

# GERENCIAMENTO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E ENFERMAGEM

4



**Luana Vieira Toledo**  
(Organizadora)

# GERENCIAMENTO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E ENFERMAGEM

4



**Luana Vieira Toledo**  
**(Organizadora)**

### **Editora Chefe**

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

### **Assistentes Editoriais**

Natalia Oliveira

Bruno Oliveira

Flávia Roberta Barão

### **Bibliotecária**

Janaina Ramos

### **Projeto Gráfico e Diagramação**

Natália Sandrini de Azevedo

Camila Alves de Cremo

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

### **Imagens da Capa**

Shutterstock

### **Edição de Arte**

Luiza Alves Batista

### **Revisão**

Os Autores

2021 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2021 Os autores

Copyright da Edição © 2021 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

### **Conselho Editorial**

#### **Ciências Humanas e Sociais Aplicadas**

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná

Prof. Dr. Américo Junior Nunes da Silva – Universidade do Estado da Bahia

Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais  
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília  
Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense  
Prof. Dr. Crisóstomo Lima do Nascimento – Universidade Federal Fluminense  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Cristina Gaio – Universidade de Lisboa  
Prof. Dr. Daniel Richard Sant’Ana – Universidade de Brasília  
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Dilma Antunes Silva – Universidade Federal de São Paulo  
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá  
Prof. Dr. Elson Ferreira Costa – Universidade do Estado do Pará  
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima  
Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Ivone Goulart Lopes – Instituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice  
Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador  
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins  
Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador  
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

#### **Ciências Agrárias e Multidisciplinar**

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Carla Cristina Bauermann Brasil – Universidade Federal de Santa Maria  
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás  
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia  
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa  
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul  
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof. Dr. Jael Soares Batista – Universidade Federal Rural do Semi-Árido  
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará  
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão  
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido

Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfnas

### **Ciências Biológicas e da Saúde**

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira

Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras

Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria

Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco

Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande

Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará

Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí

Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará

Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande

Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá

Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

### **Ciências Exatas e da Terra e Engenharias**

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto

Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná

Prof. Dr. Cleiseano Emanuel da Silva Paniagua – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás

Prof. Dr. Douglas Gonçalves da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Érica de Melo Azevedo – Instituto Federal do Rio de Janeiro  
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará  
Prof<sup>ª</sup> Dra. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho  
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá  
Prof. Dr. Marco Aurélio Kistemann Junior – Universidade Federal de Juiz de Fora  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Priscila Tessmer Scaglioni – Universidade Federal de Pelotas  
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

### **Linguística, Letras e Artes**

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Carolina Fernandes da Silva Mandaji – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará  
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões  
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia

### **Conselho Técnico Científico**

Prof. Me. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo  
Prof. Me. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza  
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba  
Prof. Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí  
Prof. Dr. Alex Luis dos Santos – Universidade Federal de Minas Gerais  
Prof. Me. Aleksandro Teixeira Ribeiro – Centro Universitário Internacional  
Prof<sup>ª</sup> Ma. Aline Ferreira Antunes – Universidade Federal de Goiás  
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão  
Prof<sup>ª</sup> Ma. Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Andrezza Miguel da Silva – Faculdade da Amazônia  
Prof<sup>ª</sup> Ma. Anelisa Mota Gregoleti – Universidade Estadual de Maringá  
Prof<sup>ª</sup> Ma. Anne Karynne da Silva Barbosa – Universidade Federal do Maranhão  
Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais  
Prof. Me. Armando Dias Duarte – Universidade Federal de Pernambuco  
Prof<sup>ª</sup> Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar

Profª Ma. Carolina Shimomura Nanya – Universidade Federal de São Carlos  
Prof. Me. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Me. Christopher Smith Bignardi Neves – Universidade Federal do Paraná  
Prof. Ma. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo  
Profª Drª Cláudia Taís Siqueira Cagliari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas  
Prof. Me. Clécio Danilo Dias da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará  
Profª Ma. Daniela da Silva Rodrigues – Universidade de Brasília  
Profª Ma. Daniela Remião de Macedo – Universidade de Lisboa  
Profª Ma. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco  
Prof. Me. Douglas Santos Mezacas – Universidade Estadual de Goiás  
Prof. Me. Edevaldo de Castro Monteiro – Embrapa Agrobiologia  
Prof. Me. Eduardo Gomes de Oliveira – Faculdades Unificadas Doctum de Cataguases  
Prof. Me. Eduardo Henrique Ferreira – Faculdade Pitágoras de Londrina  
Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil  
Prof. Me. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita  
Prof. Me. Ernane Rosa Martins – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás  
Prof. Me. Euvaldo de Sousa Costa Junior – Prefeitura Municipal de São João do Piauí  
Prof. Dr. Everaldo dos Santos Mendes – Instituto Edith Theresa Hedwing Stein  
Prof. Me. Ezequiel Martins Ferreira – Universidade Federal de Goiás  
Profª Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora  
Prof. Me. Fabiano Eloy Atilio Batista – Universidade Federal de Viçosa  
Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas  
Prof. Me. Francisco Odécio Sales – Instituto Federal do Ceará  
Profª Drª Germana Ponce de Leon Ramírez – Centro Universitário Adventista de São Paulo  
Prof. Me. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária  
Prof. Me. Givanildo de Oliveira Santos – Secretaria da Educação de Goiás  
Prof. Dr. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná  
Prof. Me. Gustavo Krahl – Universidade do Oeste de Santa Catarina  
Prof. Me. Helton Rangel Coutinho Junior – Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro  
Profª Ma. Isabelle Cerqueira Sousa – Universidade de Fortaleza  
Profª Ma. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia  
Prof. Me. Javier Antonio Albornoz – University of Miami and Miami Dade College  
Prof. Me. Jhonatan da Silva Lima – Universidade Federal do Pará  
Prof. Dr. José Carlos da Silva Mendes – Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Humano e Social  
Prof. Me. Jose Elyton Batista dos Santos – Universidade Federal de Sergipe  
Prof. Me. José Luiz Leonardo de Araujo Pimenta – Instituto Nacional de Investigación Agropecuaria Uruguay  
Prof. Me. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco  
Profª Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás  
Profª Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Kamilly Souza do Vale – Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas/UFPA  
Prof. Dr. Kárpio Márcio de Siqueira – Universidade do Estado da Bahia  
Profª Drª Karina de Araújo Dias – Prefeitura Municipal de Florianópolis  
Prof. Dr. Lázaro Castro Silva Nascimento – Laboratório de Fenomenologia & Subjetividade/UFPR

Prof. Me. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof<sup>ª</sup> Ma. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará  
Prof<sup>ª</sup> Ma. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás  
Prof. Dr. Lucio Marques Vieira Souza – Secretaria de Estado da Educação, do Esporte e da Cultura de Sergipe  
Prof. Dr. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual do Paraná  
Prof<sup>ª</sup> Ma. Luana Ferreira dos Santos – Universidade Estadual de Santa Cruz  
Prof<sup>ª</sup> Ma. Luana Vieira Toledo – Universidade Federal de Viçosa  
Prof. Me. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados  
Prof<sup>ª</sup> Ma. Luma Sarai de Oliveira – Universidade Estadual de Campinas  
Prof. Dr. Michel da Costa – Universidade Metropolitana de Santos  
Prof. Me. Marcelo da Fonseca Ferreira da Silva – Governo do Estado do Espírito Santo  
Prof. Dr. Marcelo Máximo Purificação – Fundação Integrada Municipal de Ensino Superior  
Prof. Me. Marcos Aurelio Alves e Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo  
Prof<sup>ª</sup> Ma. Maria Elanny Damasceno Silva – Universidade Federal do Ceará  
Prof<sup>ª</sup> Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri  
Prof. Me. Pedro Panhoca da Silva – Universidade Presbiteriana Mackenzie  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Poliana Arruda Fajardo – Universidade Federal de São Carlos  
Prof. Me. Ricardo Sérgio da Silva – Universidade Federal de Pernambuco  
Prof. Me. Renato Faria da Gama – Instituto Gama – Medicina Personalizada e Integrativa  
Prof<sup>ª</sup> Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal  
Prof. Me. Robson Lucas Soares da Silva – Universidade Federal da Paraíba  
Prof. Me. Sebastião André Barbosa Junior – Universidade Federal Rural de Pernambuco  
Prof<sup>ª</sup> Ma. Silene Ribeiro Miranda Barbosa – Consultoria Brasileira de Ensino, Pesquisa e Extensão  
Prof<sup>ª</sup> Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo  
Prof<sup>ª</sup> Ma. Taiane Aparecida Ribeiro Nepomoceno – Universidade Estadual do Oeste do Paraná  
Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Faculdade Regional Jaguaribana  
Prof<sup>ª</sup> Ma. Thatianny Jasmine Castro Martins de Carvalho – Universidade Federal do Piauí  
Prof. Me. Tiago Silvio Dedoné – Colégio ECEL Positivo  
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

**Editora Chefe:** Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira  
**Bibliotecária:** Janaina Ramos  
**Diagramação:** Camila Alves de Cremo  
**Correção:** Kimberlly Elisandra Gonçalves Carneiro  
**Edição de Arte:** Luiza Alves Batista  
**Revisão:** Os Autores  
**Organizadora:** Luana Vieira Toledo

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

G367 Gerenciamento de serviços de saúde e enfermagem 4 /  
Organizadora Luana Vieira Toledo. – Ponta Grossa - PR:  
Atena, 2021.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5706-765-9

DOI 10.22533/at.ed.659210902

1. Saúde. 2. Enfermagem. I. Toledo, Luana Vieira  
(Organizadora). II. Título.

CDD 613

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

**Atena Editora**

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

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

contato@atenaeditora.com.br

## DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa.

## APRESENTAÇÃO

A coleção “Gerenciamento de Serviços de Saúde e Enfermagem” apresenta em quatro volumes a produção científica sobre o gerenciamento e organização dos serviços de saúde nos diferentes contextos assistenciais. Nos serviços de saúde, as atividades gerenciais são consideradas fundamentais para o alcance dos objetivos propostos, sendo compreendida como uma atividade multiprofissional diretamente relacionada à qualidade da assistência oferecida.

Tendo em vista a relevância da temática, objetivou-se elencar de forma categorizada, em cada volume, os estudos das variadas instituições de ensino, pesquisa e assistência do país, a fim de compartilhar com os leitores as evidências produzidas por eles.

O volume 1 da obra aborda os aspectos da organização dos serviços de saúde e enfermagem sob a ótica daqueles que realizam o cuidado. Destacam-se os riscos ocupacionais, as dificuldades enfrentadas no cotidiano do trabalho e o conseqüente adoecimento dos profissionais.

No volume 2 estão agrupadas as publicações com foco no gerenciamento das ações de planejamento familiar, incluindo a saúde do homem, da mulher, da criança e do adolescente.

O Volume 3 contempla a importância das ações de gerenciamento em diferentes contextos assistenciais, iniciando-se pela academia. Essa obra é composta pelas publicações que incluem as instituições escolares, unidades básicas de saúde, instituições de longa permanência e serviços de atendimento especializado.

O volume 4, por sua vez, apresenta as produções científicas de origem multiprofissional relacionadas às condições de adoecimento que requerem assistência hospitalar. Destacam-se estudos com pacientes críticos e em cuidados paliativos.

A grande abrangência dos temas organizados nessa coleção permitirá aos leitores desfrutar de uma enriquecedora leitura, divulgada pela plataforma consolidada e confiável da Atena Editora. Explore os conteúdos ao máximo e compartilhe-os.

Luana Vieira Toledo

## SUMÁRIO

### **CAPÍTULO 1..... 1**

#### **AUTONOMIA DO PACIENTE NO PROCESSO DE VIVER COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO**

Carla Lube de Pinho Chibante  
Fátima Helena do Espírito Santo  
Leila Leontina do Couto  
Felipe Guimarães Tavares  
Donizete vago Daher  
Maria de Nazaré de Souza Ribeiro

**DOI 10.22533/at.ed.6592109021**

### **CAPÍTULO 2..... 17**

#### **A PERCEÇÃO DO ENFERMEIRO DIANTE DA VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM**

Flávia Giendruczak da Silva  
Liege Segabinazzi Lunardi  
Lisiane Paula Sordi Matzenbacher

**DOI 10.22533/at.ed.6592109022**

### **CAPÍTULO 3..... 20**

#### **PINÇAS DA CIRURGIA ROBÓTICA E O IMPACTO FINANCEIRO ORIUNDO DO NÃO CUMPRIMENTO DE SUA UTILIZAÇÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Flávia Giendruczak da Silva  
Liege Segabinazzi Lunardi  
Lisiane Paula Sordi Matzenbacher

**DOI 10.22533/at.ed.6592109023**

### **CAPÍTULO 4..... 29**

#### **DESPERTAR CRÍTICO PARA HIGIENE DAS MÃOS NO CONTROLE DAS INFECÇÕES HOSPITALARES**

Graciela Barcellos dos Santos Machado  
Vivian Lemes Lobo Bittencourt  
Maria Simone Vione Schwengber  
Ana Luiza Pess de Campos  
Suelen Karine Artmann  
Milena de Freitas Bernardi  
Loretta Vercelino  
Gabryela Andressa Speroni  
Aline dos Santos da Rocha  
Christiane de Fátima Colet  
Carmen Cristiane Schultz  
Eniva Miladi Fernandes Stumm

**DOI 10.22533/at.ed.6592109024**

### **CAPÍTULO 5..... 39**

#### **ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS: RESPONSABILIDADE ÉTICA E LEGAL DOS**

## PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

José Nilton do Nascimento  
Michella Galindo de Albuquerque  
Fabyano Palheta Costa

**DOI 10.22533/at.ed.6592109025**

## **CAPÍTULO 6..... 50**

### **A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA INFECÇÃO PRIMÁRIA DA CORRENTE SANGUÍNEA CAUSADA POR CATETER VENOSO CENTRAL: REVISÃO INTEGRATIVA**

Iolanda dos Santos Lucena  
Vanessa Vieira de Moura  
Cleonice Maria Silva Luna Epifânio

**DOI 10.22533/at.ed.6592109026**

## **CAPÍTULO 7..... 60**

### **INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE INFECÇÃO RELACIONADA AO CATETER VENOSO CENTRAL**

Eliseba dos Santos Pereira  
Eliel dos Santos Pereira  
Aclênia Maria Nascimento Ribeiro  
Gabriela Oliveira Parentes da Costa  
Elton Filipe Pinheiro de Oliveira  
Verônica Elis Araújo Rezende  
Cleidinara Silva de Oliveira  
Felipe de Sousa Moreiras  
Laíse Virginia Soares Senna  
Luzia Fernandes Dias  
Carla Lorena Morais de Sousa Carneiro  
Eliete Leite Nery

**DOI 10.22533/at.ed.6592109027**

## **CAPÍTULO 8..... 68**

### **CONSTRUÇÃO DE ALGORITMOS CLÍNICOS PARA CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES EM URGÊNCIA EMERGÊNCIA**

Reinaldo Ribeiro de Oliveira  
Maria Cristina de Mello Ciaccio  
Grazia Maria Guerra

**DOI 10.22533/at.ed.6592109028**

## **CAPÍTULO 9..... 83**

### **FATORES DE RISCO E CAUSAS DE ACIDENTES ENVOLVENDO MOTOS**

Genoveva Ferreira Lourenço  
Fatima Luna Pinheiro Landim  
Thalita Soares Rimes

**DOI 10.22533/at.ed.6592109029**

**CAPÍTULO 10..... 93**

**PERFIL DOS CASOS DE SUICÍDIO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Josênia Cavalcante Santos  
Layze Amanda Leal Almeida  
Raquel Costa e Silva  
Allana Renally Cavalcante Santos de Moraes  
Eclésio Cavalcante Santos  
Edenilson Cavalcante Santos

**DOI 10.22533/at.ed.65921090210**

**CAPÍTULO 11 ..... 103**

**PERCEÇÃO DOS MÉDICOS DE UMA SALA DE EMERGÊNCIA SOBRE A ASSISTÊNCIA AO PACIENTE FORA DE POSSIBILIDADE DE CURA**

Janaina Luiza dos Santos  
Fernanda Alves dos Santos  
Diana Paola Gutierrez Diaz de Azevedo  
Maria Auxiliadora Gonçalves  
Kamile Santos Siqueira Gevú  
Ana Claudia Moreira Monteiro  
Katy Conceição Cataldo Muniz  
Virginia Maria de Azevedo Oliveira Knupp  
Isabel Cristina Ribeiro Regazzi

**DOI 10.22533/at.ed.65921090211**

**CAPÍTULO 12..... 114**

**O PERFIL HUMANISTA DO ENFERMEIRO QUE ATUA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Claudia Cristina Dias Granito Marques  
Sarah Delgado Braga Silva

**DOI 10.22533/at.ed.65921090212**

**CAPÍTULO 13..... 131**

**EFETIVIDADE DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS CRÍTICOS: UM ESTUDO DE COORTE**

Ana Carolina Ribeiro Tamboril  
Maria Corina Amaral Viana  
Mônica Oliveira Batista Oriá  
Katia Pires Nascimento do Sacramento  
João Emanuel Pereira Domingos  
Antonia Thamara Ferreira dos Santos  
Águida Raquel Sampaio de Souza  
Déborah Albuquerque Alves Moreira  
Eglídia Carla Figueirêdo Vidal  
Woneska Rodrigues Pinheiro

**DOI 10.22533/at.ed.65921090213**

**CAPÍTULO 14..... 138**

**PACIENTES INTERNADOS EM CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA EM USO DE PRESSÃO INTRACRANIANA E DERIVAÇÃO VENTRICULAR EXTERNA E OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

Maria Gabriela Ferreira Santos  
Luiz Fernando de Almeida  
Saulo Nascimento de Melo  
Lívia Carolina Andrade Figueiredo  
Vinícius Eugênio da Silva  
Elielson Rodrigues da Silva  
Rayssa Stéfani Sousa Alves  
Alessandra Mara de Sousa

**DOI 10.22533/at.ed.65921090214**

**CAPÍTULO 15..... 148**

**O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE USUÁRIOS COM CÂNCER DE PRÓSTATA NO RIO DE JANEIRO**

Bruno Lira da Silva  
Cristiane Maria Amorim Costa  
Lorraine Terra dos Santos Cyrne Alves  
Elizabeth Rose Costa Martins  
Thelma Spíndola

**DOI 10.22533/at.ed.65921090215**

**CAPÍTULO 16..... 166**

**ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA EQUIPE PEDIÁTRICA DE CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS**

Talita Jordânia Rocha do Rêgo  
Aline Lima Silva  
Lília Viana Mesquita  
Ana Catarina de Miranda Mota

**DOI 10.22533/at.ed.65921090216**

**CAPÍTULO 17..... 176**

**CONTRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO NOS CUIDADOS PALIATIVOS AO PACIENTE COM FERIDA NEOPLÁSICA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Maria Madalena Cardoso da Frota  
Samir da Rocha Fernandes Torres  
Maria Clara Duarte Feitosa  
Luanessa Dâmares de Farias da Silva  
Camila da Silva Lopes Nunes  
Thaissa Rhândara Campos Cardoso  
Carine Cristina Oliveira Viana  
Antônia Mirela Araújo  
Thalis Kennedy Azevedo de Araújo  
Kalita Karoline Duarte Souza  
Sandrielle de Carvalho Duarte Souza

Maria Nivânia Livramento Feitosa

**DOI 10.22533/at.ed.65921090217**

<b>SOBRE A ORGANIZADORA.....</b>	<b>186</b>
<b>ÍNDICE REMISSIVO.....</b>	<b>187</b>

# CAPÍTULO 1

## AUTONOMIA DO PACIENTE NO PROCESSO DE VIVER COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO

*Data de aceite: 22/01/2021*

*Data de submissão: 05/11/2020*

### **Carla Lube de Pinho Chibante**

Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa  
Niterói- Rio de Janeiro  
<https://orcid.org/0000-0002-8083-4798>

### **Fátima Helena do Espírito Santo**

Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgico  
Niterói- Rio de Janeiro  
<https://orcid.org/0000-0003-4611-5586>

### **Leila Leontina do Couto**

Instituto Nacional do Câncer- INCA  
Rio de Janeiro- RJ  
<https://orcid.org/0000-0002-8948-5045>

### **Felipe Guimarães Tavares**

Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Departamento de Enfermagem Médico-cirúrgico  
Niterói- Rio de Janeiro  
<https://orcid.org/0000-0002-8308-6203>

### **Donizete vago Daher**

Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Departamento de Enfermagem Médico-cirúrgico  
Niterói- Rio de Janeiro  
<https://orcid.org/0000-0001-6249-0808>

### **Maria de Nazaré de Souza Ribeiro**

Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa  
Niterói- Rio de Janeiro  
<https://orcid.org/0000-0002-7641-1004>

**RESUMO:** Objetivo: discutir o cuidado de enfermagem centrado no cliente com DCNT, como suporte e incentivo à autonomia para o autocuidado no âmbito da atenção hospitalar. Método: estudo qualitativo, descritivo do tipo etnográfico. A coleta de dados foi desenvolvida no período de janeiro a junho de 2017 com pacientes hospitalizados e equipe de enfermagem nas clínicas médica masculina e feminina do hospital universitário, mediante as técnicas de observação participante e entrevista semi-estruturada seguida de análise de conteúdo. Resultados: a categoria autonomia e liberdade identificou nas falas dos pacientes que estava relacionada com a liberdade de realizar as atividades e fazer as suas próprias escolhas sem depender de outras pessoas. Na categoria autonomia e inform(Ação) observou-se uma contradição no discurso dos pacientes com os profissionais. Os primeiros dizem precisar de mais informações, que estão relacionadas ao estado de saúde e o esclarecimento das dúvidas. Enquanto os profissionais relatam que a forma de considerar a autonomia do paciente é oferecer orientações e informações relacionadas ao tratamento e ao estado de saúde. Na terceira categoria autonomia e realiz(Ação) os pacientes hospitalizados disseram não depender de outras pessoas para realizar as suas atividades de

vida diária. Em contrapartida, trazem em seus discursos que os cuidados relacionados às necessidades básicas estão focados no outro. Já a última categoria, autonomia e cultura, aborda as várias formas de cultura, dentre elas a organizacional, por meio das rotinas e regras institucionais; a do modelo biomédico e o processo saúde doença e a do gênero e papéis sociais. Considerações Finais: as entrevistas permitiram ouvir as pessoas em momentos de vulnerabilidades, adoecidas e sob o controle da equipe de saúde, além de perceber como era desenvolvido o cuidado junto a esses pacientes, a forma como eram estimulados o autocuidado e a autonomia e a competência para cuidar do outro.

**PALAVRAS-CHAVE:** Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Hospitalização; Cultura; Autonomia Pessoal.

## PATIENT AUTONOMY IN THE PROCESS OF LIVING WITH CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES DURING HOSPITALIZATION

**ABSTRACT:** Objective: to discuss client-centered nursing care with DCNT, as support and incentive to autonomy for self-care in the context of hospital care. Method: qualitative, descriptive study of the ethnographic type. Data collection was developed from January to June 2017 with hospitalized patients and nursing staff in the male and female medical clinics of the university hospital, through the techniques of participant observation and semi-structured interview followed by content analysis. Results: the category autonomy and freedom identified in the patients' statements that it was related to the freedom to perform the activities and make their own choices without relying on other people. In the category autonomy and inform(Action) a contradiction was observed in the discourse of patients with professionals. The former say they need more information, which are related to the state of health and the clarification of doubts. While professionals report that the way to consider patient autonomy is to provide guidance and information related to treatment and health status. In the third category autonomy and perform(Action) hospitalized patients said they did not depend on other people to perform their activities of daily living. On the other hand, they bring in their discourses that care related to basic needs is focused on the other. The last category, autonomy and culture, addresses the various forms of culture, including organizational, through routines and institutional rules; the biomedical model and the health-disease process and that of gender and social roles. Final Considerations: the interviews allowed us to listen to people in moments of vulnerability, lost and under the control of the health team, besides realizing how care was developed with these patients, how self-care and autonomy and competence to care for others were encouraged.

**KEYWORDS:** Nursing; Nursing Care; Hospitalization; Culture; Personal Autonomy.

## 1 | INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) apresentam início gradual, com duração longa, que, em geral, tem múltiplas causas e cujo tratamento envolve mudanças do estilo de vida, além de um processo de cuidado contínuo que, usualmente, não leva à cura. Elas representam as principais causas de morte e incapacidades no mundo, sendo responsáveis por 72% dos óbitos, no Brasil. Mundialmente, essas doenças possuem um

papel importante no perfil de saúde das populações e incluem as doenças cardiovasculares, as neoplasias, diabetes, obesidade e doenças respiratórias (BRASIL, 2014; BRASIL, 2011).

Assim, as DCNT representam um problema de saúde pública, acarretando inúmeros custos de natureza social e econômica. Entretanto, existem meios para evitá-las, principalmente por meio de ações de prevenção e promoção da saúde, além do controle dos fatores de risco ou de comportamentos que minimizem as suas complicações por meio de tratamentos e controles adequados.

Tradicionalmente, os modos de viver têm sido abordados numa perspectiva individualizante e fragmentada, colocando os sujeitos e as comunidades como os responsáveis únicos pelas várias mudanças ocorridas no processo saúde-adoecimento ao longo da vida. Contudo, na perspectiva ampliada de saúde, como definida no âmbito do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, do Sistema Único de Saúde (SUS) e das Cartas da Promoção da Saúde, esses modos de viver não se referem apenas ao exercício da vontade e/ou liberdade individual e comunitária, mas, considera também os modos como os sujeitos e as coletividades elegem determinadas opções de viver como desejáveis, organizam suas escolhas e criam novas possibilidades para satisfazer suas necessidades, desejos e interesses que pertencem à ordem coletiva, uma vez que seu processo de construção dá-se no contexto da própria vida (BRASIL, 2006).

Nesse sentido, o ponto de partida para a autonomia do sujeito é reconhecê-lo como protagonista do próprio cuidado, entendendo que ele mesmo é o principal foco desse cuidado, mediante estratégias que permitam o avançar da consciência ingênua para a consciência crítica, optando e escolhendo o melhor para si de forma a desenvolver, gradativamente, a capacidade e independência quanto ao próprio cuidado (FREIRE, 2005).

Com isso, o diálogo transformador possibilita a transição de uma consciência “ingênua”, caracterizada pela passividade, para uma consciência crítica e reflexiva, capaz de fazer com que o sujeito se coloque em posição questionadora, participativa e ativa. Além disso, analisar o contexto cultural do cliente é necessário visando identificar as aproximações entre cuidado popular e profissional, para que este ocorra a partir de uma realidade específica, com mais qualidade de forma a se obter o compartilhamento dos saberes (FREIRE, 2005; LEININGER, 1985).

Diante disso, à luz dessas considerações, esse estudo traz como pressuposto que durante a hospitalização do paciente com DCNT o seu autocuidado é pouco incentivado, restringindo a sua autonomia nesse processo de cuidar. O objetivo é discutir o cuidado de enfermagem centrado no cliente com DCNT, como suporte e incentivo à autonomia para o autocuidado no âmbito da atenção hospitalar.

## 2 | MÉTODO

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da instituição sob o CAAE

nº 56256116.1.0000.5243 e foi aprovado pelo Parecer nº 1.585.541. Todos os participantes foram esclarecidos quanto ao objetivo do estudo e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme preconiza a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde/MS.

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa com delineamento descritivo do tipo etnográfica. A etnografia é uma descrição densa da realidade. Tal densidade advém das manifestações de significados que permitem ao pesquisador explicar e interpretar os sentidos de um determinado contexto cultural, possibilitando que outros também apreendam o fenômeno estudado (GEERTZ, 2008).

O estudo foi desenvolvido no período de janeiro a junho de 2017. Os participantes foram pacientes hospitalizados com DCNT em enfermarias de clínica médica do hospital universitário e a equipe de enfermagem que atua em atividade assistencial nas referidas enfermarias.

Adotaram-se como critérios de inclusão, pacientes de ambos os sexos, adultos e idosos com idade igual ou superior a 18 anos, com diagnóstico médico em prontuário de pelo menos uma DCNT; e como critérios de exclusão, pacientes com alterações psíquicas e/ou mentais que prejudicassem a participação na pesquisa.

Para seleção da equipe de enfermagem, os critérios de inclusão foram: pessoas de ambos os sexos, que atuam nas referidas enfermarias em assistência direta aos pacientes com DCNT. Foram excluídos profissionais de licença médica ou outros tipos de afastamento. A amostra foi constituída por 30 profissionais de enfermagem (10 enfermeiros e 20 técnicos de enfermagem) e 20 pacientes com DCNT.

Foram utilizadas as seguintes técnicas de coleta de dados: observação participante com registros em diário de campo, onde foi descrito o processo de cuidado da equipe de enfermagem com os pacientes hospitalizados; e entrevista semiestruturada para aprofundar aspectos da observação e analisar a autonomia dos pacientes hospitalizados com DCNT.

As entrevistas foram gravadas em aparelho MP4, com duração média de 20 minutos para cada entrevista, para que nenhum dado fosse perdido o que permitiu que o entrevistador ouvisse os sujeitos da pesquisa com maior atenção, estabelecesse certa confiança com os mesmos e observasse as suas expressões corporais, objetivando compreender melhor os seus depoimentos. As entrevistas com os pacientes aconteceram na beira do leito e com a equipe de enfermagem no estar de cada andar da clínica médica masculina e feminina.

As entrevistas foram transcritas na íntegra pela própria pesquisadora, identificadas pelas iniciais P (Paciente); E (Enfermeiro); TE (Técnico de Enfermagem), visando preservar a identidade dos sujeitos.

O corpus de dados foi submetido à análise de conteúdo, que pressupõe algumas etapas: pré-análise; exploração do material ou codificação; tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2009).

Após a leitura das entrevistas, os dados foram divididos em unidades temáticas.

E, posteriormente, os temas comuns emergentes foram agrupados em quatro categorias, dentre as quais: Autonomia e liberdade; autonomia e inform(Ação); autonomia e realiz(Ação); e autonomia e cultura.

### 3 I RESULTADOS

Os pacientes hospitalizados com DCNT eram, em sua maioria, do sexo masculino (60%), com média de idade de 56,0(DP±16,70) anos, casados (60%), aposentados (50%) e ensino fundamental completo (40%).

Quanto às características da situação de saúde, as doenças do aparelho circulatório destacaram-se tanto nos diagnósticos principal (45%) quanto no secundário (75%). A maioria dos pacientes (80%) relatou ter tido hospitalização anterior e a média de permanência hospitalar foi de 8,04(DP±4,72) dias.

Com relação à caracterização da equipe de enfermagem, maioria do sexo feminino (86,7%), com média de 41,12(DP±12,21) anos, casado (56,7%), sendo 66,7% técnicos de enfermagem e 33,3% enfermeiros. Quanto ao tempo de atuação no cenário do estudo, 40% estavam entre seis meses a 5 anos; 46,15% trabalhavam em outro hospital.

#### 3.1 Autonomia e Liberdade

Esta categoria foi identificada nas falas dos pacientes hospitalizados ao associarem a autonomia com ser livre, não depender de outras pessoas, ausência de limitações e a questão financeira. Além disso, as palavras de evocação em destaque nesta categoria foram: liberdade, ser independente, escolha e decisão. Isso pode ser observado nos relatos a seguir:

[...] independência para a gente fazer as coisas (...) não depender do outro, fazer as coisas pela sua própria cabeça (...) ter seu próprio dinheiro (P3)

É independência de fazer suas próprias coisas e escolher o que quer fazer (P7)

É quando a gente não tem nenhuma limitação que impeça a gente de fazer as nossas coisas; é quando eu desejo fazer alguma coisa e faço sem precisar de ajuda (P13)

Uma vez que as entrevistas foram realizadas no ambiente hospitalar, o que se esperava é que as respostas dos pacientes sobre o que é a autonomia estivessem relacionadas com o período de internação. Entretanto, na maioria das falas foi possível perceber que a autonomia era definida como liberdade de realizar as atividades e fazer as suas próprias escolhas sem depender de outras pessoas, ou seja, não faziam a associação da autonomia com a atual condição de estar hospitalizado.

Durante as observações foi possível identificar uma certa contradição nas falas dos

pacientes, uma vez que relatavam que a autonomia é ter liberdade, direito de escolhas, realização de atividades sem depender da ajuda de outras pessoas. Em algumas situações, como o banho no leito ou até mesmo o banho de aspersão em cadeira higiênica, observou-se que os técnicos de enfermagem davam o banho e apesar do paciente poder participar do cuidado, de alguma forma, como por exemplo, esfregar partes do corpo, os mesmos ficavam parados esperando terminar o procedimento, o que demonstrava dependência dos pacientes relacionado aos cuidados da equipe de enfermagem.

Apenas um paciente associou a autonomia com a hospitalização:

[...] para mim é poder andar livremente pelo hospital (...) é até onde eu posso ir sem precisar ou depender da ajuda de ninguém porque isso é uma dependência muito grande (P1)

Este paciente ao ser questionado sobre o que seria a autonomia fez uma associação da autonomia com o momento da hospitalização. Ele relatou que se sentia muito mais dependente ali que em casa, uma vez que os profissionais determinavam o que tinha que ser feito e não estimulavam o seu autocuidado e sua independência. Diferentemente do que acontecia fora do ambiente hospitalar, em que o mesmo realizava as suas atividades sem depender de outras pessoas.

Cabe destacar que, durante o período de coleta de dados, o paciente hospitalizado nem sempre participou das decisões sobre sua vida ou até mesmo foi comunicado a respeito dessas decisões de modo a compreendê-las. Uma vez que o hospital tem normas e regras a serem seguidas, os pacientes tornam-se dependentes do cuidado profissional com a imposição de horários para que as atividades sejam realizadas, como é o caso do banho, das refeições e da aferição dos sinais vitais.

### **3.2 Autonomia e Inform(Ação)**

Esta categoria foi identificada tanto nas falas dos profissionais quanto dos pacientes hospitalizados, destacando as dúvidas relacionadas ao processo saúde-doença e os esclarecimentos sobre o estado de saúde, as informações, que por vezes não são esclarecedoras e tornam os pacientes reféns dos profissionais, além da identificação das vivências dos pacientes, trazendo as suas experiências no processo de hospitalização. O que pode ser observado nas falas a seguir:

Sinto falta de mais informações. Não sei se tá relacionado com autonomia. Aí você fica meio agarrado pra perguntar, fica meio receoso de perguntar alguma coisa: por que o médico não falou? Por que eu tô com aquela dúvida? Eles não tiram a nossa dúvida sem a gente perguntar. (P1)

Você tem as dúvidas e não tem como falar com eles. Acho que isso podia melhorar, dar uma atenção melhor pra gente, explicar exatamente o que a gente tem, na nossa língua, sem ser com palavras que eu nem entendo. (P7)

Acredito que no dia a dia aqui no hospital a nossa função enquanto profissional da saúde é orientar de forma clara e detalhada todos os procedimentos realizados com o paciente, a medicação que estamos dando, dizendo pra que serve, se o paciente é hipertenso e tem uma medicação pra controlar a pressão. A gente tem que comunicar o mesmo. (TE1)

É importante durante o processo de hospitalização que a gente, enquanto enfermeiro, realize orientações relacionadas às mudanças nos hábitos de vida para que este paciente não tenha complicações que levam o mesmo a retornar ao hospital. Também por meio da educação em saúde podemos garantir a adesão do paciente ao seu tratamento, além de estimular para as atividades diárias que irão implicar na sua prática do autocuidado. (E5)

Diante das falas dos participantes, é possível identificar uma contradição no discurso dos pacientes com os profissionais. Uma vez que os primeiros dizem precisar de mais informações, que estão relacionadas ao estado de saúde, ao uso de medicações, ao processo de hospitalização e o esclarecimento das dúvidas. Enquanto os profissionais relatam que a forma de considerar a autonomia do paciente é oferecer orientações e informações relacionadas ao tratamento, ao processo de hospitalização e ao estado de saúde.

Em algumas situações foi possível identificar tanto nas falas dos pacientes quanto nas observações, o poder dos profissionais diante do controle e domínio do saber, o que reforça a dependência do cuidado e a busca por informação que nem sempre esclarece dúvidas e mesmo, por vezes, leva à desinformação, tornando este sujeito passivo no seu processo de cuidado, conforme observado nas falas a seguir:

O médico passou aqui hoje de manhã e disse que eu tenho que andar mais. Mas aí, o enfermeiro passou aqui e disse que eu tô com essa sonda e não é pra eu ficar andando o tempo todo... (P1)

Eu não gosto quando as meninas vêm aqui de noite e colocam fralda em mim (...) Em casa eu vou ao banheiro sozinha, mas aqui elas me falaram que, por conta da minha doença e o risco que eu tenho de cair, é melhor usar a fralda, pelo menos, durante a noite... e isso me incomoda muito. (P11)

Durante as observações, percebeu-se que os pacientes ficavam receosos de fazerem perguntas e, por vezes, aparentavam medo de tirar as suas dúvidas com os profissionais, se colocando em uma posição passiva durante a realização do cuidado. Por outro lado, alguns profissionais abordavam os pacientes em posição de superioridade e realizavam orientações de forma autoritária, sem ter uma relação paciente-profissional de maneira horizontal.

Nesta categoria foi possível identificar, nas falas e nas observações, que os profissionais, por terem o conhecimento científico, acabam por usar este saber como instrumento de dominação. Ao não compartilhar com o paciente os aspectos observados no

seu exame físico, nos exames laboratoriais, na evolução do seu tratamento, o mesmo fica sem parâmetro para tomar uma decisão consciente, permanecendo alienado de si mesmo, estagnado em sua consciência ingênua e dependente do cuidado desse profissional.

### 3.3 Autonomia e Realiz(Ação)

Esta categoria foi identificada nas falas dos pacientes hospitalizados ao serem questionados se dependem de outras pessoas para viver o dia a dia. Foi observado nos relatos uma responsabilidade no cuidado à saúde focada no outro, ou seja, deixar de cuidar de si para cuidar do outro, a dependência do cuidado pela equipe de enfermagem e a limitação tanto financeira quanto da doença, conforme as falas a seguir:

Eu faço as minhas coisas, resolvo todos os meus problemas (...) ainda tomo conta da minha mãe. Na verdade, ela que depende dos meus cuidados, porque faço as minhas coisas e depois vou para casa dela fazer as dela. (P2)

Financeiramente sim, porque meu marido que me sustenta, mas agora vou precisar ainda mais, principalmente do meu filho. Antes, o nosso orçamento dava certinho, mas agora tem os remédios, aí acho que vou precisar do meu filho também. (P3)

A maioria dos pacientes hospitalizados disseram não depender de outras pessoas para realizar as suas atividades de vida diária. Em contrapartida, trazem em seus discursos que os cuidados relacionados às necessidades básicas estão focados no outro, como por exemplo, tomar conta da mãe, de netos, ajudar os filhos e cônjuges. O hospital torna-se um ambiente de limitação para a realização de atividades de autocuidado. Além disso, também é possível observar a negação da própria limitação relacionada à doença crônica, o que pode levar ao processo de hospitalização por um processo agudo ou complicação da doença de base.

Esta categoria também foi identificada nas falas dos profissionais de enfermagem ao serem questionados a respeito do que eles entendem sobre a autonomia do paciente, associando autonomia com a restrição de atividades e limitação física, além da dependência do cuidado dos pacientes pela equipe de enfermagem para a realização das necessidades básicas. Isso pode ser observado nas falas a seguir:

[...] que esse paciente conseguisse realizar as atividades dele de forma mais adaptada à doença e que permitisse que ele fizesse as suas atividades sozinhos, não dependesse do outro ou dependesse o mínimo possível de uma outra pessoa (E9)

É o paciente ter em mente a importância do autocuidado, ou seja, quanto mais independente o indivíduo for na realização das tarefas diárias e de autocuidado, maior a sua autonomia. (E3)

É quando a independência predomina, só não faz aquilo que impede de ser feito e precise de ajuda. (TE11)

Acho que, aqui no hospital, a gente tem de avaliar o paciente e ver até onde ele consegue fazer as suas coisas sozinho, porque se a gente faz por ele, acaba que ele fica dependente do nosso cuidado. (TE17)

Os profissionais entendem que a autonomia se relaciona com a independência, demonstrando uma confusão entre o que seria a capacidade de decisão e escolha com a execução de atividades de vida diária. É possível identificar nas falas um discurso que não condiz com a prática, uma vez que esses profissionais dizem observar o que os pacientes conseguem fazer sozinhos para que os mesmos não dependam dos seus cuidados. Porém, observou-se que, na prática, a relação de ajuda está em fazer para o outro e não identificar as reais necessidades do paciente.

Os pacientes, ao serem questionados de que forma os profissionais ajudam a desenvolver a autonomia, trazem em suas falas as ações de realização do cuidado pela equipe de enfermagem. Assim como nas falas dos profissionais há uma confusão entre autonomia e independência, conforme os relatos a seguir:

Quando eu tenho que tomar banho, alguns enfermeiros não deixam eu ir tomar banho lá no banheiro, preferem me dar o banho aqui na cama. Eles fazem tudo, eu nem me mexo. Já lá no chuveiro, eu que faço a minha higiene e eles só me ajudam quando eu não consigo fazer alguma coisa. (P2)

Ter que usar essa fralda é horrível, nunca tinha usado isso antes, mas as meninas conversaram comigo e falaram que ia ser melhor eu usar a fralda, minhas filhas falaram também... aí, tive que obedecer. (P17)

Diante das falas é possível identificar que as decisões na realização do cuidado durante a hospitalização cabem aos profissionais, uma vez que a instituição tem as suas regras e rotinas, o paciente torna-se refém das imposições desses profissionais, os quais escolhem a forma que o paciente receberá o banho, avaliações errôneas na utilização de fraldas e justificativas frágeis no desenvolvimento dos cuidados prestados.

Esperava-se que no processo de hospitalização, o paciente desenvolvesse sua autonomia e independência para o seu autocuidado. Entretanto, durante a sua internação, o profissional determina o que deve ser feito e decide pelo paciente. Nisso consiste a contradição, pois ao paciente é proibida toda e qualquer forma de busca da sua autonomia.

### **3.4 Autonomia e Cultura**

Esta categoria aborda as várias formas de cultura, dentre elas a organizacional, por meio das rotinas e regras institucionais; a do modelo biomédico e o processo saúde-doença; e a do gênero e papéis sociais.

A cultura organizacional foi identificada nas falas dos pacientes ao serem questionados sobre o que eles sugeriam para o desenvolvimento da autonomia no ambiente hospitalar. Na maioria das respostas os pacientes falam sobre as regras da instituição e a rotina dos profissionais como um empecilho ao estímulo da autonomia durante a hospitalização.

Eu acho que as regras da instituição é que podem dificultar a nossa autonomia aqui dentro. (P4)

Acho que o hospital acaba impondo muitas regras, e os profissionais tem que seguir essas ordens e isso acaba refletindo nos pacientes que deixam de ter a liberdade pra fazer algumas coisas. Eu sei que não dá pra liberar tudo, mas tem coisas que a gente podia ter a decisão de escolher se quer ou não. (P9)

De acordo com as falas dos pacientes, as regras e rotinas institucionais fazem com que os mesmos se tornem dependentes do cuidado pelos profissionais. Uma vez que no ambiente hospitalar o paciente acaba se submetendo ao que o outro vai fazer, diferente do que acontece fora deste ambiente, em que o poder de decisão e escolha é da própria pessoa. Pode-se observar que tanto a cultura organizacional quanto a rotina oprimem e limita a autonomia do paciente.

Uma outra forma de cultura identificada nas falas dos pacientes foi a cultura do modelo biomédico diante do processo saúde-doença, em que há uma relação de poder no ambiente do cuidado com o profissional é o detentor do saber e o paciente como submisso a esse cuidado.

Acho que tem algumas coisas que me irritam aqui, por exemplo, chegar alguém aqui na minha cama, começar a mexer em mim e nem ao menos se identificar. Acho que o mínimo é dizer bom dia eu sou médico e preciso fazer tal coisa com você. E isso não é feito! O médico passa de manhã, mas faz uma visita tão rápida, que quando eu penso em fazer alguma pergunta, ele já foi. Aí, quando falo com a enfermeira que preciso falar com o médico ela diz que ele já, não tá mais ali. (P7)

Só acho que os médicos podiam passar mais vezes aqui, eles passam de manhã cedo. Se depois a gente precisar falar com eles ao longo do dia, a gente tem que esperar o dia seguinte. A não ser que tenha alguma emergência, aí eles aparecem (P12)

Nas falas foi possível perceber uma insatisfação dos pacientes com relação a falta de integração das informações pelos profissionais da saúde, a maneira como eram abordados no leito durante a hospitalização. Ao mesmo tempo, traziam a gratidão pelo cuidado e a atenção que receberam ao longo da internação. Além disso, também foi destacado o hospital como lugar de cura da doença com o modelo médico hegemônico constituindo uma das formas institucionalizadas de atenção da enfermidade, chegando a ser identificado como a forma mais concreta e eficaz de atender o processo saúde-doença.

A influência dos profissionais é identificada nas falas da equipe de enfermagem ao trazer que o foco desse cuidado é a doença e que o paciente hospitalizado necessita das suas intervenções para que o mesmo se recupere e retorne ao seu domicílio.

É importante conversar com ele sobre a sua doença, as suas limitações, o seu tratamento para que ele tenha uma boa recuperação ou até mesmo uma

reabilitação, para que ele possa desempenhar as tarefas do dia a dia, não só no ambiente hospitalar, mas também na sua casa (TE3)

A forma que a gente tem para considerar a autonomia do paciente é estimular o autocuidado, auxiliando na execução das tarefas mais simples do dia a dia, reconhecendo os limites de cada indivíduo, tentando estimular a cada dia a sua evolução (E8)

No hospital, mesmo que o paciente não queira, ele fica um pouco dependente do nosso cuidado porque parando pra pensar, a gente tem que encaminhar ele para o banho, tem que dar a medicação e, muitas das vezes, são medicações venosas, as refeições chegam em horário pré-estabelecido, ele acaba se adequando às normas da instituição. E querendo ou não, a gente enquanto profissional também precisa seguir essa rotina (E10)

Nas falas da equipe de enfermagem identificou-se que o cuidado tinha como foco a doença e que as ações desenvolvidas aos pacientes hospitalizados eram a informação, o auxílio na execução das tarefas do autocuidado e o estímulo para que o paciente desenvolvesse a sua autonomia. Entretanto, não há nos discursos dos profissionais uma preocupação com relação às escolhas dos pacientes, tendo como justificativa as regras institucionais, a rotina de trabalho, tornando este paciente dependente do cuidado da equipe de enfermagem.

O terceiro tipo de cultura identificada foi a do gênero e dos papéis sociais, tendo o homem como provedor do lar e a mulher no papel de cuidadora e responsável pela organização familiar, conforme a fala dos pacientes hospitalizados:

Quando eu tinha a minha esposa, ela cuidava de tudo pra mim... fazia a minha comidinha, era tudo regradinho, ela sabia exatamente o que eu podia e não podia comer, ela resolvia todos os problemas de casa e eu trabalhava pra trazer o dinheiro (P1)

Eu moro com a esposa e meus dois filhos... eles que dependem de mim na verdade. A minha esposa cuida da casa, faz minha comidinha, cuida dos filhos e eu vou trabalhar pra trazer o dinheiro pra casa. Eles dependem muito mais de mim que eu deles (P4)

Eu não gosto de tá aqui no hospital... E não porque eu sou tratada mal não... pelo contrário, todos me tratam super bem aqui. Só que é muito chato ficar enclausurada, presa aqui, sem poder fazer as suas coisas. Tenho que cuidar da minha casa, meu marido fica sozinho lá cuidando dos meus filhos... ainda tenho a minha mãe que precisa da minha ajuda, eu que fico tomando conta dela sabe?! Tenho mais dois irmãos, mas acaba que a responsabilidade acaba ficando com a mulher e acho que isso que me deixa doente. Fico estressada porque fica tudo em cima de mim (P7)

Nas entrevistas foi possível perceber uma diferença nos discursos entre os sexos feminino e masculino. As mulheres traziam em suas falas uma preocupação em estar

hospitalizada e não poder cuidar da sua família (filhos, marido, mãe, netos) e os afazeres domésticos (cozinhar, arrumar a casa, lavar e passar a roupa). Já os homens demonstram nas suas falas uma dependência com relação ao cuidado de outra pessoa, em sua maioria das esposas, e uma preocupação com a questão financeira por serem os provedores do lar.

## 4 | DISCUSSÃO

O processo de hospitalização abrange uma intensa adaptação dos indivíduos às várias modificações que ocorrem em seu cotidiano. Este reajustamento pode ser desencadeado de maneira mais fácil em alguns sujeitos; em outros, no entanto, pode apresentar-se de modo difícil, requerendo mais tempo, esforço e uma assistência de maior intensidade, processual, sistematizada e multiprofissional (SILVA; MENEZES, 2014).

Tal definição nos leva a refletir sobre ter uma doença crônica, em que a pessoa precisa aprender a lidar com mudanças, além de impor limites ao estilo de vida e restrição no que gostaria de fazer ou não. Nesse sentido, essas doenças podem causar incapacidade, afetando a funcionalidade e o desempenho nas atividades de vida diária.

Em algumas cenas observadas e descritas em diário de campo foi possível perceber que o profissional, na maioria das vezes, era o que decidia a forma como seria realizado o cuidado ao paciente. Sem a escuta e o diálogo na relação profissional/paciente, o que existe é a figura do opressor e do oprimido.

Diante disso, a opressão é a negação da liberdade ao anular a vocação humana de ser mais, o que pode ser verificada nas relações autoritárias, fazendo o homem viver em condição de heteronomia já que limitam ou anulam sua liberdade de optar e seu poder de realizar. O oprimido acaba adquirindo os valores dos opressores e no momento em que desejam ser como opressor, interiorizam suas opiniões e passam a desprezar a si mesmos, a se ver como incapazes (FREIRE, 2005).

A capacidade de participar do autocuidado é construída sobre ações que permitam a pessoa reconhecer, tratar e gerenciar seus próprios problemas de saúde, com autonomia e sabendo que o sistema de saúde está do lado dele. É necessário implementar diferentes ações que promovam o conceito de autocuidado e a aquisição desta capacidade entre os pacientes e as pessoas, em geral, permitindo gerir o seu plano de cuidados (MESTRE, 2014).

Na relação profissional-paciente, a autonomia pressupõe competência e liberdade para se proceder às escolhas conscientes entre as opções possíveis. Assim, é dever do profissional de saúde fornecer aos pacientes todas as explicações necessárias sobre a situação e riscos envolvidos nas diferentes alternativas da escolha deles, para que todas as possibilidades sejam reconhecidas, favorecendo-lhes a escolha que melhor atenda às necessidades (CARNEIRO; BERTI, 2009).

No contexto atual, a atividade educativa estabelecida pelo profissional de saúde

ainda é feita, em grande parte, de forma hierarquizada e autoritária, na qual não se permite a troca e não há valorização do sujeito como participante ativo do processo de cuidado, cerceando-lhe a voz. Entretanto, a pedagogia problematizadora subsidia o encontro entre o profissional e o cliente visando, pelo diálogo e compartilhamento das ideias, acessar seu saberes e práticas sobre as demandas do cuidado de si, e contribuir com a promoção de mudanças que se fazem necessárias (FREIRE, 2005; MARTINS; ALVIM, 2012).

Durante a hospitalização, a autonomia da pessoa, pode ficar mais restrita em decorrência das normas e rotinas que regem a realização do cuidado no âmbito hospitalar. A situação de vulnerabilidade e fragilidade, associado ao ambiente hospitalar altamente tecnológico, a insegurança diante do processo da doença, restringe o paciente em suas atividades, reduzindo ainda mais sua capacidade de decisão (CARRETA et al., 2013).

O cuidado, na perspectiva de Leininger, deve considerar a integralidade, a totalidade e a perspectiva holística da vida, presentes em fatores culturais e sociais, expressos na linguagem e modelos populares e profissionais de saúde. Para tanto, conhecer a cultura dos clientes, acedendo à interpretação do significado do cuidado e experiência de grupos culturais diversos é imprescindível às ações, tornando possível diminuir o distanciamento entre profissional e cliente, no sentido de melhorar a adaptação e aceitação das recomendações profissionais (LEININGER; MCFARLAND, 2014; BECKER et al., 2018).

Em Pedagogia do Oprimido, Freire (2005) reconhece que por trás do mito de “oportunidades iguais” todo um esquema opressor é montado para evitar o desenvolvimento da autonomia e do pensamento crítico através da educação, dos meios de comunicação de massa, do processo de trabalho. Isto vai ter como consequência o desenvolvimento de uma cultura do silêncio pela internalização da passividade.

Nesse sentido, a hospitalização tem contribuição direta para o distanciamento do paciente do seu ambiente cotidiano para um local de ações rotineiras com regras rígidas. Por si só, essa experimentação pode ser desagradável por abarcar diversas condições negativas como o afastamento do ambiente de convívio social e familiar, e, algumas vezes, designar certo grau de dependência (SILVA; MENEZES, 2014).

Desta forma, a assistência acaba se mecanizando e limitando-se à aplicação de procedimentos técnicos, sem considerar a autonomia do paciente, abrindo precedentes para o enfermeiro exercer o poder sobre o indivíduo internado. Além disso, a rotina e as regras institucionais impostas acabam por colocar o profissional na posição de opressor, enquanto os pacientes são os oprimidos, fazendo uma analogia com o conceito de invasão cultural de Freire. O autor diz que esta invasão é “a penetração que fazem os invasores no contexto cultural dos invadidos, impondo a estes sua visão do mundo, enquanto lhes freiam a criatividade, ao inibirem sua expansão” (BAPTISTA et al., 2018; FREIRE, 2005).

Destarte, a cultura do modelo biomédico traz o foco do cuidado na doença. Vários são os motivos que explicam o poder e a influência desses profissionais na nossa sociedade. Entre outras questões, pode-se destacar que o saber produzido pela medicina ao longo do

tempo, conseguiu desenvolver um progressivo conhecimento do corpo e das enfermidades e desenvolver intervenções eficazes para controlar os danos à saúde, aliviar o sofrimento, a dor e prolongar a vida (PIRES, 1989).

Portanto, o cotidiano das relações do cuidado nas instituições hospitalares, muitas vezes indiferente, mecânico e automatizado, não facilita a percepção do outro, tornando massificada a atuação profissional. Esses aspectos favorecem a despersonalização do ser humano, o que, por conseguinte, põe em risco a manutenção de sua dignidade (BAPTISTA et al., 2018; COLLIÈRE, 2012).

Ainda na categoria autonomia e cultura, identificou-se a cultura do gênero e dos papéis sociais. Às mulheres, compete a implementação do cuidado em tudo que cresce e se desenvolve, prolongando-se até a morte; a mulher há de ser a cuidadora principal nas etapas do ciclo vital. Dentre os vários papéis por ela desempenhados, o de cuidadora é histórica e culturalmente o mais evidenciado e assimilado. Quando se trata de cuidar/acompanhar um familiar em situação de hospitalização, seja ele, filho, esposo, mãe/pai, é a mulher que está implicitamente associada como cuidadora principal da família (COLLIÈRE, 2012; DI MENEZES; LIMA, 2019).

#### **4.1 Limites do Estudo**

Considera-se como limitação desse estudo o período em que se iniciou a coleta de dados, uma vez que ocorria a transição do término dos contratos dos funcionários da equipe de enfermagem e entrada da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), o que culminou em uma redução no quadro de funcionários. Além disso, o hospital universitário estava passando por obras, onde houve a junção da clínica cirúrgica com a médica, priorizando-se as cirurgias, justificando-se a redução de pacientes hospitalizados com DCNT no período.

#### **4.2 Contribuições para área de enfermagem**

Compreender como os profissionais da saúde, em especial a equipe de enfermagem, desenvolvem o cuidado aos pacientes hospitalizados com doenças crônicas, buscando analisar a autonomia desses pacientes. Uma vez que o cuidado desenvolvido no âmbito hospitalar ainda é fragmentado e centrado na cura da doença, pretende-se, porém, que este cuidado seja centrado na pessoa, com as suas expectativas, experiências, saberes e práticas e com valores atribuídos ao processo saúde-doença.

### **5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante dos resultados, a primeira categoria trouxe uma associação da autonomia com a capacidade de ser livre, não depender de outras pessoas, ausência de limitações e a questão financeira. Na segunda identificou-se as dúvidas relacionadas ao processo saúde-doença e os esclarecimentos sobre o estado de saúde, as informações, que por vezes não

são esclarecedoras e tornam os pacientes reféns dos profissionais, além da identificação das vivências dos pacientes, trazendo as suas experiências no processo de hospitalização.

A terceira categoria identificou a responsabilidade no cuidado à saúde focada no outro, ou seja, deixar de cuidar de si para cuidar do outro, a dependência do cuidado pela equipe de enfermagem e a limitação tanto financeira quanto da doença. A última categoria abordou as várias formas de cultura, dentre elas a organizacional, por meio das rotinas e regras institucionais; a do modelo biomédico e o processo saúde-doença e a do gênero e papéis sociais.

As entrevistas permitiram ouvir as pessoas em momentos de vulnerabilidades, adoecidas e sob o controle da equipe de saúde, além de perceber como era desenvolvido o cuidado junto a esses pacientes, a forma como eram estimulados o autocuidado e a autonomia e a competência para cuidar do outro.

Há que se discutir as práticas dos profissionais da saúde no que se refere às ações desenvolvidas no cuidado junto aos pacientes, tanto no contexto da atenção básica quanto hospitalar, diante das demandas expressadas mediante uma identificação, análise e avaliação das habilidades no cuidar do outro e no suporte para o desenvolvimento da autonomia no âmbito das competências para o autocuidado.

## REFERÊNCIAS

BAPTISTA, M.K.S.; SANTOS, R.M.; COSTA, L.M.C.; MACÊDO, A.C.; COSTA, R.L.M. **O poder na relação enfermeiro-paciente: revisão integrativa.** Rev. bioét. [Impr.]. 2018[cited 2020 15 mai]; 26 (4): 556-66. Available from: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/1529/1956](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/1529/1956)

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: edições 70. 2009.

BECKER, R.M.; HEIDEMANN, I.T.S.B.; MEIRELLES, B.H.S.; COSTA, M.F.B.N.A.; ANTONINI, F.O.; DURAND, M.K. **Práticas de cuidado dos enfermeiros a pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis.**[Internet]. 2018 [cited 2020 13 mai];71 (suppl 6):2800-7. Available from: [https://www.scielo.br/pdf/reben/v71s6/pt\\_0034-7167-reben-71-s6-2643.pdf](https://www.scielo.br/pdf/reben/v71s6/pt_0034-7167-reben-71-s6-2643.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 483 de 1º de abril de 2014.** Redefine a rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Brasília-DF; 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006. Brasília: DF, 2006. 60 p. (série b. textos básicos em saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Taxa de mortalidade por doenças crônicas no país.** 2011. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2011/11/taxa-de-mortalidade-por-doencas-cronicas-no-pais-cai-26-aponta-estudo>. Acesso em: 20/09/2020.

CARNEIRO, M.T.R.; BERTI, H.W. **A autonomia de pessoas hospitalizadas em situação pré-cirúrgica.** REME rev min enferm [Internet]. 2009 [cited 2020 20 mar]; 13(1):84-92. Available from: <http://www.reme.org.br/content/imagebank/pdf/v13n1a12.pdf>

CARRETA, M.B.; BETTINELLI, L.A.; ERDMAN, A.L.; HIGASHI, G.D.C.; SANTOS, J.L.G. **Compreendendo o significado do ser idoso vivenciando sua autonomia na hospitalização.** Rev rene [Internet]. 2013 [cited 2020 20 mar];14(3): 331-40. Available from: <http://dx.doi.org/10.15253/rev%20rene.v14i2.3387>

COLLIÈRE, M.F. **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem.** Coimbra: Lidel; 2012.

DI MENEZES, N.R.C.; LIMA, P.M.R. **Envelhecimento e doença crônica: uma análise da autonomia decisória de pacientes idosos com Mieloma Múltiplo.** Rev. SBPH. 2019 [cited 2020 15 mai];22(1): 107-26. Available from: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S151608582019000100007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151608582019000100007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido.** 42.<sup>a</sup> edição. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas.** Rio de Janeiro: LTC, 2008.

LEININGER, M. **Teoria do cuidado transcultural: diversidade e universalidade.** In: anais. I Simpósio Brasileiro Teorias de Enfermagem. Editora: UFSC. Florianópolis na Universidade Federal de Santa Catarina, 20 a 24 de maio de 1985.

LEININGER, M.M.; MCFARLAND, M.R. **Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory.** 3<sup>a</sup>ed. New York: McGraw-Hill; 2014.

MARTINS, P.A.F.; ALVIM, N.A.T. **Shared Care Plan: convergence between the educational problematizing perspective and the theory of nursing cultural care.** Rev bras enferm [Internet] 2012 [cited 2020 mar 20]; 65(2):368-73. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672012000200025](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000200025)

MESTRE AG. **La autonomia del paciente con enfermedades crónicas: de paciente pasivo a paciente activo.** enferm clin [Internet]. 2014 [cited 2020 mar 20]; 24(1):67-73. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-la-autonomia-del-paciente-con-S1130862113001769>

PIRES D. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem.** Cortez Editora: São Paulo; 1989.

SILVA, G.M.; MENEZES, G.G.S. **Avaliação do perfil sócio demográfico e hábitos de vida dos pacientes hospitalizados no município de lagarto, Sergipe.** Scientia plena [Internet]. 2014 [cited 2018 mar 20];10(3):1 -9. Available from: <https://www.scienciaplena.org.br/sp/article/view/1541>

## ÍNDICE REMISSIVO

### A

Acesso aos serviços de saúde 148, 164

Acidente 83, 86, 87, 88, 89, 91, 92, 141, 142

Acolhimento 32, 78, 81, 93, 120, 125, 159, 181

Administração de medicamentos 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 56

Algoritmos 68, 69, 71, 73, 74, 78, 79

Assistência de enfermagem 17, 19, 45, 50, 61, 63, 78, 114, 117, 125, 127, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 137, 138, 139, 143, 145, 146

Auditoria 20, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 176, 186

Autoextermínio 93, 94, 95, 100

Autonomia pessoal 2

### C

Cateteres venosos centrais 51, 61, 62, 63, 67

Cirurgia robótica 20, 21, 22, 23, 24, 26, 27

Classificação de risco 71, 81

Comportamento suicida 93, 94, 95, 96, 101

Controle de infecções 30, 31, 32, 33, 35, 36, 58

Cuidado humanizado 114, 115, 117, 118, 123, 127

Cuidados de enfermagem 2, 16, 33, 36, 42, 47, 54, 66, 133, 138, 139, 140, 143

Cuidados do paciente 39, 48

Cuidados e saúde 149

Cuidados paliativos 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 150, 166, 167, 168, 169, 170, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 181, 183, 184

Cultura 2, 5, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 182

### D

Derivação ventricular externa 138, 139, 140, 142, 144, 147

Diagnóstico de enfermagem 19, 132

Doente terminal 104, 105, 111

### E

Enfermagem 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 26, 27, 28, 30, 31, 32, 33, 35, 36, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 71, 72, 73, 74, 78, 81, 82, 92, 93, 95, 99, 100,

101, 103, 104, 105, 112, 114, 117, 119, 120, 125, 127, 128, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 142, 143, 145, 146, 147, 148, 162, 176, 177, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186

Enfermagem baseada em evidências 50

Enfermagem oncológica 177, 179

Enfermeiro 4, 7, 13, 15, 17, 19, 21, 23, 24, 25, 27, 30, 36, 40, 44, 46, 77, 80, 114, 115, 116, 117, 118, 120, 124, 125, 127, 130, 131, 133, 137, 146, 147, 148, 155, 165, 169, 176, 178, 179, 181, 184

Equipamento de proteção 83

Erros de medicação 39, 42, 43, 44, 45, 48, 49

## **F**

Fatores de risco 3, 31, 54, 59, 83, 89, 146

Ferimentos e lesões 177, 179

## **H**

Higiene das mãos 29, 30, 33, 37, 57, 140

Hospitalização 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 145, 172

## **I**

Indicadores de qualidade em assistência à saúde 132

Infecção hospitalar 35, 37, 38, 50, 51, 116, 147

Infecções relacionadas a cateter 61, 63

Informática em enfermagem 132

Informática médica 68, 69, 73

## **M**

Medicina 13, 68, 82, 90, 100, 104, 108, 111, 112, 137, 146, 147, 150, 175, 186

## **O**

odontologia 166, 169, 170, 171, 173, 174, 175

Odontologia 166

## **P**

Política pública 148, 161

Pressão intracraniana 138, 139, 140, 141, 142, 143, 145, 146, 147

Processo de enfermagem 131, 132, 133, 136, 137

## **S**

Segurança do paciente 17, 30, 32, 33, 36, 37, 39, 40, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 54, 58

Sistemas de apoio a decisões clínicas 68

Sistemas de apoio a decisões em saúde 68

## **T**

Triagem 68, 73, 74, 77, 78, 120, 158

## **U**

Unidade de terapia intensiva 30, 32, 37, 38, 50, 53, 54, 55, 56, 59, 60, 61, 66, 67, 104, 114, 116, 117, 118, 122, 123, 124, 128, 129, 136, 137, 146, 175

## **V**

Visita pré-operatória 17, 18, 19

# GERENCIAMENTO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E ENFERMAGEM

# 4

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

[contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br) 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

[www.facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br) 

# GERENCIAMENTO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E ENFERMAGEM

# 4

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

[contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br) 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

[www.facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br) 