

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016002980015>

## CUIDADO QUOTIDIANO DAS FAMÍLIAS NO HOSPITAL: COMO FICA A SEGURANÇA DO PACIENTE?<sup>1</sup>

*Silvia da Silva Santos Passos<sup>2</sup>, Luizita Henckemaier<sup>3</sup>, Juliana Chaves Costa<sup>4</sup>, Álvaro Pereira<sup>5</sup>, Rosane Gonçalves Nitschke<sup>6</sup>*

<sup>1</sup> Artigo extraído da tese - Quotidiano de familiares acompanhantes de pessoas com dependência para o autocuidado no ambiente hospitalar, apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA), em 2015.

<sup>2</sup> Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil. E-mail: ssspassos@yahoo.com.br

<sup>3</sup> Doutora em Enfermagem. Enfermeira do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: luizitahe@gmail.com

<sup>4</sup> Mestranda do PEN/UFSC. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: julianachavescosta@gmail.com

<sup>5</sup> Doutor em Enfermagem. Professor da Escola de Enfermagem da UFBA. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: alvaro\_pereira\_ba@yahoo.com.br

<sup>6</sup> Doutora em Enfermagem. Professora do PEN/UFSC. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: rosanenitschke@gmail.com

**RESUMO:** Estudo qualitativo, de abordagem compreensiva, que objetivou apreender as ações dos familiares acompanhantes que podem repercutir na segurança do paciente hospitalizado. Realizado no período de maio a julho de 2014, num hospital público da Bahia, com 16 familiares acompanhantes de pessoas com dependência para o autocuidado. Utilizou-se para coleta dos dados um roteiro semiestruturado. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo temática e discutidas através da abordagem compreensiva. Os resultados mostraram que no cotidiano, os familiares acompanhantes realizam o cuidado ao seu parente e apresentam conhecimentos quanto à prevenção de infecção, uso seguro de materiais e medicamentos, adotam posturas na tentativa de prevenir úlceras por pressão e buscam estabelecer interação assertiva com a equipe de enfermagem. Concluiu-se que essas ações dos familiares visam a segurança do paciente, e é estabelecida através da ambiência emocional pautada na racionalidade aberta.

**DESCRIPTORES:** Segurança do paciente. Enfermagem familiar. Hospitalização. Cuidados de enfermagem.

---

## DAILY CARE OF FAMILIES IN HOSPITAL: WHAT ABOUT PATIENT SAFETY?

**ABSTRACT:** Qualitative study, with worth comprehensive approach aimed at understanding the actions of companions that can affect the safety of hospitalized patients. The study was conducted in a public hospital in Bahia, from May to July 2014 with 16 families of patients dependent for self-care. Data were collected through semi-structured interviews. The content was analyzed and discussed using a comprehensive approach. The results showed that the companions care for their relatives and are knowledgeable on infection prevention, the safe use of medication and materials, adopt measures to prevent pressure ulcers and seek to establish an assertive interaction with the nursing team. It was concluded that the actions taken by the companions are aimed at patient safety and established through the emotional environment based on open rationality.

**DESCRIPTORS:** Patient safety. Family nursing. Hospitalization. Nursing care.

---

## CUIDADO COTIDIANO DE FAMÍLIAS EN EL HOSPITAL: ¿I CÓMO SE QUEDA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE?

**RESUMEN:** Investigación cualitativa con enfoque comprensivo, intenta aprehender las acciones de acompañamiento a los familiares en el hospital que puedan afectar a la seguridad del paciente. Se realizó en un hospital público de Bahía, a través de entrevistas semi-estructuradas con 16 familias de personas con dependencia a los cuidados personale, de mayo a julio de 2014. Los datos han sido analizados según la técnica de análisis de contenido temático y discutidos bajo el enfoque comprensivo. Los resultados mostraron que en el cotidiano, los familiares acompañantes hacen el cuidado de prevención de la infección; uso seguro de los medicamentos y materiales; adoptan medidas para la prevención de las úlceras por presión; y buscan establecer interacción asertiva con el personal de enfermería. Concluyése que esas acciones de los familiares objetivan la seguridad del paciente y se establece a través del ambiente emocional guiada en la racionalidad abierta.

**DESCRIPTORES:** Seguridad del paciente. Enfermería de la familia. Hospitalización. Atención de enfermería.

## INTRODUÇÃO

A segurança do paciente representa um problema mundial de saúde pública que afeta os países em todos os níveis de desenvolvimento. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que milhões de pacientes em todo o mundo sofrem lesões incapacitantes ou morte a cada ano devido às práticas inseguras e cuidados inadequados da equipe de saúde. Um em cada dez pacientes é prejudicado durante seu tratamento nos ambientes hospitalares com tecnologia de ponta. No entanto, não há dados sobre essa temática nos países em desenvolvimento. Nesses países, o risco de danos ao paciente pode ainda ser maior devido às limitações na infraestrutura, tecnologias e recursos humanos.<sup>1</sup>

A segurança do paciente progrediu em menos de uma década, deixou de ser um tema relativamente insignificante para ter uma posição de destaque na agenda para gerentes, prestadores de serviços e formuladores de políticas na área da saúde, nas esferas regionais, locais, nacionais e internacionais.<sup>2</sup>

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria MS/GM n. 529, de 1º de abril de 2013, com o objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, públicos e privados, de acordo com a prioridade dada à segurança do paciente na agenda política dos estados-membros da OMS e na resolução aprovada durante a 57ª Assembleia Mundial da Saúde.<sup>3</sup>

Após a criação da *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), responsável pela acreditação hospitalar como método de avaliação de qualidade das instituições de saúde surge o primeiro trabalho referente à prevalência e forma de evitar as iatrogenias.<sup>4</sup>

O conceito atual de segurança do paciente aponta como principais fatores responsáveis pela ocorrência de eventos adversos às deficiências do sistema de prestação de cuidados de saúde, em sua concepção, organização e funcionamento, em vez de responsabilizar os profissionais ou produtos isoladamente.<sup>5</sup>

De acordo com o *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), eventos adversos ou danos são definidos como “lesão corporal não intencional resultante de, ou provida por cuidados médicos que exigem um acompanhamento adicional, tratamento ou hospitalização, ou que resulta em óbito”.<sup>6,4</sup>

Desde a época de Hipócrates acredita-se que os erros e falhas ocasionados pelos profissionais de

saúde, durante os cuidados prestados às pessoas, provocam prejuízos e/ou prolongam o tempo de recuperação durante a internação hospitalar. Hipócrates propôs que ao tratar os pacientes devemos preservar a segurança e a sua vida, “antes de tudo, não causar danos”<sup>6,3</sup> no cuidado em saúde. Com esta proposição hipocrática admitia-se que “os atos assistenciais são passíveis de equívoco e a segurança do paciente já era vista como prioridade”.<sup>4,2</sup>

Nessa perspectiva, Florence Nightingale, mulher de exímia capacidade de trabalho, gestão e liderança, também marcou a profissão de enfermagem pela preocupação com a qualidade dos cuidados prestados às pessoas, enfocando, em suas publicações, o não causar danos durante todo o cuidado em saúde. Em 1863, no seu livro *Notes on hospitals*, Nightingale reflete sobre a importância em prestar um cuidado seguro ao paciente, exemplificada através da frase: “pode parecer estranho enunciar que a principal exigência em um hospital seja não causar dano aos doentes”.<sup>7,1</sup>

Desse modo, os investimentos e estudos sobre a segurança do paciente estão focados nas ações dos profissionais de saúde. No entanto, outros atores e apresentam nestes cenários, com uma relativa frequência: os familiares acompanhantes de pessoas hospitalizadas.

A presença da família nas unidades de internação hospitalares tem-se tornado cada vez mais frequente, independente da faixa etária, da condição de saúde/doença e do nível de dependência para os cuidados das pessoas hospitalizadas. No Brasil, a permanência do familiar acompanhante nas instituições hospitalares tem encontrado dificuldades devido à falta de estrutura e de organização que são importantes para o bem-estar dessas pessoas.<sup>8</sup>

A família, durante o processo de acompanhamento no hospital, realiza procedimentos e cuidados como higienização do corpo, alimentação e mobilidade, de modo aleatório, sem orientação, em função da escassez de recursos humanos.<sup>9</sup>

No ambiente hospitalar, a família se envolve nas ações de cuidado; um cuidado ritualizado com características do instituído, permeado pelos sentimentos e emoções que são próprios dos laços de afeto que envolvem as relações familiares. A ambiência hospitalar, nesse sentido, está relacionada ao “emocional”, experienciado no local/espço hospitalar, num momento em que se vivencia o trágico diante do processo de adoecer de seus parentes hospitalizados.

A presença da família no ambiente hospitalar se justifica diante da necessidade do “viver” na

coletividade. A família, enquanto sistema social busca, na adversidade, fortalecer e organizar o elo, através da sua permanência ao lado do seu parente, e é a partir das emoções, paixões, afetos, que se organiza esse elo social.<sup>10</sup> A família pode ser o elo da corrente que dá o melhor sentido da compreensão e da relação afetual com o ser doente. Ela pode sedimentar a cura pelo compromisso e o apoio, fortalecer as relações, motivando, dando esperança de recuperação.

A presença e os cuidados realizados pelos familiares no ambiente hospitalar é fundamentado na racionalidade aberta, na lógica do estar junto e na ordem da sensibilidade, que envolve a razão sensível, na perspectiva maffesoliana.<sup>10</sup> No entanto, neste ambiente, onde prevalece as normas e as rotinas, a razão instrumental está presente de maneira marcante, com o intuito de manter a integridade dos que ocupam aquele espaço.

Os aspectos voltados para a segurança do paciente são da ordem do racional como a capacitação e treinamento, melhoria dos processos de trabalho, incluindo a criação de protocolos, disponibilização de materiais e equipamentos em quantidade e qualidade, bem como quantitativo adequado de profissionais, dentre outros.<sup>11</sup>

Nesse contexto, refletindo sobre a presença da família no ambiente hospitalar, observamos que ela permanece nesses espaços não somente pela necessidade de acompanhamento, mas também pela solicitação da equipe de enfermagem da instituição. O familiar acompanhante no ambiente de cuidado se insere na dinâmica da unidade, num fazer voltado para a instrumentalização de suas ações que se baseiam na razão sensível, racionalidade aberta, ou seja, num movimento que tem a finalidade de preservar a vida do seu parente.

Sendo assim, diante dessa permanência e ações desenvolvidas pelos familiares no ambiente hospitalar e a necessidade de adequação dessas unidades ao Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e a Política Nacional de Humanização (PNH), é que nos propomos a realizar este estudo, fundamentado na racionalidade científica, instrumental e a racionalidade aberta na perspectiva da sociologia compreensiva proposta por Maffesoli, no qual estabelecemos como objetivo o de apreender as ações dos familiares acompanhantes no hospital que podem repercutir na segurança do paciente.

Este estudo, fundamentado na sociologia compreensiva de Maffesoli, pressupõe que a vida é permeada por uma racionalidade, quer seja a científica instrumental ou a aberta, ou mesmo ambas.

## MÉTODO

Estudo qualitativo com abordagem compreensiva, realizado em um hospital público de ensino no interior da Bahia, após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, sob protocolo n. 623.495/2014. Participaram do estudo familiares que atenderam aos seguintes critérios: ser acompanhante de pessoas com dependência para o autocuidado, ter idade superior a 18 anos, estar em processo de acompanhamento de seus parentes e encontrar-se acomodado em quartos coletivos.

Os dados foram coletados no período de maio a julho de 2014, nas Clínicas Médica e Neurológica, pois nessas encontramos uma maior concentração de pessoas com dependência para o autocuidado acompanhadas por familiares. Três cenários (quartos coletivos) foram elegíveis para o estudo, pois atenderam ao critério de possuir em todos os leitos pessoas com dependência para o autocuidado, durante o período da coleta dos dados.

Utilizou-se como técnicas de coleta de dados a entrevista semiestruturada com roteiro e a observação direta. As entrevistas duraram em média 30 minutos, realizadas em local restrito à presença do pesquisador e do participante, que responderam sobre: como é o seu dia a dia no acompanhamento de seu parente hospitalizado, o seu relacionamento com os outros acompanhantes e com a equipe de enfermagem.

Todos os familiares acompanhantes dos cenários foram convidados, um total de 20, no entanto, quatro se recusaram a participar. Sendo assim, participaram do estudo 16 familiares. Os dados obtidos nas entrevistas foram gravados e transcritos. O anonimato dos participantes foi garantido pela codificação com uso da letra "e" seguida de número arábico conforme ordem de realização das entrevistas.

Após leitura exaustiva, os mesmos foram decodificados e submetidos à análise de conteúdo modalidade temática obedecendo a seguinte sequência: decomposição do material em partes (tema), distribuição dos temas em categorias, descrição do resultado da categorização, inferências dos resultados e interpretação.

Os temas desvelaram "cuidados de conforto e higiene do parente hospitalizado no ambiente hospitalar"; "administração de medicação"; "cuidados na prevenção e recuperação das úlceras por pressão"; e "relacionamento do familiar com a equipe de enfermagem".

Esses temas se aproximam das estratégias propostas pelo PNSP. Desse modo, as categorias foram nomeadas tomando como base quatro estratégias

do PNSP, a saber: ações que visam à prevenção de infecção no cotidiano do familiar; ações sobre a administração de medicação e uso de materiais no cotidiano do familiar; ações que visam à prevenção e recuperação das úlceras por pressão; e ações que visam à interação do familiar com a equipe de enfermagem e com a rotina da unidade.

As categorias foram discutidas através do PNSP e da abordagem compreensiva, na perspectiva da sociologia compreensiva defendida por Maffesoli, através da analogia com a racionalidade instrumental e a racionalidade aberta.

## RESULTADOS

Os participantes do estudo possuíam idades que variaram de 27 a 51 anos. Desses, 13 foram do sexo feminino e três do sexo masculino. Em relação ao parentesco, cinco eram irmãs, três mães, dois pais e uma filha, neta, tia, cunhada, esposo e esposa.

As categorias apreendidas dos depoimentos dos participantes evidenciaram as ações de cuidados prestados por familiares acompanhantes no hospital e como essas repercutiram na segurança do paciente.

### Ações que visam à prevenção de infecção no cotidiano do familiar

Nesta categoria se evidenciou que o acompanhante realiza ações voltadas para o controle de infecção e assume responsabilidades pela orientação de outros acompanhantes, como a separação do lixo obedecendo às normas instituídas pelo hospital.

*[...] não sabe o que fazer, novo na história [...]. Chega ao quarto, a gente vai explicando o procedimento [...]* (e1).

*Ensino como é que faz. O lixo tem três vasilhas. Tem uma que é pra botar o lixo que é infectado e tem outra que é pra colocar o lixo que é mais comum* (e9).

Em outro depoimento o familiar acompanhante relata que realiza a limpeza do quarto e do banheiro e que traz roupa de cama do domicílio. Alegam que higienizam o banheiro, pois estão em uma unidade feminina que tem um homem como acompanhante. Justifica suas ações para não ter que chamar a equipe de higienização e dessa forma evitar o que ela denominou de "criar atrito".

*Nós que limpamos, eu trago desinfetante de casa, detergente, a gente traz, já pra não faltar, primeiro que tem um homem no quarto, já incomoda, a gente perde a privacidade [...] faz xixi, pinga tudo, então a gente pra não tá falando, pra até não criar atrito, a gente pega e traz* (e3).

Outro aspecto que reflete a preocupação do familiar quanto ao controle e prevenção de infecção

é a troca dos lençóis durante a realização do banho no leito de seus parentes.

*[...]a gente bota o lençol limpo e tira o sujo pra depois levar e eu boto na cadeira. Eu boto no chão, ou então às vezes eu boto no plástico [...], depois a gente limpa a cadeira* (e3).

*[...]geralmente a gente traz de casa o lençol pra poder adiantar o nosso lado, mas é bem complicado* (e4).

Os familiares no ambiente hospitalar prestam cuidados a seus parentes e ajudam outros acompanhantes, desenvolvem entre eles uma rede de solidariedade, compartilhando utensílios que visam o conforto, intercambiando saberes e auxiliando no cuidado.

*[...] às vezes, o ventilador, eu não tô usando, ai eu empresto* (e7).

*[...] tem uma pessoa pra trocar a fralda, eu troco [...], ajudo trocar um lençol, [...] dar banho [...]. A pessoa precisa de ajuda para levantar, pra suspender pra botar sentado e, às vezes, tem gente que não sabe, chega não tem costume ai eu vou, já tenho tempo aqui ai eu vou e ajudo* (e9).

Os participantes já incorporaram ações e conhecimentos sobre a transmissão da infecção entre os pacientes, através das mãos. Nas falas, informam que se preocupam com a infecção cruzada, quando se referem à troca de luvas e lavagem das mãos, ao ajudarem no cuidado a outros pacientes.

*Eu cuido do paciente aqui, ajudo, já troco a luva, quando vou cuidar do outro lavo minhas mãos, boto outra luva, aí já vou ajudar com outra luva pra não infectar o outro, não pegar infecção [...] por favor, você pode me dar uma ajuda aqui? Ai eu mando pegar uma luva ali ou às vezes eu vou lá, pego uma luva e dou. [...] não leve a mal não, mas lave as mãos, vamos usar uma luva [...]* (e9).

Nessa perspectiva, as ações dos familiares durante o processo de acompanhamento nos mostram que eles se preocupam com a segurança dos seus parentes durante a realização dos cuidados, no que se refere ao controle de infecções.

### Ações sobre a administração de medicação e uso de materiais no cotidiano do familiar

Os familiares acompanhantes também identificaram ações institucionais que nos remetem ao uso seguro de medicamentos e de materiais na unidade de internação. Quando nas falas revelam que: *[...] a medicação, às vezes as técnicas, dá pra gente mesmo dá, dou água [...] na sonda* (e1).

Em outro relato o familiar reclama dos atrasos no horário das medicações e os conflitos gerados com a equipe de enfermagem quando ocorre a cobrança.

[...] *minha mãe tinha que tomar um remédio 8 horas, aí vai tomá meio dia, e se você vai fazer uma cobrança, elas te xingam, te maltratam* (e8).

A inobservância da utilização adequada da técnica e posturas durante a administração de medicamentos ocasiona também o uso indevido de materiais, colocando o paciente em situação de risco.

[...] *minha avó trocou de sonda 12 vezes, porque entupiu. Muitas vezes foi porque botavam a medicação e não limpavam a sonda, não lavavam com água* [...] (e4).

*Esses dias mesmo colocaram a (bandeja) com a medicação da minha mãe em cima do balde de lixo* [...] (e8).

Os acompanhantes, diante da permanência ao lado dos seus parentes, conseguem identificar as ações da equipe de enfermagem que podem repercutir em situações de risco. Entretanto, apesar de mostrarem essa consciência, o familiar assume uma postura de naturalização dessas ações e por vezes assumem o cuidado na tentativa de minimizar os riscos. Compreendem a dificuldade da enfermagem para estarem mais perto executando cuidados com maior frequência de acordo com as necessidades dos pacientes. Esses fatos foram relatados na fala:

[...] *são duas enfermeiras pra não sei quantos pacientes, aí elas não têm muito tempo pra poder tá dando banho, tá ajudando a gente, tá trocando, aí elas só acompanham a gente mais nos remédios, essas coisas, tá orientando como a gente deve fazer e como não deve* (e11).

Dessa maneira, os acompanhantes diante da rotina instituída pela unidade hospitalar já evidenciam a situação do cuidado vivido e experienciado nessas unidades de hospitalização como uma atividade rotineira, e dificilmente questionam sobre as responsabilidades dos cuidados prestados.

### **Ações que visam à prevenção e recuperação das úlceras por pressão**

O cuidado familiar está presente na prevenção de úlceras por pressão e na recuperação das úlceras já existentes. Apreende-se nas falas que eles estão atentos aos cuidados que são necessários para a reparação. Promovem medidas de conforto, higiene e alívio das dores provocadas pelas afecções que originaram a internação.

[...] *dou banho, viro ela de um lado pro outro, às vezes quando ela pede pra sentar eu sento, pede pra deitar, deito* (e2).

[...] *arrumo a cama, troco logo a fralda e passo um pano umedecido nela pra ela dormir mais fresquinha. Aí quando dá mais ou menos 2h da manhã eu acordo ela pra trocar a fralda. É que ela não pode ficar com a fralda suja*

*porque ela tem escara nas costas, aí não pode ficar úmido. Depois, às 5h da manhã tem que trocar de novo a fralda* (e4).

*Eu tenho que dar banho, [...] fazer a mudança de decúbito de dois em dois ou menos, que o corpo dela já tá bastante fragilizado. [...] massagem, fico atenta à feridinha dela, porque a escara tem que sarar* (e7).

Entretanto, nem todos os familiares conseguem ter habilidade e destreza para a realização dos cuidados recomendados para a prevenção das úlceras, e apesar de terem conhecimento sobre esses cuidados, nem sempre encontram apoio e ajuda para a prevenção.

[...] *tinha umas meninas lá do outro quarto que vinham [...] me ensinava, botava, ajudava a botar. Eu não sei [...] de noite ele fica molhado* (e17).

Os participantes do estudo demonstram conhecimento sobre as técnicas de prevenção de lesões de pele, e relatam que só não realizam as medidas preventivas quando não apresentam destreza para o cuidado ou quando não conseguem realizá-lo sozinho.

### **Ações que visam à interação do familiar com a equipe de enfermagem e com a rotina da unidade**

Os participantes por compreenderem a dificuldade da equipe de enfermagem em participar mais ativamente dos cuidados relatam que só solicitam a sua presença quando seus parentes apresentam alguma intercorrência, a exemplo de alterações nos sinais vitais, ou quando necessitam de ajuda com as medicações.

*Eu chamo uma das enfermeiras só se ela passar mal ou a gente ver uma diferença na respiração, alguma coisa* (e1).

[...] *só mesmo em relação a soro ou a medicação, vem a medicação eu quero saber qual é, ela vai ao pronto-socorro, me mostra que o médico realmente passou, que é mais seguro* (e7).

[...] *às vezes, o soro termina, eu vou fecho o aparelho, ele tá também está se alimentando na sonda, aí, quando termina, eu desligo e falo com a enfermeira* (e9).

O relacionamento das famílias com a equipe de enfermagem ocorre na maioria das vezes sem conflitos, pois elas reconhecem a dificuldade para a prestação do cuidado atribuído ao quantitativo de profissionais. Nas falas, os familiares demonstram a necessidade de um relacionamento amigável, que beira a cumplicidade.

*Ótima, elas tratam super bem, [...] maravilhosas as meninas [...] a gente tem que ir com calma, são vários que elas estão cuidando, não é só o meu* (e6).

[...] quando quero alguma coisa vou à enfermeira, [...] falo tô precisando de uma gaze, [...] de uma atadura, aí elas vai, pega, me dá o lençol (e9).

[...] quando a gente chama, elas tão do lado, um ombro amigo, ainda não achei nenhuma dificuldade, [...] até aqui tá tudo de parabéns (E6).

Os familiares compreendem e aceitam de maneira passiva a realização do cuidado ao seu parente. Essa prática é tão comum que são na maioria das vezes naturalizadas e incorporadas à rotina do cotidiano.

## DISCUSSÃO

Estudos mostram que a segurança do paciente tem uma abordagem multifatorial e apontam como responsáveis pela ocorrência de eventos adversos as deficiências do sistema de prestação de cuidados de saúde, sua organização e funcionamento, em vez de responsabilizar os profissionais ou produtos, isoladamente.<sup>5,12</sup>

No entanto, é unanimidade entre os achados na literatura científica que a evolução na segurança do paciente necessita de investimentos e devem ser iniciados pela cultura de segurança. A cultura de segurança é um conjunto de valores individuais e de grupo, atitudes, percepções que determinam o compromisso e estilo acerca de questões relacionadas com a segurança do paciente em uma organização de saúde, enquanto que, o clima de segurança que deve permear o ambiente institucional, reflete a percepção dos profissionais sobre questões de segurança em um determinado momento no seu local de trabalho. O clima é entendido como a parte mensurável da cultura de segurança.<sup>12</sup>

Num estudo de revisão da literatura sobre a segurança do paciente observou que no Brasil não há um diagnóstico amplo sobre os problemas de segurança do paciente em hospitais, e não foi encontrado referência sobre a ocorrência de eventos adversos na atenção primária de saúde.<sup>5</sup>

Desse modo, a PNSP é parte das normas instituídas pelo MS para as instituições hospitalares, que tem o objetivo de reduzir os riscos de danos desnecessários associados à assistência à saúde dos pacientes até um mínimo aceitável.<sup>3</sup>

Essas normas foram definidas e idealizadas para os profissionais de saúde em processo de cuidado à pessoa hospitalizada, no entanto, neste ambiente, os familiares estão envolvidos no processo de cuidar dos adoecidos. Até o momento não existe um delineamento da atuação da família no processo de cuidado, essa construção ocorre no cotidiano da prática assistencial.

O ambiente hospitalar é da ordem da ambiência que, na perspectiva *maffesoliana*, compreende “o espaço, organizado e animado, um espaço físico, social e profissional”.<sup>13:134</sup> Essa ambiência é que condiciona a vida em sociedade e que determina a atividade dos envolvidos na assistência a saúde dos pacientes hospitalizados.

No contexto estudado, os entrevistados justificam sua participação ativa no cuidado, devido ao quantitativo insuficiente de profissionais que possam atender as necessidades dos pacientes hospitalizados. Esse fato impulsiona os familiares a se unirem, originando entre eles um corpo coletivo, da ordem do *feeling*, do sentimento induzido, que descreve um situacionismo presente nas relações e interações entre os envolvidos.<sup>13</sup>

Estudos realizados com crianças e suas mães no ambiente hospitalar discutem sobre o papel da mãe cuidadora que acompanha seu filho no ambiente hospitalar. Os resultados coincidem com os achados nesse estudo, em que o acompanhante assume atribuições, algumas vezes impostas pela equipe de enfermagem, para a realização de cuidados que são da competência do profissional.<sup>14-16</sup>

Nessa perspectiva, com o cuidado sendo delegado para o familiar no ambiente hospitalar, estabelecer uma cultura de segurança do paciente envolve uma série de investimentos, principalmente porque a lógica do cuidado profissional difere da lógica do cuidado familiar. O cuidado profissional obedece a racionalidade científica, instrumental, permeado de normas e rotinas, enquanto que o cuidado familiar obedece a lógica da racionalidade aberta que envolve não somente a instrumentalização das ações, mas a razão sensível.<sup>10</sup>

Desse modo, a racionalidade instrumental, científica, amparada pelas normas e rotinas passa a não ser mais a razão dominante, abrindo espaço para a racionalidade aberta, para a ambiência emocional, que assume o lugar da argumentação, da convicção,<sup>17</sup> modificando as normas e rotinas instituídas pelo hospital.

Nos resultados apresentados, as falas dos participantes nos remetem a ações que culminam com a prevenção de infecções no cotidiano do familiar acompanhante, que são da ordem da razão instrumental e estão relacionadas aos cuidados, com vistas a aspectos referentes a infecção, realizadas durante a assistência à saúde. Desse modo, a razão instrumental, parte do que é estabelecido na instituição, determinada pelas normas e pelo processo de cuidado relatados, não vão de encontro às definições e normativas estabelecidas no PNSP.

Entretanto, o clima de segurança do paciente, que deveria estar presente nas ações dos profissionais, não foi verificado nesse estudo, uma vez que o clima de segurança está associado com a adoção de comportamentos seguros, melhor comunicação, a realização de programas de formação, redução de eventos adversos, entre outros, contribuindo para práticas seguras no atendimento ao paciente.<sup>12</sup>

Dessa forma, uma desordem institucional se estabelece, onde os profissionais que deveriam realizar o cuidado direto ao paciente se afastam, dando espaço para os familiares realizarem atividades que são da ordem do instituído. A manifestação que contraria a ordem estabelecida é chamada de nomadismo, e tem relação com a impermanência das coisas, uma característica daquilo que nos remete ao instituinte.<sup>13</sup>

Assim, fazendo uma analogia com a ideia maffesoliana temos, de um lado, o “instituído”, que é o poder, a ordem, a direção, o ambiente hospitalar, e do outro, o “nomadismo”, que são as famílias realizando tarefas que não lhes competem, porém necessárias perante tal desordem institucional.

Outro aspecto que reflete a desordem institucional foi em relação à limpeza e higienização, pois, devido as características do ambiente hospitalar, a limpeza é responsabilidade do Serviço de Controle da Infecção Hospitalar (SCIH), que estabelece o protocolo de acordo com a instituição, a frequência e o tipo de produtos mais adequados a cada superfície.<sup>18</sup>

A ruptura da ordem instituída pelo hospital é fundamentada na desconfiança, no desvio das normas. Essa evidência, na perspectiva maffesoliana, “ocorre com a saturação, quando o sistema esgota-se por desgaste, por sedimentação de tantas coisas anódinas, por fraturas internas e, sobretudo, pelo fato de que o centro (a instituição) não assume mais o papel que deveria desempenhar”.<sup>13:81</sup>

Alguns cuidados básicos relacionados à higiene, conforto e alimentação dos pacientes hospitalizados podem ser compartilhados com o familiar acompanhante, desde que haja uma preparação, orientação e supervisão da equipe de enfermagem durante a realização dessas atividades.<sup>14</sup>

No entanto, no contexto estudado, outros desvios foram identificados, como o uso e acondicionamento dos lençóis, assim como a utilização dos ventiladores para amenizar os efeitos da temperatura elevada na unidade de internação. Desde Nightingale até os dias atuais, há consenso na enfermagem, no que diz respeito a um ambiente de atendimento confortável, que se tenham cuidados específicos com iluminação, ruídos, odores e venti-

lação, assim como o fluxo de pessoas e de roupas/utensílios sujos e limpos.<sup>18</sup>

A racionalidade instrumental preponderante na ambiência hospitalar mostra-se interligada à ambiência emocional que, através da saturação da ordem, revitaliza uma razão fundamentada no sensível. Nessa perspectiva, o indivíduo (familiar acompanhante) adquire a posição de ator num “fazer com os outros”, apresentando uma ambiência de massa.<sup>15</sup> Na ambiência de massa identificamos nas ações dos familiares uma solidariedade, a solidariedade orgânica. Ela se expressa através da generosidade, dos auxílios mútuos, quotidianos, da consideração, tanto nos momentos de sofrimento, como nas doenças e outras manifestações das aflições humanas.<sup>10</sup> A solidariedade se expressa na ajuda durante o cuidado, onde os familiares mais antigos da unidade preocupam-se com as infecções, utilizando e recomendando aos outros familiares a utilização de luvas e lavagem das mãos.

As luvas são consideradas Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) cuja finalidade é a proteção dos profissionais da saúde à exposição ao sangue ou a outros fluidos corporais como secreções e excretas. O uso inadequado de luvas aumenta a ocorrência de infecção cruzada por meio das mãos. O uso indiscriminado de luvas ocasiona uma falsa segurança quanto à prevenção e transmissão de infecção. Dessa forma, a higienização das mãos é o método mais simples e mais valioso de controle de infecção hospitalar, que usualmente é adquirida por meio das mãos devido a má higiene.<sup>19</sup>

Outro procedimento relatado pelos familiares no seu cotidiano é a administração de medicação, que a enfermagem transfere para eles. No entanto, esse ato não exime o enfermeiro e sua equipe da responsabilidade, nem da ocorrência de erros. Assim como a administração de medicação por via sonda nasoesférica, que se não for planejado adequadamente, pode se tornar parte de potenciais complicações como obstruções e a necessidade de trocas frequentes de sondas.<sup>20</sup>

Os participantes demonstram conhecimento e orientação quanto a prevenção e cuidado com as úlceras por pressão. Nessa perspectiva, a prevenção da úlcera por pressão é considerada uma importante questão no contexto do movimento global pela segurança do paciente. As úlceras por pressão são consideradas um dos indicadores negativos de qualidade assistencial dos serviços de saúde e de enfermagem.<sup>21</sup>

Sendo assim, a entrada do acompanhante e o seu envolvimento no processo de cuidar, assumindo

procedimentos que são de responsabilidade da enfermagem, exige uma reflexão cotidiana dos agentes do cuidado, pois, diante deste cenário, a enfermagem parece está perdendo a dimensão do seu exercício profissional, na medida em que fundamenta seu trabalho pela divisão de cuidados entre a equipe e a família.

Os procedimentos realizados pela família, descritos nesse estudo, são previstos pelo PNSP, e apresentam estreita relação com a racionalidade instrumental, que é da ordem do mecânico, e deveriam ser realizados pelos profissionais de saúde. No entanto, no cenário estudado, nos parece um espaço saturado pelas fragilidades e dificuldade na adequação das normas, dando lugar a prevalência dos desvios, deixando dúvidas quanto as competências e responsabilidades tanto dos profissionais de enfermagem quanto da família no ambiente hospitalar.

Esses resultados implicam na ocorrência de eventos adversos relacionados ao paciente, tais como deficiência, trauma físico e psicológico e aumento do tempo de internação. Estas perdas não só dizem respeito ao paciente, mas também aos profissionais, que têm danos morais e éticos, e perdas na interação profissional/paciente. Para as instituições de saúde, os eventos adversos causam um aumento dos custos, perda de confiança na instituição, bem como problemas morais e organizacionais. Todas estas implicações, causadas por práticas inseguras em saúde, transformam-se em um problema de saúde pública, indicando a necessidade de desenvolver estratégias para o monitoramento de erros e melhorias relacionadas com a segurança do paciente.<sup>12,22</sup>

A adoção de diretrizes que fomentem o trabalho interdisciplinar e de colaboração pode ser determinante para avançar em direção ao desenvolvimento de uma cultura de segurança do paciente e uma consequente qualidade da atenção à saúde.<sup>14</sup>

Os desvios são naturalizados tanto pelos profissionais como pelos familiares. Esses fatos foram desvelados através do processo relacional. As relações no ambiente hospitalar entre os familiares e a equipe de enfermagem ocorre de forma não voluntária, ou seja, em decorrência da doença de seus parentes. Entretanto, a comunicação e o envolvimento da família em ações de segurança do paciente são estratégias do PNSP que requer planejamento com objetivos definidos e controlados.

Neste sentido, observamos, no contexto estudado, que os familiares de pessoas adultas doentes e hospitalizadas são inseridas em um ambiente de cuidado inseguro, no qual o deficiente dimensionamento de profissionais acarreta a inclusão dos familiares como principais prestadores de cuidados

de saúde e os mobiliza a utilizar diversas estratégias para proteger seu familiar hospitalizado.

Esta realidade pode ser decorrente da ausência de uma cultura de segurança. A cultura de segurança envolve atitudes e valores incorporados que devem encorajar e recompensar a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança, promove o aprendizado organizacional a partir da ocorrência de incidentes e proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança.<sup>3</sup>

Assim, a forma como a família participa do cuidado no ambiente hospitalar potencializa a ocorrência de eventos adversos relacionadas à prestação de cuidados de saúde, muitas vezes sem o suporte de um profissional da unidade hospitalar. Deste modo, as práticas de cuidados à saúde são executadas sem considerar as evidências do conhecimento. Os familiares são quem, na maioria das vezes, decidem prestar a assistência a seu familiar hospitalizado, baseado no empirismo.

Um dos principais fatores responsáveis pela ocorrência de eventos adversos no sistema de saúde são as deficiências do próprio sistema de prestação de cuidados, desde a forma como o mesmo foi pensado, organizado e como funciona, tendo em vista que não cabe mais, diante das evidências científicas, culpar única e exclusivamente o profissional que cometeu o evento adverso ou produtos isoladamente. Nesta lógica, a premissa é de que os seres humanos cometem falhas, e que, portanto, erros são esperados e passíveis de prevenção. Os erros seriam consequências, não causas.<sup>5</sup>

A relação profissional de enfermagem e familiar acompanhante, no contexto investigado, decorre da presença de um sistema de saúde local que não valoriza a segurança do paciente como um fundamento para a prática clínica. No sistema local, observamos a existência de diversas falhas ativas e latentes, que expõe os familiares a atos inseguros. As falhas ativas são entendidas como aquelas que ocorrem no nível do operador da linha de frente do trabalho, através de atos inseguros ou omissões, sendo seus efeitos sentidos quase que imediatamente, e as latentes estão relacionadas a influências organizacionais, como as características do sistema, em seus aspectos estruturais e processuais, falta de supervisão e pré-condições para atos inseguros. As falhas latentes ficam adormecidas dentro do sistema até que um evento ou acidente ocorra e as exponham.<sup>5-6,23-24</sup>

No contexto estudado, a convivência no dia a dia neste lugar/ espaço suscita a necessidade de interações harmônicas entre esses atores, nas duas

direções. A interação da família com a equipe de saúde é de extrema importância para ambos, pois a valorização desta interação está alicerçada na sua maior participação no plano de cuidados. O equilíbrio observado nas relações entre esses atores no espaço de cuidado é fundado na razão aberta, na necessidade de se manter a harmonia que favorece beneficemente o cuidado.<sup>10,25</sup>

Entretanto, é necessário considerar o familiar acompanhante como um agente promotor da segurança do paciente e qualificá-lo para a realização de ações cuidativas de acordo com sua capacidade e responsabilidade. Também, é necessário estimular uma prática colaborativa entre os familiares e os profissionais de enfermagem, bem como estruturar barreiras locais para o sistema de saúde nos quais os familiares estão inseridos que possam minimizar os potenciais riscos de ocorrência de eventos adversos durante a prestação de cuidados. Urge, também, a promoção de uma cultura de segurança.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apreendemos, através dos resultados apresentados, que os familiares desenvolvem ações de cuidado com seu parente hospitalizado com dependência para o autocuidado no ambiente hospitalar que corresponde às estratégias do PNSP como a prevenção de infecções através da separação do lixo, higienização do ambiente, uso de luvas e lavagem das mãos, prevenção e reparação das úlceras por pressão, controle e uso de materiais e medicamentos, assim como buscam manter uma relação harmoniosa e assertiva com a equipe de enfermagem.

O familiar acompanhante é parte integrante e importante neste processo dentro do ambiente hospitalar e realiza o cuidado direto preocupando-se com questões de segurança do paciente, porém, dentro de uma perspectiva solidária, onde “um ajuda o outro”, dando espaço para a racionalidade aberta, dentro da racionalidade instrumental formada pelas normas e rotinas do hospital. Entretanto, diante da falta de acompanhamento e orientação da equipe de enfermagem durante a realização dos cuidados, os pacientes hospitalizados encontram-se em situação de insegurança, pois os familiares desempenham suas ações baseadas no empirismo.

Os participantes revelaram que identificam e reconhecem a fragilidade da equipe de enfermagem para a realização dos cuidados aos seus parentes e assumem uma postura que se assemelha à solidariedade diante da cumplicidade presente nas relações dentro do ambiente hospitalar.

As limitações do estudo estão relacionadas ao *locus*, pois os dados foram coletados considerando as características de um hospital público de grande porte. Desse modo, mais estudos precisam ser realizados sobre a temática, para que possamos aproximar a nossa realidade do ideal preconizado pela PNSP e PNH nas instituições hospitalares, garantindo às pessoas um cuidado especializado com o mínimo de danos possíveis durante a internação hospitalar, considerando a humanização e a sensibilidade para o cuidado tanto à pessoa hospitalizada quanto à sua família.

Sendo assim, as crescentes iniciativas do PNSP têm sido consideradas um desafio para as instituições de saúde, haja vista a necessidade de reconhecimento dos problemas existentes na qualidade dos cuidados prestados, bem como o de reconhecer que o programa não é a única medida capaz de melhorar tais questões, sendo necessário à articulação com ações de outras políticas, incentivando todos os atores envolvidos neste processo (gestores, profissionais, usuários).

Contudo, os resultados desse estudo podem ser incorporados aos estudos de família, principalmente por meio da articulação entre a racionalidade científica e a racionalidade aberta. Pensar família e abrir-se para ela são ações que devem ser observadas pelos gestores, profissionais de saúde, usuários e docentes, pois alguns questionamentos precisam ser respondidos, como: qual o real papel e atribuições do familiar e da instituição de saúde no cuidado à pessoa hospitalizada com dependência para o autocuidado? Devendo ser consideradas as dimensões institucional e afetiva nas relações de cuidado.

## REFERÊNCIAS

1. Andermann A, Ginsburg L, Norton P, Arora N, Bates D, Wu A, et al. Core competencies for patient safety research: a cornerstone for global capacity strengthening. *BMJ Qual Saf Health Care* [Internet]. 2011 [cited 2015 Jun 03]; 20(1):96-101. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3022363/?report=classic> doi: 10.1136 / bmjqs.2010.041814
2. Nygren M, Roback K, Ohm A, Rutberg H, Rahmqvist M, Nilsson P. Factors influencing patient safety in Sweden: perceptions of patient safety officers in the county councils. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2013 [cited 2015 Jun 03]. 13:52. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3579677/?report=classic>
3. Ministério da Saúde (BR). Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente/ Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.

4. Bueno AAB, Fassarella CS. Segurança do paciente: uma reflexão sobre sua trajetória histórica. *Rev Rede Cuidados em Saúde* [Internet]. 2012 [cited 2014 Nov 06]; 6(1):1-9. Available from <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rccs/article/viewFile/1573/843>
5. Reis CT, Martins M, Laguardia J. A segurança do paciente – um olhar sobre a literatura. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2013 [cited 2015 Jun 04]; 18(7):2029-36. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v18n7/18.pdf>
6. Wachter RM. *Compreendendo a segurança do paciente*. 2ª ed. Porto Alegre (RS): AMGH; 2013.
7. Lopes LMM, Santos SMP. Florence Nightingale – apontamentos sobre a fundadora da enfermagem moderna. *Rev Enferm Ref* [Internet]. 2010 [cited 2014 May 01]; III(2):181-9. Available from <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/ref/v3n2/v3n2a19.pdf>
8. Gomes GC, Oliveira PK. Family experience in the hospital during child hospitalization. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2015 Jun 05]; 33(4):165-71. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472012000400021&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000400021&lng=en)
9. Passos SSS, Sadiguskys D. Cuidados de enfermagem ao paciente dependente e hospitalizado. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2011 [cited 2014 Nov 07]; 19(4):598-603. Available from <http://www.facenf.uerj.br/v19n4/v19n4a16.pdf>
10. Maffesoli M. *O tempo retorna: formas elementares da pós-modernidade*. Rio de Janeiro (RJ): Forence Universitária, 2012.
11. Mello JF, Barbosa SFF. Patient safety culture in intensive care: nursing contributions. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2015 Jul 02]; 22(4):1124-33. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072013000400031&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400031&lng=en)
12. Luiz RB, Simões ALA, Barichello E, Barbosa MH. Factors associated with the patient safety climate at a teaching hospital. *Rev Latino-am Enfermagem* [Internet]. 2015 [cited 2016 Mar 18]; 23 (5):880-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4660410/>
13. Maffesoli M. *A transfiguração do político – a tribalização do mundo*. 4ª ed. Porto Alegre (RS): Sulina, 2011.
14. Wegner W, Pedro ENR. Patient safety in care circumstances: prevention of adverse events in the hospitalization of children. *Rev Latino-am Enfermagem* [Internet]. 2012 [cited 2016 Mar 15]; 20(3):427-34. ISSN 0104-1169
15. Quirino DD, Collet N, Neves AFGB. Child hospitalization: nursing conceptions about the mother's companion. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2010 Jun [cited 2016 Mar 21]; 31(2):300-6. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472010000200014&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000200014&lng=en)
16. Gomes ILV, Caetano R, Jorge MSB. Knowledge of health professionals about the rights of hospitalized children: an exploratory study. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2010 Mar [cited 2016 Mar 21]; 15(2):463-70. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000200023&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000200023&lng=en)
17. Barros EP. A sociologia romântica e o imaginário na obra de Michel Maffesoli. *Rev Educere et Educare* [Internet]. 2013 [cited 2014 Dez 01]; 8(16):321-8. Available from <http://e-revista.unioeste.br/index.php/educereeteducare/article/viewArticle/8931>
18. Freitas FDS, Silva RN, Araújo FP, Ferreira MA. Ambiente na política nacional de humanização. *Esc Anna Nery*. 2013; 17(4):654-60.
19. Abdella NM, Tefera MA, Eredie AE, Landers TF, Malefia YD, Alene KA. Hand hygiene compliance and associated factors among health care providers in Gondar University Hospital, Gondar, North West Ethiopia. *BMC Public Health* [Internet]. 2014 [cited 2014 Dec 01]; 14(96):1-7. Available from <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-14-96.pdf>
20. Gorzoni ML, Torre AD, Pires SL. Medicamentos e sondas de nutrição. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2010 [cited 2014 Oct 09]; 56(1):17-21. Available from <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n1/09.pdf>
21. Simão CMF, Caliri MHL, Santos CB. Agreement between nurses regarding patients' risk for developing pressure ulcer. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2014 Dec 30]; 26(1):30-5. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002013000100006&script=sci\\_arttext&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002013000100006&script=sci_arttext&lng=en)
22. Padovezw MC, Fortaleza CMCB. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2014 [cited 2015 Mar 15]; 48(6): 995-1001. Available from: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4285833/Reason J. Human error: models and management. \*Brit Med J\* \[Internet\]. 2000 \[cited 2016 Mar 17\]; 320:768-70. Available from: <http://www.bmj.com/content/320/7237/768>](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4285833/Reason J. Human error: models and management. Brit Med J [Internet]. 2000 [cited 2016 Mar 17]; 320:768-70. Available from: http://www.bmj.com/content/320/7237/768)
23. Reason JT. *Human error*. 20 ed. New York (US): Cambridge University Press; 2009.
24. Melo EMOP, Ferreira PL, Lima AG, Mello DF. The involvement of parents in the healthcare provided to hospitalized children. *Rev Latino-am Enfermagem* [Internet]. 2014 [cited 2016 Mar 17]; 22(3):432-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4292621/>

Correspondência: Sílvia da Silva Santos Passos  
Av Transnordestina, s/n  
44036-900 - Novo Horizonte, Feira de Santana, BA, Brasil.  
E-mail: ssspassos@yahoo.com.br

Recebido: 07 de julho de 2015  
Aprovado: 05 de maio de 2016