações intravenosas. Destacaram-se como principais resultados inadequações do ambiente de preparo: local inadequado para higiene das mãos, não desinfecção de bancadas e interrupções durante o preparo; os erros devido às técnicas de preparo: não rotulação dos medicamentos, não utilização de máscara e não desinfecção de ampolas; e os erros de preparo, entre eles, erro de horário, não utilização da prescrição e não conferência dos cálculos de diluição. As falhas no preparo das medicações sinalizam a necessidade de educação permanente e sensibilização dos profissionais de enfermagem para a questão dos erros de medicação.

Descritores: Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, Infusões intravenosas, Erros de medicação, Cuidados de enfermagem.

The objective of this study was to analyze the occurrence of the error in the process of intravenous medication preparation in the Neonatal Intensive Care Unit. This is an observational study with a quantitative approach, conducted at a university hospital in Cuiabá, Mato Grosso. Data collection occurred in February 2014, through observation of 70 doses of intravenous medications. Key findings included the physical environment inadequacies: inappropriate location for hand hygiene, absence of disinfecting countertops and interruptions during preparation; errors due to preparation techniques: absence of drug labeling, absence of mask usage and lack of disinfecting medication vial; and preparation errors, including time error, failure to use the prescription and failure to check dilution calculations. The flaws in the preparation of medications indicate the need for continuing education and awareness of nursing professionals related to medication errors.

Descriptors: Neonatal Intensive Care Unit, Intravenous infusions, Medication errors, Nursing care.

El objetivo de este estudio fue analizar la incidencia del error en el proceso de preparación de la medicación intravenosa en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Se trata de un estudio observacional con enfoque cuantitativo, realizado en hospital universitario en Cuiabá, Mato Grosso. La recolección de datos ocurrió en febrero de 2014, mediante la observación de 70 dosis de medicamentos por vía intravenosa. Se destacaron como principales resultados, las insuficiencias entorno de ensayo: lugar inapropiado para la higiene de manos, no la desinfección encimeras e interrupciones durante la preparación; errores debido a las técnicas de preparación: no etiquetado de los medicamentos, la falta de uso de la máscara y no desinfección bombillas; y los errores de preparación, entre ellos error de tiempo, no utilización de la prescripción y fuera de las conferencias de los cálculos de dilución. Las fallas en la preparación de medicamentos señalan la necesidad de la educación y la sensibilización de los profesionales de enfermería la cuestión de los errores de medicación en curso.

Descriptorios: Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales, Infusiones intravenosas, Errores de medicación, Cuidados de enfermería.

Caroline Bonatto Celant Holland

Enfermeira graduada na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Mato Grosso.

Maria Aparecida Munhoz Gaíva

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso. Pesquisadora do CNPq.

Introdução

Há um crescente interesse e discussão sobre os erros de medicação, em virtude da importância deste tema para a qualidade do atendimento em saúde.

Estudo de coorte realizado durante seis meses em três hospitais japoneses identificou uma incidência de 8.7/1.000 erros de medicação por paciente/dia, totalizando uma estimativa de 4.052 erros. Pelo menos metade dos erros ocorreram na etapa de prescrição

e administração do medicamento.¹ Os erros de medicação podem gerar sérias consequências não somente para os pacientes, mas também para a equipe multiprofissional e a instituição, tais como aumento dos custos hospitalares e do tempo de internação. Pesquisa desenvolvida nos Estados Unidos evidenciou que os eventos adversos resultantes de erros de medicação podem custar em média mais de \$ 3.000 dólares por internação hospitalar e aumentar o tempo no hospital em pelo menos 3 dias.²

Recebido em: 17/06/18
Aprovado em: 27/07/18

* Resultados do trabalho de conclusão de graduação pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso.



Apesar dos erros de medicação serem mais frequentes e mais graves quando envolvem os pacientes neonatais, comparados aos pacientes adultos,³ os investimentos em pesquisas nessa área ainda são incipientes, especialmente, em nosso país.⁴

Revisão sistemática da literatura sobre incidentes, particularmente dos eventos adversos em UTI Neonatal (UTIN), evidenciou que os mais frequentes são os erros ou falhas no uso de medicamentos, dentre eles, dosagem incorreta ou inadequada, omissão, falha na técnica de administração e via de administração errada.⁵

Outro estudo de revisão da literatura que identificou as publicações disponíveis sobre incidência, fatores relacionados, consequências e/ou mecanismos de prevenção dos erros de medicação em UTIN, constatou que 60% dos es-

tudos analisaram os erros associados à medicações parenterais e que a ocorrência desses erros se deu principalmente por programação inadequada de bombas infusoras; erros de prescrição; erros de dose; erros de administração e erros de omissão.⁴

Dentre as poucas investigações desenvolvidas em unidades neonatais sobre erro de preparo de medicamentos no Brasil, destacamos pesquisa que analisou os processos de preparo e administração de medicamentos em duas UTIN de Cuiabá (MT), evidenciando que 48% das doses de medicamentos analisadas sofreram erros durante a etapa de preparo.⁶ Por sua vez, investigação realizada em UTIN de um hospital privado de São Paulo acreditado pela Joint Commission on Accreditation of Health care Organization – JCAHO, os erros de preparos

de medicamentos tiveram índices bem inferiores, alcançando somente 0,5%.⁷

As unidades de terapia intensiva neonatais merecem uma análise focalizada quanto aos erros de medicação, devido à complexidade da terapia medicamentosa, o uso de diversos medicamentos potencialmente perigosos e a gravidade e instabilidade clínica dos pacientes. Além disso, os recém-nascidos internados neste ambiente têm características que os tornam mais vulneráveis ao erro, e por menor que seja a falha cometida, o erro ocorrido tem grande probabilidade de trazer complicações severas para a vida do paciente.⁸

Considerando a escassez de pesquisas envolvendo os pacientes neonatais; que a terapia medicamentosa é uma das intervenções mais comuns nos serviços de saúde e primariamente realizada pela enfermagem; a relevân-

cia dos erros medicamentosos para a qualidade da assistência e segurança do recém-nascido, a presente pesquisa justifica-se, e poderá oferecer elementos para direcionar profissionais e gestores para prevenção, controle e redução destes eventos. Neste contexto, o objetivo deste estudo foi analisar a ocorrência do erro no preparo de medicação intravenosa em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Metodologia

Trata-se de um estudo observacional de abordagem quantitativa, realizado em UTIN de um hospital universitário de Cuiabá, Mato Grosso. A escolha por este estabelecimento deu-se pelo fato de ser uma instituição pública, centro formador de recursos humanos em saúde e fazer parte da Rede Brasileira de Hospitais Sentinela, que inclui dentre suas finalidades o monitoramento de eventos adversos referentes a produtos de saúde.

A terapia intravenosa foi escolhida como unidade de análise por ser a principal via de administração de medicamentos em UTIN, e a com maior potencial para o erro, além de requerer um conjunto de conhecimentos teórico-práticos básicos dos profissionais.

Apesar de o erro de medicação ocorrer em qualquer etapa do processo da terapia medicamentosa e envolver diversos profissionais da equipe de saúde, neste estudo enfocamos a etapa de preparo de medicamentos, por ser esta de responsabilidade da enfermagem em nossa realidade.

Foi considerado como erro no preparo de medicamentos a medicação incorretamente formulada ou manipulada (reconstituição ou diluição incorreta, associação de medicamentos física ou quimicamente incompatíveis), armazenamento inadequado da droga, falha na técnica de assepsia, identificação incorreta do fármaco e escolha inapropriada dos acessórios de infusão.⁹ Consideramos também al-

TABELA 01. Inadequações no ambiente de preparo de medicamentos na UTIN. Cuiabá, MT. 2014

Itens	N	%
Local inadequado para higienização das mãos	70	100,0
Não desinfecção de superfície/bancadas de preparo	61	87,1
Interrupções durante o preparo	32	45,7
Nível de ruído elevado	6	8,5
Incidência de raios solares sobre medicamentos armazenados	2	2,8
Iluminação insuficiente (fraca ou irregular)	2	2,8

TABELA 2. Erros devido a técnica de preparo de medicamentos na UTIN, Cuiabá, MT. 2014

Itens	N	%
Não utilização de máscara	58	82,8
Não rotulação dos medicamentos	46	65,7
Não desinfecção de frascos ou ampolas	34	48,5
Não uso de gorro	30	42,8
Reutilização de materiais	26	37,1
Não higienização das mãos	22	31,4
Não uso de luvas de procedimentos	3	4,3

TABELA 3. Erros observados no preparo de medicamentos na UTIN, Cuiabá, MT. 2014

Itens	N	%
Horário errado de preparo	36	51,4
Não utilização da prescrição no momento preparo	29	41,4
Não conferência dos cálculos de diluição	25	35,7
Incompatibilidade entre a dose preparada e a prescrita	13	18,5

guns componentes relativos ao preparo como: utilização de equipamento de proteção individual (EPI), desinfecção de frascos ou ampolas, reutilização de materiais, higienização das mãos, verificação da prescrição no momento do preparo, horário errado e incompatibilidade entre a dose preparada e a prescrita. Analisamos ainda elementos relacionados ao ambiente, tais como: local para higienização das mãos, interrupções durante o preparo, desinfecção de superfícies/bancadas, nível de ruído, incidência de raios solares sobre medicamentos armazenados e iluminação.¹⁰

Para a coleta dos dados, optou-se

por utilizar a dose de medicação intravenosa como unidade amostral, sendo definida 70 doses como amostra final, número considerado por alguns estudos como suficiente para esse tipo de análise.¹¹

A coleta dos dados foi realizada no mês de fevereiro de 2014 por meio da observação estruturada do processo de preparo de medicamentos pelos profissionais de enfermagem e análise das prescrições médicas e de enfermagem. Foi utilizado um instrumento para registrar de forma sistemática os fenômenos observados.⁶ O instrumento utilizado na observação continha informações

da categoria do profissional que realizou o preparo, o horário de início e término do mesmo, dados do ambiente, dados do medicamento, dados do seu preparo e outras observações.

Os dados foram armazenados no software Microsoft Excel 2010, descritos em quadros e tabelas e analisados através da estatística descritiva.

Cabe ressaltar que, perante a observação de um erro, a pesquisadora interrompia o processo e orientava o profissional a corrigi-lo, com vista à segurança do paciente.

A pesquisa matricial "Terapia intravenosa em unidade de terapia intensiva neonatal e segurança do paciente", a qual este estudo vinculou-se, foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer nº 36189 CEP/2011.

Resultados

As observações das 70 doses de medicações intravenosas foram efetivadas nos três turnos de trabalho, sendo 42,8% (n=30) no período noturno, 31,4% (n=22) no matutino e 25,71% (n=18) no vespertino. Conforme as normas do hospital, predominaram como responsáveis pelo preparo dos medicamentos os técnicos de enfermagem (80,0% n=56), seguido de auxiliares de enfermagem (18,5% n=13) e o enfermeiro com 1,4% (n=1).

A tabela 1 mostra as principais inadequações do ambiente de preparo, destacando-se: local inadequado para higiene das mãos (100%), não desinfecção das bancadas (87,1%) e interrupções durante o preparo (45,7%).

Quanto aos erros devido à técnica de preparo, observou-se que 82,8% estavam relacionados à não utilização de máscara, 65,7% a não rotulação dos medicamentos, 48,5% a não desinfecção de frascos e ampolas, 42,8% a não utilização de gorros, 37,1% por reutilização de materiais e 31,4% a não higienização das mãos (Tabela 2).

Dentre os erros observados no pre-

paro, 51,4% eram erros de horário, 41,4% por não verificação da prescrição no momento do preparo, 35,7% por não conferência dos cálculos de diluição dos medicamentos e 18,5% por incompatibilidade entre a dose preparada e a prescrita (Tabela 3).

Com relação ao horário de início do preparo do medicamento, em quase metade das doses observadas (48,6%) iniciou-se o preparo com até 30 minutos antes do horário prescrito para administração, 38,6% das doses foram

"As unidades de terapia intensiva neonatais merecem uma análise focalizada quanto aos erros de medicação, devido à complexidade da terapia medicamentosa, o uso de diversos medicamentos potencialmente perigosos e a gravidade e instabilidade clínica dos pacientes."

preparadas após o horário prescrito e 12,8% com mais de 30 minutos de antecedência do horário de administração. Dentre os medicamentos com erros de horário de preparo destacaram-se os antibióticos (55,5%), diuréticos (11,1%) e os opioides (11,1%).

Apesar da prescrição de enfermagem fazer parte da rotina da unidade, ela não estava presente em 42,8% dos prontuários analisados. Entretanto, quando não havia a prescrição dos cuidados de enfermagem com os me-

dicamentos, a maioria dos profissionais (70%) realizou o cálculo de diluição.

Discussão

Os erros de medicamentos não ocorrem de forma isolada, eles são consequência de diversos fatores, frequentemente associados à uma cascata de eventos, que podem estar associados à instituição de saúde, ao ambiente de preparo, à formação e capacitação dos profissionais, às condições de trabalho ou ao profissional.^{7,12}

Embora distinto em outros países, no Brasil predomina a prática de preparo e administração de medicamentos primariamente pela enfermagem. Os erros associados à esta prática tem papel preponderante nos serviços de saúde. Nessa perspectiva, a execução da terapia medicamentosa deve ser cautelosa e é importante que os profissionais de enfermagem conheçam as responsabilidades legais que envolvem esta prática e estejam atentos a interceptação dos erros, para realizar os cuidados de forma competente e isenta de riscos.

Considerando que a estrutura do ambiente de preparo pode interferir de forma negativa neste processo e oportunizar a ocorrência do erro, nesta pesquisa foram observados elementos que poderiam interferir diretamente na qualidade do preparo, pois um ambiente organizado, limpo e com boa iluminação e livre de ruídos é fundamental para a segurança do paciente.¹³ No entanto, apesar da UTIN estudada possuir ambiente exclusivo para o preparo dos medicamentos, foram observadas algumas inadequações que podem causar falhas graves e favorecer a ocorrência do erro.

Embora a UTIN contasse com local para higiene das mãos no ambiente de preparo, esse espaço não atendia a todas as exigências, especialmente por que o lavatório possuía fechamento manual, o que é desaconselhável quando se busca uma higienização correta

das mãos. A correta higiene das mãos é considerada a principal medida para se reduzir as infecções intra-hospitalares e promover a segurança dos pacientes.

As interrupções e nível de ruído durante o preparo de medicamentos são aspectos do ambiente que merece atenção da equipe de enfermagem, para que o profissional envolvido no processo esteja focado e concentrado para desenvolvê-lo com segurança e qualidade, diminuindo os riscos para o paciente.⁶ A iluminação também é importante, pois quando inadequada pode prejudicar a execução do procedimento, já que dificulta a leitura de rótulos e prontuários, influenciando assim, na qualidade do processo e na ocorrência dos erros de medicação.¹³

Considerando que durante o preparo de medicamentos, a paramentação do profissional é indispensável para garantir a segurança do paciente e diminuir os riscos de contaminação durante o procedimento, os resultados do presente estudo são preocupantes. Nesta etapa, a paramentação deve ser completa e inclui avental, máscara, gorro, óculos de proteção e luvas de procedimento, todos de uso exclusivo no preparo, conforme regulamentado pela Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA nº 45/2003.

Os erros relativos às técnicas de preparo que se destacaram no presente estudo também foram encontrados em outras pesquisas no país, como a realizada em uma clínica pediátrica em Minas Gerais, em que as falhas na higienização das mãos e na desinfecção de frascos e ampolas foram os erros predominantes referentes à técnica de preparo de medicamento.¹⁰

A rotulagem é um aspecto importante no preparo e na administração segura dos medicamentos. Contudo, na presente pesquisa, a maioria das doses observadas (65,7%) não recebeu nenhum tipo de rótulo e mesmo aquelas que continham o rótulo, apenas 11,4% estava completo. A rotulagem



dos medicamentos no momento do preparo funciona como uma barreira para prevenir que alguns erros atinjam o paciente.⁶ A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) sugere a utilização dos nove certos antes de administrar os medicamentos, que inclui o paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, documentação/registo certo, ação certa, forma certa e reposta certa.

Dentre os erros de preparo de medicamentos, o erro de horário foi o mais significativo, pois foi observado em mais da metade das doses preparadas (51,4%), resultado semelhante ao encontrado em pesquisa desenvolvida

em clínicas de pacientes adultos de um hospital da rede sentinela do Rio de Janeiro, em que o índice de preparo com muita antecedência ou atraso do horário de administração foi de 53,6%.¹⁴

Em relação ao horário correto de preparo do medicamento, é importante respeitar os intervalos de tempo entre as doses, pois o mesmo está diretamente relacionado com a farmacocinética e farmacodinâmica da droga, e um atraso ou antecipação pode levar a prejuízo terapêutico, especialmente no caso dos antibióticos, que são muito utilizados em unidades neonatais.¹¹

A observação do processo de preparo de medicação evidenciou que

alguns aspectos deixaram de ser cumpridos em determinadas doses preparadas, como a consulta à prescrição médica durante o preparo do medicamento. Essa conferência da prescrição no momento do preparo é mais uma medida para o profissional detectar erros de medicação que poderiam atingir o paciente e lhe causar algum dano.¹³

As prescrições de medicamentos neonatais impõem a necessidade de realizar cálculos sofisticados de diluição, rediluição e fracionamento de doses, estes são fatores que predispõem a ocorrência de falhas e oportunizam os erros.¹⁵ No presente estudo, a não conferência dos cálculos de diluição foi ob-

servada em mais de um terço das doses analisadas. Para alguns autores é imperativo que as rotinas de preparo de medicamentos dos hospitais sofram uma reestruturação, incluindo a participação do setor farmacêutico e implantação da dupla checagem para os cálculos de diluição dos medicamentos.^{16,17}

Conclusão

No presente estudo, a análise da ocorrência de erros no preparo das medicações intravenosas na UTIN possibilitou a identificação de falhas neste processo, entre elas, local inadequado e ausência de higienização das mãos, horário errado de preparo, não utilização da prescri-

ção durante o preparo, não conferência dos cálculos de diluição, não rotulagem dos medicamentos e não desinfecção de frascos/ampolas, dentre outras. Felizmente, muitos destes erros são básicos e passíveis de serem resolvidos.

Ainda que os erros encontrados no presente estudo não trouxeram consequências clínicas evidentes, os resultados chamam a atenção, pois refletem um cenário que carece de atividades de educação permanente e sensibilização dos profissionais de enfermagem para a prevenção e controle de erros relacionados à medicação e para a melhoria nas condições de preparo dos medicamentos. 🐦

Referências

1. Morimoto T., Sakuma M, Matsui K, Kuramoto N, Toshiro J, Murakami J. Incidence of Adverse Drug Events and Medication Errors in Japan: the JADE Study. *Journal of General Internal Medicine* 2010; 26(2):148-53.
2. Hug BL, Keohane C, Seger DL, Yoon C, Bates DW. The costs of adverse drug events in community hospitals. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2012; 38(3):120-26.
3. Kaufmann J, Laschat M, Wappler F. Medication errors in pediatric emergencies: a systematic analysis. *Dtsch Arztebl Int.* [on-line]. 2012. [cited in 23 Jul 2015]; 109(38): 609–616. Available in: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3471264/>
4. Silva GD, Rosa ZS, Almeida VS, Lemos DQ, Dias PSC, Christovam BP. Erros de medicação em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. *Enfermería Global.* 2014; 33: 385-399.
5. Lanzillotti LS, De Seta MH, Andrade CLT, Mendes Junior WV. Eventos adversos e outros incidentes na unidade de terapia intensiva neonatal. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2015;20(3):937-946.
6. Souza JS. Preparo e administração de medicamentos em unidades de terapia intensiva neonatal. 2013. 125f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2013.
7. Silva CSMR, Vendramim P. Problemas relacionados a medicamentos em unidade de cuidado intensivo neonatal. *Rev Acred.* 2013; 2(3):136-147.
8. Antonucci R, Porcella A. Preventing medication errors in neonatology: Is it a dream? *World J Clin Pediatr* [on-line]. 2014. [cited in 21 Jul 2015]; 3(3): 37-44. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25254183>
9. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente –REBRAENSP. Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo- COREN-SP. Erros de Medicação: Definições e Estratégias de Prevenção. São Paulo, 2011.36p
10. Telles PCP, Pereira Junior AC, Veloso IR. Identificação e análise de erros na administração de medicamentos em uma unidade pediátrica hospitalar. *Rev Enferm UFPE on line.* 2014; [cited in 21 Jul 2015]; 8(4):943-50. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/5590>
11. Campino A, Santesteban E, Garcia M, Rueda M, Valls-i-Soler A. Erros en la preparación de fármacos intravenosos en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal. Una potencial fuente de eventos adversos. *Anales de Pediatría.* 2013;79(1):21-25.
12. Kaushal R., Goldmann DA, Keohane CA, Abramson EL, Woolf S, Yoon C. et al. Medication errors in paediatric outpatients. *Quality and Safety in Health Care.* 2010;19(6):1-6.
13. Santana JCB, Sousa MA, Soares HC, Avelino KSA. Fatores que influenciam e minimizam os erros na administração de medicamentos pela equipe de enfermagem. *Rev Enfermagem Revista.* 2012; [cited in 23 Jul 2015]; 15(1): 122-137. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/3300/3657>
14. Camerini FG, Silva LD. Segurança do paciente: análise do preparo de medicação intravenosa em hospital da rede sentinela. *Texto & Contexto Enfermagem.* 2011;20(1): 41-9.
15. Chedoe I, Molendijk H, Wobbe H, Van den Heuvel ER, Taxis K. The effect of a multifaceted educational intervention on medication preparation and administration errors in neonatal intensive care. *Archives of Disease in Childhood: Fetal & Neonatal.* 2012;97(6):449-455. AUTHOR(S)
16. Anacleto TA, Rosa, MB, Neiva HM, Martins MAP. Erros de medicação. *Farmacovigilância: como implantar. Farmácia Hospitalar Jan/fev 2010;* [cited in 23 Jul 2015]; 1-24. Disponível em < http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/124/encarte_farmaciahospitalar.pdf>
17. Ministério da Saúde (Brasil). Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente/Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40p.



Alta eficácia no tratamento de compressão para doenças venosas!

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

Feridas Crônicas e Lesões por Pressão necessitam de uma nutrição especializada¹⁻³ e **INOVADÓRA.**

CHEGOU
NOVASource[®]
proline

A CICATRIZAÇÃO SE CONSTRÓI
COM INOVAÇÃO.



NÃO CONTÉM GLÚTEN

- Com prolina e arginina
- Alto teor de zinco, selênio, vitaminas A, C e E
- Com amido de tapioca
- Sem adição de sacarose
- Fórmula hiperproteica: 20g/200mL

Referência: 1. Soriano JV, Perez EP. Nutrição e feridas crônicas. Grupo nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión y heridas crónicas. Documento Técnico GNEAUPP nºXII 2011. 2. Correia MITD, Rencio J, Serpa L, et al. Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral e Associação Brasileira de Nutrologia. Terapia Nutricional para Portadores de Úlceras por Pressão. Associação Médica Brasileira/Conselho Federal de Medicina - Projeto Diretrizes (DITEN), 2011. 3. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan-Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Cambridge Media, Osborne Park, Western Australia; 2014.

 **NUTRIÇÃO**
até **VOCE**

Onde comprar:
www.nutricaoatevoce.com.br

Para mais informações, acesse: www.nestlehealthscience.com.br
Serviço de atendimento ao profissional de saúde: 0800-7702461 - SMS 25770
Para solucionar dúvidas, entre em contato com seu representante.

Material destinado exclusivamente a profissionais de saúde. Proibida a distribuição aos consumidores.

 **Nestlé**
HealthScience