

Enfermagem Moderna: Bases de Rigor Técnico e Científico 3

**Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra
(Organizadora)**

Enfermagem Moderna: Bases de Rigor Técnico e Científico 3

**Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra
(Organizadora)**

2019 by Atena Editora
Copyright © Atena Editora
Copyright do Texto © 2019 Os Autores
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora
Editora Chefe: Prof^a Dr^a Antonella Carvalho de Oliveira
Diagramação: Geraldo Alves
Edição de Arte: Lorena Prestes
Revisão: Os Autores



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. 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.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof^a Dr^a Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
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. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Dr^a Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
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^a Dr^a Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof^a Dr^a Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Prof^a Dr^a Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão
Prof^a Dr^a Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Prof^a Dr^a Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Dr^a Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Dr^a Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Prof^a Dr^a Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^a Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Prof^a Dr^a Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof^a Dr^a 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^a Dr^a Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof^a Dr^a Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª 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. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
E56	Enfermagem moderna [recurso eletrônico] : bases de rigor técnico e científico 3 / Organizadora Isabelle Cordeiro De Nojosa Sombra. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019. – (Enfermagem Moderna: Bases de Rigor Técnico e Científico; v. 3) Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader. Modo de acesso: World Wide Web. Inclui bibliografia ISBN 978-85-7247-811-3 DOI 10.22533/at.ed.113192211 1. Enfermagem – Pesquisa – Brasil. 2. Enfermeiros – Prática. 3. Saúde – Brasil. I. Sombra, Isabelle Cordeiro De Nojosa. II. Série. CDD 610.73
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

A obra “*Enfermagem Moderna: Bases de Rigor Técnico e Científico*” aborda uma série de estudos realizados na área da Enfermagem, sendo suas publicações realizadas pela Atena Editora. Em sua totalidade está composta por 2 volumes, sendo eles classificados de acordo com a área de abrangência e temáticas de estudo. Em seus 31 capítulos, o volume III aborda a Enfermagem como atuante na Atenção Básica e Hospitalar, trazendo publicações sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), segurança do paciente, aplicação de protocolos assistenciais, controle de infecção hospitalar, dentre outros.

As pesquisas abordam os mais variados públicos, desde o paciente neonatal, até a prestação de cuidados ao idoso e cuidados paliativos. A sensibilidade diferenciada diante das especificidades inerentes a cada público promove o conhecimento e, conseqüentemente, a qualidade na assistência. Sendo assim, a prestação dos serviços ocorre de forma eficaz, gerando resultados cada vez mais satisfatórios.

Ademais, esperamos que este livro possa fornecer subsídios para uma atuação qualificada e humanizada tanto ao neonato quanto ao paciente que necessita de cuidados no fim da vida. Para tanto, se faz necessário o preparo e qualificação profissional para tal função, não apenas em um contexto científico como, também, de promoção da humanização da assistência.

Isabelle C. de N. Sombra

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
A ENFERMAGEM NA ATENÇÃO DOMICILIAR E OS DESAFIOS DO CUIDADO AO PORTADOR DE LESÃO POR PRESSÃO	
Cicero Rafael Lopes Da Silva Crystianne Samara Barbosa Araújo Sabrina Martins Alves Aretha Feitosa Araújo Emanuel Cardoso Monte Édylla Monteiro Grangeiro Silva Maria Elisa Benjamin de Moura Antônio Germane Alves Pinto Ana Paula Agostinho Alencar Petrúcyra Frazão de Lira	
DOI 10.22533/at.ed.1131922111	
CAPÍTULO 2	13
A ENFERMAGEM NO CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR EM RECÉM-NASCIDOS SOB CUIDADOS INTENSIVOS: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA	
Leônida da Silva Castro Monyka Brito Lima dos Santos Helayne Cristina Rodrigues Yvana Maria Camelo Furtado Milena Cristina Santos Souto Andréia Pereira dos Santos Gomes José Martins Coêlho Neto Joanne Thalita Pereira Silva Magda Wacemberg Silva Santos Souza Ana Carolina Rodrigues da Silva Jeíse Pereira Rodrigues Jumara Andrade de Lima	
DOI 10.22533/at.ed.1131922112	
CAPÍTULO 3	22
A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO EFETIVA NA PASSAGEM DE PLANTÃO NO PERÍODO DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA	
Larissa Scheeren Thomas Karen Pietrowski Nadine Both Da Silva Silvia Dos Reis Feller Francisco Carlos Pinto Rodrigues Vivian Lemes Lobo Bittencourt	
DOI 10.22533/at.ed.1131922113	
CAPÍTULO 4	30
ADOLESCENTES SOROPOSITIVOS PARA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA: CUIDADOS E ESTRATÉGIAS EM ENFERMAGEM	
Andressa Gislanny Nunes Silva Jefferson Abraão Caetano Lira Hellen Gomes Evangelista Nara Karoliny Carvalho do Monte Sá	

Kaique Warley Nascimento Arrais

Joseane Pereira de Brito

DOI 10.22533/at.ed.1131922114

CAPÍTULO 5 39

ANÁLISE DA UTILIZAÇÃO DA ESCALA COM FATORES PREDITIVOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPLICAÇÕES E AÇÕES DE CUIDADOS PARA ADULTOS E IDOSOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL

Monica Regina Seguro

Evani Marques Pereira

Juliana Rodrigues Hamm

Ana Lucia Cedorak

Luana Carina Lenartovicz

DOI 10.22533/at.ed.1131922115

CAPÍTULO 6 55

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PEDIÁTRICO EM CUIDADOS PALIATIVOS

Daiane Zaltron

Jessica Analise Rakowski

Alessandra Frizzo da Silva

Jane Conceição Perin Lucca

Vivian Lemes Lobo Bittencourt

Narciso Vieira Soares

DOI 10.22533/at.ed.1131922116

CAPÍTULO 7 62

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FRENTE A ISQUEMIA CARDÍACA: ASPECTOS FÍSICOS E PSICOLÓGICOS

Joquebede Costa de Oliveira Souza

Nataly Rocha de Lima

Nataline Rocha de Lima

Aldízio Júnior Gomes de Lima

Francisca Larissa da Silva Gondim

Francisca Marly Batista Silva

Maria Naiane Aquino de Souza

Priscila Alves da Silva Xavier

Vanessa Moreira Chaves

Taiana da Silva Silverio

Priscila França de Araújo

Carla Nadja Santos de Sousa

DOI 10.22533/at.ed.1131922117

CAPÍTULO 8 69

ANÁLISE INTEGRATIVA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E A QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Christiany Rose De Aguiar

Monyka Brito Lima dos Santos

Jociane Cardoso Santos Ferreira

Joyce da Silva Freitas

Jozenilde de Souza Silva

Maria Alzenira Loura do Carmo Albuquerque

Karllieny de Oliveira Saraiva

Marcilene dos Santos da Silva
Cintia Fernanda de Oliveira Santos
Francisca Clarice dos Santos Silva
Mariane Vieira Barroso
Margarida Úrsulino Barbosa

DOI 10.22533/at.ed.1131922118

CAPÍTULO 9 81

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA CONSULTA DE PUERICULTURA DA ATENÇÃO BÁSICA

Camila Firmino Bezerra
Rosany Casado de Freitas Silva
Josefa Jaqueline de Sousa
Talita Costa Soares Silva
Girlene Moreno de Albuquerque
Katiane da Silva Gomes
Maria Vitória da Silva Mendes
Thalys Maynard Costa Ferreira
Josefa Danielma Lopes Ferreira
Shirley Antas de Lima

DOI 10.22533/at.ed.1131922119

CAPÍTULO 10 94

AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DE BOMBAS DE INFUSÃO NA TERAPIA INTENSIVA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Fernanda dos Anjos de Oliveira
Graciele Oroski Paes

DOI 10.22533/at.ed.11319221110

CAPÍTULO 11 106

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO NA UTI: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Luis Andrey Santos Teixeira
Adriano Gonçalves Furtado
Helen Cristina Gonçalves Reis
Adriana da Costa Valadares
Elen Vanessa Martins Soares
Danielly do Vale Pereira
Paula Abitbol Lima
Thayse Reis Paiva

DOI 10.22533/at.ed.11319221111

CAPÍTULO 12 116

ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS

Geisa Carla de Brito Bezerra Lima
Cristiane Franca Lisboa Gois
Ilva Santana Santos Fonseca
Maria Pureza Ramos de Santa Rosa

DOI 10.22533/at.ed.11319221112

CAPÍTULO 13 125

CARACTERIZAÇÃO DAS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE DO VALE DO SINOS/RS

Bruna Juliana Brentano Kuhn
Janifer Prestes

DOI 10.22533/at.ed.11319221113

CAPÍTULO 14 135

CATETERISMO VESICAL SUPRA PÚBICO: O DEBATE ÉTICO-LEGAL E TÉCNICO DESTE PROCEDIMENTO PELO ENFERMEIRO

Neiva Claudete Brondani Machado
Sandra Maria de Mello Cardoso
Andressa Peripolli Rodrigues
Rita Fernanda Monteiro Fernandes
Margot Agathe Seiffert
Marieli Terezinha Krampe Machado
Márcia Beatriz do Carmo Gaita
Lucimara Sonaglio Rocha
Elizabeth Marta Krebs
Edennis Alexandre da Rosa Barbosa de Morais
Chrystian Fogaça Antunes
Leoceni Dorneles Nene Antunes

DOI 10.22533/at.ed.11319221114

CAPÍTULO 15 142

CUIDADOS PALIATIVOS: SIGNIFICADO DA DOR NA PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO

Francisco José do Nascimento Júnior
Antonia Cristina Jorge
Antonia Edilene Correia de Sousa
Antionielle Carneiro Gomes
Álvaro Farias Nepomuceno Carneiro
Andrea Luiza Ferreira Matias
Herlenia da Penha Oliveira Cavalcante
Ismênia Maria Marques Moreira
Rafaela Assunção Cabral
Raffaele Rocha de Sousa
Maria Aurilene Viana
Sâmia Karina Pereira

DOI 10.22533/at.ed.11319221115

CAPÍTULO 16 154

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA INSERÇÃO DA SONDA VESICAL DE DEMORA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Isabelle Cristine Figueiredo Matozo
Elizabeth Amâncio de Souza da Silva Valsecchi
Valmir Correa Rycheta
João Paulo Takashi Teramon
Jorseli Angela Henriques Coimbra
Herbert Leopoldo de Freitas Goes
Pamela Ferioli

DOI 10.22533/at.ed.11319221116

CAPÍTULO 17	161
CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA	
Francisco Carlos Pinto Rodrigues	
Juliana Dal Ongaro	
Taís Carpes Lanes	
Marina Mazzuco de Souza	
Tânia Solange Bosi de Souza Magnago	
DOI 10.22533/at.ed.11319221117	
CAPÍTULO 18	173
DIFICULDADES PARA ALCANÇAR A SEGURANÇA DO PACIENTE: A REALIDADE DE UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA	
Andreia Guerra Siman	
Fernanda Batista Oliveira Santos	
Marilane de Oliveira Fani Amaro	
Eliza Cristina Clara Alves	
Maria José Menezes Brito	
DOI 10.22533/at.ed.11319221118	
CAPÍTULO 19	184
ESCORES PEDIÁTRICOS DE ALERTA PRECOCE DE DETERIORAÇÃO CLÍNICA	
Juliana de Oliveira Freitas Miranda	
Climene Laura de Camargo	
Carlito Lopes Nascimento Sobrinho	
Daniel Sales Portela	
Thaiane de Lima Oliveira	
Larine Ferreira Bulhosa	
DOI 10.22533/at.ed.11319221119	
CAPÍTULO 20	192
FORMAÇÃO DO APEGO ENTRE PAIS E RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS INTERNADOS EM UTI NEONATAL: CONSIDERAÇÕES SOBRE O TEMA	
Michelle da Silveira Chapacais Szewczyk	
Carolina Ortiz Carvalho	
Daniela Pasini	
Daniel Gomes Severo	
DOI 10.22533/at.ed.11319221120	
CAPÍTULO 21	206
GERÊNCIA DO CUIDADO NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE CIRURGIA CARDÍACA: RELATO DE EXPERIÊNCIA	
Cláudio José de Souza	
Alessandro de Jesus Sá	
Zenith Rosa Silvino	
Deise Ferreira de Souza	
Cristina Lavoyer Escudeiro	
Carlos Marcelo Balbino	
DOI 10.22533/at.ed.11319221121	

CAPÍTULO 22	217
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO CUIDADO À SAÚDE DE HOMENS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE	
Anderson Reis de Sousa	
Álvaro Pereira	
Ailton da Silva Santos	
Cléa Leal Borges	
David Jesus Santos	
Isabella Félix Meira	
João Hugo Cerqueira Alves	
Josias Alves de Oliveira	
Lídice Lilian S. Miranda	
Márcio Soares de Almeida	
Tilson Nunes Mota	
DOI 10.22533/at.ed.11319221122	
CAPÍTULO 23	246
O GERENCIAMENTO DE RISCO NA REDUÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS E NO ALCANCE DA SEGURANÇA DO PACIENTE	
Andréia Guerra Siman	
Fernanda Batista Oliveira Santos	
Eliza Cristina Clara Alves	
Marilane de Oliveira Fani Amaro	
DOI 10.22533/at.ed.11319221123	
CAPÍTULO 24	252
PERFIL DIAGNÓSTICO DE PACIENTES ADMITIDOS EM TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA SEGUNDO A TAXONOMIA NANDA-I	
Danilo Marcelo Araújo dos Santos	
Mirtes Valéria Sarmento Paiva	
Leda Barros de Castro	
Alice Bianca Santana Lima	
Kezia Cristina Batista dos Santos	
DOI 10.22533/at.ed.11319221124	
CAPÍTULO 25	263
PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS: UMA TECNOLOGIA APLICADA AO CUIDADO DE ENFERMAGEM EM GERONTOLOGIA	
Lucimara Sonaglio Rocha	
Andressa Peripolli Rodrigues	
Neiva Claudete Brondani Machado	
Margot Agathe Seiffert	
Rita Fernanda Monteiro Fernandes	
Marieli Terezinha Krampe Machado	
Dóris Helena Farias	
Márcia Beatriz Do Carmo Gaita	
Elizabet Marta Krebs	
Edennis Alexandre Da Rosa Barbosa De Morais	
Marlene Teda Pelzer	
DOI 10.22533/at.ed.11319221125	

CAPÍTULO 26 275

REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR EM EMERGÊNCIA NA ENFERMAGEM

Andressa Gislanny Nunes Silva
Aika Barros Barbosa Maia
Bruna Araújo Vaz
Francisco Thiago Batista Pires
Thalita de Moraes Lima
Elizabeth Christina Silva Fernandes
Laís Lima de Castro
Viviane Gomes de Macedo
Marina Oliveira do Nascimento
Pablo Rafael Araújo Lima
Cicero Santos Oliveira Neto
Jansen Ferreira De Sousa

DOI 10.22533/at.ed.11319221126

CAPÍTULO 27 285

PROCESSO DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM PÊNFIGO FOLIÁCEO: ESTUDO DE CASO

Roselene Hartz
Michele Antunes

DOI 10.22533/at.ed.11319221127

CAPÍTULO 28 294

SEGURANÇA DO PACIENTE NA PERSPECTIVA DA FORMAÇÃO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA ESCOLA TÉCNICA DO ENSINO MÉDIO

Alessandro Gabriel Macedo Veiga
Ana Letícia Sgaviolli Serignolli
Ana Maria Galvão de Carvalho Pianucci

DOI 10.22533/at.ed.11319221128

CAPÍTULO 29 297

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Monyka Brito Lima dos Santos
Nathália Carvalho Bezerra
Marilene Silva Alves
Marlúcia Oliveira Lima de Caldas
Rosevalda Cristine Silva Bezerra
Yvana Maria Camelo Furtado
Milena Cristina Santos Souto
Dayane Vitória da Silva Santos
Magda Wacemberg Silva Santos Souza
Raysa Emanuela Beleza da Silva
Irene Sousa da Silva
Paulliny de Araujo Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.11319221129

CAPÍTULO 30	305
--------------------------	------------

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO COMO ESTRATÉGIA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Meisierlle da Silva Bento
Rafaela Ferreira Teixeira
Luciana Guimarães Assad
Sílvia Maria de Sá Basílio Lins
Cláudia Maria Silva Sá (*in memoriam*)

DOI 10.22533/at.ed.11319221130

CAPÍTULO 31	319
--------------------------	------------

IMPLEMENTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO ENTENDIMENTO E PERSPECTIVAS DOS ENFERMEIROS

Jéssica de Melo Moreira
Elizabeth Rose Costa Martins
Raphaela Nunes Alves
Andressa da Silva Medeiros
Karoline Lacerda de Oliveira
Suellen de Andrade Ambrósio

DOI 10.22533/at.ed.11319221131

SOBRE A ORGANIZADORA.....	332
----------------------------------	------------

ÍNDICE REMISSIVO	333
-------------------------------	------------

A ENFERMAGEM NA ATENÇÃO DOMICILIAR E OS DESAFIOS DO CUIDADO AO PORTADOR DE LESÃO POR PRESSÃO

Cicero Rafael Lopes Da Silva

Faculdade de Juazeiro do Norte - FJN. Juazeiro do Norte – Ceará.

Crystianne Samara Barbosa Araújo

Faculdade de Juazeiro do Norte - FJN. Juazeiro do Norte – Ceará.

Sabrina Martins Alves

Faculdade de Juazeiro do Norte - FJN. Juazeiro do Norte – Ceará.

Aretha Feitosa Araújo

Faculdade de Juazeiro do Norte - FJN. Juazeiro do Norte – Ceará.

Emanuel Cardoso Monte

Faculdade de Juazeiro do Norte - FJN. Juazeiro do Norte – Ceará.

Édylla Monteiro Grangeiro Silva

Faculdade de Juazeiro do Norte - FJN. Juazeiro do Norte – Ceará.

Maria Elisa Benjamin de Moura

Faculdade de Juazeiro do Norte - FJN. Juazeiro do Norte – Ceará.

Antônio Germane Alves Pinto

Universidade regional do Cariri – URCA. Crato – Ceará.

Ana Paula Agostinho Alencar

Universidade regional do Cariri – URCA. Crato – Ceará.

Petrúcyra Frazão de Lira

Faculdade de Juazeiro do Norte - FJN. Juazeiro do Norte – Ceará.

RESUMO: Com gastos relativamente crescentes aos cofres públicos e maior exigência dos serviços por profissionais de saúde capacitados para tratamento adequado de feridas, as Lesões por Pressão destacam-se como um sério problema de saúde pública. Objetiva-se identificar os desafios dos enfermeiros na atenção básica quanto o acompanhamento e tratamento de pacientes acamados predispostos ou acometidos por Lesão por Pressão. Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa, realizado nas Estratégias de saúde da Família da cidade de Juazeiro do Norte – CE. A coleta deu-se por meio de uma entrevista com perguntas norteadoras previamente elaboradas. A amostra da pesquisa foi composta por 10 enfermeiros. Observou-se diante do estudo que os profissionais enfermeiros enfrentam dificuldades intrínsecas e extrínsecas para o desenvolvimento de uma assistência de enfermagem integral aos pacientes acamados. O investimento em estratégias de melhoria contínua da assistência de saúde aos pacientes acamados, bem como a ampliação dos recursos terapêuticos, são eixos primordiais para o fortalecimento da atenção básica no âmbito domiciliar.

PALAVRAS-CHAVE: Lesão por Pressão. Visita Domiciliar. Assistência de Enfermagem.

NURSING IN HOME CARE AND DE CHALLENGES OF CARING FOR THE BEARER PRESSURE INJURY

ABSTRACT: With relatively increasing spending on public coffers and increased demand for services by trained health professionals for proper wound care, Pressure Injuries stand out as a serious public health problem. The objective is to identify the challenges of nurses in primary care regarding the follow-up and treatment of bedridden patients predisposed or affected by Pressure Injury. This is a descriptive study of qualitative approach, conducted in the Family Health Strategies of the city of Juazeiro do Norte - CE. The collection took place through an interview with previously elaborated guiding questions. The research sample consisted of 10 nurses. It was observed in the study that nursing professionals face intrinsic and extrinsic difficulties for the development of comprehensive nursing care to bedridden patients. Investing in strategies for the continuous improvement of health care to bedridden patients, as well as the expansion of therapeutic resources, are fundamental axes for strengthening primary care at home.

KEYWORDS: Pressure Injury. Home visit. Nursing Assistance.

INTRODUÇÃO

Dentre as principais vulnerabilidades apresentadas pelos pacientes restritos ao leito ou com a mobilidade física prejudicada apresentam-se as Lesões por Pressão (LPPs), que se destacam como um sério problema de saúde pública de caráter preventivo, uma vez que podem ser identificadas precocemente por meio do acompanhamento e orientação da equipe multidisciplinar das Estratégias de Saúde da Família (ESF) no que tange as visitas domiciliares (MARQUES et al., 2017; LOBATO et al., 2017; BEZERRA, 2010).

No Brasil, os pacientes acamados ou com déficit de locomoção, atendidos pela Atenção Domiciliar (AD) da Unidade Básica de Saúde (UBS) apresentam consideráveis taxas de incidência, com variação entre 0% e 29% e prevalência com taxas percentuais que variam entre 0% e 17% no desenvolvimento de LPPs (BRASIL, 2010). Tais lesões, expõem os pacientes por elas cometidos a potenciais riscos de infecções graves, sepse, internações de longos períodos e morte (MORAES et al., 2016). Seus portadores são alvos diretos de transtornos físicos e emocionais, que interferem diretamente nas taxas de morbimortalidade (SOARES; HEIDEMANN, 2018).

A pele destaca-se por ser o maior órgão do corpo humano, podendo chegar a medir cerca de 2 m² em adultos. Reveste toda a extensão corpórea, o que corresponde por volta de 8 a 16% de todo peso corporal (SDB, 2018). Dividida em três camadas distintas, epiderme, derme e hipoderme, a pele desempenha importante função protetora contra possíveis danos e agentes contaminantes como fungos e bactérias (CAMPOS et al., 2016; GONZALES et al., 2015; MONTANARI, 2016).

Um novo padrão demográfico e epidemiológico vem sendo apresentado nas

últimas décadas no território brasileiro (IBGE, 2018). Caracterizado pelas baixas taxas de crescimento da população e elevação da estrutura etária populacional, diretamente impulsionada pelos consideráveis avanços tecnológicos e científicos na área da saúde, o que interfere diretamente na longevidade populacional. Atrelada ao prolongamento da faixa etária da população, encontram-se comorbidades que por vezes, debilita-os, e/ou os submetem a um processo de restrição ao leito, demandando de cuidados especializados e assistência continuada (LOBATO et al., 2017; CAMPOS et al, 2016).

A educação em saúde e o trabalho preventivo dos profissionais da atenção básica são de suma importância para a redução de agravos a saúde da população, em especial os pacientes acamados (SOARES; HEIDEMANN, 2018). O acompanhamento e melhoria contínua dos cuidados prestados aos pacientes acamados atendidos pela ESF são imprescindíveis para uma maior e mais efetiva abrangência de ações voltadas aos pacientes com tal agravo a saúde (BRASIL, 2013).

No processo de identificação, acompanhamento e tratamento de pacientes portadores de lesões, o profissional enfermeiro destaca-se como membro fundamental da equipe para a melhoria da qualidade de vida dos feridos diante de todo amparo científico e legal para atuação em feridas. O cuidado é a principal ferramenta de trabalho da enfermagem como ciência. O desenvolvimento de estratégias preventivas e educacionais em saúde com o objetivo de minimizar os danos e enaltecer a promoção da saúde são eixos que norteiam o profissional enfermeiro no desenvolvimento de estratégias efetivas na prevenção de LPPs (BRASIL, 2013; FERREIRA et al., 2016).

Diante do contexto de saúde apresentado e tendo como base o acrônimo PICO (população, intervenção e contexto) surgiu a seguinte questão norteadora: Quais fatores interferem na prestação da assistência do enfermeiro da atenção básica de saúde aos pacientes acamados, portadores de LPPs?

O problema de pesquisa delineou identificar os desafios dos enfermeiros na atenção básica quanto o acompanhamento e tratamento de pacientes acamados, predispostos ou acometidos por LPP.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de cunho descritivo com abordagem qualitativa, realizado na cidade de Juazeiro do Norte – CE, nas 10 UBSs que compõem o distrito 01 de saúde do município. A escolha do local de pesquisa justifica-se por compor o distrito de Atenção Básica com a maior quantidade de UBSs e ESFs da cidade selecionada, o que consequentemente favoreceu a pesquisa com uma maior abrangência de dados e quantidade satisfatória de sujeitos participantes.

A amostra foi delineada através de 11 enfermeiros, membros das ESFs do município mencionado. Foram incluídos na pesquisa, todos os enfermeiros que compunham as UBSs do distrito 01, independente do tempo de atuação na área. Foram excluídos da pesquisa, os enfermeiros que não estavam presentes nas

respectivas unidades no momento da pesquisa.

A coleta de dados ocorreu em abril e maio de 2019 e se deu por meio de uma entrevista semiestruturada, com duração de aproximadamente 10 min, sendo utilizado um instrumento previamente elaborado com 16 perguntas abertas, que abordaram as principais medidas de prevenção, tratamento e acompanhamento de pacientes acamados, predispostos e/ou acometidos por LPP, bem como questionamentos sobre as principais dificuldades apresentadas pelos profissionais enfermeiros no prestar da assistência de enfermagem aos pacientes enquadrados nesse contexto.

As entrevistas foram registradas em um dispositivo eletrônico de gravação de áudio, e posteriormente transcritas na íntegra para melhor análise e interpretação dos dados coletados.

Foram seguidas as normativas delineadas pela resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que determina os aspectos éticos e legais da pesquisa com seres humanos. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Juazeiro do Norte/FJN, sob o parecer de número 3.265.132. Os participantes receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, antes do início da entrevista, assegurando-os do direito de recusa e interrupção da pesquisa durante o processo de coleta, garantindo o sigilo e o anonimato durante todo o processo de elaboração do trabalho.

Por tratar-se de assuntos possivelmente vivenciados pelos profissionais em sua rotina de trabalho e abordar uma determinada avaliação intimamente ligada a processos e atualidades sobre a temática em estudo, a pesquisa trouxe riscos mínimos aos participantes, destacando-se entre estes o constrangimento e o desconforto. Para minimização dos possíveis riscos, as coletas de dados foram realizadas em ambientes calmos e reservados.

A análise e interpretação dos dados foram realizadas utilizando-se a análise de conteúdo temático (MINAYO; DESLANDS; GOMES, 2016) durante o mês de maio de 2019 e para a não identificação dos sujeitos da pesquisa, foi utilizado o método de etiquetagem, onde todos os participantes foram codificados, com a abreviação Enf. seguido da ordem numérica de realização da entrevista, Enf.1 até Enf.10. O processo de análise dos dados se deu por meio da categorização de similitudes e semânticas dos conteúdos transcritos nos temas veiculados pelos participantes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra inicial da pesquisa foi reduzida para 10 enfermeiros, uma vez que um dos participantes não aceitou participar do estudo.

Considerando que a finalidade da pesquisa foi identificar os desafios dos enfermeiros na atenção básica quanto o acompanhamento e tratamento de pacientes acamados, predispostos ou acometidos por LPP e verificar os fatores que interferem na prestação de uma melhor assistência de enfermagem aos pacientes acamados,

o estudo foi dividido em 03 categorias: Lesões por Pressão: Contextualização da temática; Limitações e desafios profissionais; A visita domiciliar e as oportunidades de melhorias na atenção básica.

Lesão por Pressão: Contextualização da temática

A LPP é um prejuízo na pele ou tecidos moles subjacentes pela intensa e/ou prolongada pressão causada pelas proeminências ósseas nos tecidos, relacionada ou não a dispositivos médicos e/ou combinação com o cisalhamento da pele. Este processo de lesão tecidual pode ser influenciado por interferências nutricionais, fatores ambientais e história pregressa (NPUAP, 2016).

Quando questionado aos participantes do estudo o que seria uma LPP, os resultados mostraram-se insatisfatórios, levando em consideração que da amostragem total, apenas 04 (quatro) profissionais conseguiram descrever a patologia de modo que condissesse com a atual literatura, enquanto os demais participantes apresentaram respostas incoerentes com a definição padrão.

“É uma lesão provocada pelo aumento da pressão que ocorre em relação a pele, principalmente sobre proeminências ósseas e que geralmente ocorre em pacientes acamados [...]”(Enf.2).

“Qualquer tipo de lesão ocasionada ou por uma doença como, por exemplo, diabetes ou até mesmo os pacientes acamados” (Enf.8).

Apesar da configuração anteriormente apresentada, quando indagados em relação aos fatores que contribuem para o desenvolvimento da LPP, todos os entrevistados relataram pontos coerentes com o contexto destacado pela bibliografia e órgãos atuantes na pesquisa e respaldo da prevenção e tratamento de tal agravo à saúde.

“Nutrição e hidratação, postura e posicionamento” (Enf.5).

“São vários os fatores que contribuem o estado clínico do paciente. A questão da mobilidade do paciente, a questão do uso adequado de um colchão a mudança de decúbito do paciente” (Enf.4).

As LPP's destacam-se pela sua classificação em quatro estágios de evolução do dano tecidual. No estágio 1 a lesão é caracterizada pela presença de eritema não branqueável a digito pressão, nesta etapa não existe rompimento das camadas da pele; No estágio 2, o tecido é comprometido parcialmente, a epiderme é rompida e apresenta exposição da derme em coloração rosa ou vermelha; Já no estágio 3, a lesão apresenta perda total de epiderme e derme. Nesta lesão é possível a visualização do tecido adiposo e pode acometer estruturas profundas como músculos e ossos; O estágio 4 difere-se em sua classificação pela perda total de tecidos, exposição e acometimento de músculos, cartilagens e demais estruturas subcutâneas. Pode apresentar tecido necrótico e tunelamentos (NPUAP, 2016; SOBEST, 2016).

Quando indagados em relação à classificação em estágios da LPPs, percebeu-se que apenas dois participantes citaram que estas podem ser classificadas em quatro estágios. No entanto, quando questionados quanto à caracterização cada estágio durante a avaliação lesional, nenhum dos enfermeiros apresentou respostas condizentes.

“Estágio 1, estágio 2, estágio 3 e estágio 4”(Enf.1.).

“Um, dois e três, quarto estágio onde já pega o comprometimento de ossos nervos” (Enf.5).

“São quatro estágios. Não sei descrever cada um” (Enf.8).

No acompanhamento ao paciente propício ou acometido pela LPP, à conduta a ser tomada geralmente esta pautada no prévio conhecimento individual do profissional enfermeiro, o que por diversas vezes pode resultar em intervenções de modo aleatório e descontinuadas quando tal membro da equipe de saúde não possui domínio técnico e científico diante do caso em que demanda a sua assistência. A compreensão de tais fatores e estágios de cada lesão são eixos essenciais para o norteamento do profissional na tomada de decisões, planejamento da assistência e implementação da terapêutica apropriada para cada caso (STUQUE et al, 2017).

Nesse sentido, podemos pressupor considerável fragilidade no que tange a base teórica dos participantes da pesquisa em relação à temática abordada.

Limitações e desafios profissionais

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) por meio da Resolução N° 567/2018 regulamenta equipe de enfermagem quanto ao manejo e tratamento de feridas, destacando a autonomia do enfermeiro da área na participação, direta dos cuidados e manejo de lesões, avaliação e elaboração de protocolos específicos para o tratamento específico de cada tipo de feridas além de selecionar e indicar novas tecnologias em prevenção e tratamento de pessoas com feridas (COFEN, 2018).

A maior parte dos participantes 07 (sete) mencionou que nunca receberam incentivos por parte da Secretaria Municipal de Saúde ou do sistema COFEN-COREN, para atualização ou capacitação quanto à temática. 02 (dois) enfermeiros destacaram ter recebido incentivo apenas por parte da Secretaria Municipal de Saúde. Apenas 01 (um) participante mencionou ter recebido incentivo de ambos os órgãos.

“Não! Nem da secretaria, nem do COREN. Ainda não!” (Enf.10).

“Só dessa Secretaria do COREN não” (Enf. 8).

“Sim! Uma das atualizações que fiz foi uma pelo COREN e duas pelo município” (Enf.1).

Durante a entrevista alguns profissionais mencionaram uma falha na educação continuada dos profissionais de enfermagem tanto pela gestão de saúde do município, quanto por parte do conselho da categoria.

“Eu acho muito deficiente a capacitação assistida pelo nosso conselho que é bem distante da nossa realidade” (Enf.2).

“Na Secretaria de Saúde a gente sabe que existe uma dificuldade em relação à educação permanente dos profissionais se tivesse um calendário de atualização onde os profissionais pudessem fazer uma atualização é rotineiramente seria mais fácil [...]” (Enf.4).

Para o desenvolvimento da prática clínica, o profissional enfermeiro deve basear a sua assistência em evidências científicas, assegurando-se no princípio da integralidade. A educação permanente é fator primordial para o desenvolvimento adequado dos cuidados aos pacientes diante de suas peculiaridades (KAHL, 2018).

A assistência de saúde deve atender as necessidades dos indivíduos que dela demande. Quando se fala de cuidado ao domicílio, ressalta-se que os familiares possuem papel fundamental no manejo e desenvolvimento do cuidado ao paciente acamado, uma vez que a equipe de saúde deve norteá-los no processo de cuidar, tornando-os corresponsáveis pelo amparo de saúde necessária ao enfermo (FIRMINO et al., 2017).

Alguns enfermeiros destacaram como limitação e dificuldade do processo, a corresponsabilidade dos familiares e cuidadores na prevenção deste agravo. Ficando implícito pelos familiares que são de inteira responsabilidade a prevenção e tratamento dos pacientes acamados por parte dos profissionais da atenção básica de saúde.

“Deixa a desejar a promoção de saúde. Por mais que a gente faça, a gente faz de uma forma, o paciente e os familiares não seguem a forma que a gente diz, então acaba ocasionando essa lesão” (Enf.1).

“Eu acredito que seria uma parceria com os familiares para que a gente tivesse um feedback, por que a gente encontra muitas vezes pacientes [...] nós não temos como ficar 24 horas dentro da casa do paciente porque aí seria um paternalismo que não é de nossa competência” (Enf.7).

“Eu acho que é mais a questão da família, pois tem algumas famílias que elas não nos ajudam. Na verdade, ficam escondendo os maus cuidados dos pacientes” (Enf.10).

Outro ponto mencionado como limitação pelos integrantes do estudo foi à falta e a inefetividade dos materiais ofertados pela atenção básica. Dentre os materiais citados como disponíveis para prevenção e tratamento de portadores de LPPs destacam-se: Soro fisiológico, gazes, esparadrapo, ataduras e óleo a base de AGE em alguns casos.

“Como limitação, a falta de material na UBS o que dificulta bastante para dar continuidade ao tratamento” (Enf.8).

“A gente oferta luvas, a gaze estéril, material básico de curativo. Soro fisiológico, nenhum tipo de cobertura a gente oferta não, [...] a gente tem ofertado isso para os pacientes” (Enf.2).

“Suficiente sim! Efetivo não, por que não vem nenhuma medicação para fazer uma boa cobertura” (Enf.6).

“Não é eficiente porque eles não oferta nenhum cicatrizante. O que é importantíssimo, [...] eu acredito que o serviço poderia oferecer mais condições” (Enf.9).

Estabelecer o gerenciamento do cuidado na ESF, assim como nos demais serviços de saúde é de competência do profissional enfermeiro da unidade com o propósito de melhoria da qualidade da assistência prestada à comunidade. No entanto, por diversas vezes estes profissionais enfrentam obstáculos que ultrapassam o seu poder decisório, refletindo diretamente na necessidade de gestores públicos mais sensíveis e engajados na implementação de propostas que respaldem e potencializem a autonomia na tomada de decisões dos enfermeiros na ESF (KAHL et al., 2018; FIRMINO et al., 2017).

A visita domiciliar e as oportunidades de melhorias na atenção básica

A prestação da assistência de enfermagem aos pacientes acamados deve ser pautada na realidade do paciente e contexto no qual se apresenta, devendo-se considerar as limitações expostas decorrentes ao agravo em saúde (OLIVEIRA et al., 2016).

Dente as inúmeras competências do profissional enfermeiro atuante na ESF, podemos destacar a visita domiciliar como eixo fundamental no processo preventivo e educacional ao desenvolvimento da LPPs em pacientes acamados. Pôde-se notar em análise dos relatos que tais profissionais sentem-se sobrecarregados e que a efetividade das visitas domiciliares não ocorre por diversos fatores, distribuição geográfica da unidade, ausência do médico e falta de transporte para realização da visita uma vez que no distrito em estudo grande parte do território é de área rural.

“[...] pela distância a gente fazia uma vez ao mês se fosse pertinho da unidade eu acho que uma vez por semana seria suficiente, mas como lá é muito distante aí a estrada é muito ruim é só uma vez por mês” (Enf.9).

“[...] nós estamos sem médico e aí acaba sobrecarregando o profissional enfermeiro” (Enf.4).

“Não temos um transporte aqui na unidade para fazer a visita então nós sofremos essa limitação, [...] quando a gente precisa de transporte tem que solicitar a coordenação aguardar um retorno para ver se esse carro tá em outro serviço, tá em outra unidade ou então fazer a visita no transporte próprio. Por exemplo, o meu seria uma moto, não é um transporte adequado para fazer essa visita, levar material e levar o instrumental necessário e nem seria também obrigação minha utilizar meu transporte” (Enf.7).

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), criado em 2001 é um dos programas do Ministério da Saúde elencado como prioritário. Este serviço destaca a Atenção Domiciliar como uma modalidade da atenção em saúde agregada as Redes de Atenção à Saúde (RAS) e nesse contexto, classifica que dentre as divisões do serviço de acompanhamento domiciliar e o nível de complexidades dos pacientes, a ESF enquadra-se no grupo AD1 como corresponsáveis pelo acompanhamento dos pacientes impossibilitados de locomoção (BRASIL, 2016).

Enquadrado no grupo AD1, o enfermeiro da ESF desempenha importante papel no que tange a identificação de pacientes que necessitem de acompanhamento

especializado e demandem o apoio específico do SAD em seu território de saúde (BRASIL, 2018).

Os discursos apresentados em relação atuação do SAD juntamente ao serviço de atenção básica foram em sua maioria positiva, quando avaliado o contexto da eficiência do serviço ofertado.

“Tá funcionando direito. Todas as vezes que a gente está solicitando eles estão vindo [...]”(Enf.5).

“Funciona muito bem!” (Enf.6).

“A equipe do SAD desenvolve um ótimo trabalho” (Enf.7).

Em contrapartida todos os profissionais entrevistados destacaram como ponto negativo que o serviço não dispõe de um vínculo com a UBS, deixando falho o processo de comunicação entre as equipes. Conforme os dados obtidos, não existe um feedback do SAD em relação ao acompanhamento do paciente acamado, deixando os profissionais da UBS sem conhecimento da conduta que esta sendo adotada em cada caso.

“[...] tem a partida do PSF que faz o encaminhamento, mas não tem a contra referência se foi aceito, se num foi à gente só sabe pelo paciente” (Enf.1).

“[...] não ha comunicação com o SAD após acompanharem o paciente, o único acompanhamento que a gente tem é por meio do prontuário que fica na casa do paciente, o próprio paciente ou os familiares. Não existe um retorno do SAD para com a equipe” (Enf.6).

“O que tá faltando do SAD é um retorno para equipe, [...]” (Enf.8).

Assim, pôde-se perceber que existe uma falha de comunicação entre as equipes, o que revela um problema potencial a assistência ofertada. Após a alta do SAD, o paciente retornará aos cuidados da equipe de atenção básica e neste sentido, a equipe receptora do caso, necessita conhecer o processo de cuidado realizado anteriormente, para uma melhor e mais efetiva continuidade da assistência.

A autonomia do enfermeiro é efetivada quando as unidades de saúde favorecem ao livre exercício do profissional, fornecendo recursos materiais e estrutura para fortalecimento do cuidado às pessoas. Caso contrário desfavorece este processo de construção do reconhecimento social perante a profissão, contradizendo o amparo ético-legal estabelecido pelos conselhos que respaldam a enfermagem, interferindo negativamente na qualidade da assistência prestada à comunidade (BRASIL, 2017; SANTOS et al., 2017).

Conforme apontado pelos participantes, existem diversas oportunidades de melhorias no serviço de atenção básica para que fosse possível um suporte ainda mais efetivo no acompanhamento e tratamento dos pacientes acometidos por LPP. Os pontos de melhorias mais citados foram, a dispensação de coberturas especiais e medicações, transporte para a realização da visita domiciliar e a educação permanente dos profissionais da saúde.

“Eu acho que o que poderia ser melhorado seria em relação à educação permanente né porque essa é uma temática que muda frequentemente tanto para o Enfermeiro, mas também para toda a equipe de saúde” (Enf.2).

“A parte medicamentosa e de coberturas para que a gente tivesse de forma mais eficaz porque a gente não tem um leque maior de oportunidades de escolhas e também a questão da capacitação dos profissionais que é importante” (Enf.5).

“No momento aspectos que eu acredito primordial seria o transporte porque com transporte nós teremos como tá mais presente na casa desses pacientes fazendo essa visita mais de perto” (Enf.7).

Estabelecer o gerenciamento do cuidado na ESF, assim como nos demais serviços de saúde é de competência do profissional enfermeiro da unidade, com o propósito de melhoria da qualidade da assistência prestada à comunidade. No entanto, por diversas vezes estes profissionais enfrentam obstáculos que ultrapassam o seu poder decisório, refletindo diretamente na necessidade de gestores públicos mais sensíveis e engajados na implementação de propostas que respaldem e potencializem a autonomia na tomada de decisões dos enfermeiros na ESF (FIRMINO et al., 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio do estudo, conseguimos identificar diversos fatores que interferem direta ou indiretamente na assistência de enfermagem de qualidade aos pacientes acamados. Seja pela inviabilidade do contato profissional-paciente em decorrência da falta de transporte, ou pela sobrecarga de trabalho diante do absenteísmo de membros da equipe de saúde que impeçam a composição adequada da unidade para seu pleno funcionamento.

É válido ressaltar, que a falta de recursos humanos e materiais são pontos primordiais, quando o assunto é assistência integral a saúde. Não podendo desconsiderar a necessidade de capacitação dos profissionais enfermeiros quanto ao tema abordado, uma vez que foi possível constatar uma considerável fragilidade teórica e prática quanto à prevenção e tratamento dos pacientes restritos ao leito e a vulnerabilidade para o desenvolvimento das LPP's do grupo analisado.

Deste modo, o enfermeiro destaca-se como peça fundamental para efetivação do programa de saúde na atenção básica, e que tais fatores destacados anteriormente podem interferir diretamente na qualidade dos serviços ofertados pela ESF, dentre estes, a insuficiência das visitas domiciliares na prevenção de maiores agravos a saúde dos pacientes.

Contudo, espera-se que o estudo possa contribuir com o desenvolvimento de melhores estratégias de atuação do profissional enfermeiro, que deve sensibilizar-se pelo processo de educação continuada. Corroborar com o processo de formação acadêmica e elaboração de produções científicas, além de ressaltar oportunidades no serviço de atenção básica, auxiliando os gestores de saúde no desenvolvimento de estratégias para a efetividade das propostas do serviço, com ênfase nos pontos

aqui destacados.

REFERÊNCIAS

BEZERRA, S.M. **Prevalência de úlcera por pressão e cuidados dispensados em acamados no domicílio**. [Dissertação de mestrado]. Teresina: Universidade Federal do Piauí; 2010.

BRASIL. **Portaria N. 529. de 1º de Abril de 2013 - Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**. Brasília (DF); Ministério da Saúde; 2013 [acesso 18 de Agosto de 2018]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>.

BRASIL. **Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. [acesso 03 de Setembro de 2018]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>.

BRASIL. **Portaria Nº 825, DE 25 DE ABRIL DE 2016**. [acesso 09 de Setembro de 2018]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html>.

BRASIL. **Protocolo para prevenção de Úlcera por Pressão**. Brasília (DF); Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/ulcera-por-pressao>>. Acesso em: 19 de Agosto de 2018.

BRASIL. **Serviço de Atenção Domiciliar**. Ministério da Saúde, [acesso 09 de Setembro de 2018]. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/melhor-em-casa-servico-de-atencao-domiciliar/atencao-domiciliar>>.

CAMPOS, M.G.C.A.; SOUSA, A.T.O.; VASCONCELOS, J.M.B.; LUCENA, S.A.P.; GOMES, S.K.A. **Feridas complexas e estomias: aspectos preventivos e manejo clínico** - João Pessoa: Ideia, 2016.

COFEN. **Resolução nº 567/2018**. 2017 [acesso em: 11 de Setembro de 2018]; Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-567-2018_60340.html>.

FERMINO, V.; AMESTOY, S.C.; SANTOS, B.P.; CASARIN, S.T. **Estratégia Saúde da Família: gerenciamento do cuidado de enfermagem**. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2017 [acesso em: 03 de Setembro de 2018]; Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v19.42691>>.

FERREIRA, J.D.L.; AGUIAR, E.S.S.; LIMA, C.L.J.; BRITO, K.K.G.; COSTA, M.M.L.; SOARES, M.J.G.O. **Ações Preventivas para Úlcera por Pressão em Idosos com Declínio Funcional de Mobilidade Física no Âmbito Domiciliar**. ESTIMA, v.14 n.1, p. 36-42, 2016.

GONZÁLES, C.V.; YAMADA, B.F.A. **A pele: o manto protetor – higiene e hidratação**. São Paulo: Editora Andreoli, 2015.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil**. [acesso 18 de Agosto de 2018]. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9336-indicadores-sociodemograficos-e-de-saude-no-brasil.html?=&t=o-que-e>>.

KAHL, C.; MEIRELLES, B.H.S.; LANZONI, G.M.M.; KOERICH, C.; CUNHA, K.S. **Actions and interactions in clinical nursing practice in Primary Health Care**. Rev Esc Enfermagem USP. 2018;52:e03327. DOI: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017025503327>>.

LOBATO, C.P.; SANTOS, L.F.; TEIXEIRA, N.G.S.C.; AGOSTINHO, M.R.; SOUZA, T.S.; GOMES, K.W.; ROMAN, R.; RADOS, D.R.V.; KATZ, N. **Lesão por pressão**. Telesaude RS- UFRGS. Porto Alegre, 2017. [acesso em: 02 de Setembro de 2018] Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/tc_lesaopressao.pdf>.

MARQUES, A.D.B.; BRANCO, J.G.O.; CAVALCANTE, R.C.; BRITO, M.C.C.; DEUS, S.E.M.; LUZ, M.H.B.A. **Conhecimento dos Profissionais de Saúde da Família Sobre Úlcera por Pressão**. ESTIMA, v.15 n.2, p. 63-73, 2017.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDS, S.F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 1ª edição. Petrópolis, RJ. Vozes, 2016. p.72 a 91.

MONTANARI, T. **Histologia: texto, atlas e roteiro de aulas práticas** [recurso eletrônico] 3. ed. - Porto Alegre: Edição do Autor, 2016. 229 p. digitais. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/livrodehisto/>.

MORAES, J.T.; BORGES, E.L.; LISBOA, C.R.; CORDEIRO, D.C.O.; ROSA, E.G.; ROCHA, N.A. **Conceito e classificação de lesão por pressão: atualização do national pressure ulcer advisory panel**. Enferm Cent O Min [Internet]. 2016 [cited 2016 Oct 16]; 6(2):2292-306 Available from: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v6i2.1423>

NPUAP **Pressure Injury Stages**. Disponível em: <<http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/npuap-pressure-injury-stages/>>. Acesso em: 03 de outubro de 2018.

OLIVEIRA, A.L.R.; DODO, B.L.; GONÇALVES, C.A.; BERNARDO, E.S.; MANIVA, S.J.C.F. **Assistência de enfermagem a um paciente sequelado por acidente vascular cerebral no domicílio baseado na teoria de Orem**. Mostra Interdisciplinar do curso de Enfermagem, Volume 02, Número 2, Dez. 2016.

SANTOS, E.I.; OLIVEIRA, J.G.A.D.; RAMOS, R.S.; SILVA, A.C.S.S.; BELÉM, L.S.; SILVA, A.L. **Facilidades e Dificuldades à Autonomia Profissional de Enfermeiros no Cuidado de Pessoas com Feridas: Estudo de Representações Sociais**. Revista Estima, v.15 n.1, p. 3-9, 2017.

SDB, Sociedade Brasileira de Dermatologia. **Conheça a pele**. Disponível em: <<http://www.sbd.org.br/dermatologia/pele/cuidados/conheca-a-pele/>>. Acesso em: 01 de outubro de 2018.

SOARES, C.F.; HEIDEMANN, I.T.S.B. **Promoção da saúde e prevenção da lesão por pressão: expectativas do enfermeiro da atenção primária**. Texto Contexto Enfermagem, 2018; 27(2):e1630016. <<http://dx.doi.org/10.1590/0104-70720180001630016>>.

SOBEST, Sociedade Brasileira de Estomaterapia. **Classificação das Lesões por Pressão - Consenso NPUAP 2016** – Adaptada culturalmente para o Brasil. Acesso em: 19 de Agosto de 2018. Disponível em: <<http://www.sobest.org.br/textod/35>>.

STUQUE, A.G.; SASAKI, V.D.M.; TELES, A.A.S.; SANTANA, M.E.; RABEH, S.A.N.; SONOBE, H.M. **Protocolo para prevenção de úlcera por pressão**. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, vol. 18, núm. 2, 2017 Universidade Federal do Ceará Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324051258018>>.

A ENFERMAGEM NO CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR EM RECÉM-NASCIDOS SOB CUIDADOS INTENSIVOS: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Leônida da Silva Castro

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão - UniFacema, Caxias - MA.

Monyka Brito Lima dos Santos

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão - UniFacema, Caxias - MA.

Helayne Cristina Rodrigues

Universidade Federal do Piauí - UFPI, Teresina - PI.

Yvana Maria Camelo Furtado

Universidade Federal do Maranhão - UFMA, São Luis - MA.

Milena Cristina Santos Souto

Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina - PI.

Andréia Pereira dos Santos Gomes

Universidade Estadual do Maranhão - UEMA, Caxias - MA.

José Martins Coêlho Neto

Universidade Estadual do Maranhão - UEMA, Bacabal - MA.

Joanne Thalita Pereira Silva

Universidade Federal do Maranhão - UFMA, Imperatriz - MA.

Magda Wacemberg Silva Santos Souza

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão - UniFacema, Caxias - MA.

Ana Carolina Rodrigues da Silva

Universidade Estadual do Maranhão - UEMA, Caxias - MA.

Jeíse Pereira Rodrigues

Universidade Estadual do Pará - UEPA, Belém - PA.

Jumara Andrade de Lima

Universidade Estadual do Maranhão - UEMA, Bacabal - MA.

RESUMO: O Enfermeiro, ao fazer parte da equipe de saúde, independente de compor a equipe da CCIH, pelas funções que desempenha dentro das instituições hospitalares, deve estar apto a desenvolver ações de vigilância das IH, e atuar como multiplicador das ações de prevenção. Essa atividade é facilitada pela criação de protocolos internos de prevenção e controle das IH, que estejam afixados em locais estratégicos, que reforcem a necessidade da adoção de um comportamento adequado para minimizar os riscos para a ocorrência das IH. Objetivou-se descrever a atuação da enfermagem no controle das infecções hospitalares em recém-nascidos sob cuidados intensivos. Este estudo bibliográfico do tipo revisão integrativa de literatura, ocorreu nas bases de dados PubMed da National Library of Medicine e BVS (Biblioteca Virtual da Saúde), coordenada pela BIREME. A busca ocorreu nos meses de fevereiro e março de 2019 e incluíram-se apenas publicações de 2014 a 2019, em língua portuguesa, inglesa e espanhol, que respondessem ao objetivo da pesquisa. Medidas simples envolvendo a higienização das mãos e o fortalecimento da abordagem do

pacote de cuidados através da melhoria da qualidade podem reduzir significativamente as taxas de Infecções. Enfermeiro, ao fazer parte da equipe de saúde, independente de compor a equipe da CCIH, pelas funções que desempenha dentro das instituições hospitalares, deve estar apto a desenvolver ações de vigilância das IH, e atuar como multiplicador das ações de prevenção de infecções hospitalares.

PALAVRAS-CHAVE: Paciente. Controle de infecções. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

NURSING IN HOSPITAL INFECTION CONTROL IN NEWBORN UNDER INTENSIVE CARE: INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: The Nurse, being part of the health team, regardless of being part of the CCIH team, for the functions they perform within hospital institutions, must be able to develop surveillance actions of the IH, and act as a multiplier of prevention actions. This activity is facilitated by the creation of internal protocols for prevention and control of IH, which are posted in strategic locations, which reinforce the need to adopt appropriate behavior to minimize the risks for the occurrence of IH. This study aimed to describe the role of nursing in the control of nosocomial infections in newborns under intensive care. This bibliographic study of the integrative literature review type occurred in the PubMed databases of the National Library of Medicine and VHL (Virtual Health Library), coordinated by BIREME. The search took place in February and March 2019 and only included publications from 2014 to 2019, in Portuguese, English and Spanish, which met the research objective. Simple measures involving hand hygiene and strengthening the care package approach through quality improvement can significantly reduce infection rates. As a nurse, being part of the health team, regardless of the CCIH team, for the functions they perform within hospital institutions, he / she should be able to develop IH surveillance actions, and act as a multiplier of hospital infection prevention actions.

KEYWORDS: Patient. Infection Control. Neonatal Intensive Care Unit.

1 | INTRODUÇÃO

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) é um órgão de caráter deliberativo, composta por profissionais de saúde, funcionando diretamente ligado à direção geral da instituição e que, juntamente com o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), órgão executivo, tem como objetivo o adequado planejamento, elaboração, avaliação e execução do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), sendo este definido como um conjunto de ações desenvolvidas deliberadas e sistematicamente, com objetivo de reduzir ao máximo possível as infecções hospitalares (OLIVEIRA et al., 2015).

No Brasil, os maiores índices de mortalidade infantil ocorrem no período neonatal, e as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) são as principais causas, afetando cerca diretamente os neonatos, tudo por conta de falha na assistência e

desrespeito às normas de prevenção (SILVA et al., 2013).

Um exemplo dessas infecções relacionadas à assistência à saúde é uso de cateteres centrais, o cateterismo umbilical venoso e arterial em recém-nascidos representa uma prática rotineira em unidade de terapia intensiva (UTI) neonatal, com finalidade de infundir líquidos e medicações, coletar amostras de sangue, monitorar pressão arterial e pressão venosa central e realizar transfusões sendo uma via prontamente acessível durante a reanimação neonatal (KIDO; ALVARES; MEZZACAPPA, 2015).

Desta forma, é de suma importância a enfermagem no contexto da CCIH, pois o enfermeiro é profissional da saúde que está em constante contato com a equipe, bem como, com os usuários e familiares, fazendo um elo entre todos os atores envolvidos. Sendo assim, na assistência à saúde, independentemente de ser prevenção, proteção ou tratamento e reabilitação, o sujeito precisa ser visto como um ser integral, que não se fragmenta para receber atendimento em partes e a redução da IH, deve ser resultado de um trabalho de equipe (DONINI et al., 2013).

O Enfermeiro, ao fazer parte da equipe de saúde, independente de compor a equipe da CCIH, pelas funções que desempenha dentro das instituições hospitalares, deve estar apto a desenvolver ações de vigilância das IH, e atuar como multiplicador das ações de prevenção. Essa atividade é facilitada pela criação de protocolos internos de prevenção e controle das IH, que estejam afixados em locais estratégicos, que reforcem a necessidade da adoção de um comportamento adequado para minimizar os riscos para a ocorrência das IH (PADOVEZE; FORTALEZA, 2014).

Em hipótese afirmou-se que a implementação de protocolos e supervisão de procedimentos é essencial para controle das infecções hospitalares em recém-nascidos sob cuidados intensivos. E a integração da equipe de enfermagem com a equipe da Comissão de Controle da Infecção Hospitalar (CCIH), pode minimizar os casos de infecções hospitalares em recém-nascidos sob cuidados intensivos, beneficiando diretamente os pacientes.

Há necessidade de prevenir e controlar as Infecções Hospitalares oriundas do ambiente hospitalar vem sendo cada vez mais debatida e estudada, pela complexidade envolvida neste amplo campo de estudo. Em sintonia com o exposto anteriormente, o principal objetivo foi descrever a atuação da enfermagem no controle das infecções hospitalares em recém-nascidos sob cuidados intensivos.

2 | METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma pesquisa bibliográfica do tipo revisão integrativa da literatura. Este procedimento foi escolhido por possibilitar a síntese e análise do conhecimento científico já produzido sobre o tema, que segundo Ercole, Melo e Alcoforado (2014), fornece informações mais amplas sobre um assunto,

constituindo um corpo de conhecimento e podendo ser direcionada para a definição de conceitos, revisão de teorias ou análise metodológica dos estudos.

A construção deste estudo utilizou como questão norteadora: “Quais evidências científicas sobre a atuação da enfermagem no controle das infecções hospitalares em recém-nascidos sob cuidados intensivos? ” Na busca dos estudos relevantes, utilizou-se de descritores indexados (palavras-chaves) nos idiomas português, inglês e espanhol. Os descritores: Paciente, Controle de infecções e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, foram obtidos a partir dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Realizou-se a busca por meio de descritores nas bases de dados PubMed da National Library of Medicine e BVS (Biblioteca Virtual da Saúde), coordenada pela BIREME.

Os termos utilizados durante a pesquisa foram combinados nos bancos de dados resultando em estratégias específicas de cada base, os estudos foram filtrados segundo os critérios de inclusão e exclusão, possibilitando a seleção final dos estudos que correspondessem aos objetivos e questão norteadora.

BASE DE DADOS	ESTRATÉGIA DE BUSCA	RESULTADOS	FILTRADOS	SELECIONADOS
BIREME (descritores Decs)	tw:(unidade de terapia intensiva neonatal controle de infecção paciente) AND (instance:"regional") AND (full-text:("1") AND la:("en" OR "es" OR "pt") AND year_cluster:("2014" OR "2015" OR "2016" OR "2017" OR "2018") AND type:("article"))	120	22	3
PubMed (descriptors MeSH)	((("patients"[MeSH Terms] OR "patients"[All Fields] OR "patient"[All Fields]) AND ("infection control"[MeSH Terms] OR ("infection"[All Fields] AND "control"[All Fields]) OR "infection control"[All Fields]) AND ("intensive care units, neonatal"[MeSH Terms] OR ("intensive"[All Fields] AND "care"[All Fields] AND "units"[All Fields] AND "neonatal"[All Fields]) OR "neonatal intensive care units"[All Fields] OR ("neonatal"[All Fields] AND "intensive"[All Fields] AND "care"[All Fields] AND "unit"[All Fields]) OR "neonatal intensive care unit"[All Fields])) AND ("loattrfull text"[sb] AND "loattrfree full text"[sb]) AND "2014/04/14"[PDat] : "2019/04/12"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms] AND (Spanish[lang] OR Portuguese[lang] OR English[lang]))	968	70	2

Quadro 1: Estratégias de busca utilizadas nas bases de dados BIREME, PUBMED. Caxias, MA, Brasil, 2019.

Fonte: Bases de dados PubMed e Bireme, 2019.

Como critérios de inclusão utilizaram-se estudos disponíveis na íntegra,

publicados entre os anos de 2014 a 2019, nos idiomas português, espanhol e inglês. Foram excluídos da busca inicial capítulos de livros, resumos, textos incompletos, teses, dissertações, monografias, relatos técnicos e outras formas de publicação que não artigos científicos completos.

Na primeira fase da análise os estudos foram pré-selecionados segundo os critérios de inclusão e exclusão e de acordo com a estratégia de funcionamento e busca de cada base de dados. Na segunda fase os estudos foram analisados quanto ao potencial de participação no estudo, avaliando o atendimento à questão de pesquisa, bem como o tipo de investigação, objetivos, amostra, método, desfechos, resultados e conclusão, resultando em cinco (5) artigos.

Na etapa de interpretação dos resultados as informações coletadas nos artigos científicos selecionados foram categorizadas de forma descritiva, indicando os dados mais relevantes para o estudo. Optou-se pela análise em forma de texto, apresentado os estudos individualmente para facilitar a visualização e compreensão. As evidências científicas foram classificadas segundo os níveis e graus de recomendação propostos por Bork (2005).

3 | RESULTADOS

Com a busca foram selecionados um total de 05 publicações, todos os artigos estavam no idioma inglês. Em relação aos anos de publicação, 1 (20%) foi publicado em 2018, 2 (40%) em 2017, 1 (20%) em 2016 e 1 (20%) em 2014. Assim, o quadro abaixo demonstra um fluxograma com a amostrar selecionada para subsidiar as discussões do presente estudo.

Autor/ Ano	Título do estudo	Método do estudo	Objetivo do estudo	Conclusão do estudo	Nível / Grau
Balla et al. (2018)	Diminuição das Infecções da Corrente Sanguínea associadas à Linha Central através da Iniciativa de Melhoria da Qualidade	Estudo quantitativo	Estudar o impacto de uma iniciativa de melhoria da qualidade (QI) usando a abordagem do pacote de cuidados nas taxas de infecções da corrente sanguínea associadas à linha central (CLABSI).	Demonstrou que medidas simples envolvendo a higienização das mãos e o fortalecimento da abordagem do pacote de cuidados através da melhoria da qualidade poderiam reduzir significativamente as taxas de Infecções e CLABSI da corrente sanguínea.	Nível 4 Grau A

Lucro et al. (2017)	Trabalho em equipe no cenário de UTIN e sua associação com infecções associadas à assistência à saúde em bebês com peso muito baixo ao nascer	Estudo transversal	Avaliar o clima de trabalho em equipe em UTINs e testar associações em nível de escala e em nível de item com taxas de infecção relacionada à assistência à saúde (HAI) em recém-nascidos com muito baixo peso ao nascer (RNMBP).	Melhorar o trabalho em equipe pode ser um elemento importante nos esforços de controle de infecção.	Nível 5 Grau A
Silva; Aguiar; Gonçalves (2017)	Relação de custo-benefício na prevenção e no controle das infecções relacionadas à assistência à saúde em uma unidade de terapia intensiva neonatal	Estudo descritivo, exploratório, retrospectivo, documental, com abordagem quantitativa	Identificar a relação de custo-benefício na prevenção e no controle das infecções hospitalares em uma unidade de terapia intensiva neonatal.	A infecção hospitalar acresce despesas no cuidado durante o período de internação. Sugere-se a realização de estratégias educativas que visem à divulgação de medidas de prevenção de infecções e as repercussões que estas trazem para os pacientes e as instituições hospitalares, tendo impacto positivo na economia dos insumos, na qualidade do atendimento profissional, bem como na qualidade de vida neonatal.	Nível 5 Grau A
Salmo et al. (2016)	A implementação de um pacote baseado em evidências para infecções da corrente sanguínea em unidades de terapia intensiva neonatal na Alemanha: um estudo de intervenção controlada para melhorar a segurança do paciente	Estudo multicêntrico coorte e análise de séries.	Melhorar a segurança do paciente em recém-nascidos de muito baixo peso nos departamentos neonatais da Alemanha	Concluiu-se que a implementação de um pacote de intervenção é viável e pode reduzir as infecções da corrente sanguínea nos departamentos neonatais	Nível 3/4 Grau A
De Vita et al. (2014)	Conhecimentos, atitudes e práticas do pessoal de saúde relacionados à higienização das mãos em uma unidade de terapia intensiva	Estudo descritivo transversal e estudo analítico intervencionista prospectivo	Determinar o nível de conhecimento e conformidade com a prática de lavagem das mãos diante dos procedimentos e manipulação de pacientes que o pessoal de saúde participa do estudo.	Apenas 61,2% dos entrevistados conhecem a técnica correta de lavagem das mãos. Há uma melhora significativa no impacto da intervenção educativa para promover a lavagem das mãos antes e após o atendimento aos pacientes	Nível 4 Grau A

Quadro 3: Distribuição das publicações segundo o autor e ano de publicação, título, método, objetivo, conclusão do estudo, nível de evidência e grau de recomendação.

4 | DISCUSSÃO

Segundo Lucro et al. (2017) afirmam que o serviço em equipe a frente as infecções hospitalares, representam uma função relevante no controle e prevenção. As infecções hospitalares podem estar relacionadas a assistência a saúde nas UTIN, no entanto, ocorrem com certa frequência em RNs com muito baixo peso ao nascer, devido ao desequilíbrio da microbiota humana normal e imunidades baixa, ademais, as infecções pode ocorrer advir de alguma patologia de base do RN, procedimentos invasivos e até mesmo pelo uso de antibióticos.

Estudos indicam a utilização de medidas de higiene, como lavagem das mãos, para promover a proteção e prevenção de durante a prestação de cuidados e afirmando a necessidade da enfermagem em adotar novos hábitos para um cuidado mais efetivo que possa promover uma assistência menos iatrogênica, qualidade de saúde através de medidas simples de lavagem das mãos e intenções educativas (BALLA et al., 2018).

Corroborando, Silva, Aguiar e Gonçalves (2017) remetem que a equipe de enfermagem deve priorizar não apenas a prevenção de infecções, como também o fornecimento da economia nos serviços de saúde, tendo em vista que o custo-benefício da prevenção e controle de infecções na UTIN apenas com a higienização das mãos é algo estimulador. A implementação de intervenções educativas tem impactos positivos não apenas para a qualidade do atendimento profissional e recuperação dos doentes, mas também na economia dos insumos, os quais precisam ser entendidos como relevantes para o desenvolvimento de práticas assistenciais de qualidade.

Neste contexto, De Vita et al. (2014) explanam que a educação permanente é fundamental nos serviços de saúde para o controle de IH, além do mais o processo da educação permanente é uma competência do enfermeiro que deve ser desenvolvida a fim de melhorar a qualidade da assistência prestada ao cliente, pois enfatiza a interdisciplinaridade da equipe, focaliza a prática como fonte do conhecimento e coloca o profissional para atuar ativamente no processo educativo. Deve ser considerada uma estratégia para a qualificação dos profissionais, incorporando o aprendizado à vida cotidiana.

Em relação a atuação da enfermagem no controle de infecções referente a Unidade de Terapia Neonatal, é necessário a adesão de medidas de prevenção simples como a higienização das mãos, limpeza do ambiente, eficiência nas técnicas assépticas em especial de procedimentos invasivos, e ter um número de profissionais adequados nas assistências dos RNs para manter a qualidade do atendimento. E ter um enfermeiro comprometido no controle de infecções para fiscalizar, prevenir e controlar, sendo a principal medida para prevenção a higienização das mãos (BALLA

et al, 2018).

Em virtudes dos fatos mencionados Lucro et al. (2017) e Salmo et al. (2016) citam ainda que a lavagem das mãos como uma medida simples e eficaz de prevenção das infecções e a padronização dos procedimentos em obediência aos rigores da técnica asséptica. É a lavagem das mãos de maneira correta que evita a disseminação de microrganismos, por meio do contato direto ou indireto envolvendo objetos. O uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), o controle e a realização dos procedimentos de forma asséptica, que constituem fator de proteção para bloqueio da disseminação de patógenos.

Ressalta-se ainda, que a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar preconiza a lavagem das mãos entre os cuidados prestados ao recém-nascido, também evitar o uso de relógios, anéis e pulseiras, para que não haja a disseminação de infecções hospitalares. Alguns fatores têm contribuído para que a técnica não seja efetivada: as instalações de pias e torneiras não são apropriadas, falta material como toalhas descartáveis e sabão, o pessoal de enfermagem é insuficiente para o número de recém-nascidos que cuida e a lavagem frequente das mãos aumenta consome tempo em cada cuidado, por isso torna-se indispensável melhorar o trabalho em equipe para que as medidas de controle de infecção tenham mais força (SILVA; AGUIAR; GONÇALVES, 2017).

Por fim, Salmo et al. (2016), De Vita et al. (2014), Balla et al (2018) e Lucro et al. (2017), ressaltam que o controle das infecções hospitalares, representam um grande desafio para as equipes de saúde da UTIN e administradores hospitalares, por se tratar de problema de saúde pública, responsável pela elevação de morbimortalidade, aumento dos custos e impacto social, as intervenções estratégias que visem a prevenção e controle desses agravos, devem ser mantidos e implementados com frequência, especialmente em setores críticos, como Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal, prevenir infecções é preservar vidas.

5 | CONCLUSÃO

A enfermagem e demais profissionais da equipe de saúde detém conhecimento e os requisitos necessários para a prática de ações simples que possibilitam a redução de infecções. Todavia, apesar de ações simples, conhecidas e comprovadas mundialmente, como é o caso da higienização das mãos, algo eficaz para o controle de infecções, muitos profissionais da equipe de saúde demonstram uma baixa adesão em relação a esta medida simples e baixo custo.

Embora os trabalhos de educação em saúde para os profissionais sejam frequentes, observa-se que os índices de infecção hospitalar em RNs sob cuidados intensivos não diminuem, esta é uma realidade cada vez mais difícil de transformar. Para tanto, intervenção e ações educativas como treinamentos e cursos específicos,

centrados nos aspectos técnicos e biológicos, voltados para os profissionais de saúde e realizados frequentemente podem interferir nesta realidade vivenciada nas UTIN e alcançando o controle permanente das infecções hospitalares em RNs sob cuidados intensivos.

REFERÊNCIAS

- BALLA, K. C. et al. Diminuição das Infecções da Corrente Sanguínea associadas à Linha Central através da Iniciativa de Melhoria da Qualidade. **Pediatra Indiana**, v.55, n.9, p.:753-756, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30345978>. Acesso em: 19/02/2019.
- DE VITA, V. et al. Conhecimentos, atitudes e práticas do pessoal de saúde relacionados à higienização das mãos em uma unidade de terapia intensiva. **Rev. med. Rosario**, v.80, n.3, p.:105-116, 2014. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bin-131210>. Acesso em: 19/02/2019.
- DONINI, J. C. et al. A atuação do (a) enfermeiro (a) no controle de infecção hospitalar: um relato de experiência. **Revista Eletrônica de Extensão da URI**, v.9, n.16, p. 10-16, 2013. Disponível em: <http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/bde-26721>. Acesso em: 19/02/2019.
- ERCOLE, F. F.; MELO, L. S.; ALCOFORADO, C. L. G. C. Revisão integrativa versus revisão sistemática. **Rev Min Enferm.**, v.18, n.1, p.1-260, 2014. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/904>. Acesso em: 19/02/2019.
- KIDO, R. Y. Z.; ALVARES, B. R.; MEZZACAPPA, M. A. M. S. Cateteres umbilicais em recém-nascidos: indicações, complicações e diagnóstico por imagem. **Sci Med.**, v.25, n.1, 2015. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/fo/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/19236/12844>. Acesso em: 19/02/2019.
- LUCRO J. et al. Trabalho em equipe no ambiente da UTIN e sua associação com a assistência à saúde - infecções associadas em bebês com peso muito baixo ao nascer. *Sou J Perinatol.*, v.34, n.10, p.:1032-1040, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28395366>. Acesso em: 19/02/2019.
- OLIVEIRA, F. R. P. et al. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e atuação do farmacêutico hospitalar: contexto e importância, **Revista Boletim Informativo Geum**, v. 6, n. 3, 2015. Disponível em: <http://revistas.ufpi.br/index.php/geum/article/view/3877>. Acesso em: 19/02/2019.
- PADOVEZE, M. C.; FORTALEZA, C. M. C. B. Healthcare-associated infections: challenges to public health in Brazil, **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 6, p. 995-1001, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n6/pt_0034-8910-rsp-48-6-0995.pdf. Acesso em: 10/10/2017.
- SILVA, A. R. A. et al. Infecções relacionadas à assistência à saúde por *Staphylococcus coagulase negativa* em unidade de terapia intensiva neonatal, **Rev Bras de Terapia Intensiva**, v. 25, n. 3, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v25n3/0103-507x-rbti-25-03-0239.pdf>. Acesso em: 19/02/2019.
- SALMO, F. et al. A implementação de um pacote baseado em evidências para infecções da corrente sanguínea em unidades de terapia intensiva neonatal na Alemanha: um estudo de intervenção controlada para melhorar a segurança do paciente. **Controle de Infecção Hosp Epidemiol.**, v.37, n.7, p.:798-804, 2016. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-27045855>. Acesso em:19/02/2019.
- SILVA, P. L. N.; AGUIAR, A. L. C.; GONÇALVES, R. P. F. Relationship of cost benefit in the prevention and control of the infections related to health care in an intensive care unit neonatal. **J. Health Biol. Sci.**; v.5, n.2, p.:142-149, 2017. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-875693>. Acesso em:19/02/2019.

A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO EFETIVA NA PASSAGEM DE PLANTÃO NO PERÍODO DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA

Larissa Scheeren Thomas

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI, Santo Ângelo, Rio Grande do Sul.

Karen Pietrowski

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI, Santo Ângelo, Rio Grande do Sul.

Nadine Both Da Silva

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI, Santo Ângelo, Rio Grande do Sul.

Silvia Dos Reis Feller

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI, Santo Ângelo, Rio Grande do Sul.

Francisco Carlos Pinto Rodrigues

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI, Santo Ângelo, Rio Grande do Sul.

Vivian Lemes Lobo Bittencourt

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI, Santo Ângelo, Rio Grande do Sul.

RESUMO: Introdução: O enfermeiro tem consciência da importância da passagem de plantão para a continuidade do cuidado, bem como, a comunicação efetiva entre a equipe, proporciona uma assistência direcionada e sistematizada. Esse relato se justifica na

necessidade de se utilizar a comunicação efetiva durante a passagem do plantão dentro da SRPA, utilizando-a como estratégia a fim de promover uma assistência segura. **Objetivo:** Contextualizar a importância da comunicação efetiva na passagem de plantão no período de recuperação anestésica para a qualidade da assistência e segurança do paciente. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência, descritivo, com abordagem qualitativa, vivenciada por quatro discentes e uma docente do 6º período do curso de graduação em Enfermagem, no 2º semestre de 2018, no bloco cirúrgico de um hospital filantrópico de porte médio do interior do Rio Grande do Sul. **Resultados e discussão:** A vivência percebeu que a falta de comunicação entre a equipe, tanto na passagem de plantão como entre os profissionais do mesmo turno, provoca um cuidado fragmentado, sem continuidade ou interação dos profissionais com os pacientes, ocasionando ansiedade e medo. Assim, entende-se que há a necessidade de se discutir mais sobre a comunicação, utilizando os recursos existentes para sistematizar a passagem de plantão, tornando-a mais dinâmica e efetiva. **Conclusão:** Denota-se a importância da comunicação efetiva e da atuação do enfermeiro junto a sua equipe na passagem do plantão, com vistas à melhora da qualidade da assistência e da segurança.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Comunicação efetiva; Recuperação Anestésica.

THE IMPORTANCE OF EFFECTIVE COMMUNICATION ON PLANT PASSAGE IN THE ANESTHETIC RECOVERY PERIOD

ABSTRACT: Introduction: The nurse is aware of the importance of the shift change for the continuity of care, as well as the effective communication between the team, providing a targeted and systematized assistance. This report is justified by the need to use effective communication during the shift shift within the PACU, using it as a strategy to promote safe care. **Objective:** To contextualize the importance of effective communication on shift change during anesthetic recovery for the quality of care and patient safety. **Methodology:** This is a descriptive experience report with a qualitative approach, experienced by four students and a teacher from the 6th period of the undergraduate Nursing course, in the second semester of 2018, in the operating room of a medium-sized philanthropic hospital. **Results and discussion:** The experience realized that the lack of communication between the team, both in the shift shift and among the professionals of the same shift, causes a fragmented care, without continuity or interaction between the professionals and the professionals. patients, causing anxiety and fear. Thus, it is understood that there is a need to discuss more about communication, using existing resources to systematize the shift change, making it more dynamic and effective. **Conclusion:** The importance of effective communication and the performance of nurses with their staff in the shift shift is noted, with a view to improving the quality of care and safety.

KEYWORDS: Nursing; Effective communication; Anesthetic Recovery.

1 | INTRODUÇÃO

A comunicação efetiva no âmbito da assistência à saúde é um princípio considerável na evolução humana, essencial e indispensável para a continuidade do cuidado, em diferentes aspectos, a qual se tornou uma importante e eficiente ferramenta fortalecedora e uma aliada para os profissionais de saúde, bem como de enfermeiros com vistas a melhoria da qualidade da assistência a partir do planejamento de intervenções e dessa interação humana, proporcionando cuidados direcionados e sistematizados, estabelecendo uma assistência humanizada atrelada com a segurança. Decorrente de uma realidade evidenciada é possível identificar uma significativa deficiência ao que se refere a comunicação entre a equipe de enfermagem na passagem de plantão, propiciando um maior número de falhas no processo de recuperação do paciente pós-cirúrgico (SILVA, 2017).

Desenvolver a comunicação efetiva durante o período perioperatório é fundamental, pois subsidiada pela eficiência, com o objetivo de proporcionar uma assistência integral e eficiente, prestada durante a assistência de enfermagem na passagem de plantão ou, durante a recuperação anestésica auxilia o profissional a

identificar precocemente possíveis complicações. A partir desse cenário o enfermeiro assume o papel fundamental, torna-se protagonista da assistência, pois percebe todo o cenário do cuidado, e, munido de conhecimento técnico e científico, elabora intervenções determinantes, aliadas a observação clínica (HERDMAN; KAMITSURU, 2015).

O enfermeiro adepto ao processo de comunicação efetiva é responsável em proporcionar uma assistência integral, eficaz e com qualidade, visando intensificar o desenvolvimento e o planejamento do cuidado, com orientações concisas e claras advindas de uma relação de interação dialógica entre as equipes na passagem do plantão construindo diagnósticos e intervenções para o cuidado do paciente, respaldados por embasamento científico, tornando o paciente menos vulnerável durante a recuperação anestésica (VARGENS; SILVA; PROGIANTI, 2017).

Cabe lembrar que a Sala de Recuperação Pós-anestésica (SRPA), é o “local destinado a receber pacientes em pós-operatório imediato submetidos às anestésias”, aplicando-se a muitos pacientes cuidados intensivos, buscando a melhora do estado geral, com a volta da consciência, reflexos protetores e estabilidade dos sinais vitais. Dentro da SRPA é necessário que tenha recursos materiais e humanos, capazes de agir de maneira rápida e eficaz, evitando qualquer complicação posteriormente. O enfermeiro deve realizar ações que englobam todo o período da cirurgia e da recuperação anestésica, realizando comunicação ativa com sua equipe, evitando que o cuidado seja fragmentado e sem resolutividade (OLIVEIRA; JÚNIOR, 2016, p. 58).

A SRPA é um ambiente caracterizado pela necessidade de se realizar um bom trabalho em equipe, e para que isto ocorra, se fazem necessários vários fatores, como, empatia, interação e comunicação. Assim, a comunicação é um fator essencial para o efetivo funcionamento de uma equipe, o diálogo e as trocas de informações facilitam o trabalho em grupo e possibilitam a resolutividade positiva do público alvo (DUARTE; BOECK, 2015).

Um estudo que objetivou apresentar um ensaio reflexivo que versa sobre comunicação efetiva na perspectiva do trabalho da equipe interdisciplinar, para melhorar a qualidade dos cuidados em saúde e a segurança do paciente, apontou que a comunicação ineficaz propicia um cuidado inseguro, o que pode contribuir para um resultado negativo e prejudicial; se evidenciou ainda, que treinamentos e simulações realísticas são ferramentas importantes no sentido de romper barreiras da comunicação ineficaz, o que contribui positivamente com a segurança do paciente (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

Falhas durante a comunicação entre a equipe de enfermagem são frequentes, especialmente entre a relação social da equipe, ao repassar informações importantes ao cuidado do paciente, e estes, podem ocasionar eventos adversos, prejudicando a melhora do paciente, evidenciou um estudo sobre os limites e desafios na comunicação efetiva para a segurança do paciente. Descreve também, a importância de fomentar ações de acompanhamento do processo de comunicação, implementando

capacitações, atualizações e educação continuada, permeando a comunicação efetiva, clara e adequada para continuidade do cuidado (GOMES et al., 2018).

Em relação ao romper obstáculos, o resultado obtido através de um estudo aponta nessa direção, evidenciou-se que a passagem de plantão acontece por via telefone, o qual teria uma eficácia se realizada presencialmente, ainda constatou que na maioria dos casos essa é deficiente de informações ou até negligenciadas pela equipe (BUENO et al., 2015). Cabe a cada um dos profissionais o comprometimento com a qualidade das informações, melhorando e favorecendo a enfermagem na identificação e prescrição dos cuidados, a continuidade deste, bem como, a segurança do paciente, par evitar o acontecimento de eventos adversos (BUENO et al., 2015).

Os profissionais de enfermagem têm consciência da importância da passagem de plantão, como uma ferramenta para a continuidade do cuidado, como traz um estudo sobre percepção dos profissionais de enfermagem sobre a comunicação durante a passagem de plantão e sua repercussão na segurança do paciente (SILVA et al., 2016). Ainda, a pesquisa realizada por Silva et. al. (2016) traz como resultados a importância da passagem de plantão ser realizada com toda a equipe, já que, cada profissional evidencia aspectos distintos do paciente, além disso, a utilização da comunicação verbal em conjunto com a comunicação escrita traz muitos benefícios, proporcionando maior segurança, dinamicidade e menor possibilidade de omissão por parte dos profissionais (SILVA et al., 2016).

É essencial que a comunicação seja clara, concisa e eficiente, trazendo aspectos fidedignos, padronizados e sistematizados, não devendo ser interrompida, evitando a confusão de informações (SILVA et al., 2016). E como consequência do estímulo a comunicação efetiva entre a equipe, ocorre uma assistência mais humanizada, fortalecendo as relações entre os profissionais e o paciente.

Este estudo justifica-se pela necessidade verificada em campo de estágio de se utilizar uma comunicação efetiva na passagem do plantão dentro da SRPA, ressaltando, que, o paciente necessita de cuidados complexos, em especial na sua entrada na SRPA. Ademais, algumas ocasiões exigem, por parte da equipe, intervenções rápidas o que torna obrigatório que a comunicação entre as equipes proporcione um planejamento correto do cuidado, evitando danos desnecessários ao paciente. A utilização de meios verbais e escritos, é uma maneira eficaz de comunicação, se esta for realizada corretamente. Esses são recursos mínimos presentes durante a passagem de plantão dentro da SRPA, sempre priorizando a melhora clínica e a segurança do paciente.

2 | OBJETIVO

Contextualizar a importância da comunicação efetiva na passagem de plantão no período de recuperação anestésica para a qualidade da assistência e segurança

do paciente.

3 | METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, descritivo, que tem a finalidade de descrever particularidades de determinados indivíduos ou acontecimentos (GIL, 2008), com abordagem qualitativa, não preocupando-se com a mensuração dos acontecimentos, mas sim, com a compreensão da sociedade, grupo ou organização (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

A experiência relatada foi vivenciada por quatro discentes e uma docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem de uma Universidade comunitária do interior do Estado do Rio Grande do Sul (RS), durante a realização das atividades práticas da disciplina de “Enfermagem no Cuidado do Adulto II”, composta por 150 horas de aulas teóricas e vivência prática, no 6º período do referido curso de graduação. A vivência ocorreu no 2º semestre de 2018, no bloco cirúrgico de um hospital filantrópico de porte médio do interior do Estado do RS.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao vivenciar a rotina da enfermagem no centro cirúrgico e na SRPA em um Hospital vinculado a instituição de ensino foi possível acompanhar a continuidade da assistência ao paciente e observar a importância da comunicação efetiva na passagem do plantão para que haja o seguimento da qualidade no cuidado e eficácia na recuperação, o que ameniza o sofrimento do paciente.

Se faz importante a atuação do enfermeiro assistencial nos diferentes tipos de procedimentos e processos no período de recuperação anestésica do paciente. O enfermeiro, com conhecimento científico e como responsável técnico desse processo, deve participar ativamente da passagem de plantão para a realização dos cuidados pós-cirúrgicos juntamente com sua equipe onde o objetivo principal é a qualidade da assistência e a segurança do paciente, assim como identificar precocemente as possíveis complicações.

Devido à grande demanda de responsabilidades técnicas destinadas as equipes de enfermagem, surgem dificuldades para que o processo aconteça de forma correta com todas as informações necessárias para o cuidado. Essa sobrecarga pode acarretar complicações mais difíceis de serem contornadas ou até mesmo tornarem-se irreversíveis, o que pode dificultar a evolução positiva do tratamento.

A passagem de plantão é definida como “um exercício da comunicação em suas diferentes nuances, verbal e não-verbal, oral e escrita, além das interfaces nas equipes de enfermagem e unidades hospitalares”, utilizando a comunicação como um instrumento do trabalho entre os profissionais da saúde, estabelecendo relações entre a equipe e com os usuários. Sua utilização de maneira adequada na passagem

de plantão proporciona um cuidado com ações compartilhadas e intervenções que favoreçam o cuidado adequado e resolutivo (SILVA et al., 2017, p. 127). “Não há interação sem comunicação e ambas são inerentes ao cuidado, sendo habilidades necessárias de serem desenvolvidas para que o cuidado se efetive” (BROCA; FERREIRA, 2015, p. 468).

As informações repassadas pelos profissionais não devem ser quebradas, evitando que haja confusão, prejudicando o cuidado, além disso, os profissionais devem ser responsáveis e respeitar a hierarquia pré-estabelecida, utilizando-se de meios claros e precisos, com uma linguagem acessível e correta tecnicamente. Também, é necessário ter um espaço específico, sem ruídos ou barreiras, evitando qualquer conflito nas informações compartilhadas. Os membros da equipe devem compartilhar de uma relação interpessoal interativa e acessível, melhorando sua assistência ao paciente (BROCA; FERREIRA, 2015).

A vivência despertou a percepção que, por mais que, a assistência individual realizada pelo profissional com o paciente, seja adequada e resolutiva para a necessidade momentânea, a falta de comunicação entre a equipe, tanto na passagem de plantão, como entre os profissionais do mesmo turno, provoca um cuidado segmentado, sem continuidade ou interação dos profissionais com os pacientes, ocasionando ansiedade e medo.

Os profissionais da SRPA ao receber um paciente apenas recebem um relato verbal simplificado em meio aos outros pacientes em recuperação, já que, a falta de profissionais, falta de estrutura física e falta de tempo dos profissionais, são alguns dos impedimentos à sua realização, além disso, os relatos não verbais são pouco significativos, ocorrendo somente de forma simplificada. Nesse sentido, entende-se que há a necessidade de aprimorar-se a comunicação, utilizando os recursos existentes e sistematizando a passagem de plantão, para que ela seja realizada de forma padronizada, dinâmica e efetiva, unificando a equipe, e sensibilizando-a, para que o cuidado seja completo e seguro ao paciente.

A comunicação efetiva, da forma correta, é a maneira mais eficaz para a continuidade do cuidado ao paciente. A implementação deste processo é capaz de assegurar a segurança do paciente, passando as informações corretas para toda a equipe, de forma sistematizada e organizada. O Enfermeiro deve ter consciência que a sua comunicação efetiva com a equipe, na passagem de plantão, repercute diretamente na qualidade de seu cuidado e sua assistência. Vale ressaltar que a otimização do tempo se faz necessária, e então é necessário elaborar estratégias que garantam a eficácia do cuidado, onde, a comunicação possa ser realizada verbalmente ou por escrito, através de um documento padronizado para toda a equipe (SOUSA et al., 2014).

Em concordância com um estudo do tipo relato de experiência com objetivo de capacitar os auxiliares e técnicos de enfermagem inseridos na clínica cirúrgica, verificou-se que a unidade cirúrgica apresenta uma grande deficiência com relação a

comunicação dos profissionais, e fragilidades nos registros de enfermagem (ROJAHN et al., 2014). A universidade tem papel fundamental na mudança desta cultura, já que, os registros são uma forma de comunicação entre a equipe assistencial, melhorando a qualidade do cuidado ao paciente, além de, oferecer o respaldo legal aos profissionais que prestaram a assistência. Mas para isso, é necessário que os profissionais utilizem informações fidedignas e que sejam facilmente compreendidas pela equipe, trabalhando para a efetividade dos registros (ROJAHN et al., 2014).

5 | CONCLUSÕES

Denota-se a importância da comunicação efetiva e da atuação do enfermeiro junto a sua equipe na passagem do plantão, com vistas à melhora da qualidade da assistência. Percebe-se a necessidade da elaboração de estratégias e medidas seguras, e práticas embasadas em um protocolo que contenha as informações necessárias, qualificando as informações transmitidas, os registros e o planejamento do cuidado colaborando para a ocorrência de eventos adversos.

A passagem de plantão e a comunicação efetiva, são duas estratégias que colaboram para que a assistência tenha um olhar mais global e, por consequência mais segura. O enfermeiro deve ser o mediador desses processos de melhoria estabelecendo protocolos, e sistematizando a passagem de plantão, proporcionando um ambiente adequado, sem ruídos ou interrupções, para que ocorra o compartilhamento adequado das informações e a interação da equipe.

Este estudo possui algumas limitações, seja pelo viés da temporalidade ou metodológico. Além disso, soma-se a dificuldade em encontrar estudos que abordem o mesmo objeto de estudo. Recomenda-se que sejam realizados novos estudos sobre o tema, utilizando estratégias variadas e abordagens diferenciadas.

REFERÊNCIAS

BROCA, P.V.; FERREIRA, M.A. **Processo de comunicação na equipe de enfermagem fundamentado no diálogo entre Berlo e King**, Escola Anna Nery. v.19, n.3, p.467-474, 2015.

BUENO, B. R. M.; MORAES, S. S.; SUZUKI, K.; GONÇALVES, F. A. F.; BARRETO, R. A. S. S.; GEBRIM, C. F. L. **Caracterização Da Passagem De Plantão Entre O Centro Cirúrgico E A Unidade De Terapia Intensiva**, Cogitare Enfermagem, v. 20, n. 3, p. 512-518, 2015.

DUARTE, M. L. C.; BOECK, J. N. **O trabalho em equipe na enfermagem e os limites e possibilidades da estratégia saúde da família**, Trabalho, Educação, Saúde. Rio de Janeiro, v. 13 n. 3, p. 709-720, set./dez. 2015.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: UFRGS, 2009.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, R. M.; MOREIRA, A. S.; SANTOS, L. A. A.; SANTANA, G. J.; SANTANA, L. S.; VIEIRA, S.

N. S.; SANCHES, G. J. C.; SANTOS, A. T.; SILVA, J. M.; ALVES, I. C. L. D. **Limites e desafios da comunicação efetiva para a segurança do paciente: um discurso coletivo**, Revista Eletrônica Acervo Saúde. v. 10, n. 1, p. 2006-2012, 2018.

HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e classificação 2015-2017**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

NOGUEIRA, J. W. S.; RODRIGUES M. C. S. **Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente**, Cogitare enferm. v.20, n.3, jul./set., 2015.

OLIVEIRA, E. F. V.; JÚNIOR, F. J. G. S. **Atuação do enfermeiro frente às complicações na sala de recuperação pós-anestésica**, Rev Enferm UFPI. v. 5, n. 3, p. 54-59, 2016.

ROJAHN, D.; SOUZA, I.; LOCATELLI, P.; HERMANN, R.; ASCARI, R. A. **Comunicação Efetiva Em Registros De Enfermagem: Uma Prática Assistencial**. Revista UNINGÁ Review. v.19, n. 2, pp.09-13, 2014.

SILVA, M. F.; ANDERS, J. C.; ROCHA, P. K.; SOUZA, A. I. J.; BURCIAGA, V. B. **Comunicação Na Passagem De Plantão De Enfermagem: Segurança Do Paciente Pediátrico**, Texto & Contexto Enfermagem, v. 25, n. 3, p. 1-9, 2016.

SILVA, M. R.; RODOVALHO, A. P. N.; ALVES, L. R.; CAMELO, S. H. H.; LAUS, A. M.; CHAVES, L. D. P. **Passagem De Plantão Em Enfermagem Hospitalar: Uma Revisão Integrativa**, CuidArt Enfermagem, v. 11, n. 1, p. 122-130, 2017.

SILVA, N. K. F. **Processo De Comunicação Como Diferencial Na Multidimensionalidade Da Assistência De Enfermagem Pré-Operatória**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem), Faculdade de Educação e Meio Ambiente, Ariquemes – RO, 2017.

SOUSA, C. S.; SOUZA, R. C. S.; GONÇALVES, M. C.; DINIZ, T. R. Z.; CUNHA, A. L. M. S. **Comunicação efetiva entre o Centro Cirúrgico e a Unidade de Terapia Intensiva**, Rev. SOBECC, São Paulo. v. 19, n. 1, p. 44-50, 2014.

VARGENS, O. M. D. C.; SILVA, A. C. V. D.; PROGIANI, J. M. **Contribuição de enfermeiras obstétricas para consolidação do parto humanizado em maternidades no Rio de Janeiro-Brasil**, Escola Anna Nery. v. 21, n. 1, 2017.

ADOLESCENTES SOROPOSITIVOS PARA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA: CUIDADOS E ESTRATÉGIAS EM ENFERMAGEM

Andressa Gislanny Nunes Silva

Enfermeira pela Universidade Estadual do Piauí - UESPI. Especialista em Enfermagem em Urgência e Emergência. Enfermeira SAMU - PI. Professora e Coordenadora do curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade Superior de Ensino Programus (ISEPRO). Teresina, Piauí, Brasil.

Jefferson Abraão Caetano Lira

Enfermeiro pela Universidade Estadual do Piauí – UESPI. Especialista em Docência do Ensino Superior. Mestrando em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí – UFPI. Teresina, Piauí, Brasil.

Hellen Gomes Evangelista

Enfermeira pela Universidade Estadual do Piauí – UESPI. Especialista em UTI adulto. Enfermeira do Hospital Tacchini. Bento Gonçalves, Rio Grande do Sul, Brasil.

Nara Karoliny Carvalho do Monte Sá

Enfermeira pela Universidade Federal do Piauí – UFPI. Coordenado do SAMU da cidade de Pio IX, Pio IX, Piauí, Brasil.

Kaique Warley Nascimento Arrais

Enfermeiro pela Universidade Federal do Piauí – UFPI. Pio IX, Piauí, Brasil.

Joseane Pereira de Brito

Enfermeira pela Faculdade Mauricio de Nassau - UNINASSAU. Especialista em Urgência e Emergência. Teresina, Piauí, Brasil.

RESUMO: Considerações iniciais: Apresenta-se como problema de pesquisa: Qual a produção

técnica-científica da área de Enfermagem em HIV na adolescência? constitui o objetivo de estudo: levantar a produção técnico científica relacionada à área de enfermagem acerca do tema HIV em adolescentes. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão de literatura, onde foram analisado um total de vinte artigos encontradas na base de dados BIREME no período de 2014 a 2018, sendo categorizados pelo texto completo, idioma, ano de publicação e tipo de documento. **Resultados e discussão:** Foi observado que o ano de 2015 ocorreu o maior número de publicações, a abordagem metodológica foi a do tipo qualitativa, sendo agrupadas em quatro categorias. **Considerações finais:** Espera-se contribuir para a produção de um conhecimento que possibilite o desenvolvimento de práticas educacionais, preventivas e capaz de subsidiar a assistência dos adolescentes com HIV, além de construir um conhecimento compartilhado para uma assistência de enfermagem mais adequada.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem, HIV, Adolescente

TEENS SOROPOSITIVE FOR HUMAN
IMMUNODEFICIENCY VRUS: CARE AND
NURSING STRATEGIES

ABSTRACT: Initial considerations: It presents as a research problem: What is the technical-

scientific production of the area of Nursing in HIV in adolescence? is the objective of the study: to raise the scientific technical production related to the nursing area on the subject HIV in adolescents. **Methodology:** This is a literature review, which analyzed a total of twenty articles found in the BIREME database from 2014 to 2018, categorized by the full text, language, year of publication and type of document. **Results and discussion:** It was observed that the year 2015 was the largest number of publications, the methodological approach was of the qualitative type, being grouped into four categories. **Final considerations:** It is hoped to contribute to the production of a knowledge that enables the development of educational practices, preventive and capable of subsidizing the assistance of adolescents with HIV, in addition to building shared knowledge for a more adequate nursing care.

KEYWORDS: Nursing, HIV, Adolescent

1 | CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A adolescência é uma fase da vida que abarca desde a puberdade ao completo desenvolvimento do organismo, etapa da vida onde existe os conflitos físicos, psíquicos e sociais, estando mais vulnerável que os adultos à descoberta de novos comportamentos, o que justifica a pessoa de menor idade ser considerada parte de um público alvo de ações e orientações de educação e saúde (OLIVEIRA, et al, 2009).

A chegada do prazer sexual geralmente é nessa fase, portanto os adolescentes estão mais vulneráveis na contaminação de doenças sexualmente transmissíveis (DST). Nesse aspecto, a sexualidade é importante a ser refletida, pois o tema é elaborado pelas experiências vividas por esses jovens (SECRETARIA DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2006).

Na população mundial estima-se que um a cada 20 adolescentes contrai algum tipo de DST a cada ano. Aproximadamente mais de sete mil jovens são infectados pela imunodeficiência humana (HIV), num total de 2,6 milhões por ano, o que representa a metade de todos os casos registrados. Estima-se que 10 milhões de adolescentes vivem hoje com o HIV ou estão propícios a desenvolver a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) nos próximos 3 a 15 anos. Cerca de 80% das transmissões do HIV decorrem de práticas sexuais sem uso de preservativos. Destaca-se que, na presença de uma DST, o risco de transmissão do HIV é 3 a 5 vezes maior (MINISTERIO DA SAÚDE, 1999).

Levando em conta que a AIDS é uma doença transmissível e, até o momento, não tem cura, cujos índices vêm aumentando na população, considerando que a melhor maneira para diminuir esses números alarmantes é focando na informação e a educação. Portanto, torna-se inevitável analisar a AIDS como uma doença cada vez mais presente nas entidades de saúde, sendo prioridade aos profissionais de saúde, especificamente aos enfermeiros proporcionar ações de prevenção e promoção da saúde, ao controle da transmissão do HIV. Dessa maneira o cuidado com a saúde

irá proporcionar a esses jovens uma melhor qualidade de vida nessa fase, evitando assim riscos futuros (THIENGO, OLIVEIRA E RODRIGUES, 2005)

Devido ao grande número de adolescentes infectados pelo vírus do HIV, dispõe-se ao enfermeiro juntamente com a equipe multiprofissional desenvolver estratégias e atrair a atenção desses adolescentes para o cuidado a sua proteção sexual.

Visando que o processo de trabalho do enfermeiro que envolve ações de cuidado tanto físicas, quanto sociais, tendo potencial de realização em procedimentos técnicos, por outro lado, ao lidar com o paciente soropositivo ao HIV, o enfermeiro encontrar-se envolto por empatia, compreendendo o sentimento alheio e colocando-se no lugar do outro. No entanto, pode sentir um mal-estar pessoal e buscar o afastamento, ou seja, pode compreender a situação do paciente soropositivo ao HIV, porém sentir uma grande dificuldade para encarar a situação e buscar o distanciamento na relação interpessoal (FORMOZO E OLIVEIRA, 2010).

Essas considerações embasam o interesse em desenvolver uma revisão integrativa sobre a produção científica relacionada a HIV em adolescentes. Nesse contexto, à prática baseada em evidências encoraja a utilização de resultados de pesquisa junto à assistência à saúde, o que reforça a importância da realização desse estudo.

Partindo desse pressuposto, apresenta-se como problema de pesquisa: Qual a produção técnica científica relacionada à área de saúde, em especial, da Enfermagem em HIV na adolescência? com base nesse questionamento, constitui o objetivo de estudo: levantar a produção técnico científica relacionada à área de enfermagem acerca do tema HIV em adolescentes.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. A revisão integrativa é uma súmula de diversas publicações científicas que permite concluir sobre uma determinada área de estudo. Para tanto fazem necessárias a utilização de seis etapas: estabelecimento de hipóteses ou questão de pesquisa, busca na literatura, categorização dos estudos, avaliação dos estudos incluídos na revisão, interpretação dos resultados, síntese do conhecimento ou apresentação da revisão (OLIVEIRA, DIAS E SOUSA, 2018).

Foi realizado um levantamento da produção científica relacionada ao HIV em Adolescentes na base de dados do BIREME (Biblioteca Virtual em Saúde), referente ao período de 2014 a 2018. Para tanto, foram utilizados os seguintes descritores: “Enfermagem” AND “HIV” AND “Adolescente”, encontrados no DeCS/BVS. Na busca, foram detectados seiscentos e sessenta e um artigos relacionados ao tema nesta base de dados.

Após esta etapa, foi executada filtração de dados com os seguintes critérios de

inclusão: texto completo disponível, idioma em português, anos de publicação de 2014 a 2018 e tipo de documento como artigo. Desta forma foram excluídos da pesquisa seiscentos e trinta e quatro artigos por não atenderem aos critérios de inclusão.

Em seguida foi executada a leitura dos artigos e, por conseguinte, utilizado os critérios de exclusão: texto completo indisponível, artigos repetidos e artigos que não se adequam ao tema, onde foram analisadas e selecionadas as pesquisas de interesse para esse estudo, onde quatro foram eliminados por serem repetidos, um por o texto não estar disponível e treze por não se adequarem ao tema.

Ao termino destas etapas, ordenamento do material e classificação por similaridade semântica, as temáticas foram agrupadas conforme semelhança de conteúdo, as quais foram distribuídas e analisadas nas seguintes categorias temáticas: Vivência dos adolescentes com o HIV, Gestão do cuidado de enfermagem ao adolescente que vive com HIV e Estratégias para redução e propagação do vírus.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para realização de análise e discussão dos dados identificados após a leitura dos artigos, levou-se em consideração o ano, o cenário, a metodologia, a unidade de federação e a temática sendo mais bem demonstrados nos Quadros I e II ilustradas abaixo. E partindo destas variáveis, foi possível constatar os seguintes resultados. Das nove pesquisas levantadas no banco de dados BIREME, no que dizem respeito ao HIV, destaca-se o ano de 2015 com maior produção, com um total de três publicações, em seguida o ano de 2017 e 2014 com duas publicações cada e 2016 e 2018 com uma publicação cada.

Em relação às abordagens metodológicas utilizadas nas produções científicas, prevaleceu a pesquisa qualitativa, com um total de oito artigos que se utilizaram desse tipo de abordagem, ao passo que prevaleceu o estudo do tipo exploratório-descritivo.

No que concerne ao cenário da publicação adotado pelos pesquisadores, destaca-se os centros especializados para o tratamento da síndrome como o local de escolha com sete estudos.

De acordo com a análise de dados coletados, a distribuição geográfica por unidade da federação, destacou-se Rio Grande do Sul - RS como o estado de maior produção científica este, com sete artigos.

As temáticas focalizadas nestas produções destacam-se: o Cotidiano pós-moderno e a incidência de HIV em Adolescentes: Vivência dos adolescentes com o HIV, com três publicações; Gestão do cuidado de enfermagem ao adolescente que vive com HIV, com cinco publicações e estratégias para redução e propagação do vírus, com uma publicação.

Nº	Nome do artigo	Autores	Ano de publicação	Temática
1	A saúde do adolecer com HIV/aids: caminhos para uma agenda pós – 2015	SEHNEM et al.	2015	Os adolescentes com HIV/aids percebem-se saudáveis, portanto, as estratégias para a redução da propagação do vírus devem estar centradas no autocuidado e na redução do preconceito e do estigma na sociedade, sendo estas ações sugeridas como pauta à próxima agenda de objetivos do milênio.
2	Cuidado familiar no mundo da criança e adolescente que vivem com HIV/AIDS	MOTTA et al.	2014	O cuidado familiar acontece com nova configuração de família para proporcionar conforto e proteção à criança ou ao adolescente que vive com HIV/AIDS.
3	Gestão do cuidado de enfermagem ao adolescente que vive com HIV/AIDS	KOERICH, et al.	2015	Revela a importância do enfermeiro nesse processo de transição, com participação ativa no planejamento, gestão e execução das ações, em suas competências.
4	Atenção à saúde de crianças e adolescentes com HIV: avaliação da longitudinalidade	DE PAULA, et al.	2017	A avaliação indicou o potencial da Atenção Primária à Saúde para o atendimento das crianças e adolescentes com HIV, especialmente em proporcionar o vínculo, determinante para a continuidade da atenção.
5	Terapia antirretroviral no cotidiano de adolescentes que vivem com HIV/AIDS	FAVERO, et al.	2016	Conviver na adolescência com HIV/AIDS, assim como presenciar a adesão a terapia antirretroviral, são vivências culturais dos participantes enfatizadas por valores e crenças.
6	Desafios gerenciais na transição do adolescente com HIV/Aids por transmissão vertical em serviços de referência	SANTOS, et al.	2014	Aponta-se a necessidade de investimentos em infraestrutura, apoio e planejamento das ações gerenciais, capacitação e formação profissional para gestão em saúde afim de que esta transição do cuidado seja de qualidade.
7	Adolescentes que vivem com HIV/aids: experiências de sexualidade	SEHNEM et al.	2018	O aprendizado da sexualidade extrapola o acesso às informações, decorrendo das experiências vivenciadas, do momento e dos distintos cenários em que elas se inserem.

8	Vivência da gestação por adolescentes que nasceram infectadas Pelo HIV: trajetórias de vida e de cuidado	SILVA, MOTTA, BELLENZANI	2017	Almeja-se a construção de subsídios para a atuação dos profissionais de saúde na efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos desse grupo, com o intuito de um cuidado à saúde singular que considere as situações de vulnerabilidade às quais ele está exposto, de modo a dar visibilidade às práticas inovadoras.
9	Adolescentes que vivem com HIV/AIDS: as redes de apoio social	SEHNEM, FAVERO, BONADIMAN	2015	Se faz relevante que a enfermagem conheça as redes de apoio social destes adolescentes para atuar de forma coordenada com elas.

Quadro I - Apresentação da síntese de artigos incluídos na revisão integrativa em relação aos autores, ano de publicação e temática

Fonte: pesquisa própria

Nº	Abordagem metodológica	Cenário	Unidade de federação	Título da revista
1	Estudo exploratório-descritivo, qualitativo	Serviço de atendimento especializado	Município do Estado do Rio Grande do Sul	Rev. Gaúcha Enferm.
2	Qualitativa, com método criativo e sensível	Serviço de atendimento especializado	Porto Alegre - RS	Cienc. Enferm.
3	Qualitativa, exploratória e descritiva	Serviços de Referência Estadual, nos serviços de ambulatório e hospital-dia	Florianópolis - SC	Esc. Anna Nery
4	Estudo transversal	Hospital Universitário de Santa Maria e ESF	Municípios do Rio Grande do Sul	Acta paul. enferm.
5	Estudo descritivo-exploratório, qualitativa	Serviço de Assistência Especializada (SAE) em HIV/AIDS	Município do Estado do Rio Grande do Sul	Cienc. enferm.
6	Estudo qualitativo, exploratório – descritivo	Hospitais públicos de referência estadual em infectologia	Florianópolis - SC	Rev. Eletr. Enf.
7	Estudo qualitativo, exploratório e descritivo	Serviço de Assistência Especializada	Município do estado do Rio Grande do Sul	Rev. Gaúcha Enferm.
8	Estudo qualitativo, teóricometodológica Construcionista Social em Saúde	Serviço de Assistência Especializada	Porto Alegre - RS	Rev. Enferm. UFPE
9	Estudo descritivo-exploratório, qualitativa	Serviço de Assistência Especializada	Município de Uruguaiana - RS	Rev Enferm UFSM

Quadro II - Apresentação da síntese de artigos incluídos na revisão integrativa em relação a abordagem metodológica, cenário, unidade de federação e título da revista

Fonte: pesquisa própria

3.1 Vivência dos adolescentes com o HIV

A AIDS pode fragilizar o adolescente, levando-o ao descomprometimento com a terapêutica necessária e com os cuidados diários que a doença requer. Assim, é imprescindível que a rede de apoio social do adolescente seja composta pelos amigos, familiares e profissionais de saúde e de educação, constituindo-se em um potencial significativo com influência positiva para o enfrentamento da doença (SEHNEM, FAVERO E BONADIMAN, 2015).

Administrar a condição de soropositividade em seus relacionamentos amorosos é uma das questões que estimula o cotidiano dos adolescentes. Mesmo em um relacionamento, a opção de não revelar imediatamente seu diagnóstico, devido ao medo da rejeição. Outros, entretanto, encontraram namorados que os apoiaram (SEHNEM, et al, 2018).

Propõe-se que os profissionais da saúde sejam solidários para o acolhimento, para o estabelecimento de vínculos e para o aprimoramento de espaços de escuta atenta e livre de prejulgamento e pena moral das experiências relacionadas à sexualidade dos adolescentes que vivem nesta condição (SEHNEM, et al, 2018).

3.2 Gestão do cuidado de enfermagem ao adolescente que vive com HIV

A gestão do cuidado estabelece um complemento ao procedimento de trabalho do Enfermeiro, necessitando o cuidado ser administrado dentro das instituições com senso e solidariedade, ultrapassando os princípios tecnicistas. Essa gestão intenciona a criatividade e a independência do enfermeiro, tornando-se o pilar para as atividades de enfermagem, a fim de que tenha mudança no modo e nas formas de cuidar.

O Enfermeiro deve focalizar nas necessidades dos seres humanos envolvidos nas dependências de cuidado e colaborando para ajudar a vida diante no que se trata das emoções e incômodos, na expectativa de novos tempos que estar em situações que se transforma frequentemente.

3.3 Estratégias para redução e propagação do vírus

Sabe-se que aquele com menos acesso não tem as mesmas oportunidades, colocando muitos dos jovens a uma vida sexual precoce, deixando-o vulnerável ao HIV/AIDS. Por essa razão nível socioeconômico populacional está diretamente ligado ao aumento da contaminação.

As informações que os jovens têm acesso, muitas vezes, não são confiáveis podendo vir de meios sem relevância, como dos próprios amigos. O acesso a informações de qualidade parece escasso entre muitos jovens. Alguns entendem que usar a informação se torna uma ação incompleta para preparar o adolescente para os riscos do sexo sem preservativo. Acredita-se que para esta preparação completa pode se relacionar a conscientização e a construção crítico-reflexiva desses adolescentes, fazendo com que por si só esse adolescente entenda o quão importante é se proteger

durante o ato sexual.

As unidades de saúde básica fornecem gratuitamente preservativos, mas o que deveria ser um ambiente seguro e com total descrição, muitas vezes se torna um ambiente hostil e pouco convidativo a quem está iniciando sua vida sexual.

Os adolescentes que vivem com HIV/aids percebem-se como pessoas saudáveis. Desta forma, as estratégias de saúde para redução da propagação do vírus devem estar centradas no autocuidado e na diminuição do preconceito e estigma na sociedade (SEHNEM, et al, 2015).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados bibliográficos revelam que adolescentes com HIV não se previnem como é devido, tanto enfermeiros como familiares, geralmente estão vinculados a falta de informação necessária ao cuidado. Notada a pouca ou total ausência de estratégias de prevenção da HIV/AIDS voltadas especificamente para os jovens, visto o despreparo da equipe de enfermagem, não havendo grupos de adolescentes na maioria das ESF, deixando o cuidado apenas para o programa de saúde na escola (PSE).

Torna-se indispensável conhecer as e cobrir as necessidades aos jovens, buscando de forma ativa por esse público. A reformulação da assistência de enfermagem aos adolescentes qualificando ainda mais os serviços, observando os principais desafios, disponibilizando recursos e ambiente apropriado para contemplar as medidas socioeducativas cabíveis. Esta situação remete para a necessidade de atenção e suporte a esses adolescentes, representando novos desafios para o sistema de saúde no Brasil.

E assim, espera-se com esse estudo, contribuir para a produção de um conhecimento que possibilite o desenvolvimento de práticas educacionais, preventivas e capaz de subsidiar a assistência dos adolescentes com HIV, além de construir um conhecimento compartilhado para uma assistência de enfermagem mais adequada.

REFERÊNCIAS

FORMOZO, G.A.; OLIVEIRA, D.C. **Representações sociais do cuidado prestado aos pacientes soropositivos ao HIV**. Revista Brasileira de Enfermagem. v. 63, n. 2, p. 230-237. Abr 2010. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/2670/267019594010/> Acesso em: 15 de jul. de 2019

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde e desenvolvimento da juventude brasileira**: construindo uma agenda nacional. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília; 1999. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_juventude.pdf. Acesso em: 10 de jul. de 2019

OLIVEIRA, D.C.; et al. **Conhecimentos e práticas de adolescentes acerca das DST/HIV/AIDS em duas escolas públicas municipais do Rio de Janeiro**. Esc Anna Nery Rev Enferm. v. 13, n. 4, p. 833-41. Out-Dez 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n4/v13n4a20>. Acesso em: 10 de jul. de 2019

OLIVEIRA, R.L.; DIAS, S.R.S.; SOUSA, J.E.R.B. **Utilização de escalas na avaliação de lesões por pressão em pacientes críticos.** Rev. Enferm. UFPI. v. 7, n. 3, p. 54-60. Jul-Set 2018. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/7511/pdf>. Acesso em: 15 de jul. de 2019

SECRETARIA DA SAÚDE DE SÃO PAULO - SP. **Manual de atenção à saúde do adolescente.** Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde – CODEPPS. São Paulo; 2006. Disponível em: http://www.alexandracaracol.com/Ficheiros/Manual_do_Adolescente.pdf. Acesso em: 10 de jul. de 2019

SEHNEM, D.G.; FAVERO, N.B.; BONADIMAN, P.O.B. **Adolescentes que vivem com HIV/AIDS:** as redes de apoio social. Rev Enferm UFSM. v. 5, n. 2, p. 349-359. Abr-Jun 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/14996>. Acesso em: 17 de jul. de 2019

SEHNEM, D.G.; et al. **Adolescentes que vivem com HIV/aids:** experiências de sexualidade. Rev. Gaúcha Enferm. v. 39. 2018. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100438&lng=pt. Acesso em: 17 de jul. de 2019

SEHNEM, D.G.; et al. **A saúde no adolescer com HIV/aids:** caminhos para uma agenda pós-2015. Revista Gaúcha de Enfermagem. v. 36, p. 39-46. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000500039. Acesso em: 17 de jul. de 2019

THIENGO, M.A.; OLIVEIRA, D.C.; RODRIGUES, B.M.R.D.; **Representações sociais do HIV/AIDS entre adolescentes:** implicações para os cuidados de enfermagem. Rev Esc Enferm USP. v. 39, n. 1, p. 68-76. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n1/a09v39n1>. Acesso em: 10 de jul. de 2019

ANÁLISE DA UTILIZAÇÃO DA ESCALA COM FATORES PREDITIVOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPLICAÇÕES E AÇÕES DE CUIDADOS PARA ADULTOS E IDOSOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL

Monica Regina Seguro

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO

Evani Marques Pereira

Professora no Departamento de Enfermagem na Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO

Graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Estadual de Maringá

Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro

Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro

Grupo de pesquisa: Saúde do Adulto e do Idoso, Qualidade de Vida e Cuidado de Enfermagem no Ciclo Vital

Juliana Rodrigues Hamm

Professora no Departamento de Enfermagem na Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO

Graduação em enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná

Doutorado em Enfermagem pela Universidade de São Paulo EE/USP

Ana Lucia Cedorak

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO

Luana Carina Lenartovicz

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO

RESUMO: Estudo o qual objetiva comparar a classificação de risco de DCNT, segundo a aplicação de uma escala elaborada pelo Ministério da Saúde com a Escala de Ulbrich e Mantovani, bem como avaliar o efeito que esta produz. A Metodologia utilizada é de caráter quantitativo, descritivo. A amostra teve como composição, 41 participantes, dos quais 4,9% apresentem baixo risco e 51,2% para alto risco referente às complicações da Hipertensão Arterial Sistêmica, segundo classificação pela escala do Ministério da Saúde, sendo que 43,9% são de Baixo Risco e 14,6% para Alto Risco, na estratificação pela Escala de Ulbrich e Mantovani. A Escala de Ulbrich e Mantovani considera parâmetros que contemplam as necessidades dos sujeitos portadores de DCNT, caracterizando o perfil de risco destes sujeitos para o planejamento das ações no gerenciamento do cuidado, para garantir maior resolutividade da conduta terapêutica.

PALAVRAS-CHAVE: Doenças Crônicas, Hipertensão Arterial Sistêmica, Hábitos de Vida.

ANALYSIS OF THE USE OF SCALE WITH PREDICTIVE FACTORS FOR THE DEVELOPMENT OF COMPLICATIONS AND CARE ACTIONS FOR ADULTS AND ELDERLY WITH ARTERIAL HYPERTENSION

ABSTRACT: This study aims to compare the

risk classification of NCDs, according to the application of a scale prepared by the Ministry of Health with the Ulbrich and Mantovani Scale, as well as to evaluate the effect it produces. The methodology used is quantitative, descriptive. The sample consisted of 41 participants, of which 4.9% presented low risk and 51.2% for high risk referring to complications of systemic arterial hypertension, according to the classification by the Ministry of Health scale, and 43.9% are Low Risk and 14.6% for High Risk, in the stratification by the Ulbrich and Mantovani Scale. The Ulbrich and Mantovani Scale considers parameters that reflect the needs of the subjects with NCDs, characterizing the risk profile of these subjects for the planning of care management actions, to ensure greater resolution of the therapeutic conduct.

KEYWORDS: Chronic Diseases, Systemic Arterial Hypertension, Life Habits.

1 | INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT's) são uma das principais causas de morbidade e mortalidade na população brasileira, destacando-se as doenças cardiovasculares, como a Hipertensão arterial sistêmica (HAS), tornando-se fator de risco para complicações e agravamento das doenças crônicas pré-existentes (MOREIRA, 2010).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2005), define-se que a “saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não a mera ausência de moléstia ou enfermidade”. Para que o envelhecimento ocorra de forma saudável, deve haver um equilíbrio entre um bom estado de saúde físico e mental, segurança, respeito e uma participação ativa na sociedade.

A HAS é atualmente um dos fatores de risco que mais contribui para o aparecimento de doenças cardiovasculares, renais e cerebrovasculares. A HAS é uma doença que pode estar relacionada a fatores metabólicos, hormonais, ambientais, socioeconômicos e hábitos alimentares (CENATTI et al, 2013).

A incidência de doenças cardiovasculares dobra a partir dos 55 anos, principalmente na população idosa. Diante desses dados, faz-se necessário identificar e conhecer essa população, com a finalidade de evitar o agravamento do quadro clínico, proporcionando medidas de qualidade de vida, educação em saúde e aderência ao tratamento (PEREIRA, 2009).

As DCNT's, portanto, configuram um problema de saúde global, ameaçando a saúde e ao desenvolvimento humano, sendo as principais fontes da carga de doença no Brasil, e políticas importantes para sua prevenção e controle têm sido implementadas (SCHMIDT, 2011).

O Ministério da Saúde (2011) implantou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, com metas para os anos de 2011-2022, que definem e priorizam as ações e os investimentos necessários, para preparar o país para enfrentar e deter as DCNT's nestes dez anos.

O objetivo do Plano de Enfrentamento de DCNT's é o de promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco e fortalecer o conhecimento nos serviços de saúde, voltados às doenças crônicas (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

O projeto do Ministério da Saúde apresenta informações epidemiológicas do Brasil referentes aos quatro principais grupos de DCNT's (circulatórias, neoplásicas, respiratórias crônicas e diabetes mellitus) e seus fatores de risco em comum modificáveis (tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

A EUM (apêndice 2) pode auxiliar as ações de enfermagem, no planejamento do cuidado com resolutividade, classificando os fatores de risco para DCNT's, estimulando o autogerenciamento do usuário de saúde em sua condição crônica com o propósito de melhorar a qualidade de vida e diminuir as comorbidades. As condutas propostas pela escala proporcionam um planejamento das ações de enfermagem e de outras áreas da saúde para a gestão do cuidado dos indivíduos que se apresentam com HAS (ULBRICH, 2015).

2 | OBJETIVOS

Objetivo Geral: Analisar a utilização da escala com fatores preditivos para o desenvolvimento de complicações da HAS e as ações para o gerenciamento do cuidado em adultos e idoso com hipertensão.

Objetivo(s) específico(s): Comparar a classificação de risco de DCNT's do Ministério da Saúde e a da Escala de Ulbrich e Mantovani.

3 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva, a qual resume e descreve os dados, com a finalidade de conferir características de interesse, onde as variáveis cujos valores devem ser expressos em números (TOREZANI, 2004).

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Centro-Oeste, o qual foi emitido um parecer de sua aprovação com o número CAAE:68212617.2.0000.0106.

Os sujeitos da pesquisa são portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (HIPERDIA), na Unidade Básica de Saúde (UBS) Vila Carli, no município de Guarapuava-PR.

A coleta de dados ocorreu no período de março a julho de 2017, à qual foi feita a domicílio, após obtenção dos endereços dos participantes por meio do cadastro no

programa HIPERDIA na UBS. As informações foram obtidas mediante aplicação de um questionário semiestruturado e da Escala de Ulbrich e Mantovani (Apêndice 2), que caracteriza o perfil dos participantes e classifica seu grau de risco referente à HAS.

Para a realização da entrevista iniciou-se com a apresentação dos pesquisadores e dos participantes, sendo abordados através de uma conversa sobre o tema da pesquisa e quais as doenças crônicas que possuíam, permitindo a inclusão dos mesmos na pesquisa, posteriormente foram informados sobre a necessidade de registrar as informações em um questionário.

Utilizou-se um termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1) com o intuito de informar os participantes sobre as orientações de como seria feita a pesquisa, explicando seus objetivos, a confidencialidade dos dados coletados, garantindo-lhes a utilização dos mesmos somente para fins desta pesquisa, bem como a participação voluntária e a desistência se acaso for de escolha do participante.

A Escala de Ulbrich e Mantovani (EUM) traça o perfil sociodemográfico dos participantes, bem como dos seus hábitos de vida e variáveis clínicas, sendo composta por dados como idade, sexo, tabagismo, tempo de diagnóstico da HAS e medicamentos em uso, para sua classificação de risco. Com a somatória das respostas referente a estes itens, cada indivíduo terá uma pontuação, sendo classificados em um nível de risco e direcionados para um cuidado em específico na segunda parte da escala (ULBRICH, 2015).

Na amostra inicial foram obtidos 863 sujeitos cadastrados no Programa HIPERDIA. Entretanto, aplicou-se os critérios de exclusão em duas etapas. A primeira foi realizada da seguinte maneira: foram excluídos 274 nomes repetidos, 63 que apresentavam somente Diabetes Mellitus e 236 que não apresentavam o registro de sua patologia no sistema, resultando em uma amostra de 290 participantes.

Estes 290 sujeitos passaram para a segunda etapa do critério de exclusão, na qual: 9 destes se recusaram a participar da pesquisa, 12 mudaram de endereço, 22 não foram encontrados devido erro referente aos endereços cadastrados no sistema, 8 que negaram a patologia, 102 que não pertenciam ao território de abrangência da Unidade Básica de Saúde Vila Carli. Sendo então a amostra final composta por 137 pacientes, destes foram coletados de 90 participantes e 41 destes responderam ao questionário de forma completa. Os resultados obtidos foram tabulados, analisados e organizados em planilhas do Microsoft Excel 2013.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa teve como amostra a composição de 41 participantes, os quais 24 destes são mulheres (58,5%) e 17 são homens (41,5%); a predominância da faixa etária são os idosos com idade superior a 61 anos, totalizando 31 sujeitos (75,6%).

Referente a escolaridade, 37 participantes (90,2%), apresentam menos de 9 anos de estudo e 27 sujeitos são aposentados (65,9%), como podemos observar na tabela abaixo:

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	Nº	%
IDADE		
40 A 50 ANOS	1	2,4
51 A 61 ANOS	9	22,0
>61 ANOS	31	75,6
TOTAL	41	100
SEXO		
MASCULINO	17	41,5
FEMININO	24	58,5
TOTAL	41	100
ESTADO CIVIL		
CASADO(A)	32	78,0
SOLTEIRO(A)	1	2,4
VIÚVO(A)	4	9,8
DIVORCIADO(A)	4	9,8
TOTAL	41	100
Nº DE FILHOS		
1 A 3	22	53,7
>3	17	41,5
Nenhum	2	4,8
TOTAL	41	100
ESCOLARIDADE		
<9 ANOS	37	90,2
9 A 12 ANOS	2	5,0
>12 ANOS	1	2,4
NENHUMA	1	2,4
TOTAL	41	100
OCUPAÇÃO		
ATIVO(A)	5	12,2
APOSENTADO(A)	27	65,9
EXERCE ATIVIDADES DO LAR	5	12,2
DESEMPREGADO(A)	3	7,3
AUXÍLIO DOENÇA	1	2,4
TOTAL	41	100
Nº DE PESSOAS QUE MORAM NA RESIDÊNCIA		
1 A 3	34	82,9

4 A 6	7	17,1
TOTAL	41	100
RENDA FAMILIAR		
ATÉ 1 SALÁRIO	9	21,9
ATÉ 2 SALÁRIOS	27	65,9
ATÉ 3 SALÁRIOS	3	7,3
>4 SALÁRIOS	2	4,9
TOTAL	41	100
RENDA PER CAPTA		
ATÉ 1 SALÁRIO	37	90,2
ATÉ 2 SALÁRIOS	4	9,8
>3 SALÁRIOS	0	0
TOTAL	41	100

(LENARTOVICZ L.C.; SEGURO M.R. 2017)

Segundo Miranda (2002), o envelhecimento traz consigo alterações próprias que tornam o indivíduo idoso mais propenso ao desenvolvimento de HAS, correspondendo à principal doença crônica nessa população. O diâmetro da artéria aorta pode aumentar em 15% a 35% dos 20-80 anos de idade, ocorrendo diminuição da elasticidade do vaso devido a fragmentação da elastina e consequente aumento do conteúdo de colágeno, que acrescentado à arteriosclerose – enrijecimento das artérias -, estabelece um aumento da resistência vascular periférica, o que aumenta a pressão arterial (BRASIL, 2016). Desta maneira, pode se justificar a prevalência de idosos como sujeitos desta pesquisa, devido sua maior suscetibilidade para desencadear DCNT, devido modificações fisiológicas com o processo de envelhecimento.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PELO MS	Nº	%
BAIXO RISCO	2	4,9
MÉDIO RISCO	13	31,7
ALTO RISCO	21	51,2
MUITO ALTO RISCO	3	7,3
NÃO POSSUI CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PELO MS	2	4,9
TOTAL	41	100

Quadro 1 - Classificação de risco para complicações da Hipertensão Arterial Sistêmica pelo Ministério da Saúde:

(SEGURO M.R. 2017)

Os resultados do quadro 1 referem-se a classificação de risco pelo Ministério da Saúde, demonstra que 2 (4,9%) participantes apresentem Baixo Risco para as complicações da Hipertensão Arterial Sistêmica, 13 (31,7%) para Médio Risco, 13

(51,2%) para Alto Risco, 3 (7,3%) para Muito Alto Risco, e 2 (4,9%) que não possuem classificação de risco.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PELA EUM	Nº	%
BAIXO RISCO	18	43,9
MODERADO RISCO	12	29,3
ALTO RISCO	6	14,6
MUITO ALTO RISCO	3	7,3
NÃO POSSUI CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PELA EUM	2	4,9
TOTAL	41	100

Quadro 2 - Classificação de risco para complicações da Hipertensão Arterial Sistêmica pela Escala Ulbrich e Mantovani:

(SEGURO M.R. 2017)

Na classificação de risco pela Escala de Ulbrich e Mantovani, o quadro 2 retrata que 18 (43,9%) são de Baixo Risco, 12 (29,3%) em Moderado Risco, 6 (14,6%) para Alto Risco, 3 (7,3%) para Muito Alto Risco e 2 (4,9%) os quais não possuem estratificação de risco.

Comparando os dados para classificação de risco pelas duas escalas, notamos que há diferenças nos resultados. Entre os 41 participantes, 18 (43,9%) foram classificados como Baixo Risco pela escala EUM e 2 (4,9%) pelo MS como Baixo Risco. Na estratificação de Alto Risco pelo MS foram 21 (51,2%) sujeitos e 6 (14,6%) na EUM para o Alto Risco. A estratificação feita pela EUM, faz uma reclassificação do risco estimado previamente pela aplicação da escala do MS, portanto, a EUM considera parâmetros que contemplam as necessidades dos sujeitos portadores de HAS, caracterizando o perfil de risco da população para que se possa planejar as ações com maior resolutividade.

Em um estudo realizado em um hospital universitário no Sul do Brasil, obteve um total de 20% dos participantes com estratificação para alto risco para doença cardiovascular, a qual avalia critérios como gênero masculino, faixa etária geriátrica, pressão arterial descompensada. (GARCIA et al. 2016).

Correlacionando o estudo citado com a presente pesquisa, em ambos os estudos, são avaliados parâmetros em comum, como idade, sexo e tabagismo, os quais são fatores de risco para complicações cardiovasculares e sua avaliação torna-se importante para estabelecer as intervenções pertinentes para a redução de danos.

Referente aos quadros demonstrativos para classificação de risco para escala do MS e EUM, 2 (4,9%) dos participantes não possuem classificação de risco nas escalas do MS e EUM. Não foi possível a classificação destes sujeitos, por demandar de acompanhamento dos mesmos por um período maior de tempo, para realização de 2 exames complementares, sendo eles: colesterol total e glicemia de jejum. A estratificação é feita com base no Escore de risco de Framingham, segundo

recomendação feita por Ulbrich (2015) - quando não há classificação pela UBS com a escala do MS - sendo considerado os níveis séricos de glicose e lipídeos, a idade, níveis pressóricos da pressão arterial e uso de tabaco para sua avaliação (BRASIL, 2013). Estes exames complementares não constavam no prontuário eletrônico destes participantes, impossibilitando a classificação de risco cardiovascular dos mesmos, para que pudesse dar continuidade na estratificação.

A realização de exames periódicos é de suma importância, para que se possa estratificar o grau de risco que o sujeito apresenta para o desenvolvimento de complicações provenientes da HAS, bem como o seguimento dos cuidados e acompanhamento da efetividade das ações implementadas, objetivando a promoção de uma assistência integral, visando a resolubilidade das necessidades de saúde do indivíduo, com ênfase nos fatores de risco modificáveis, para que possa-se reverter as classificações de moderado, alto e muito alto risco para baixo risco, e assim, proporcionar qualidade de vida para estes indivíduos.

Portanto, torna-se necessário conscientizar os portadores de DCNT para que tragam a responsabilidade para si, sobre os cuidados que devem ter com sua saúde, com hábitos de vida saudáveis, referente a alimentação, à redução do peso corporal, ao estímulo à prática de atividade física, suspensão do uso de álcool e tabaco, visando o controle dos níveis pressóricos da pressão arterial, buscando conhecimento sobre sua patologia relacionado a redução dos riscos para desenvolvimento de agravos referente a HAS, atuando sobre seus fatores agravantes.

5 | CONCLUSÃO

A utilização da Escala de Ulbrich e Mantovani é uma forma de avaliação importante para a mensuração dos riscos para as complicações da Hipertensão Arterial Sistêmica, para que se possa traçar um planejamento para prevenção e controle dos fatores de risco que aumentam os níveis pressóricos da pressão arterial, sendo estes o tabagismo, alcoolismo, sedentarismo, inatividade física, alimentação rica em alimentos ultraprocessados e obesidade.

A EUM auxilia na promoção da saúde com a estimulação de hábitos de vida saudáveis, fazendo com que os indivíduos portadores de HAS responsabilizem-se por sua saúde, possibilitando ao enfermeiro o acompanhamento destes sujeitos, para supervisão no seguimento terapêutico. Avaliar as ações de enfermagem segundo as necessidades que demandam dessa população, auxiliando na programação em relação às condutas, para que sejam efetivas na redução dos índices de classificação para alto risco e para que promova qualidade de vida. Portanto, faz-se necessária a utilização de mais de um único score de risco para embasar as condutas terapêuticas, tendo auxílio de modelos de classificação de risco que considerem dimensões multifatoriais, avaliando as especificidades de cada indivíduo.

REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadernos de atenção básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão arterial sistêmica.** Brasília-DF, 2013

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil 2011-2022.** Brasília-DF, 2011.

BRASIL. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Arquivos brasileiros de cardiologia. **7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial.** Volume 107, 2016.

CENATTI J. L. LENTSCK M. H. PREZOTTO K. H. PILGER C. **Caracterização de usuários hipertensos de uma unidade Básica de saúde da família.** Revista de Enfermagem e de atenção à saúde, 2013.

GARCIA G.T. STAMM A.M.N.F. ROSA A.C. MARASCIULO A.C. MARASCIULO R.C. BATTISTELLA C. REMOR A.A.C. **Grau de concordância entre instrumentos de estratificação de risco cardiovascular.** Sociedade brasileira de cardiologia, 2016.

MIRANDA R.D. PERROTTI T.C. BELLINAZZI V.R. NÓBREGA T.M. CENDOROGLO M.S. NETO J.T. **Hipertensão arterial no idoso: Peculiaridades na fisiopatologia, no diagnóstico e no tratamento.** Revista Brasileira de Hipertensão, 2002.

MOREIRA T. M. M. et al. **Fatores de risco cardiovasculares em adultos jovens com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus.** Revista Gaúcha de Enfermagem. Vol 31 nº4. Porto Alegre, 2010.

OPAS. **Prevenção de Doenças Crônicas: um investimento vital.** © Copyright Organização Mundial da Saúde, 2005. Disponível em: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1_port.pdf.

PEREIRA, A. B. C. N. G. **Prevalência de acidente vascular cerebral em idosos no Município de Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil, através do rastreamento de dados do Programa Saúde da Família.** Cad. Saúde Pública vol.25 n.9. Rio de Janeiro. 2009

SCHMIDT M. I. DUNCAN B.B. SILVA G. A. MENEZES A. M. MONTEIRO C. A. BARRETO S. M. CHOR D. MENEZES P. R. **Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: Carga e desafios atuais.** Revista Saúde no Brasil, 2011.

TOREZANI W. **Apostila de Bioestatística I.** Rio de Janeiro, 2004.

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Colaborador(a),

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa: Análise da utilização da escala com fatores preditivos para o desenvolvimento de complicações e ações de cuidados para adultos com hipertensão arterial, sob a responsabilidade da professora Evani Marques Pereira, que irá analisar a utilização da escala com fatores preditivos para o desenvolvimento de complicações da HAS e as ações para o gerenciamento do cuidado em adultos com hipertensão.

1. PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA: Ao participar desta pesquisa você deverá responder à um questionário, o qual consta dados cadastrais e sociodemográficos, hábitos de vida, medicamentos em uso, presença de doenças crônicas não transmissíveis, e uma parte em que será feito exame físico.

Lembramos que a sua participação é voluntária, você tem a liberdade de não querer participar, e pode desistir, em qualquer momento, mesmo após ter iniciado a entrevista ou o exame físico, sem nenhum prejuízo para você.

2. RISCOS E DESCONFORTOS: O(s) procedimento(s) utilizado(s) serão a aplicação de um roteiro, o qual contém questões às quais podem lhe causar constrangimento, e a forma para se evitar isso, será deixando-o livre para escolher as questões a responder.

3. BENEFÍCIOS: Os benefícios esperados com o estudo são no sentido de gerar conhecimentos para a área de ciências da saúde, de modo a ser um instrumento que auxilie nas ações dos profissionais de saúde, organizando uma melhor classificação de risco aos usuários do sistema público de saúde, relacionado à prevenção do aparecimento ou agravamento das complicações das doenças crônicas não transmissíveis, com foco na atenção aos pacientes com hipertensão arterial sistêmica.

4. CONFIDENCIALIDADE: Todas as informações que o(a) Sr.(a) nos fornecer através das respostas do questionário, serão utilizadas somente para fins desta pesquisa. Seus dados pessoais e avaliações físicas, ficarão total sigilo pelos pesquisadores e seu nome não aparecerá na apresentação do trabalho.

5. ESCLARECIMENTOS: Se tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar a qualquer momento o pesquisador responsável.

Nome do pesquisador responsável: Evani Marques Pereira

Telefone para contato:

Horário de atendimento:

Endereço: Rua Simeão Camargo Varela de Sá, 03 – Vila Carli
CEP: 85040-080 – Guarapuava – PR
Bloco de Departamentos da Área da Saúde
Telefone: (42) 3629-8177

6. CONCORDÂNCIA NA PARTICIPAÇÃO: Se o(a) Sr.(a) estiver de acordo em participar deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, e receberá uma cópia deste Termo.

CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) _____, portador(a) da cédula de identidade _____, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Guarapuava, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante

Ou Representante legal

Assinatura do Pesquisador

_____, _____ de _____ de _____.

Orientador

Aluno

APÊNDICE 2

Roteiro de Entrevista Semiestruturado

DATA: __/__/__ GRUPO: _____ <input type="checkbox"/> T0 <input type="checkbox"/> T1 <input type="checkbox"/> T2		
I- DADOS CADASTRAIS		
Nome: _____	Data de Nascimento: __/__/__	P1. Idade: ___
Endereço: _____	Número: _____	
Bairro: _____		
Fone: _____	E-mail: _____	
II- DADOS SOCIODEMOGRAFICOS		
P2. Sexo <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	P3. Estado Civil <input type="checkbox"/> Casado(a) ou Amasiado(a) <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a) <input type="checkbox"/> Separado ou Divorciado(a)	P4. Número de filhos _____ <input type="checkbox"/> 1 a 3 <input type="checkbox"/> Mais de 3
		P5. Escolaridade _____ <input type="checkbox"/> <9 anos <input type="checkbox"/> 9 a 12 anos <input type="checkbox"/> > 12 anos
P6. Ocupação: _____ <input type="checkbox"/> Ativo(a) <input type="checkbox"/> Aposentado(a) <input type="checkbox"/> Exerce atividades do lar <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Auxílio doença		P7. Número de pessoas que moram na residência _____ P8. Renda familiar _____ (reais) P9. Renda per capita _____ (reais)
III- VARIÁVEIS CLÍNICAS		
P.10. Comorbidades: 1) _____ . Há quanto tempo? _____ 2) _____ . Há quanto tempo? _____ 3) _____ . Há quanto tempo? _____ 4) _____ . Há quanto tempo? _____ 5) _____ . Há quanto tempo? _____		
P.11. Complicações: 1) _____ . Há quanto tempo? _____ 2) _____ . Há quanto tempo? _____ 3) _____ . Há quanto tempo? _____ 4) _____ . Há quanto tempo? _____ 5) _____ . Há quanto tempo? _____		
P12. Tempo de diagnóstico de Hipertensão _____ (anos) <input type="checkbox"/> <1 ano <input type="checkbox"/> 1 a 5 anos <input type="checkbox"/> 6 a 10 anos <input type="checkbox"/> >10 anos	P13. Número de hospitalizações nos últimos 12 meses _____ P13.1. Motivo da hospitalização _____	

P14. Número de hospitalizações durante a pesquisa _____ P14.1. Motivo da hospitalização _____	P15. Número de medicações em uso (para hipertensão e outros agravos) _____ <input type="checkbox"/> Não usa <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 a 3 <input type="checkbox"/> 4 a 5 <input type="checkbox"/> > de 5
P16. Nome das medicações em uso (para hipertensão e outros agravos) 1) _____ Posologia: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noite Dose: _____ mg Tempo de uso _____ 2) _____ Posologia: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noite Dose: _____ mg Tempo de uso _____ 3) _____ Posologia: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noite Dose: _____ mg Tempo de uso _____ 4) _____ Posologia: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noite Dose: _____ mg Tempo de uso _____ 5) _____ Posologia: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noite Dose: _____ mg Tempo de uso _____ 6) _____ Posologia: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noite Dose: _____ mg Tempo de uso _____ 7) _____ Posologia: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noite Dose: _____ mg Tempo de uso _____ 8) _____ Posologia: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noite Dose: _____ mg Tempo de uso _____ 9) _____ Posologia: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noite Dose: _____ mg Tempo de uso _____ 10) _____ Posologia: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noite Dose: _____ mg Tempo de uso _____	
HABITOS DE VIDA	
P17. Tabagismo <input type="checkbox"/> Sim. Tempo _____ Número de cigarros/dia _____ <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ex-tabagista. Tempo _____	P18. Alcoolismo <input type="checkbox"/> Sim Tempo _____ Quantidade _____ <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Anteriormente Tempo _____ Quantidade _____
P19. Nestes últimos 30 dias com que frequência você ingeriu alimentos dos grupos abaixo? _____ <i>Alimentos in natura</i> (Legumes, verduras, frutas, batata, mandioca e outras raízes e tubérculos in natura ou embalados, fracionados, refrigerados ou congelados); _____ <i>Alimentos minimamente processados</i> (arroz branco, integral ou parboilizado, a granel ou embalado; milho em grão ou na espiga, grãos de trigo e de outros cereais; feijão de todas as cores, lentilhas, grão de bico e outras leguminosas; cogumelos frescos ou secos; frutas secas, sucos de frutas e sucos de frutas pasteurizados e sem adição de açúcar ou outras substâncias; castanhas, nozes, amendoim e outras oleaginosas sem sal ou açúcar; cravo, canela, especiarias em geral e ervas frescas ou secas; farinhas de mandioca, de milho ou de trigo e macarrão ou massas frescas ou secas feitas com essas farinhas e água; carnes de gado, de porco e de aves e pescados frescos, resfriados ou congelados, leite pasteurizado, ultrapasteurizado ("longa vida") ou em pó, iogurte (sem adição de açúcar); ovos; chá, café, e água potável.) _____ <i>Alimentos processados</i> (Cenoura, pepino, ervilhas, palmito, cebola, couve-flor	

preservados em salmoura ou em solução de sal e vinagre; extrato ou concentrados de tomate (com sal e ou açúcar); frutas em calda e frutas cristalizadas; carne seca e toucinho; sardinha e atum enlatados; queijos; e pães feitos de farinha de trigo, leveduras, água e sal.

Alimentos ultraprocesados (biscoitos, sorvetes, balas e guloseimas em geral, cereais açucarados para o desjejum matinal, bolos e misturas para bolo, barras de cereal, sopas, macarrão e temperos 'instantâneos', molhos, salgadinhos "de pacote", refrescos e refrigerantes, iogurtes e bebidas lácteas adoçados e aromatizados, bebidas energéticas, produtos congelados e prontos para aquecimento como pratos de massas, pizzas, hambúrgueres e extratos de carne de frango ou peixe empanados do tipo nuggets, salsichas e outros embutidos, pães de forma, pães para hambúrguer ou hot dog, pães doces e produtos panificados cujos ingredientes incluem substâncias como gordura vegetal hidrogenada, açúcar, amido, soro de leite, emulsificantes e outros aditivos)

Fonte: Guia Alimentar para a População Brasileira, Ministério da Saúde, 2014.

P20. Atividade Física- Tipo de atividade: _____

Regularmente (3 vezes por semana ou mais, por 30 minutos ou mais)

Esporadicamente (<3 vezes por semana)

Não

HISTORICO

EXAME FISICO

MEDIDAS ANTROPOMETRICAS E DE PRESSAO ARTERIAL

P21. Peso: _____ Kg	P22. Altura: _____ cm	P23. IMC: _____ Kg/m ² <input type="checkbox"/> Normal(18,5 a 24,9) <input type="checkbox"/> Sobrepeso(25,0 a 29,9)
---------------------	-----------------------	--

Anexo 1

Escala de predição de complicações da Hipertensão Arterial Sistêmica Parte 1

Preencha a escala fazendo um "X" na coluna "Pontuação" conforme a presença ou ausência das variáveis preditoras e em seguida faça o somatório indicando o valor na coluna "TOTAL DE PONTOS". A partir da pontuação classifique o paciente em seu estrato de risco e siga com as ações para o gerenciamento de cuidado propostas.

ESCALA ULBRICH E MANTOVANI		
Variáveis preditoras	Categoria	Pontuação
Idade (anos)	Até 55	0
	> 55	10
Sexo	Feminino	0
	Masculino	12
Tabagismo	Não	0
	Sim/ Ex-tabagista	11
Tempo do diagnóstico de hipertensão (anos)	Até 10	0
	> 10	13
Número de medicamentos em uso*	Até 4	0
	> 4	22
Depressão	Sem diagnóstico	0
	Com diagnóstico/em tratamento	14
Classificação de risco Unidade de Saúde**	Baixo	0
	Médio/alto/muito alto	18
TOTAL DE PONTOS		

*Todos os medicamentos utilizados

**Quando não tiver classificação de risco na Unidade de Saúde considera-se o risco cardiovascular de Framingham

Pontos na escala	Risco de complicação	Probabilidade de ter complicação
Até 50	Baixo	Menor do que 25%
51 a 67	Moderado	25% a 49,9%
68 a 82	Alto	50% a 74,9%
Mais de 82	Muito alto	75% ou mais

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PEDIÁTRICO EM CUIDADOS PALIATIVOS

Daiane Zaltron

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões.

Santo Ângelo – Rio Grande do Sul

Jessica Analise Rakowski

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões.

Santo Ângelo – Rio Grande do Sul

Alessandra Frizzo da Silva

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões.

Santo Ângelo – Rio Grande do Sul

Jane Conceição Perin Lucca

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões.

Santo Ângelo – Rio Grande do Sul

Vivian Lemes Lobo Bittencourt

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões.

Santo Ângelo – Rio Grande do Sul

Narciso Vieira Soares

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões.

Santo Ângelo – Rio Grande do Sul

RESUMO: Os cuidados Paliativos vêm se destacam e evoluem cada vez mais para proporcionar um atendimento com olhar diferenciado ao paciente, apresentam-se em uma linha multidimensional, que enfatiza a

importância do cuidado integral e profissionais preparados a prestar esse atendimento. O objetivo desse projeto é promover educação em saúde sobre a assistência de enfermagem prestada ao paciente pediátrico em cuidados paliativos. Trata-se de um estudo, suscitado a partir da disciplina projeto de intervenção profissional, do curso de enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões. A intervenção foi realizada com enfermeiro e técnicos de enfermagem. As integrantes apresentaram pontos positivos e interagindo durante a apresentação com trocas de conhecimentos e a busca de maneiras de implantar esses cuidados como rotina no atendimento da unidade. Diante disso concluímos que a educação em saúde auxilia o desenvolver de estratégias no aprimoramento de ações de capacitação da equipe de enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados paliativos; Cuidados de enfermagem; Pediatria.

NURSING CARE FOR PEDIATRIC PATIENT IN PALIATIVE CARE

ABSTRACT: Palliative care has come to prominence and evolve increasingly to provide care with a differentiated look to the patient, are presented in a multidimensional line, which emphasizes the importance of comprehensive

care and professionals prepared to provide this care. The objective of this project is to promote health education on nursing care provided to pediatric patients in palliative care. This is a study, raised from the project discipline professional intervention, the nursing course of the Regional Integrated University of Alto Uruguay and the Missions. The intervention was performed with nurse and nursing technicians. The members presented positive points and interacting during the presentation with knowledge exchange and the search for ways to implement this care as a routine in the unit's care. Thus, we conclude that health education helps the development of strategies for improving training actions of the nursing staff.

KEYWORDS: Palliative care; Nursing care; Pediatrics.

INTRODUÇÃO

Os Cuidados Paliativos iniciaram no século XX no Reino Unido, através dos trabalhos na área de atenção em saúde, tendo como pioneira a médica Cicely Saunders. Com criação do hospício de St. Christophers em 1967 foi um marco nesta trajetória, sendo implantados os cuidados paliativos com a finalidade de acompanhar os pacientes em fase terminal e seus cuidadores, também inclui as bases na assistência, o ensino e pesquisa na área de cuidados em saúde (DU BOULAY, 2007).

No Brasil, a prática dos cuidados paliativos surgiu no final da década de 90, destacando e evoluindo cada vez mais para proporcionar um atendimento com olhar diferenciado ao paciente, tanto adulto como crianças e seus familiares, vai além da doença, atingindo toda a complexidade do paciente, apresentam uma linha multidimensional para satisfazer as necessidades dos aspectos sociais, psicológicos e espirituais (LIMA, 2018).

Os cuidados paliativos apresentam um modelo inovador de assistência na área da saúde e vem ganhando espaço nos últimos anos diferencia se da medicina curativa por focar mais no cuidado integral, ativo e total, com ações na prevenção e promoção do conforto os pacientes que enfrentem alguma doença. Especialmente na área da enfermagem esses avanços mostram a necessidade do profissional buscar um aperfeiçoamento no modelo do cuidado paliativo, pois com o aumento de tratamentos mais eficaz a um número maior de pacientes que sobrevivem por mais tempo com doenças crônicas e necessitam de cuidados para amenizar o sofrimento e promover melhor condições de vida (MATSUMOTO, 2012). São planejamentos de cuidados voltados ao ser humano na sua integridade e na necessidade de intervenções nos sintomas físico, social, emocional e espiritual que transformam a prática em uma tarefa de equipe multiprofissional (MACIEL, 2008).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o cuidado paliativo visa melhorar à qualidade de vida daqueles que sofrem com os problemas associados a doenças. Promover medidas preventivas que aliviam o sofrimento por meio de ações da investigação precoce, avaliação e tratamento da dor e também de outros problemas

causados pelas alterações inerentes a doença, são medidas importantes para evitar o mínimo possível de sofrimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Ainda, a OMS destaca que se deve iniciar o tratamento paliativo o mais precocemente, concomitantemente ao tratamento curativo, com a utilização de todas as ações necessárias, para melhorar o conforto e a qualidade de vida por meio do controle de sintomas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007). Os avanços tecnológicos na medicina provocaram mudanças no percurso natural de algumas doenças de forma positiva, com o surgimento de novos tratamentos, encham de esperança muitos pacientes e familiares.

Esses avanços proporcionam um progresso em todas as especialidades, a crianças com doenças crônicas que sobrevivem durante longos períodos com a doença que ameaça a sua vida, atender essas crianças exige da equipe uma abordagem diferenciada, necessita de cuidados específicos, qualidade nos serviços prestados com o objetivo de um atendimento humanizado e integrado, para responder as necessidades e reduzir os sintomas melhorando a qualidade de vida (VALADARES *et al*, 2013).

Os cuidados paliativos pediátricos presta uma assistência integral às crianças e seus familiares, de forma afetiva, na promoção a qualidade de vida, no alívio do sofrimento físico e psicológico, com vistas a diminuir sintomas, preservar a dignidade, atender às necessidades de modo humanizado para que possam viver com integridade um momento tão difícil nas suas vidas (HELENO, 2013).

Segundo Heleno (2013) a criança é um ser único, individual, e a família uma unidade funcional que não tem por fim encurtar a vida da criança, os objetivos dos cuidados devem ser considerados com os desejos e valores da criança e pais. Assim, para a abordagem e cuidado a crianças com doenças crônicas, é fundamental que profissionais de saúde envolvidos estejam capacitados a prestar sua atenção e atendimento na criança e não somente na doença. Faz-se essencial identificar no paciente e em sua família as fontes de sofrimento e atuar de forma qualificada e interdisciplinar.

Os cuidados paliativos pediátricos exigem técnicas para o tratamento e alívio de sintomas físicos como dor, dispneia, insônia, fadiga. Além disso, requerer também habilidades humanizadas para outros cuidados como medo do sofrimento, abandono, tristeza, falta de recursos socioeconômicos e outras habilidades de comunicação para que definir com a família, os objetivos do cuidado para a criança. É de suma importância que toda a equipe multiprofissional trabalhe de forma integrada e com principal objetivo seja o alívio do sofrimento e que apresente características como empatia, compaixão, tempo e dedicação (DADALTO; AFFONSECA, 2018).

Para ter uma assistência de qualidade as intervenções devem ser realizadas por uma equipe multidisciplinar e interprofissional, que trabalha com um suporte além do alívio dos sintomas físicos e sim para atender às necessidades emocionais, sociais e existenciais da criança em fase final da vida e dos seus pais. Algumas medidas

incluem a educação, luto e o aconselhamento da família, suporte social e espiritual (HELENO, 2013).

O estudo se justifica na medida em que oportunizou de uma prática educativa, visando ampliar os conhecimentos da equipe de enfermagem sobre os cuidados paliativos, possibilitando assim a inclusão de estratégias capazes de contribuir para a realização de atendimento qualificado e humanizado. Assim, o estudo teve como objetivo relatar a experiência de uma ação de educação em saúde sobre a assistência de enfermagem ao paciente pediátrico em cuidados paliativos em uma unidade pediátrica.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência suscitado a partir da disciplina de projeto intervenção profissional e aplicado no âmbito hospitalar no 8º semestre do curso de graduação em enfermagem de uma Universidade filantrópica da região Noroeste do Rio Grande do Sul. A aplicação do projeto foi realizada em outubro de 2018, com duração de 1 hora.

A unidade pediátrica, dispõe de 21 leitos distribuídos em 11 quartos, divididos em privativo, semi - privativo e não privativo, a unidade atende em média 650 crianças ao mês, dependendo da época do ano. A unidade possui uma sala de recreação com TV e brinquedos diversos, a qual passou por reformas recentemente, um posto de enfermagem, e uma sala de admissão e procedimentos, expurgo, rouparia. Atende clientes do Sistema Único de Saúde e também pacientes de convênios e particulares.

A equipe de profissionais que atuam nessa unidade é composta por 12 técnicos de enfermagem distribuídos em escala de serviço, no período diurno e noturno. Pela manhã e tarde atua uma enfermeira responsável da unidade, além de uma secretaria e um médico pediatra plantonista de sobreaviso. A maioria dos atendimentos refere-se a crianças com infecção respiratória, gastrointestinais e pacientes cirúrgicos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A intervenção foi realizada em outubro de 2018, e contou com a participação de sete profissionais da equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem). A duração da apresentação foi de aproximadamente 60 minutos, sendo apresentada em forma de roda de conversa e exposição dialogada. Na sequência foi apresentado um vídeo que abordava aspectos relacionados a importância dos cuidados paliativos no ambiente da unidade.

No vídeo as protagonistas foram as integrantes da própria equipe de enfermagem da unidade pediátrica, que já vem desenvolvendo esses cuidados diferenciados, mesmo que às vezes, sem utilizar a nomenclatura de cuidados paliativos. Através do vídeo foi uma forma de demonstrar para a equipe como é importante essa

assistência que elas já aplicam e também para motiva-las a continuar a realizar esse trabalho.

Durante a intervenção foi perceptível que a equipe estava envolvida e interessada em buscar mais conhecimento científico. As integrantes apresentaram pontos positivos e interagiram durante a apresentação com trocas de conhecimento e a busca de reflexões sobre a importância da continuidade e promoção de cuidados paliativos em um ambiente permeado por rotinas.

A enfermagem requer que o profissional esteja aperfeiçoado e em busca de conhecimentos atualizados para promover melhora no cuidado prestado. Nesse sentido, a educação permanente compreende ações de promoção e desenvolvimento do processo na busca de qualificação do profissional (PASCHOAL; MANTOVANI; LACERDA, 2006).

Para a obtenção de resultados positivos, o comprometimento da equipe nas ações prestadas e um atendimento qualificado são de suma importância que haja um trabalho em equipe. Esse é um fator que influencia na satisfação do trabalhador. Na área da saúde, o trabalho em equipe, o compartilhamento, o planejamento e a divisão de tarefas, cooperar, colaborar e interagir com o próximo e com diferentes opiniões, saberes, práticas, interesses e necessidades são ações importantes (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

No entanto, trabalhar em equipe significa interligar diferentes processos de trabalhos, com base no conhecimento, valorizar a participação da equipe e construir consensos quanto aos objetivos com vistas a alcançar coletivamente os resultados (SOUSA; HAMANN, 2009).

O cuidado de enfermagem agrega várias características e dentre elas estão a interação e a comunicação que são instrumento básico de enfermagem que permitem melhorar o elo durante a assistência de enfermagem numa perspectiva mais ampliada.

Segundo Oliveira *et al* (2005), a comunicação representa uma troca de informações e compreensões entre as pessoas, com o objetivo de transmitir fatos, pensamentos e valores. É um processo humano de emissão e recepção de mensagens, no qual existem dois meios de transmissão: o verbal e o não-verbal. O verbal contempla a linguagem falada e escrita, enquanto os gestos, as expressões corporais e o toque fazem parte da forma não-verbal (OLIVEIRA *et al*, 2005).

Salienta-se a importância em preservar o ambiente infantil no âmbito hospitalar, muitas vezes é através das brincadeiras que a criança se comunica e expressa seus sentimentos, podendo ser utilizado diversos recursos como, o desenho, contar história, a comunicação são instrumentos que minimiza o processo da doença e o ambiente hospitalar e ainda promove bem-estar (SOARES *et al*, 2014).

Além disso, os cuidados paliativos apresentam características que englobam o atendimento diferenciado no propósito de proporcionar uma melhor qualidade de vida para as crianças e seus familiares, sendo prestado para responder melhor as necessidades e criando ambientes mais acolhedores (GIMARÃES *et al*, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acredita-se que é importante promover a educação em saúde sobre a assistência de enfermagem prestada ao paciente pediátrico em cuidados paliativos. Evidenciou-se que a equipe de enfermagem tem interesse pela busca de aperfeiçoamento, da associação entre o conhecimento teórico e a prática.

É de suma importância prestar esse atendimento no processo de cuidados integrais e construir uma boa relação interpessoal da equipe com os pacientes e seus familiares, com atenção às necessidades dos mesmos para tornar o trabalho mais efetivo.

Nessa perspectiva, a educação em saúde auxilia no desenvolvimento de estratégias com vistas ao aprimoramento de ações de capacitação da equipe de enfermagem. Sugere-se o desenvolvimento de novos estudos sobre essa temática para ampliação das reflexões e discussões sobre os cuidados paliativos na pediatria.

REFERÊNCIAS

DADALTO, L; AFFONSECA, C.A. Considerações médicas, éticas e jurídicas sobre decisões de fim de vida em pacientes pediátricos. **Revista Bioética**, v.26, n. 1, p.12-21, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v26n1/1983-8042-bioet-26-01-0012.pdf> Acesso em: setembro 2018.

DU BOULAY, S. **Changing the face of death**. The story of Cicely Saunders. 2.ed. Great Britain: Brightsea Press. 2007. 24p.

GUIMARÃES T. M. et al. Cuidado paliativo em oncologia pediátrica na formação do enfermeiro. **Revista Gaúcha Enfermagem** [Internet]. 2017 Mar; [cited 2018 Apr]; 38(1):e65409. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n1/0102-6933-rgenf-1983-144720170165409.pdf>. Acesso em: fevereiro 2019.

HELENO, S.L.A. Cuidados Paliativos em Pediatria. **Revista Evidências**, p41-49, 2013. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/10233/2/7..pdf> Acesso em: agosto 2018.

LIMA, C. P; Machado, M. A. Cuidadores Principais Ante a Experiência da Morte: Seus Sentidos e Significados. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 38, n.1, p.88-101, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-98932018000100088&lng=pt&nrm=iso Acesso em: agos 2018.

MACIEL, M. G. S. **Definições e princípios. Cuidado Paliativo**. São Paulo: Cremesp, 2008. p.18-21. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S0103-4014201600030015500016&lng=en Acesso em 28 de agosto de 2018.

MATSUMOTO, D. Y. **Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios**. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.) *Manual de Cuidados Paliativos*. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2012. p.23-30.

OLIVEIRA, P.S. et al. Comunicação terapêutica em enfermagem revelada nos depoimentos de pacientes internados em centro de terapia intensiva. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v.7, n.1, p. 54-63, 2005. Disponível em <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/861/1035>. Acesso em: outubro 2018

PASCHOAL, A.S; MANTOVANI M. F; LACERDA, M.R. A educação permanente em enfermagem:

subsídios para a prática profissional. **Revista Gaúcha Enfermagem**. v.27, n.3, p.336-43, 2006. Disponível em <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/462>. Acesso em: outubro 2018.

RIBEIRO, E.M; PIRES, D; BLANK, V.L.G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública*, v. 20, n. 2, p. 438-446, 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/11.pdf> Acesso em: outubro 2018.

SOARES V. A. et al. The use of playing by the nursing staff on palliative care for children with cancer. **Rev Gaúcha Enferm** [on line]. 2014 [cited 2015 jul 15]; 35(3):111-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v35n3/1983-1447-rgenf-35-03-00111.pdf>. Acesso em: fevereiro 2019.

SOUSA, M.F; HAMANN, E.M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? *Ciênc Saúde Coletiva*, v.14, n.supl1, p.1325-35, 2009. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800002 Acesso em: outubro 2018.

VALADARES MT M et al. **Cuidados paliativos em pediatria: uma revisão**. *Ver. Bioética*, v. 21, n.3, p. 486-93, 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n3/a13v21n3.pdf>. Acesso em: agosto 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Palliative care** [Internet]. 2017. Disponível em <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. Acesso em: agosto 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Palliative Care**. *Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programs*. Module 05. Genève, 2007. Disponível em: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>. Acesso em: agosto 2018.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FRENTE A ISQUEMIA CARDÍACA: ASPECTOS FÍSICOS E PSICOLÓGICOS

Joquebede Costa de Oliveira Souza

Faculdade do Vale do Jaguaribe.
Aracati-Ce.

Nataly Rocha de Lima

Faculdade do Vale do Jaguaribe.
Aracati-Ce.

Nataline Rocha de Lima

Faculdade do Vale do Jaguaribe.
Aracati-Ce.

Aldízio Júnior Gomes de Lima

Faculdade do Vale do Jaguaribe.
Aracati-Ce.

Francisca Larissa da Silva Gondim

Faculdade do Vale do Jaguaribe.
Aracati-Ce.

Francisca Marly Batista Silva

Faculdade do Vale do Jaguaribe.
Aracati-Ce.

Maria Naiane Aquino de Souza

Faculdade do Vale do Jaguaribe.
Aracati-Ce.

Priscila Alves da Silva Xavier

Faculdade do Vale do Jaguaribe.
Aracati-Ce.

Vanessa Moreira Chaves

Faculdade do Vale do Jaguaribe.
Aracati-Ce.

Taiana da Silva Silverio

Faculdade do Vale do Jaguaribe.
Aracati-Ce.

Priscila França de Araújo

Enfermeira. Mestra em Saúde e Sociedade pela Universidade Federal do Ceará – UNIFOR. Docente da Faculdade do Vale do Jaguaribe, Aracati-Ce.

Carla Nadja Santos de Sousa

Enfermeira. Mestra em Saúde e Sociedade pela Universidade Estadual do Rio Grande do Norte – UERN. Docente da Faculdade do Vale do Jaguaribe, Aracati-Ce.

RESUMO: O presente estudo tem como objetivo relatar o caso clínico de uma paciente acometida por isquemia cardíaca, investigar os processos patológicos, fisiológicos e psicológicos, para assim prestar a assistência necessária de acordo com os diagnósticos de Enfermagem. Trata-se de um relato de experiência, realizado no mês de março de 2018. Foram usados como instrumentos de coleta de dados o prontuário médico e a avaliação clínica (anamnese e exame físico) da paciente. Após o levantamento do histórico da cliente, foram pontuados três diagnósticos de acordo com a taxonomia do livro Diagnóstico de Enfermagem (DE), dos quais estão focados no psicológico da mesma, visto que evidenciava está afetado após ter sido diagnosticada com isquemia cardíaca. Através do presente estudo foi compreensível que as intervenções de enfermagem surgem como

uma ferramenta eficiente para possíveis melhoras na qualidade de vida de idosos com alteração no âmbito psicológico decorrente do enfrentamento de alguma patologia.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados de Enfermagem. Diagnóstico de Enfermagem. Cardiopatias. Idoso. Ansiedade.

NURSING CARE FOR HEART ISCHEMIA: PHYSICAL AND PSYCHOLOGICAL ASPECTS

ABSTRACT: This study aims to report the clinical case of a patient with cardiac ischemia, to investigate the pathological, physiological and psychological processes, so as to provide the necessary assistance according to the nursing diagnoses. This is an experience report, carried out in March 2018. The medical records and clinical evaluation (history and physical examination) of the patient were used as data collection instruments. After surveying the client's history, three diagnoses were scored according to the taxonomy of the book Nursing Diagnosis (ND), of which they are focused on the psychological diagnosis of the same, as evidenced is affected after being diagnosed with cardiac ischemia. Through the present study it was understandable that nursing interventions emerge as an efficient tool for possible improvements in the quality of life of the elderly with alteration in the psychological scope due to facing some pathology.

KEYWORDS: Nursing Care. Nursing Diagnosis. Heart Diseases. Old man. Anxiety.

1 | INTRODUÇÃO

As cardiopatias são apontadas como as principais causadoras de morte no Brasil. O processo de diagnóstico se configura num procedimento complexo de associação de ideias, com inclusão de dados positivos e negativos. A estimativa de doenças coronárias inicia-se de forma subjetiva já na anamnese e no exame clínico, onde hoje se busca informações sobre os principais fatores de riscos conhecidos que são: hipertensão arterial, dislipidemia, tabagismo e diabetes melitos (THIERS, et al., 2017).

A qualidade de vida alusiva a saúde atua como padrão para a evolução do conforto físico e psicológico do paciente. Esse pensamento está relacionado na experiência do indivíduo para com suas doenças e como ele reage perante elas (RODRIGUES, et al., 2015).

Doença arterial coronariana (DAC) pode apresentar-se de forma aguda e crônica. As duas formas comungam dos mesmos fatores de risco e reduzem significativamente tanto a quantidade como a qualidade de vida do enfermo. O prognóstico, nas duas formas, depende de vários fatores: idade, sexo, função ventricular, morbidades e carga de isquemia à qual o miocárdio encontra-se submetido, além da viabilidade miocárdica e dos tipos de complicações apresentadas (SANTOS; BIANCO, 2018).

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2016) muitas pessoas morrem por cardiopatias. Em 2015

17,7 milhões de pessoas morreram por doenças cardiovasculares, o que representa 31% de todas as mortes em nível mundial.

É amplamente reconhecido que a isquemia cardíaca impacta no prognóstico de pacientes guardando linearmente com a intensidade desse achado. O cliente ao procurar assistência médica quer alívio dos sintomas e melhora da qualidade de vida. Menos frequentemente está atento para mudanças prognósticas. Esse elemento deve estar presente na proposta médica. Assim, a angina está associada à piora da qualidade de vida, redução da capacidade física, depressão e maior necessidade de visitas hospitalares (SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA BRASILEIRA, 2017).

Gomes e Reis (2016) explicam que o envelhecimento é um processo natural que caracteriza uma fase da vida do ser humano e acontece por meio de distintas mudanças, tais como mudanças físicas, psicológicas e sociais que acometem um indivíduo com sobrevida prolongada. Ao analisar tais mudanças, entende-se que o envelhecimento parece ser uma fase em que as pessoas passam a refletir sobre a sua própria existência, se questionando sobre as perdas e os objetivos que alcançaram no decorrer da vida, contudo se destacam os pensamentos sobre sua existência e saúde.

Nesse sentido, o envelhecimento pode ser considerado uma etapa difícil para alguns idosos, pois a sociedade costuma ignorar o processo de envelhecimento e desprezar os conhecimentos e costumes dos quais foram adquiridos durante suas vidas. Faz-se necessário um olhar especial para aqueles que são considerados participantes à população vulnerável. Para auxiliar e contribuir com a melhora dos atendimentos e serviços prestados aos idosos, é necessário compreender a história de vida dos mesmos. (GOMES; REIS, 2016).

Nos últimos anos, a saúde do idoso vem crescendo dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), percebe-se que a mesma vem sendo explorada e pesquisada, com intuito de fortalecer e promover a ideia do envelhecimento saudável. Sobre os cuidados de Enfermagem a pessoa idosa, é indispensável que haja motivação para implantar estratégias e prevenir complicações maiores causadas por doenças da própria velhice. Dessa forma, compreende-se que o envelhecimento é caracterizado por alterações diferenciadas, e o profissional deve ter habilidades e qualificações para lidar com a variedade de situações apresentadas pela população idosa (VALCARENCHI et al, 2015).

O presente estudo tem como objetivo relatar o caso clínico de uma cliente acometida por isquemia cardíaca e investigar os processos patológicos, fisiológicos e psicológicos, para assim prestar a assistência necessária de acordo com os diagnósticos de Enfermagem.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, realizado por meio de métodos descritivos,

observacionais e clínicos. Realizado por discentes do 7º período do curso de Enfermagem da Faculdade do Vale do Jaguaribe (FVJ), como atividade complementar da disciplina “Saúde do Adulto e do Idoso II”.

O presente estudo foi desenvolvido na Unidade Básica de Saúde (UBS) de uma comunidade no interior do município de Aracati-Ce, no mês de março de 2018.

A equipe dirigiu-se a UBS com o objetivo de encontrar um idoso que portasse uma patologia cardíaca que pudesse ser estudada pelos mesmos. Ao chegar na unidade, a equipe foi recebida pelo enfermeiro da unidade que orientou o técnico de enfermagem mostrar os prontuários de todos os pacientes idosos da unidade. Na presente UBS existem 170 idosos, de 60 a 97 anos. Para escolha do paciente foi utilizado como critérios de inclusão: ser idoso e portar doença cardíaca. Dessa forma apenas um paciente se enquadrou nos requisitos exigidos.

Os instrumentos de coleta de dados foram: prontuário e avaliação clínica do participante. Na avaliação clínica foi realizada a anamnese e o exame físico. Na anamnese foi investigado os seguintes elementos: identificação, queixa principal, história da doença atual, história da doença pregressa e história familiar. Foi realizado um exame físico utilizando os métodos propedêuticos: inspeção, ausculta, percussão e palpação. Para a realização deste foi utilizado os seguintes instrumentos: estetoscópio, esfigmomanômetro e termômetro. Para definição dos diagnósticos de enfermagem foi utilizado o livro Diagnóstico de Enfermagem (DE).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A participante desse estudo foi R.M.L, 72 anos, sexo feminino, doméstica, nível de escolaridade incompleto (cursou até a 4º série do ensino fundamental). Apresenta como queixa principal dor abdominal durante a palpação na região hipocondríaca direita e na região epigástrica devido litíase biliar e hepática, queixas álgicas nos ossos e articulações por causa da osteofitose e da osteoporose, dor precordial aos grandes esforços devido à isquemia cardíaca e sono prejudicado devido nictúria.

A mesma porta os seguintes diagnósticos médicos: isquemia cardíaca, aterosclerose, osteoporose, osteofitose, artrose, colelitíase, cálculos intra-hepáticos e prolapso genital. Faz uso contínuo dos seguintes medicamentos: bissulfato de clopidogrel (Clopin), dapagliflozina em associação com cloridrato de metformina (XigDuo), succinato de metoprolol (Selozok), ácido acetilsalicílico (Somalin Cardio) e bessilato de anlodipino (pressat-anlodipino). Apresenta diabetes mellitus tipo 2 e dislipidemia há cinco anos, faz tratamento para ambos. Foi acometida por infarto agudo do miocárdio (IAM) três vezes. Nega ser etilista e tabagista. Apresenta histórico familiar de diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica (HAS).

No momento da avaliação a participante encontrava-se consciente, orientada, comunicante e com estado emocional triste. Na avaliação dos sinais vitais mostrou-

se normotensa (pressão arterial: 110x80mmHg), eupneica (frequência respiratória: 12rpm), normosfígmica (frequência cardíaca: 53bpm) e afebril (temperatura: 37°C). Na avaliação do índice de massa corporal (IMC) apresentou sobrepeso (IMC: 27). Ao exame físico: normocorada, turgor cutâneo normal. Crânio normocefálico, cabelos sem sujidades e couro cabeludo íntegro. Pupilas isocóricas e fotorreagentes à luz. Mucosa ocular normocorada. Pavilhão auditivo e cavidade nasal preservados. Mucosa oral normocorada. Em uso de prótese dentária. Pescoço simétrico, com ausência de linfonodos palpáveis. Tórax simétrico, à percussão ressonante e à palpação indolor. Ausculta pulmonar (AP): murmúrios vesiculares positivos, sem ruídos adventícios. Ausculta cardíaca: bulhas normofonéticas e normorritmicas, em dois tempos, sem sopros. Ao exame abdominal: abdome flácido, ruídos hidroáereos presentes, à percussão timpânico e doloroso à palpação na região hipocondríaca direita e na região epigástrica. A paciente relata ter prolapso genital. Membros superiores e inferiores sem presença de edema. Sem alterações na marcha. Eliminações vesicais e intestinais presente.

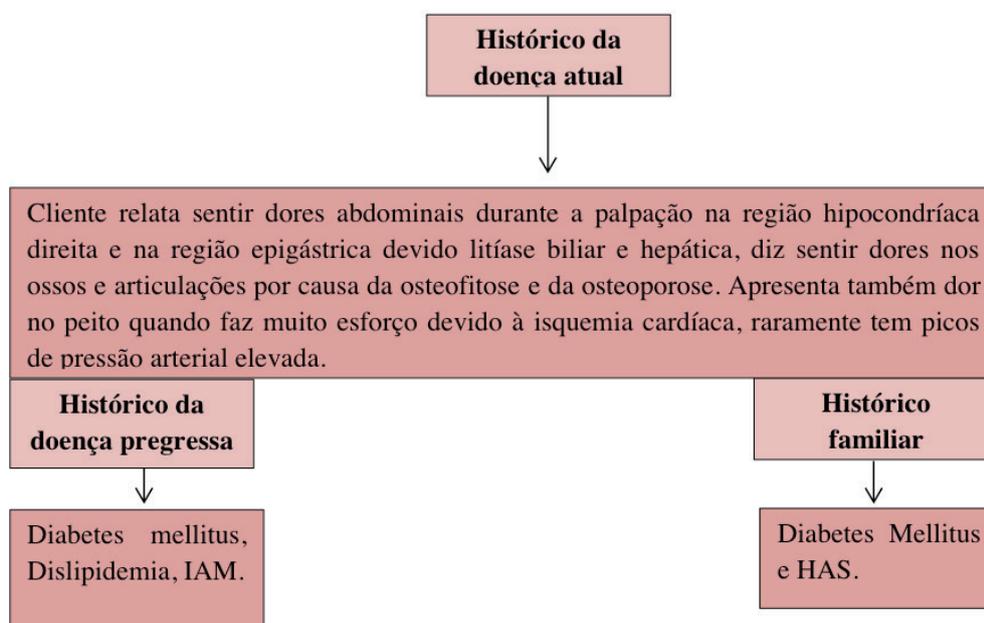


Figura 1 Mapa conceitual histórico

Após o levantamento do histórico, foram pontuados três diagnósticos de acordo com a taxonomia do livro Diagnóstico de Enfermagem (DE), dos quais estão focados no psicológico da paciente, visto que evidenciava estar afetada após ter sido diagnosticada com isquemia cardíaca. Esta patologia em especial, trouxe para a paciente preocupação, ansiedade e desconforto devido à cirurgia que posteriormente será realizada. Os diagnósticos serão apresentados na tabela 1.

Diagnóstico I	<p>DE: Insônia relacionada à ansiedade e desconforto físico, caracterizada por dificuldade de adormecer ou manter o sono.</p> <p>Resultados esperados: O cliente identificará intervenções apropriadas ao seu caso para melhorar o sono em trinta dias.</p> <p>Ações/intervenções: O enfermeiro deve ensinar medidas que facilitem o sono, incentivar a redução da ingestão de líquidos ao anoitecer e ajudar o cliente a estabelecer padrões de sono/repouso.</p>
Diagnóstico II	<p>DE: Ansiedade relacionada a condição de saúde caracterizado por preocupações expressas em virtude da mudança nas condições de vida; apreensiva, inquieta.</p> <p>Resultados esperados: Cliente apresentará formas saudáveis de lidar e expressar sua ansiedade em trinta dias.</p> <p>Ações/intervenções: O enfermeiro deve estar disponível para ouvir e conversar com o cliente, estimulá-lo a desenvolver um programa de exercícios e atividades, rever os acontecimentos e os pensamentos que procedem a crise de ansiedade.</p>
Diagnóstico III	<p>DE: Risco de solidão por relacionamentos familiares caóticos.</p> <p>Resultados esperados: O paciente identificará suas dificuldades pessoais e as maneiras de superá-las e participará de atividades sociais em trinta dias.</p> <p>Ações/intervenções: O enfermeiro deve avaliar a proximidade e a presença de familiares e pessoas significativas e se eles fornecem suporte ou não, conversar sobre as preocupações pessoais acerca dos sentimentos de solidão e a relação entre solidão e a falta de pessoas significativas e estimular a participar de grupos de apoios.</p>

Tabela 1 Diagnósticos de Enfermagem

Após a anamnese e exame físico, a participante foi orientada sobre os parâmetros de uma alimentação saudável e incentivada a se alimentar de forma correta. Quando a mesma foi indagada sobre os exercícios físicos, relatou fazer suas tarefas de casa costumeiramente, contudo sentia dificuldades e muitas vezes exaustão física por causa das doenças ósseas, mesmo assim, a participante foi orientada a fazer uma caminhada moderada e ter cuidado com as quedas em sua rotina diária.

R.M.L., mostrava sentimentos de tristeza ao relatar o quanto é difícil ser uma idosa e morar sozinha, pois além de não ter quem a ajude com os seus afazeres domésticos, por muitas vezes se sente solitária, principalmente após ter sido diagnosticada com isquemia cardíaca. Os muitos outros diagnósticos não afetaram tanto sua vida, quanto este último. O fato de ter que passar por uma cirurgia a deixava profundamente angustiada e pensativa.

Alcançar uma idade avançada com saúde é sempre uma realização. Contudo, quando se trata de patologias na vida do idoso o quadro muda, pois é um público que mostra fragilidades emocionais e físicas e por isso deve haver uma atenção especial que pode advir de alguém próximo ou até mesmo de um profissional de saúde. Certo et al (2016), fala sobre a síndrome da fragilidade e evidência que ela pode advir do envelhecimento biológico, mas ressalta que ela pode ser reduzida a partir da atenção de diversos profissionais de saúde pra cada especialidade, pois a

estimulação cognitiva, social e física poderá ser trabalhada diariamente assumindo-se como uma estratégia preventiva ao aparecimento da fragilidade no idoso.

4 | CONCLUSÃO

Através do presente estudo foi possível perceber um quadro de alterações físicas e psicológicas desenvolvidas pela paciente após o diagnóstico de isquemia miocárdica. Nesse sentido, as intervenções de enfermagem surgem como uma ferramenta eficiente para possíveis melhoras na qualidade de vida de idosos com alteração no âmbito psicológico decorrente do enfrentamento de alguma patologia.

REFERÊNCIAS

CERTO, A., SANCHEZ, K. **A síndrome da fragilidade nos idosos: revisão da literatura.** Actas de Gerontologia. 2016. Vol.2. Nº.1. Disponível em: <<https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/12983/1/fragilidade%20%20no%20idoso.pdf>>. Acesso em: 02 maio 2019

GOMES, J. B; Reis, L. A. dos. **Descrição dos sintomas de ansiedade e depressão em idosos institucionalizados no interior da Bahia, Brasil.** Revista Kairós Gerontologia. 2016 jan./mar. 19(1):175-191.2016. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/31961/22142>>. Acesso em 09 abr. 2019

OPAS - Brasil, Organização Pan-Americana da Saúde. **Doenças Cardiovasculares.** 2017. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=1096>. Acesso em: 02 maio 2019.

RODRIGEUS, G. H. P.; GEBARA, O. C. E.; GERBI, C. C. S.; PIERRI, H.; WAJNGARTEN, M. **Depressão como determinante clínico de dependência e baixa qualidade de vida em idosos cardiopatas.** Arq Bras Cardiol. 2015. 104(6): 443-449. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v104n6/pt_0066-782X-abc-20150034.pdf>. Acesso em: 04 maio 2019.

SANTOS, E. B.; BIANCO, H. T. **Atualizações em doença cardíaca isquêmica aguda e crônica.** Rev Soc Bras Clin Med. 2018 jan./mar. 16(1):52-8. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/06/884997/dezesseis_cinquenta_dois.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). **Diretriz Brasileira baseada em evidências sobre prevenção de doenças cardiovasculares em pacientes com diabetes: posicionamento da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e (SBEM).** Arq Bras Cardiol. 2017. 109(6Supl.1):1-31. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v109n6s1/0066-782X-abc-109-06-s1-0001.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2019).

THIERS, C. A.; BARBOSA, J. L.; TURA, B. R.; ARRUDA, E. F.; PEREIRA, B. B. **Performance dos testes diagnósticos na probabilidade da doença coronariana: uma análise para auxílio à tomada de decisão.** Internacional Journal of Cardiovascular Sciences. 2017. 30(6):526-532. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ijcs/v30n6/pt_2359-4802-ijcs-20170071.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2019.

VALCARENG, R. V.; LOURENÇO, L. F. L.; SIEWERT, J. S.; ALVAREZ, A. M. **Produção científica da enfermagem sobre promoção de saúde, condição crônica e envelhecimento.** Rev Bras Enferm. 2015 jul./ago. 68(4):705-12. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n4/0034-7167-reben-68-04-0705.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2019.

ANÁLISE INTEGRATIVA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E A QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Christiany Rose De Aguiar

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão - UniFacema, Caxias-MA.

Monyka Brito Lima dos Santos

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão - UniFacema, Caxias-MA.

Jociane Cardoso Santos Ferreira

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão - UniFacema, Caxias-MA.

Joyce da Silva Freitas

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão - UniFacema, Caxias-MA.

Jozenilde de Souza Silva

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão - UniFacema, Caxias-MA.

Maria Alzenira Loura do Carmo Alburquerque

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão - UniFacema, Caxias-MA.

Karllieny de Oliveira Saraiva

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão - UniFacema, Caxias-MA.

Marcilene dos Santos da Silva

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão - UniFacema, Caxias-MA.

Cintia Fernanda de Oliveira Santos

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão - UniFacema, Caxias-MA.

Francisca Clarice dos Santos Silva

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão - UniFacema, Caxias-MA.

Mariane Vieira Barroso

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão - UniFacema, Caxias-MA.

Margarida Úrsulino Barbosa

Faculdade Integral Diferencial – FACID, Teresina – PI.

RESUMO: O idoso apresenta características inerentes à sua faixa etária que o torna mais vulnerável, configurando-se como desafio à medida que implica em mudanças na comunidade, família e no contexto da enfermagem. O presente estudo objetivou analisar os enfoques abordados na produção científica acerca da assistência de enfermagem na promoção da qualidade de vida do idoso na atenção primária. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica do tipo revisão integrativa. Para a localização dos estudos relevantes, consultaram-se por meio dos descritores as bases de dados BVS (Biblioteca Virtual da Saúde) e PubMed (National Library of Medicine). Utilizaram-se estudos disponíveis em sua totalidade, publicados nos anos de 2013 até 2017, nos idiomas Português, Espanhol e Inglês. Foram excluídos da busca inicial capítulos de livros, resumos, textos incompletos, teses, dissertações, monografias, relatos técnicos e outras formas de publicação que não artigos científicos completos. Os dez estudos incluídos

nesta revisão foram identificados de A1 a A10. Os artigos abordaram a qualidade de vida do idoso, abordagem ao idoso na atenção primária de saúde, as contribuições da enfermagem para o envelhecimento saudável e a assistência de enfermagem ao idoso na atenção primária. Este estudo permitiu compreender que o enfermeiro é um profissional essencial no processo de envelhecimento e que a qualidade de vida dos idosos está diretamente relacionado a assistência prestada na atenção primária de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: saúde do idoso; qualidade de vida; enfermagem.

INTEGRATIVE ANALYSIS OF NURSING CARE AND THE QUALITY OF LIFE OF THE ELDERLY IN PRIMARY CARE

ABSTRACT: The elderly have characteristics inherent to their age that makes them more vulnerable, becoming a challenge as it implies changes in the community, family and nursing context. This study aimed to analyze the approaches addressed in the scientific production about nursing care in the promotion of the quality of life of the elderly in primary care. This is an integrative review-type bibliographic search. For the location of the relevant studies, the descriptors were the databases VHL (Virtual Health Library) and PubMed (National Library of Medicine). We used studies available in their entirety, published from 2013 to 2017, in Portuguese, Spanish and English. Book chapters, abstracts, incomplete texts, theses, dissertations, monographs, technical reports and other forms of publication than complete scientific articles were excluded from the initial search. The ten studies included in this review were identified from A1 to A10. The articles addressed the quality of life of the elderly, approach to the elderly in primary health care, the contributions of nursing to healthy aging and nursing care to the elderly in primary care. This study allowed us to understand that nurses are essential professionals in the aging process and that the quality of life of the elderly is directly related to the care provided in primary health care.

KEYWORDS: elderly health; quality of life; nursing.

1 | INTRODUÇÃO

Sabe-se que o idoso apresenta características inerentes à sua faixa etária que o torna mais vulnerável, como a diminuição da acuidade auditiva e visual e o comprometimento dos principais sistemas funcionais, que podem gerar incapacidades cognitivas, instabilidade funcional, imobilidade, incontinência, incapacidades comunicativas, maior risco para desenvolvimento de depressão e maior risco de quedas (NAKATA; COSTA; BRUZAMOLIN, 2017).

Pelo processo de envelhecimento ser multifatorial, a promoção e ações de saúde do idoso, deve ser abordada a despeito da funcionalidade global, definida como a capacidade de gerenciar a própria vida ou, ainda, de como cuidar de si mesmo. Mesmo na presença de doenças, se o indivíduo for capaz de autocuidar-se, ou seja,

apresentar autonomia e independência pode ser considerado saudável (SANTOS; SANTANA; BROCA, 2016).

A assistência de enfermagem, na saúde do idoso, tem apresentado crescentes mudanças e solidificações de conceitos já consagrados. Fato que exige dos profissionais da área da saúde uma atualização constante. Propõem-se, nesse contexto, os grupos de convivência para idosos como uma intervenção de tecnologia assistencial, entendidos como espaços de compartilhamento de vivências, estratégias para a educação em saúde e, ainda, como interação das tecnologias do processo de trabalho em saúde para efetividade do cuidado (VEIRA, 2016).

Os avanços nos cuidados de saúde levaram a um número crescente de pessoas vivendo com doenças crônicas. Ao mesmo tempo, a proporção de adultos mais velhos na população também está crescendo, aumentando ainda mais o número de pessoas com problemas de saúde crônicos devido à exposição acumulada a fatores de risco de doença crônica ao longo da vida (SON; YOU, 2015).

Como apontado por Teston, Guimarães e Marcon (2014), em termos globais, o trauma aparece entre as cinco principais causas de morte, embora seja mais frequente nos jovens e, por isso, a população idosa não costuma ser prioridade nos estudos sobre causas externas, o trauma é responsável pelos altos índices de hospitalizações na população desta faixa etária e contribui diretamente para a redução da qualidade de vida.

Nota-se que o envelhecimento populacional é um fenômeno mundial que provoca grandes desafios ao enfermeiro e a promoção da qualidade de vida aos idosos, tendo em vista o universo fisiopatológico e psicossocial singular que esse público representa. Configura-se como desafio à medida que implica em mudanças na comunidade, na família e no contexto dos serviços de saúde.

Com isso elaborou-se a seguinte questão norteadora de pesquisa: Quais evidências científicas acerca da assistência de enfermagem na promoção da qualidade de vida dos idosos na atenção primária de saúde?

Para tal, este estudo objetivou analisar os enfoques abordados na produção científica acerca da assistência de enfermagem na promoção da qualidade de vida do idoso na atenção primária. E especificamente, aponta práticas que possibilitam uma estratégia adequada às peculiaridades da pessoa idosa, aplicar medidas preventivas desenvolvidas no âmbito dos atendimentos de enfermagem aos idosos e ampliar a atuação da enfermagem na promoção da qualidade de vida das pessoas idosas.

2 | METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma pesquisa bibliográfica do tipo revisão integrativa da literatura. Este procedimento foi escolhido por possibilitar a síntese e análise do conhecimento científico já produzido sobre o tema (BOTELHO; CUNHA;

MACEDO, 2011).

Como questão norteadora desta revisão integrativa da literatura: Quais evidências científicas acerca da assistência enfermagem na promoção da qualidade de vida do idoso na atenção primária? Para a localização dos estudos, utilizou-se de descritores obtidos a partir do Medical Subject Headings (MESH) e dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), consultou-se as bases de dados PubMed da National Library of Medicine e BVS (Biblioteca Virtual da Saúde), coordenada pela BIREME e composta por bases de dados como LILACS, Medline e SciELO. Os resultados e estudos selecionados a partir da estratégia de busca em cada base de dados está descrito no quadro 1.

BASE DE DADOS	ESTRATÉGIA DE BUSCA	RESULTADOS	FILTRADOS	SELECIONADOS
BIREME (descritores DeCS)	+id:("mdl-27355296" OR "bde-25045" OR "bde-25447" OR "lil-733507" OR "lil-723425" OR "lil-684340" OR "lil-748733")	800	143	7
PubMed (descriptors MeSH)	((("aged"[MeSH Terms] OR "aged"[All Fields]) AND ("primary nursing"[MeSH Terms] OR ("primary"[All Fields] AND "nursing"[All Fields]) OR "primary nursing"[All Fields])) AND ("quality of life"[MeSH Terms] OR ("quality"[All Fields] AND "life"[All Fields]) OR "quality of life"[All Fields]) AND (Clinical Trial[ptyp] AND "loattrfull text"[sb] AND "2013/04/29"[PDat] : "2018/04/27"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms]))	550	90	0
LILACS (descritores DeCS)	au:(+id:("lil-733507" OR "lil-712340" OR "lil-754353")) AND (instance:"regional")	120	23	3

Quadro 1: Estratégias de busca utilizadas nas bases de dados BIREME, PUBMED e LILACS. Brasil, 2018.

Fonte: Bases de dados. Brasil, 2018.

Como critérios de inclusão utilizou-se estudos disponíveis em sua totalidade, publicados nos últimos seis anos, de 2013 até 2018, nos idiomas Português, Espanhol e Inglês. Foram excluídos da busca inicial capítulos de livros, resumos, textos incompletos, teses, dissertações, monografias, relatos técnicos e outras formas de publicação que não artigos científicos completos.

A análise para seleção final dos estudos foi realizada por segundo o potencial de participação no estudo, atendimento à questão norteadora, objetivos e resultados do estudo, resultando dez (10) artigos.

3 | RESULTADOS

Os estudos descritos na tabela 1 abordaram diferentes enfoques acerca da abordagem ao idoso na atenção primária a saúde, contribuições da enfermagem para o envelhecimento saudável, avaliação da qualidade de vida na terceira idade, ações e assistência de enfermagem ao idoso na atenção primária de saúde.

VARIÁVEIS	N	%
Abordagem ao idoso na Atenção Primária a Saúde (A1, A2, A3, A6, A7, A8, A9).	05	71
Contribuições da Enfermagem para o envelhecimento saudável (A4 E A5).	02	29
Avaliação da qualidade de vida na terceira idade (A2, A3, A4 E A5).	06	85
Ações e assistência de enfermagem ao idoso na Atenção primária de Saúde (A1, A2, A6, A8, A9 E A 10).	05	71

Tabela 1: Caracterização do enfoque principal dos estudos, qualidade de vida e assistência de enfermagem ao idoso na atenção primária. Caxias - MA, 2018.

Fonte: Elaboração própria. Brasil, 2018.

AUTORES ANO	TÍTULO	O B J E T I V O PRINCIPAL	QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO	P R I N C I P A I S CUIDADOS DE ENFERMAGEM
(A1) ALBERTI; ESPÍNDOLA; CARVALHO (2014)	Abordagem ao idoso na estratégia de saúde da família e as implicações para a atuação do enfermeiro.	Identificar as ações de cuidado do enfermeiro da Atenção Primária à Saúde em relação ao idoso.	Observa-se que a qualidade de vida do idosos foi prejudicada, visto que a assistência deveria contemplar a longevidade e qualidade de vida de quem envelhece e sua família.	A assistência a esse público dever estar pautada na estratégia da promoção de saúde sob a perspectiva de envelhecimento ativo e a manutenção da sua autonomia e independência.
(A2) LENARDT et al. (2016)	Fragilidade e qualidade de vida de idosos usuários da atenção básica de saúde.	Investigar a associação entre fragilidade física e qualidade de vida de idosos usuários da atenção básica de saúde da capital paranaense.	As dimensões da qualidade de vida, capacidade funcional, limitações por aspectos físicos e estado geral da saúde, estão entre as dimensões mais prejudicadas nos idosos frágeis.	As intervenções devem ser realizadas visando o controle do declínio físico com estímulo à realização das atividades básicas, instrumentais e avançadas de vida diária, suporte calórico e proteico adequado, cuidados na administração da vitamina D e redução da polifarmácia.

<p>(A3) LINHARES et al. (2014)</p>	<p>Ações de enfermagem na atenção primária e qualidade de vida do idoso: revisão integrativa.</p>	<p>Identificar na produção científica, as ações de enfermagem na atenção básica voltadas para a saúde da população idosa brasileira e analisar o modo como essas ações contribuem para qualidade de vida da população idosa do Brasil.</p>	<p>As ações de enfermagem na Atenção Primária contribuem para a qualidade de vida da população idosa quando esta ocorre por meio da identificação de necessidades e de ações que capacitem e minimizem limitações e dificuldades.</p>	<p>As ações primárias de saúde são de extrema importância, não apenas ao âmbito individual, mas também coletivo, pois contribuem para um estilo de vida saudável, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.</p>
<p>(A4) FONSECA et al. (2013)</p>	<p>Qualidade de vida na terceira idade: considerações da enfermagem.</p>	<p>Refletir acerca do envelhecimento com qualidade de vida e as considerações da enfermagem nesse processo.</p>	<p>A qualidade de vida dos idosos está diretamente relacionada a assistência prestada aos mesmos.</p>	<p>A assistência de enfermagem contribui para o bem-estar dos idosos e atender as suas necessidades. Deve-se ampliar o foco de atenção aos idosos e desenvolver estratégias de planejamento e implementação de programas de promoção de saúde que engloba a prevenção e a detecção precoce de agravos e informações de caráter educativo.</p>
<p>(A5) SANTOS et al. (2014)</p>	<p>O papel do enfermeiro na promoção do envelhecimento saudável.</p>	<p>Analisar as publicações com enfoque para reflexão acerca do envelhecimento saudável.</p>	<p>O envelhecimento saudável e com qualidade de vida ainda é muito deficiente e pouco visto.</p>	<p>A enfermagem deve promover a conscientização de que o processo de amadurecimento se torna sadio à medida que o indivíduo adota um estilo de vida saudável e entende que o fato de envelhecer não o priva de exercer suas atividades.</p>

<p>(A6) PILGER et al. (2013)</p>	<p>Compreensão sobre o envelhecimento e ações desenvolvidas pelo enfermeiro na atenção primária à saúde.</p>	<p>Compreender a percepção do enfermeiro sobre o processo do envelhecimento e identificar as ações desempenhadas pela enfermagem</p>	<p>O processo de envelhecimento está diretamente relacionado a qualidade de vida e ao bem-estar do idoso, sendo caracterizado pela perda das funções biológicas, alterações psicológicas e sociais dos mesmos.</p>	<p>Na prestação do cuidado ao idoso, há necessidade de conscientização sobre esse período da vida, com ênfase na promoção da saúde e nas práticas preventivas, objetivando o autocuidado. Assim, é essencial a manutenção de idosos em atividades produtivas na sociedade, o que contribui para seu bem-estar físico, mental e social, reduzindo riscos de incapacidades físicas e protegendo doenças, impactando positivamente na qualidade de vida.</p>
<p>(A7) OLIVEIRA; MENEZES (2014)</p>	<p>A enfermeira no cuidado ao idoso na estratégia saúde da família: sentidos do vivido</p>	<p>Compreender os sentidos do vivido da enfermeira no cuidado à pessoa idosa na estratégia saúde da família</p>	<p>No que tange à saúde da pessoa idosa, observa-se que está restrito ao atendimento no programa HIPERDIA, ou seja, a visão do idoso está voltada apenas aos idosos que apresentam uma patologia.</p>	<p>A assistência ao idoso vai muito além da troca de receitas e de orientações sobre os cuidados com a alimentação, ambiente, pressão arterial e glicemia. Ela deve buscar uma avaliação global ao idoso para direcionar a atenção para o idoso sob diversas perspectivas: ser doente; ser saudável; ser com incapacidade, entre outros.</p>
<p>(A8) SILVA et al. (2014)</p>	<p>Consulta de enfermagem ao idoso na atenção primária à saúde: revisão integrativa da literatura</p>	<p>Conhecer a publicação científica relacionada à consulta de enfermagem ao idoso na atenção primária à saúde.</p>	<p>Observa-se que os profissionais necessitam de treinamento e prática sobre modelos capacitadores de assistência que reconheçam o processo de envelhecimento, a qualidade de vida dos idosos e as formas de otimizar o envelhecimento ativo que estimulem a manter atitudes independentes.</p>	<p>A consulta de enfermagem deve possibilitar a interação idoso/enfermeiro e permitir a coleta de dados quanto ao processo saúde/doença e envelhecimento, além de servir como subsídio para a aplicação de assistência de enfermagem.</p>

(A9) SILVA et al. (2016)	Qualidade de vida na perspectiva de idosos com câncer: implicações para enfermagem na atenção básica	Analisar a qualidade de vida na perspectiva de idosos com câncer, atendidos na atenção básica.	Sobre qualidade de vida, foram destacados como elementos centrais: viver bem e ser feliz e pontuado que o diagnóstico câncer traz mudanças na vida e na perspectiva de qualidade.	A assistência de enfermagem deve ter o objetivo de desenvolver planos terapêuticos e intervenções protagonizadas e promotoras de potencialidades.
(A10) HORTA et al. (2016)	Quedas em idosos: assistência de enfermagem na prevenção	Conhecer as causas de quedas em idosos, a fim de fortalecer a assistência de enfermagem, contribuindo para a prevenção ou diminuição desta ocorrência	As quedas que acometem os idosos provocar alterações que contribuem para que o idoso se torne cada vez mais dependente, favorecendo mudanças no seu cotidiano, reduzindo assim a capacidade de realizar as atividades de vida diária e afetando a qualidade de vida dos mesmos.	O profissional enfermeiro deve procurar na sua prática com idosos identificar os fatores que influenciam na sua mobilidade, quer sejam eles físicos, psicológicos, sócio-culturais ou ambientais, a fim de que possam realizar suas atividades diárias sem riscos de sofrerem lesões por quedas.

Quadro 2: Publicações incluídas segundo autor, ano, título, objetivo principal, a qualidade de vida dos idosos e os principais cuidados de enfermagem na atenção primária de saúde. Caxias - MA. Brasil, 2018.

Fonte: Elaboração própria. Brasil, 2018.

4 | DISCUSSÃO

Os estudos abordaram diferentes formas que a enfermagem pode atuar para melhorar a qualidade de vida dos idosos que utilizam a atenção primária de saúde. A maioria tem em comum o enfoque principal diante da assistência de enfermagem ao idoso na Atenção Primária de Saúde (A1, A2, A3, A6, A7, A8 e A9); já os demais evidenciam as contribuições da Enfermagem para o envelhecimento com qualidade de vida (A4 e A5), a avaliação da qualidade de vida na terceira idade (A2, A3, A4, A5 e A9) e as ações de enfermagem na atenção primária (A1, A2, A6, A8, A9 e A10).

A abordagem aos idosos na atenção primária de saúde deve ser realizada visando a atenção integral ao idoso, tendo em vista a prevenção, promoção, reabilitação e manutenção destes usuários, com o objetivo de garantir aos idosos a efetivação de seus direitos e melhor qualidade de vida (A1, A2, A3).

É preciso uma abordagem global para com o idoso, que compreenda em sua totalidade corpo/mente, considerando seu ambiente social, econômico, cultural e físico, uma vez que a saúde tem muitas dimensões que são decorrentes da complexa interação entre fatores físicos, psicológicos e sociais da natureza humana (A6, A7, A8, A9).

Diante disso a enfermagem deve auxiliar para que os idosos consigam expandir os hábitos saudáveis, diminuindo as limitações da idade. Os profissionais da enfermagem, por meio de ações educativas em saúde, têm a possibilidade de esclarecer, orientar e motivar os clientes idosos a buscar o bem-estar e a qualidade de vida desejada (A4, A5).

Por meio da consulta de enfermagem é possível manter uma melhor interação entre idoso e enfermeiro, bem como permitir a coleta de dados quanto ao processo saúde/doença e envelhecimento, além de servir como subsídio para a aplicação de assistência de enfermagem com conhecimentos específicos em geriatria. No entanto, pode-se observar a inexistência de pressupostos teórico-metodológicos próprios da enfermagem no desenvolvimento dessa prática, o que dificulta a continuidade das ações de cuidado (A8).

Tendo em vista que as quedas estão relacionadas como a principal causa de morbidade e mortalidade na população idosa, podendo levá-lo à incapacidade, injúria e morte. Os cuidados de enfermagem neste contexto devem contribuir para a prevenção ou diminuição desta ocorrência, por meio da implementação de ações junto com cuidadores e familiares que visam adaptar o ambiente em que o idoso vive de acordo com suas necessidades e tendo o cuidado de observar alguns itens de segurança, como o uso de calçados adequados, tapetes antiderrapantes e disposição da mobília em casa (A10).

A assistência enfermagem prestada ao idosos com câncer na atenção primária de saúde tem como objetivo o desenvolvimento de um plano de cuidados multidimensionais, estimulante e construtivo transcendendo a manutenção das atividades básicas diárias em direção às atividades significativas para cada cliente, que sejam promotoras e facilitadoras da melhor qualidade de vida possível para esses idosos (A9).

Ao avaliar a qualidade de vida dos idosos que utilizam a atenção primária observa-se a multidimensionalidade que a qualidade de vida pode ter para um indivíduo ou grupo de pessoas idosas. No entanto, pode-se observar uma baixa qualidade de vida destes idosos devido à ausência da assistência de enfermagem adequada na atenção primária de saúde (A2, A3, A4, A5).

Dentre os estudos analisados, evidencia-se cuidados prestados pela enfermagem que contribua para o envelhecimento saudável e com qualidade de vida dos idosos. Diante da análise dos estudos pode-se evidenciar que o processo de envelhecimento traz consigo diversas alterações fisiológicas nos idosos, o declínio das aptidões físicas e a redução de energia, entretanto, cabe aos profissionais de saúde não permitirem que essa alteração fisiológica se torne patológica, o que culmina com um idoso inativo, acarretando-lhe diversas alterações em diversos fatores que comprometem a qualidade de vida dos idosos (A3).

Ao avaliar a percepção da enfermagem sobre o processo de envelhecimento e as ações desempenhadas pela enfermagem para melhor qualidade de vida,

evidenciou-se que os enfermeiros realizam apenas cuidados curativos aos idosos por relacionarem o processo de envelhecimento prioritariamente biológico (A5).

Porém, a percepção deve ir além das mudanças biológicas, é necessário pensar no processo de senescência, como um todo e de maneira integral. É de grande importância a implantação de ações pelo enfermeiro, direcionadas à pessoa idosa, adotando políticas que visem mais a natureza promocional e preventiva e menos curativa, contribuindo para o bem-estar físico, emocional e social da terceira idade (A6).

O estudo A4 ao expor reflexões acerca do envelhecimento com qualidade de vida e a assistência de enfermagem nesse processo, ressalta que o cuidado à saúde desses indivíduos tem o propósito de assegurar que os mesmos tenham condições de desfrutar de sua vida, contribuindo para o bem-estar e saúde dos mesmos.

Para isto é preciso que a enfermagem desenvolva seu senso crítico, sistemático, holístico, reflexivo e humanizado, sendo necessário associar a teoria à prática. É preciso ampliar o foco de atenção aos idosos e desenvolver estratégias de planejamento, implementação de programas de promoção de saúde que garantam melhores condições de vida e saúde de modo a proporcionar uma senescência saudável e, conseqüentemente melhor qualidade de vida (A4).

No estudo A1 identificou-se que a abordagem a estes idosos acontece por intermédio da participação dos mesmos nos programas do Ministério da Saúde ou através da consulta de enfermagem, nenhum desses contemplando as particularidades existentes na velhice. Ademais, as ações destinadas a esses sujeitos deveriam ser desenvolvidas de modo que contemplassem a longevidade e qualidade de vida do sujeito que envelhece e sua família e, para isso, implica em uma otimização dos serviços de saúde da atenção primária e da reestruturação de programas de modo que atendam essa população e suas especificidades.

Identificou-se no estudo A7 a necessidade de capacitar os enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família para o cuidado à pessoa idosa de forma direcionada às especificidades do processo de envelhecimento, indo além da visão restrita do atendimento na dimensão curativa.

Ao analisar a perspectiva de idosos, em tratamento de câncer acerca da qualidade de vida observou-se que a qualidade de vida é alcançada através de ações intrínsecas, autodeterminadas como a busca de bons motivos para conviver com o câncer em tratamento, concretizar ações de manutenção preventiva em saúde de forma a manter a realização de atividades de seu cotidiano, que não são necessariamente atividades básicas de vida diária, e manter a saúde mental através da busca ativa pela vontade de viver com paz interior, com alegria e de bem com a vida (A9).

Neste contexto cabe a equipe de enfermagem o desenvolvimento de um plano de cuidados multidimensionais, com ênfase no trabalho interdisciplinar com vistas a preservar a autonomia, a participação, o cuidado, a autossatisfação e a possibilidade

do idoso atuar em variados contextos sociais, promovendo assim condições favoráveis de envelhecer (A9, A5).

Tendo em vista que a queda é principal causa de morbidade e mortalidade na população idosa, podendo levá-lo à incapacidade e até mesmo morte, além de gerarem uma importante perda de autonomia e qualidade de vida, a assistência de enfermagem deve visar intervenções que visem a diminuição ou mesmo suspensão da ocorrência de quedas entre os idosos, bem como a identificação da clientela sujeita a riscos para assim orientar idosos e familiares de como prevenir quedas dentro e fora de casa (A10).

Diante das evidências observada na literatura científica fica evidente que a consulta de enfermagem é uma das formas de se prestar uma assistência adequada aos idosos que utilizam a atenção primária de saúde, no entanto para que isso aconteça é preciso que estes profissionais sejam capacitados para prestar um cuidado de qualidade pautado em referências teórico-metodológicas a fim de que ocorra uma assistência integral que vise melhor qualidade de vida dos idosos (A8).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados com a análise dos artigos contribuem para novas reflexões sobre esta temática, principalmente por parte dos profissionais da atenção primária de saúde tendo em vista o aprimoramento da assistência aos idosos. O presente estudo permitiu compreender que o enfermeiro é um profissional essencial no processo de envelhecimento e que a qualidade de vida dos idosos está diretamente relacionada a assistência prestada na atenção primária de saúde.

O profissional da atenção primária por meio de ações educativas em saúde, têm a possibilidade de esclarecer, orientar e motivar os clientes idosos a buscar o bem-estar e a qualidade de vida desejada. Os resultados encontrados evidenciam a necessidade de capacitação dos profissionais da atenção primária visando direcionar a assistência aos idosos não apenas a ações curativas, mas também no desenvolvimento de estratégias de planejamento e implementação de programas de promoção de saúde, que visem melhores condições de vida e saúde de modo a proporcionar melhor qualidade de vida aos idosos.

É fundamental que os profissionais de saúde estejam atentos e preparados para atuar de maneira sistêmica visando um viver saudável, principalmente no contexto do envelhecimento populacional. Espera-se com este estudo, possa gerar subsídios para avanços na atenção a saúde no processo de envelhecimento e qualidade de vida dos idosos acompanhados na atenção primária de saúde, de forma a proporcionar um envelhecimento saudável, melhor qualidade de vida e assistência adequada a essa população, afim de minimizar os impactos e as complicações advindas do envelhecimento.

REFERÊNCIAS

- ALBERTI, G. F.; ESPÍNDOLA, R.B.; CARVALHO, S.O.R.M. Abordagem ao idoso na estratégia de saúde da família e as implicações para a atuação do enfermeiro. **J. res.: fundam. care. Online.** v.6, n.2, p:695-702, 2014.
- BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Rev. Gestão e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 5, n. 11, p. 121-136, 2011.
- FONSECA, G. G. P. et al. Qualidade de vida na terceira idade: considerações da enfermagem. **Rev Enferm UFSM**, v.3, n.1, p:362-366, 2013.
- HORTA, H. H. L. et al. QUEDAS EM IDOSOS: assistência de enfermagem na prevenção. **Rev. Connection Line.** v.31, n. 14, 2016.
- LENARDT, M. H. et al. Fragilidade e qualidade de vida de idosos usuários da atenção básica de saúde. **Rev Bras Enferm.** v.69, n.3, p:478-83, 2016.
- LINHARES, C. D. et al. Ações de enfermagem na atenção primária e qualidade de vida do idoso: revisão integrativa. **J. res.: fundam. care. Online.** v.6, n.4, p:1630-1641, 2014.
- NAKATA, P. T.; COSTA, F. M.; BRUZAMOLIN, C. D. Cuidados de enfermagem ao idoso na estratégia de saúde da família: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line**, v.11, n.1, p:393-402, 2017.
- OLIVEIRA, A. M. S.; MENEZES, T. M. O. A enfermeira no cuidado ao idoso na estratégia saúde da família: sentidos do vivido. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.22, n.4, p:513-8, 2014.
- PILGER, C. et al. Compreensão sobre o envelhecimento e ações desenvolvidas pelo enfermeiro na atenção primária à saúde. **Rev. Ciencia y enfermeria**, v.19, n.1, p: 61-73, 2013.
- SANTOS, A. A. P. et al. O papel do enfermeiro na promoção do envelhecimento saudável. **Rev. Espaço para a saúde**, Londrina, v.15, n.2, p.21-28, 2014.
- SANTOS, G. L. A.; SANTANA, R. F.; BROCA, P. V. Capacidade de execução das atividades instrumentais de vida diária em idosos: Etnoenfermagem. **Esc Anna Nery.** v.20, n.3, 2016.
- SILVA, K. M. et al. Consulta de enfermagem ao idoso na atenção primária à saúde: revisão integrativa da literatura. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v.17, n.3, p:681-687, 2014.
- SILVA, J. A. et al. Qualidade de vida na perspectiva de idosos com câncer: implicações para enfermagem na atenção básica. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.24, n.3, p:21-41, 2016.
- SON, Y. J.; YOU, M. A. Transitional care for the elderly with chronic diseases as a vulnerable population: theoretical framework and future orientations in nursing. **J Korean Acad Nurs.** v.45, n.6, p:919-27, 2015.
- TESTON, E.F.; GUIMARÃES, P.V.; MARCON, S.S. Trauma no idoso e prevenção ao longo dos anos: revisão integrativa. **Revista Kairós Gerontologia.** v.17, n.1, p:145-155, 2014.
- VEIRA, G. A. C. M. Melhor idade: estudos no enfoque do envelhecimento com qualidade. **Rev enferm UFPE on line.** v.10, n.12, p:4705-6, 2016.

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA CONSULTA DE PUERICULTURA DA ATENÇÃO BÁSICA

Camila Firmino Bezerra

Bacharel em Enfermagem pela UNINASSAU-JP

Rosany Casado de Freitas Silva

Bacharel em Enfermagem pela UNINASSAU-JP

Josefa Jaqueline de Sousa

Bacharel em Enfermagem pela UNINASSAU-JP

Talita Costa Soares Silva

Bacharel em Enfermagem pela UNINASSAU-JP

Girlene Moreno de Albuquerque

Graduanda de enfermagem pela UNINASSAU-JP

Katiane da Silva Gomes

Graduanda de enfermagem pela UNINASSAU-JP

Maria Vitória da Silva Mendes

Graduanda de enfermagem pela UNINASSAU-JP

Thalys Maynard Costa Ferreira

Enfermeiro, Mestre Enfermagem Pediátrica pela UFPB, Professor do curso de graduação em enfermagem pela UNIPÊ-JP

Josefa Danielma Lopes Ferreira

Enfermeira, Mestre Enfermagem em Saúde do Adulto e do Idoso pela UFPB, Professora do curso de graduação em Enfermagem pela UNINASSAU-JP

Shirley Antas de Lima

Enfermeira, Mestre em Terapia Intensiva pela SOBRATI, Professora do curso de graduação em Enfermagem pela UNINASSAU-JP

puericultura na Atenção Básica. **Método:** Tratou-se de uma pesquisa de revisão integrativa da literatura do tipo descritiva, realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados LILACS, MEDLINE e BDEF. A coleta de dados ocorreu no mês de setembro de 2018, incluindo artigos nos idiomas português, inglês e espanhol com recorte temporal de 2008 a 2018. A amostra foi composta por 11 estudos.

Resultados: Dos estudos incluídos nesta revisão 27,27% foram publicados em 2013, com relação as bases de dados 81,81% dos estudos foram publicadas na LILACS, no que tange aos periódicos de publicação 18,19% foi da Revista de Enfermagem do Nordeste, em relação ao tipo de estudo 36,36% são descritivos. Construíram-se os seguintes núcleos temáticos: Ações desempenhadas pelo enfermeiro durante a consulta de puericultura; O estabelecimento do vínculo mãe, criança e enfermeiro; e Educação em saúde como estratégia do cuidado à criança. **Conclusão:** Observou-se que ainda há falhas dos enfermeiros na realização da consulta da criança. Dentre as fragilidades encontradas é pertinente destacar as orientações realizadas pelo enfermeiro sem abordar o contexto socioeconômico da criança e a falta de compromisso com atividades de educação em saúde voltadas a promoção da saúde infantil.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da Criança. Consulta de Enfermagem. Atenção Primária à

RESUMO: Objetivo: Verificar a atuação do enfermeiro no desenvolvimento da consulta de

NURSE'S PERFORMANCE IN THE CHILDCARE'S MEDICAL APPOINTMENT OF THE PRIMARY CARE

ABSTRACT: objective: to verify the role of the nurse in the development of childcare consultation in the basic attention. **Method:** an integrative review of the research literature of the descriptive type, the search in the literature was held at Virtual Health Library (VHL), in the databases LILACS, MEDLINE and BDEF. Data collection occurred in September 2018, including articles in Portuguese, Spanish and English languages with temporal of 2008 to 2018. The sample was composed of 11 studies. **Results:** the study included in this review 27.27% were published in 2013, with relation databases 81.81% of the studies were published in LILACS, with regard to publishing journals 18.19% of journal of nursing in the Northeast, according to the type 36.36% study are descriptive. Built the following thematic clusters: actions performed by the nurse during the childcare consultation; the establishment of the link mother, child and nurse; and health education as the child care strategy. **Conclusion:** it has been observed that there are still failures of nurses in the realization of the child's query. Among the weaknesses found is pertinent to highlight the guidelines carried out by nurse without addressing the socio-economic context of the child and the lack of commitment with health education activities to promote child health.

KEYWORDS: Child Health. The Nursing Consultation. Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

A criança é um ser imaturo que está em constante processo de crescimento e desenvolvimento. Ela é vulnerável a vários fatores estressores e de risco, como a imaturidade de sistemas que podem ser uma porta de entrada para afecções, além da própria adaptação da criança ao meio inserido. Esse conjunto de fatores faz com que a criança seja passível à instalação de patologias, dessa forma, necessitando de um acompanhamento dos requisitos pertinentes ao seu crescimento e desenvolvimento (DAMASCENO et al., 2016).

Considerada uma fase de intenso desenvolvimento humano, é na infância que acontecem importantes transformações fisiológicas, portanto, os distúrbios que ocorrem neste período podem acarretar graves impactos à saúde desta população. Desta forma, intervenções a fim de assegurar o bem-estar da população infantil vêm sendo utilizadas na Atenção Básica (AB) com o intuito de garantir a prevenção de agravos que possam afetar o desenvolvimento saudável das crianças (VIERA et al., 2015).

A consulta de enfermagem à criança deve ser visualizada como estratégia de promoção à saúde por meio de condutas educativas, que consistem em avaliar e proporcionar a aquisição de conhecimentos para atender também a outras carências

das crianças, tais como, comunicação, higiene, sono, nutrição, imunização, afeto e segurança (BARATIERI et al., 2014).

O Ministério da Saúde recomenda que as consultas sejam realizadas desde o nascimento da criança, continuando até os dez anos de idade. Sendo sete consultas de rotina no primeiro ano de vida: na 1ª semana de vida, no 1º mês, no 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e no 12º mês. Além destas, duas consultas no segundo ano de vida: no 18º e 24º mês. A partir do segundo ano de vida da criança, as consultas passam a ser anuais, sempre próximas ao mês de aniversário. É importante ressaltar que as crianças que necessitam de maior atenção, devem ser acompanhadas com mais frequência (BRASIL, 2012).

O interesse pelo desenvolvimento e crescimento integral e adequado da criança tem crescido mundialmente como resultado do aumento progressivo da sobrevivência infantil e do reconhecimento de que a prevenção de problemas e de patologias nesse período exerce efeitos duradouros para todo o ciclo vital. Apesar dos avanços já alcançados, os indicadores de saúde demonstram que ainda falta um longo caminho para garantir que as crianças brasileiras tenham o direito integral à saúde, como preconizado nas legislações (ASSIS et al., 2015).

Nesse sentido, a consulta de puericultura representa uma oportunidade de acompanhamento periódico e sistemático das crianças para avaliação de seu crescimento e desenvolvimento, vacinação, orientações às mães sobre a prevenção de acidentes, aleitamento materno, problemas potenciais relacionados à saúde na primeira infância, higiene individual e, também, para a identificação dos agravos, com vista à intervenção efetiva e apropriada (ALMEIDA et al., 2016).

Apesar da importância da consulta de puericultura para o crescimento pleno e saudável da criança, percebe-se que a fragilidade e despreparo dos enfermeiros atuantes da atenção básica na condução da consulta à criança é bastante elevado, principalmente quando se trata das orientações que devem ser dadas às mães bem como condutas pertinentes à terapêutica decisória ou até mesmo resolutiva destinada ao quadro conturbado de saúde da criança atendida em consultório da APS (REICHERT et al., 2015).

Mediante a problemática apresentada, é possível refletir acerca do posicionamento do profissional de enfermagem em relação à consulta de puericultura e especialmente sobre a importância dessa estratégia na redução de complicações e agravos na infância. Ante o exposto, surgiu o seguinte questionamento: Como ocorre a atuação do enfermeiro no desenvolvimento da consulta de puericultura na Atenção Básica?

Diante dessa contextualização, o objetivo deste estudo foi verificar a atuação do enfermeiro no desenvolvimento da consulta de puericultura na Atenção Básica, a partir de uma revisão integrativa em periódicos online no domínio da saúde. E assim, apresentar as discussões encontradas nas publicações, com relevância para a temática proposta.

MÉTODOS

A revisão integrativa é um método que adéqua a síntese de conhecimento e a integração da aplicação de resultados de estudos que trazem significados importantes na prática, principalmente na área da saúde (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

A busca na literatura foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando os Descritores em Ciências da Saúde (DECS): “Saúde da Criança”, “Consulta de Enfermagem”, “Atenção Primária à Saúde”.

Foi utilizado como critério de inclusão, artigos completos disponíveis nas bases de dados Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE) e Bases de Dados de Enfermagem (BDENF) nos idiomas português, inglês ou espanhol, com ano de publicação entre 2008 à 2018, e que se enquadrem no tema proposto. Foi utilizado como critério de exclusão os artigos que apresentaram duplicidade de títulos, que não estejam publicados nos anos citados e não respondem à questão norteadora da pesquisa.

Desta forma, foi realizado o cruzamento das palavras “Saúde da Criança” AND “Consulta de Enfermagem” AND “Atenção Primária à Saúde” na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), resultando um universo de 152 estudos. A seleção da amostra para essa pesquisa foi realizada respeitando os critérios de inclusão estabelecidos. No que concerne aos textos completos, apenas 66 apresentavam-se disponíveis. Com relação às bases de dados selecionadas, obteve-se um resultado de 65 publicações, em seguida foi realizada a seleção de acordo com os idiomas, resultando em 64 estudos. Posteriormente, selecionou-se conforme recorte temporal, resultando em 54 produções científicas. Por fim, com relação ao tipo de estudo, foram selecionados apenas os que se apresentavam na modalidade de artigo, desta forma, obteve-se uma população de 51 textos para serem avaliados.

Posteriormente foi realizada a leitura de títulos das publicações disponíveis e é relevante elucidar que, destes, 27 não se enquadraram ao tema proposto e 08 apresentaram repetição de títulos. Sendo assim, foram selecionados 16 artigos para análise em um primeiro momento, passando-se à leitura dos resumos, onde foram excluídas 02 publicações por não apresentarem resposta à questão norteadora da pesquisa, sendo selecionados 14 estudos para leitura na íntegra. Destes, foram excluídas 3 produções textuais, sendo selecionados 11 artigos para composição da amostra.

RESULTADOS

Dos 11 artigos que compuseram a amostra do presente estudo, 27,27% foram publicados nos anos de 2013. Em relação ao periódico 18,19% foram a Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, o tipo de estudo dos estudos foi o descritivo, com

36,36%. A base de dados onde foram encontrados mais artigos, foi a LILACS com 81,81%. Para a categorização dos trabalhos selecionados, foi elaborado um quadro como instrumento de análise dos estudos de autoria do pesquisador, composto por: Título, ano, autor, periódico, base de dados e tipo de estudo.

Título	Ano/autor	Periódico/ Base de dados	Tipo de estudo
Puericultura em enfermagem: perfil e principais problemas encontrados em crianças menores de um ano	2012 GAUTERIO, D.P.; IRALA, D. A.; CEZAR-VAZ, M.R.C.	Revista Brasileira de Enfermagem LILACS	Descritivo Exploratório
Vigilância do crescimento infantil: conhecimento e práticas de enfermeiros da atenção primária à saúde	2012 REICHERT, A. P. S. et al.	Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste LILACS	Transversal
Consulta de enfermagem: aspectos epidemiológicos de crianças atendidas na atenção primária de saúde	2013 MAEBARA, C. M. L. et al.	Revista Ciência, Cuidado e Saúde LILACS	Descritiva Transversal
Atenção à saúde da criança: prática de enfermeiros da saúde da família	2013 SOUZA, R. S. et al.	Revista Mineira de Enfermagem LILACS	Exploratória
Consulta de puericultura realizada pelo enfermeiro na estratégia saúde da família	2013 OLIVEIRA, F. F. S. et al.	Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste LILACS	Observacional e Descritivo
Consulta de enfermagem em puericultura: um enfoque nos registros de atendimentos	2014 BARATIET. et al.	Revista de Enfermagem da UFSM BDENF	Documental Descritivo- exploratório
Prática educativa de enfermeiras na atenção primária à saúde, para o desenvolvimento infantil saudável	2015 PEREIRA, M. M. et al.	Revista Cogitare Enfermagem LILACS	Exploratório descritiva e de campo
Vínculo entre enfermeiros e mães de crianças menores de dois anos: percepção de enfermeiros	2016 REICHERT, A. P. S. et al.	Revista Ciência & Saúde Coletiva LILACS	Descritivo
Implantação da puericultura e desafios do cuidado na estratégia saúde da família em um município do estado do Ceará	2016 SOARES, D. G. et al.	Revista Brasileira em Promoção da Saúde LILACS	Relato de Experiência Descritivo
Abordagem do contexto de vida da criança na consulta de enfermagem	2017 MOREIRA, M. D. S.; GAIVA, M. A. M.	Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online LILACS	Descritivo

Percepção de mães sobre o vínculo com enfermeiros na consulta à criança	2017 REICHERT, A. P. S. et al.	Revista de Enfermagem UFPE Online LILACS	Descritivo
---	--------------------------------------	---	------------

Quadro 1. Os 11 artigos que atenderam aos critérios de inclusão.

Fonte: Dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

Após leitura dos artigos selecionados, construíram-se as seguintes categorias temáticas: Ações desempenhadas pelo enfermeiro durante a consulta de puericultura; O estabelecimento do vínculo mãe, bebê e enfermeiro; Educação em Saúde como estratégia do cuidado à criança.

Ações desempenhadas pelo enfermeiro durante a consulta de puericultura

Nesta categoria, buscou-se avaliar as ações desenvolvidas pelo enfermeiro durante a consulta à criança na atenção básica (AB), visto que acompanhar a evolução desta população é um eixo constituinte para que o enfermeiro possa elaborar ações preventivas voltadas à saúde da criança no que se referem as suas dimensões biológicas, sociais e culturais.

A consulta de puericultura define-se como uma estratégia de acompanhar o crescimento e desenvolvimento da população infantil. De acordo com Baratieri et al. (2014), com base nesta atividade, torna-se possível que o enfermeiro estabeleça condutas preventivas apropriadas a cada faixa etária da criança sobre imunização, nutrição e cuidados gerais com o infante (BARATIERI et al., 2014).

Durante a consulta, o enfermeiro deve avaliar o crescimento e desenvolvimento da criança e registrá-las no gráfico da Caderneta de Saúde da Criança. Este também torna-se um momento propício para que o profissional de enfermagem obtenha dados sobre a saúde da criança, ofereça uma escuta qualificada aos pais, buscando esclarecer as dúvidas que permeiam esta fase e realize orientações sobre a alimentação adequada, imunização, higienização e prevenção de acidentes e agravos à saúde infantil (REICHERT et al., 2012). Esta atividade é vista na atenção básica como uma estratégia de reduzir e prevenir possíveis patologias prevalentes na infância.

Segundo Baratieri et al. (2014), uma das ações realizadas pelo enfermeiro é a avaliação das medidas antropométricas, onde ocorre o acompanhamento do crescimento da criança e possibilita que alterações à saúde do pequeno usuário sejam identificadas precocemente, podendo garantir a evolução saudável da criança.

Em um estudo realizado no município de Picos no Piauí, que buscou identificar as ações implementadas pelo enfermeiro durante as consultas de puericultura em unidades de saúde da família, constatou-se que ações específicas para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil vêm sendo

realizadas de maneira escassa (OLIVEIRA et al., 2013). Esse fato nos mostra a desvalorização dos enfermeiros para com a atenção à saúde da criança.

Outro fator importante que deve ser observado nas consultas de puericultura, é a situação vacinal da criança. Para Oliveira et al. (2013), quando o enfermeiro não aborda os pais sobre a imunização da criança durante as consultas, ele está excluindo a importância desta como parte dos cuidados prestados à criança. O enfermeiro deve averiguar em todas as consultas como está o esquema vacinal da criança, reforçar e orientar os pais sobre a importância da vacinação.

No que concerne aos problemas mais encontrados nas crianças durante as consultas, os autores Gauterio, Irala e Cezar-Vaz (2012) e Maebara et al. (2013), relatam que houve uma associação entre os problemas dermatológicos e alimentares. A ocorrência frequente destes problemas nos faz refletir se as orientações realizadas pelo enfermeiro durante as consultas estão sendo aderidas pelas mães. Para Gauterio, Irala e Cezar-Vaz (2012), a não adesão das orientações realizadas pelo enfermeiro está associada à condição econômica da família da criança. Desta forma, é essencial que o enfermeiro conheça a realidade socioeconômica em que a criança e sua família está inserida e realize suas orientações com base na situação financeira desta, visto que em muitos casos os recursos para o cuidado com a criança são extremamente escassos.

De acordo com Moreira e Gaíva (2017), um meio que facilita que o enfermeiro conheça o contexto socioeconômico que a criança está inserida, é a visita domiciliar, onde ele tem a oportunidade de enxergar a situação em que a criança vive, podendo assim realizar as orientações adequadas, de acordo com a realidade da família. Ao realizar as orientações durante as consultas, é salutar que o enfermeiro questione sobre quais as condições vivenciadas pela família da criança no momento, para que assim ele proponha intervenções adequadas e de melhor adesão à família da criança.

Para Soares et al. (2016), a condição social em que a família da criança está inserida pode ser percebida precocemente durante o acompanhamento do pré-natal da mãe, desta forma, o enfermeiro pode intervir previamente à agravos que possam vir a afetar a saúde da criança.

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança deve iniciar ainda nos seus primeiros dias de vida, mais precisamente na primeira semana como é preconizado pelo Ministério da Saúde (MS). De acordo com Souza et al. (2013), a importância dessa consulta prévia deve-se ao fato de que, no Brasil, os índices de mortalidade neonatal ainda são bastante elevados.

É de grande importância que todas as atividades e dados coletados durante a consulta sejam registrados pelo enfermeiro no prontuário da criança. De acordo com Baratieri et al. (2014), a falta de registro durante os atendimentos é um erro contínuo dos enfermeiros no qual deprecia seu próprio trabalho tendo em vista que as atividades que não são registradas não são consideradas como realizadas.

A literatura enfatiza que as ações concebidas pelo enfermeiro com relação à

saúde da criança, encontram-se fragmentadas, sendo este um fator que pode interferir diretamente na qualidade da puericultura oferecida a população infantil. Oliveira et al. (2013) ressalta que, por mais que a puericultura tenha a finalidade de prevenção aos agravos à saúde da população infantil, as condutas do enfermeiro ainda possuem exclusivamente caráter curativo, tornando-se necessário o conhecimento tanto dos profissionais quanto dos pais sobre a importância de acompanhar o crescimento e desenvolvimento da criança.

O estabelecimento do vínculo mãe, criança e enfermeiro

Nesta categoria, buscou-se mostrar a importância da implantação do vínculo entre o enfermeiro e mãe para o cuidado contínuo da criança, visto que quando existe a relação afetuosa entre ambos, a chance de se ter um cuidado longitudinal da criança é mais elevada.

O vínculo é caracterizado por uma relação em longo prazo entre os pacientes e o enfermeiro. E o modo como a consulta de enfermagem é realizada por este profissional, a atenção, o apoio e resolutividade frente aos problemas enfrentados pela criança e sua família são métodos reconhecidos e valorizados pelas mães (REICHERT et al., 2017).

As mães que recebem atenção para com elas e orientações sobre o cuidado com seus filhos ainda no pré-natal, possuem maior afinidade com o enfermeiro e valorizam as orientações dadas pelo mesmo. Este aspecto é corroborado pelos autores Baratieri et al. (2014) e Reichert et al. (2016) ao afirmarem que, as mães que iniciam o pré-natal com as enfermeiras dos serviços de saúde e são preparadas para o início da puericultura, estabelecem uma relação de confiança e respeito mútuo para com os profissionais, garantindo assim o cuidado contínuo à criança pós nascimento e o fortalecimento do vínculo da família não só com o enfermeiro, mas com a unidade de saúde.

Estudo realizado em João Pessoa-PB, desenvolvido junto a sete unidades de saúde da família, demonstrou a preocupação das mães em relação à qualidade do cuidado que é prestado aos seus filhos, além disso, consideraram relevante a atenção que é dada a elas durante as consultas (REICHERT et al., 2017). Para que a consulta obtenha caráter resolutivo e a formação do vínculo, faz-se necessário que o enfermeiro busque valorizar a figura materna como essencial para o cuidado com seus filhos e a vinculação entre eles e a criança (REICHERT et al., 2016). Essa relação de confiança entre mãe, enfermeiro e criança tem sido um fator importante na redução de agravos à saúde do usuário na puericultura após o nascimento.

Reichert et al. (2017) ressalta que o conhecimento nas atividades desenvolvidas pelo profissional, é um dos fatores determinantes para estabelecer uma relação de confiança entre os enfermeiros e genitores das crianças, em razão de que as estes confiam seus filhos aos cuidados do profissional e precisam estar convictas de que

foi prestada uma assistência de qualidade a eles.

A frequência com que as mães levam seus filhos aos serviços de saúde para o acompanhamento de seu crescimento e desenvolvimento pode estar ligado à qualidade de atendimento que é prestado à criança. Para as mães que comparecem com seus filhos nas consultas de puericultura, está pautado que, uma boa relação com o enfermeiro relaciona-se a um atendimento que respeita a realidade delas de forma multidimensional (REICHERT et al., 2016). Portanto, o cuidado prestado à criança deve ser entendido a partir do meio socioeconômico o qual ela está inserida, respeitando a cultura e crenças da família.

No estudo realizado pelo autor Moreira e Gaíva (2017), observa-se que o contexto cultural da mãe, criança e família por diversas vezes foi desconsiderado pelo enfermeiro que não valorizava o que as mães relatavam nas consultas, e não procuravam integralizar seus conhecimentos científicos aos saberes empíricos das mesmas. Para as mães, quando o enfermeiro respeita e valoriza sua cultura e a crença, torna-se mais fácil a aderência das orientações realizadas pelo profissional, além de pactuar uma relação pautada no respeito, confiança, troca de saberes e resolutividade das necessidades de saúde do infante. Apesar disso, observou-se que em umas consultas durante as orientações realizadas pelo enfermeiro foram desconsideradas a situação econômica da família (MOREIRA; GAÍVA, 2017).

Os autores Reichert et al. (2017) expressou que o cuidado à criança deve envolver não só a mãe, mas também a família a partir de seu ambiente físico e sociocultural, e ressalta que essa conduta possibilita que o profissional tenha uma compreensão mais ampla no sistema de saúde/doença, podendo intervir de maneira adequada valorizando ações que vão muito além de práticas com caráter apenas curativo.

É essencial que a opinião materna seja valorizada pelo profissional, tendo em vista que é a mesma que acompanha a criança no dia a dia. Os autores Reichert et al. (2016) comprova esta afirmativa ao relatar que a opinião maternal se torna importante para que o profissional de enfermagem adquira informações marcantes sobre o estado de saúde da criança, pois a mesma conhece as necessidades de seu filho.

Diante de uma relação onde se tem vínculo e confiança entre mãe e enfermeiro nota-se que as mesmas se sentem mais à vontade para falar sobre as dificuldades relacionadas não só com a criança, mas também com ela. De acordo com Reichert et al. (2017) a disponibilidade do enfermeiro e valorização do dialogo durante as consultas da criança facilitam a comunicação das mães com o profissional. Desta forma, é perceptível que o acolhimento, a atenção e a comunicação na atenção primária à saúde são instrumentos que proporciona uma relação de vínculo e confiança entre mãe e enfermeiro, capazes de assegurar uma assistência longitudinal e de qualidade para a criança, visto que o cuidado infantil é uma ação de participação e articulação entre o enfermeiro, mãe e criança.

Estudo realizado pelos autores Reichert et al. (2016) com enfermeiras que atuam em unidades de saúde da família em João Pessoa- PB aponta o acúmulo de trabalho e a não adesão das orientações dadas as mães como uma dificuldade de estabelecer um vínculo com as genitoras nas consultas da criança. Outra dificuldade também evidenciada foi a ausência das mães na Unidade de Saúde. O autor alega que, quando não existe uma relação de vínculo entre o enfermeiro e a mãe, estas só procuram o serviço de saúde diante de um processo de adoecimento da criança, destituindo as ações preventivas inerentes à puericultura. Portanto, a construção de uma relação precoce entre enfermeiro e mãe pautadas na atenção, apoio, respeito e confiança é um fator relevante para o fortalecimento do vínculo e determinante para garantir a continuidade do cuidado da criança nos serviços da atenção básica a saúde (ABS).

É necessário que o enfermeiro reconheça a figura maternal e suas necessidades, buscando sempre solucionar os problemas que possam vir a afetar a saúde infantil. Todas as orientações realizadas devem ser acompanhadas pelo enfermeiro, para que a mãe possa adquirir confiança e retorne ao serviço para acompanhar a evolução da criança (SOARES et al., 2016).

Educação em Saúde como estratégia do cuidado à criança

Nesta categoria temática, buscou-se salientar a importância das ações de educação em saúde para o cuidado à saúde da criança, visto que educar a população com base nas ações de prevenção e promoção ainda no período infantil é um eixo construtor para o crescimento e desenvolvimento adequado da criança e, conseqüentemente, para uma população de adultos saudáveis.

A educação em saúde busca garantir a prevenção e a promoção da saúde dos usuários de um serviço de atenção primária, no qual se procura modificar o estilo de vida adotado por eles. De acordo com Pereira et al. (2015), a Educação em Saúde é vista como uma técnica de capacitar a pessoa a ter uma melhor qualidade de vida, levando-a a refletir sobre suas condições de saúde e contribuir para que atitudes favoráveis ao cuidado da saúde sejam adotadas.

Por mais que a educação em saúde envolva mudanças no estilo de vida do indivíduo, a transformação de hábitos é uma tarefa difícil nos serviços de saúde. Souza et al. (2013) aponta que, para que o enfermeiro tenha maior facilidade em reeducar os usuários nos serviços de saúde, é necessário que ele desenvolva uma relação de vínculo, confiança e respeito com a comunidade, podendo assim obter sucesso nas atividades desenvolvidas na unidade.

De acordo com Baratieri et al. (2014) a educação em saúde relacionada à puericultura é uma atividade importante na atenção básica, na qual o enfermeiro deve buscar aumentar a autonomia da mãe e capacitá-la para que a mesma preste os melhores cuidados ao seu filho. As ações educativas possuem caráter de contribuição

elevado nas consultas de puericultura e fortalecem as ações desempenhadas pela família para com a criança, influenciando no desenvolvimento saudável do pequeno usuário.

Para Reichert et al. (2016), por meio da educação em saúde existe a possibilidade da troca de conhecimentos entre o enfermeiro e usuários do serviço, possibilitando que as orientações sejam realizadas com base nas dúvidas dos pais. Quando existe a troca de conhecimentos entre o profissional e pais da criança, as orientações dadas pelo enfermeiro tornam-se mais efetivas, contribuindo desta forma para um cuidado longitudinal.

No estudo realizado pelo autor Soares et al. (2016) no município de Acarati, Ceará, observou-se que as mães sentem necessidade de serem ouvidas pelos enfermeiros em relação a diversos assuntos, desta forma, nota-se que é indispensável a realização de atividades com abordagem educativa pelos profissionais, visto que durante essas atividades existe a possibilidade que as mães manifestem suas dúvidas e inseguranças com relação ao cuidado com a criança.

De acordo com Reichert et al. (2017), é perceptível que alguns enfermeiros enxergam a educação em saúde pautada em um paradigma biomédico e reconhece apenas atividades de prevenção a patologias. Para os autores, esse fator ainda existe porque as ações de educação em saúde são visualizadas apenas como uma atividade adicionada a um conjunto de práticas do profissional e não como constituinte para o cuidado da criança.

No cuidado a saúde infantil é importante destacar que a educação em saúde seja executada pelo enfermeiro objetivando possibilitar a promoção do crescimento e desenvolvimento saudável da criança. No estudo realizado pelo autor Pereira et al. (2015), percebe-se a ausência de atividades de educação em saúde com relação ao desenvolvimento infantil. Observa-se que os Enfermeiros não contemplam esse aspecto durante as consultas e fornecem apenas orientações básicas à saúde da criança. Isso é um fator preocupante, visto que na avaliação do desenvolvimento infantil é possível observar e detectar precocemente os fatores de risco para atraso deste processo, podendo intervir previamente.

CONCLUSÃO

O objetivo da pesquisa foi alcançado uma vez que possibilitou identificar com base nos artigos da amostra como está sendo realizadas as consultas de puericultura pelo profissional de enfermagem na atenção básica a saúde. Observou-se que ainda há falhas dos enfermeiros na realização da consulta da criança, sendo necessária uma atenção maior destes profissionais nas atividades por eles desempenhadas.

Dentre as fragilidades encontradas é pertinente destacar as orientações realizadas pelo enfermeiro sem abordagem do contexto socioeconômico em que a criança está inserida e a falta de compromisso com atividades de educação em saúde

voltadas a promoção da saúde infantil, desta forma, faz-se necessário a capacitação destes profissionais para ações que contribuam para o crescimento e desenvolvimento saudável da criança.

Com relação as limitações encontradas para realização do estudo, pode-se citar a escassez de trabalhos publicados com relação ao tema da pesquisa. Contudo, espera-se que este estudo possa contribuir para reflexão das atividades que devem ser desempenhadas pelo profissional de enfermagem para o crescimento e desenvolvimento saudável do infante. Considerando os resultados que se obteve nesta pesquisa, faz-se necessário investir em novos estudos relacionados a essa temática, visando contribuir para uma assistência de qualidade para a população infantil.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. C. et al. Uso do instrumento de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança no Brasil: revisão sistemática de literatura. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 34, n. 1, p. 122-131, 2016.

BARATIERI, T. et al. Consulta de enfermagem em puericultura: um enfoque nos registros de atendimentos. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 4, n. 1, p. 206 - 216, jul. 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento. **Cadernos de Atenção Básica**, Brasília- DF, n. 33, 2012.

DAMASCENO, S. S. et al. Saúde da Criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. **Ciências & Saúde Coletiva**, v.21, n. 9, p. 2961-2973, 2016.

GAUTERIO, D. P.; IRALA, D. A.; CEZAR-VAZ, M. R. Puericultura em enfermagem: perfil e principais problemas encontrados em crianças menores de um ano. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 3, p. 508-513, jun., 2012.

MAEBARA, C. M. L. et al. Consulta de enfermagem: aspectos epidemiológicos de crianças atendidas na atenção primária de saúde. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 12, n. 3, p. 500-507, jul. /set., 2013.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764 out/dez, 2008.

MOREIRA, M. D. S.; GAÍVA, M. A. M. Abordagem do contexto de vida da criança na consulta de enfermagem. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 9, n. 2, p. 432-440, abr., 2017.

OLIVEIRA, F. F. S. et al. Consulta de puericultura realizada pelo enfermeiro na estratégia saúde da família. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 14, n. 4, p. 694-703, 2013.

PEREIRA, M. M. et al. Prática Educativa de Enfermeiros na Atenção Primária à Saúde, para o desenvolvimento infantil saudável. **Revista Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 4, dez., 2015.

REICHERT, A.P. S. et al. Vigilância do desenvolvimento infantil: práticas de enfermeiras após capacitação. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 17, n. 1, p. 117-23, mar. 2015.

Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/27722>>. Acesso em: 08 nov. 2018.

REICHERT, A. P. S. et al. Percepção de mães sobre o vínculo com enfermeiros na consulta à criança. **Revista de Enfermagem UEPE online**, Recife, v. 11, n. 2, p. 483-490, fev. 2017.

REICHERT, A. P. S. et al. Vínculo entre enfermeiros e mães de crianças menores de dois anos: percepção de enfermeiros. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 8, p. 2375-2382, ago., 2016.

REICHERT, A. P. S. et al. Vigilância do crescimento infantil: Conhecimento e práticas de enfermeiros da atenção primária à saúde. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 13, n.1, p. 114-126, 2012.

SILVA, K. D. et al. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil na visão de mães da estratégia saúde da família. **Revista Brasileira Pesquisa e Saúde**, Vitória, v.16, n.2, p. 67-75, abr./jun.,2014.

SILVA, I. C. A. et al. Consulta de enfermagem em puericultura: uma realidade de atendimento. **Revista de Enfermagem UFPE online**, Recife, v. 8, n. 4, p. 966-973, abr., 2014.

SOARES, D. G. et al. Implantação da puericultura e desafios do cuidado na estratégia saúde da família em um município do estado do Ceará. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 29, n. 1, p. 132-138, jan. /mar., 2016.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão Integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, p. 102-106, 2010.

SOUZA, R. S. et al. Atenção à saúde da criança: prática de enfermeiros da saúde da família. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 331-339, abr./jun., 2013.

VIEIRA, M. M. et al. A atenção da enfermagem na saúde da criança: uma revisão integrativa da literatura. **Revista UNIARA**, v.18, n.1, jul., 2015.

AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DE BOMBAS DE INFUSÃO NA TERAPIA INTENSIVA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Fernanda dos Anjos de Oliveira

Enfermeira. Mestranda da Escola de Enfermagem Anna Nery / Universidade Federal do Rio de Janeiro – EEAN/UFRJ - Rio de Janeiro/RJ

Graciele Oroski Paes

Profª Adjunta do Departamento de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem Anna Nery / Universidade Federal do Rio de Janeiro – EEAN/UFRJ - Rio de Janeiro/RJ

RESUMO: **INTRODUÇÃO:** O avanço tecnológico em saúde é indispensável para melhoria da qualidade e segurança da assistência ao paciente. As Bombas de Infusão (BI) inteligentes (“Smart Pumps”) são um dos principais equipamentos utilizados na terapêutica destes pacientes. Considerando-se aspectos relativos à Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS), coube ressaltar a métrica da efetividade. **OBJETIVO:** Identificar e analisar na literatura fatores relacionados à usabilidade destes dispositivos no mundo real de uso. **METODOLOGIA:** Revisão Integrativa da literatura, junto às bases de dados Medline, Cinahl, Web of Science e Lilacs. Foram selecionados artigos em português, inglês e espanhol, com disponibilidade gratuita e integral, no recorte temporal de 2013-2019. Encontrou-se 121 artigos, sendo selecionados 17, que atenderam aos critérios de elegibilidade.

RESULTADOS: Apesar dos inúmeros benefícios obtidos com a incorporação das tecnologias ao trabalho da enfermagem, é necessária a identificação dos fatores humanos que interferem em sua comunicação com os aparelhos, ou seja, qual a dificuldade percebida na equipe de enfermagem no quesito interação com as máquinas. **CONCLUSÃO:** Estudos de enfermagem sobre ATS, no contexto da efetividade, ainda são muito incipientes, logo este estudo surge como uma necessidade para os serviços de saúde e seus gestores na tomada de decisão quanto a incorporação e difusão das bombas de infusão inteligentes.

PALAVRAS-CHAVE: Bombas de Infusão, Efetividade, e Cuidados de Enfermagem.

EFFECTIVENESS EVALUATION OF INFUSION PUMPS IN INTENSIVE THERAPY: A LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: **INTRODUCTION:** The technological advancement in health is indispensable for improving the quality and safety of patient care. The Smart Pumps are some of the main equipment used in the therapy of the patients. Considering the aspects related to Health Technology Assessment (HTA), the effectiveness metric was highlighted. **OBJECTIVE:** To identify and analyze the factors related to the usability of these devices in the

real world. **METHODOLOGY:** Integrative literature review with the databases Medline, Cinahl, Web of Science and Lilacs. Articles in Portuguese, English and Spanish, from 2013 to 2019 and with free and full availability, were selected. 121 articles were found and 17 were selected according to the eligibility criteria. **RESULTS:**

Despite the numerous benefits obtained from the incorporation of technologies in nursing work, the identification of the human factors that interfere in the communication with the devices is required, i.e., the perceived difficulty in the nursing team regarding the interaction with the machines. **CONCLUSION:** Nursing studies about the HTA, in the context of effectiveness, are still very incipient, so this study emerges as a necessity for health services and for the managers in decision making regarding the incorporation and diffusion of smart infusion pumps.

KEYWORDS: Infusion Pumps, Effectiveness and Nursing Care.

1 | INTRODUÇÃO

Inquestionavelmente, o avanço tecnológico em saúde é indispensável para melhoria da qualidade e segurança da assistência ao paciente, uma vez que afeta diretamente áreas como a da pesquisa, dos tratamentos e diagnósticos. Avanços estes, que favorecem o uso de um conteúdo clínico baseado em evidências científicas, uma vez que sua inserção na prática do cuidado, só é feita mediante comprovações científicas de sua eficácia.

Estas novas tecnologias tem se inserido principalmente nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), e com isso as demandas geradas ao sistema de saúde pela indústria, pacientes e profissionais de saúde, tem aumentado constantemente. Isto gera inúmeros benefícios à população, porém também ocasiona novos riscos, pois os profissionais tem se deparado com equipamentos médicos compostos por interfaces computacionais cada vez mais complexas (BRASIL, 2017; SILVA, R.C.; FERREIRA, M.A.; APOSTOLIDIS, T., 2014; HOLSBACH, L.R.; NETO, F.J.K.; HOLSBACH, 2013).

O avanço tecnológico precisa estar associado à evolução do conhecimento e atuação dos profissionais de saúde, uma vez que as inovações tem surgido constantemente no mercado comercial, e, conseqüentemente, nos hospitais de pequeno, médio e grande porte.

Diante dessa nova realidade, o profissional defronta-se com situações críticas no que concerne ao cuidado de enfermagem envolvendo EMA, tais como: despreparo técnico, elevado risco de erros, desempenho insatisfatório, alto custo de manutenção, adoções desnecessárias, elevado índice de reparos, uso inadequado e a rápida obsolescência tecnológica (BRASIL, 2013).

De 2014 a 2017, o *Emergency Care Research Institute* (ECRI) organização sem fins lucrativos dos Estados Unidos da América, especializada em perigos decorrentes da utilização de EMA, apresentou, no topo de sua lista, os alarmes e os erros de administração de medicações envolvendo o uso de bombas de infusão como os

maiores perigos das tecnologias em saúde (ECRI, 2018).

A Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) é a síntese do conhecimento produzido sobre as implicações da utilização das tecnologias e constitui subsídio técnico importante para a tomada de decisão sobre difusão e incorporação de tecnologias em saúde. Seu objetivo é verificar aspectos como eficácia, efetividade, segurança, custo, dentre outros, e avaliar o impacto clínico, social e econômico, quando comparado as demais alternativas. Caracteriza-se como uma área de atuação multiprofissional, onde os vários profissionais atuam em prol da incorporação de produtos efetivamente utilitários para os serviços de saúde.

Por isso, neste estudo optou-se pela perspectiva tecnológica envolta na utilização de equipamentos médicos, pois, em média, 80% dos pacientes hospitalizados recebem terapia por infusão, sendo esta média ainda maior nas UTI, e dentre os riscos existentes na assistência à saúde, a infusão de medicamentos é uma preocupação constante (BRASIL, 2013).

Portanto, com o intuito de contribuir com pesquisas que deem visibilidade à problemática, o presente estudo teve como objetivo: Identificar e analisar na literatura fatores relacionados à usabilidade destes dispositivos no mundo real de uso (métrica de efetividade).

2 | METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura, pois permite que se faça uma síntese dos resultados de estudos específicos a respeito de um tópico. Sendo assim, a análise dos estudos selecionados foi norteada pela seguinte pergunta de pesquisa: Qual o impacto da usabilidade para a efetividade de bombas de infusão na terapia intensiva?

Os estudos foram selecionados por meio de pesquisa eletrônica nas seguintes bases de dados: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (PubMed/MEDLINE), Latin American and Caribbean Center in Health Sciences Information (LILACS), Web of Science Core Collection e Cinahl. Os descritores usados na estratégia de pesquisa foram extraídos do Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e do Medical Subject Headings (MeSH), sendo estes: “Bombas de Infusão”, “Efetividade” e “Cuidados de Enfermagem”.

Os critérios de inclusão delimitados para pré-seleção dos estudos foram: artigos que envolvessem a temática de efetividade do uso de bombas de infusão na terapia intensiva; publicados em periódicos nacionais e internacionais nos últimos seis anos (2013-2019); que contemplassem o objetivo proposto; em língua inglesa, portuguesa e espanhola; e com disponibilidade gratuita e integral. Foram excluídos teses de doutorado, dissertações de mestrado, editoriais, cartas ao editor e artigos de reflexão e atualização.

A partir das buscas nas bases de dados e aplicação dos critérios de elegibilidade,

foram incluídos 17 estudos na presente revisão. A Figura 1 apresenta o fluxograma de seleção desses estudos.

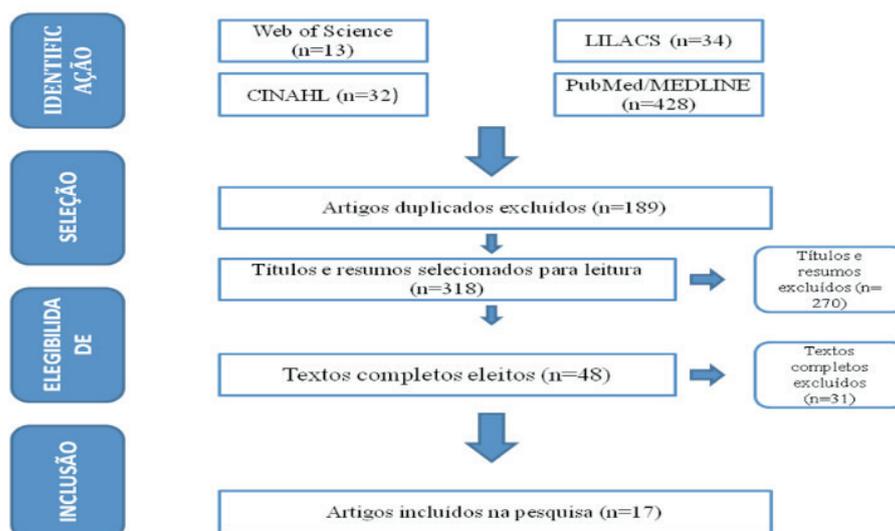


Figura 1. Fluxograma de seleção dos artigos incluídos na pesquisa segundo a metodologia PRISMA. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2019.

A fase inicial da análise deu-se com base nos títulos e resumo de todos os artigos que preenchiam os critérios empregados, obtendo-se um quantitativo de 48 artigos, dentre os quais, em um segundo momento, foram avaliados por um instrumento elaborado pela pesquisadora, com o objetivo de analisar como o estudo poderia contribuir para a problemática da pesquisa.

Este instrumento abarcava as principais informações dos estudos, tais como: autores, ano de publicação e local, objetivos, nível de evidência dos estudos, metodologia e principais resultados, sendo selecionados na fase final, os 17 manuscritos utilizados nesta pesquisa.

3 | RESULTADOS

A caracterização dos estudos incluídos na revisão indicou que, quanto ao ano de inclusão, 2016 foi o ano com maior quantidade de publicações, representando 23% do total, porém, notou-se que ficou bem equilibrada a distribuição das publicações, o que demonstra que o tema vem sendo mais estudado ao longo dos anos, mas ainda de forma incipiente.

É possível verificar através do quadro 1 os principais achados nos artigos selecionados para a presente pesquisa:

Autor (es), Ano e País	Objetivo(s) da Pesquisa	Nível de evidência*	Tipo de Estudo	Principais achados
1- Holsbach, L. R.; Kliemann Neto, F. J.; Holsbach, N. Brasil, 2013.	Analisar os problemas decorrentes de eventos adversos (EA) gerados da utilização de BI e desenvolver um instrumento de identificação de habilidades e usabilidades de BI.	Alto	Revisão Sistemática	<ul style="list-style-type: none"> - Erros na programação das bombas provocaram EA; - Manipulação e falta de conhecimento influenciaram no efeito do uso das bombas de infusão.
2- Ardila, M. A.; Gómez, A.; Camacho-Cogollo, J. E. Colombia, 2016.	Diagnosticar o estado dos processos de incorporação de tecnologias nas diferentes instituições de saúde e Definir quais etapas críticas fazem parte deste processo.	Alto	Revisão Sistemática	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliou-se que a usabilidade foi positiva nos aspectos avaliados, pois demonstrou a importância na efetividade do uso e incorporação de tecnologias em saúde.
3- Borges, W. F.; Mendes, E. G., Brasil, 2018.	Identificar e caracterizar funcional e efetivamente, a partir do ponto de vista dos usuários, aplicativos de <i>smartphones</i> e/ou <i>tablets</i> que assumem função de recursos de Tecnologia Assistiva e vem sendo utilizados por pessoas com baixa visão.	Moderado	Estudo observacional, descritivo.	<ul style="list-style-type: none"> - Destacaram-se, segundo a métrica da efetividade, os aplicativos destinados ao acesso a conteúdos textuais, impressos ou digitais, e outros para realização de tarefas cotidianas, laborais, de estética e de navegação (orientação e mobilidade).
4- Lahm, J. V.; Carvalho, D. R., Brasil, 2015.	Avaliar a usabilidade e as dificuldades encontradas por profissionais de enfermagem no manuseio de prontuário eletrônico do paciente.	Moderado	Pesquisa exploratória, descritiva.	<ul style="list-style-type: none"> - Dentre as características avaliadas de usabilidade do prontuário eletrônico do paciente destacam-se positivamente a adequação à tarefa e negativamente à adequação ao aprendizado.
5- Barra, D. C. C.; Dal Sasso, G. T. M.; Almeida, S. R. W. Brasil, 2015.	Analisar a usabilidade do Processo de Enfermagem Informatizado em Unidades de Terapia Intensiva de acordo com os critérios estabelecidos pelos padrões da <i>International Organization for Standardization</i> (ISO: 9126-1, 9241-1) e da Associação Brasileira de Normas Técnicas (NBR: 9241-11) para sistemas.	Alto	Estudo de coorte experimental.	<ul style="list-style-type: none"> - Os critérios avaliados (uso, conteúdo e interface) mostraram que a CIPE (Classificação Internacional para práticas de Enfermagem) possui critérios de usabilidade, pois integra estrutura lógica de dados, avaliação clínica, diagnósticos e intervenções de enfermagem.

<p>6- Almeida, S. R. W.; Dal Sasso, G. T. M.; Barra, D. C. C. Brasil, 2016.</p>	<p>Analisar os critérios de ergonomia e usabilidade do Processo de Enfermagem Informatizado, baseado na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva, segundo a ISO.</p>	<p>Alto</p>	<p>Estudo de coorte experimental.</p>	<p>- A organização, conteúdo e critérios técnicos foram considerados “excelentes”, e os critérios de interface (manipulação) dos equipamentos foram considerados “muito bons”.</p>
<p>7- Passamani, R. F.; et. Al. Brasil, 2016.</p>	<p>Analisar a usabilidade de alarmes sonoros disparados por Ventiladores Mecânicos em Unidade de Cuidados Intensivos.</p>	<p>Moderado</p>	<p>Estudo Observacional Descritivo.</p>	<p>- Durante 30 horas de observação, foram registrados 129 alarmes disparados pelo VM, dos quais, somente cinco tiveram resposta e 124 fatigaram. Apenas 36 foram classificados como consistentes.</p>
<p>8- Yamamoto, T. T. I.; Bandiera-Paiva, P.; Ito, M. Brasil, 2015.</p>	<p>Avaliar interfaces gráficas de dois sistemas utilizados por grandes hospitais de São Paulo.</p>	<p>Alto</p>	<p>Estudo observacional comparativo.</p>	<p>- Os resultados obtidos indicam que os dois sistemas estudados apresentam pontos positivos e negativos de usabilidade. Houve, para seis dos oito dos critérios estudados, a concordância de resultados nas duas metodologias de avaliação utilizadas.</p>
<p>9- Grebin, S. Z; et. Al. Brasil, 2018.</p>	<p>Propor uma estratégia de análise que avalia o efeito do contexto de uso na medição de usabilidade de bombas de infusão.</p>	<p>Moderado</p>	<p>Estudo do tipo <i>Survey</i>, de abordagem quantitativa.</p>	<p>- O ambiente mostrou influência sobre um maior número de variáveis, afetando, inclusive, o grau de confiança nos procedimentos. Três indicadores foram criados: procedimentos de uso, ambiente e aspectos da máquina. Os indicadores permitiram avaliar quais marcas, tipos de procedimentos e quais ambientes têm melhores resultados.</p>
<p>10- Padrini-Andrade, L.; et. Al. Brasil, 2019.</p>	<p>Mensurar o grau de satisfação de profissionais de saúde quanto à usabilidade de um sistema de informação e identificar os fatores que podem influenciar na satisfação do usuário frente à usabilidade.</p>	<p>Alto</p>	<p>Estudo Transversal, Exploratório.</p>	<p>- Quanto à usabilidade, 94% avaliaram o sistema como “bom” ou “excelente”.</p>

<p>11- Cestari, V. R. F.; et. Al. Brasil, 2017.</p>	<p>Identificar as tecnologias utilizadas pelo enfermeiro para promoção da segurança do paciente no contexto hospitalar.</p>	<p>Moderado</p>	<p>Revisão Sistemática.</p>	<p>- No intuito de promover a segurança do paciente, os enfermeiros utilizam tecnologias duras – implantação de registros eletrônicos, bombas de infusão, sensores e sistemas computadorizados e de alerta; incorporam as boas práticas em saúde – construção de instrumentos voltados para segurança do paciente e identificação de riscos; e realizam/participam de cursos de capacitação profissional – cálculo e administração de medicamentos e infusões intravenosas e higienização das mãos.</p>
<p>12- Moreira, A. P. A.; et. Al. Brasil, 2017.</p>	<p>Identificar quais são as dificuldades da equipe de Enfermagem no manejo das tecnologias durante a terapia intravenosa (TIV) e discutir as dificuldades identificadas sob a perspectiva da segurança do paciente.</p>	<p>Moderado</p>	<p>Estudo Observacional.</p>	<p>- A maior dificuldade de ênfase cognitiva e técnica foi a falta de treinamento; e de ênfase administrativa, foi a falta de recursos materiais e humanos. As bombas de infusão e sua utilização adequada foram destacadas como o recurso tecnológico que mais contribuiu para a segurança do paciente.</p>
<p>13- Franco, A. S.; et. Al. Brasil, 2018.</p>	<p>Analisar o perfil dos alarmes de bombas infusoras em uma unidade intensiva.</p>	<p>Moderado</p>	<p>Estudo observacional, transversal.</p>	<p>- Observou-se que os alarmes mais disparados pelas bombas infusoras estão relacionados ao fim de infusão (41,7%) e o de manipulação pela equipe (29,2%).</p>
<p>14- Schaeffer, N. E.; et. Al. EUA, 2015.</p>	<p>Determinar se existiam diferenças de utilização e treino entre bombas de diferentes marcas, durante a utilização por profissionais, executando tarefas numa simulação em laboratório.</p>	<p>Alto</p>	<p>Ensaio Clínico Randomizado, Experimental.</p>	<p>- Houve diferença estatisticamente significativa nos tempos de treinamento e nas taxas de erro entre os grupos. A diferença de tempo de treinamento representou uma redução de 27% no tempo para treinamento entre uma bomba e outra. Houve uma redução de 65% nas taxas de erro de uso.</p>

15- Van Der Sluijs, A. F.; et. Al. Alemanha, 2019.	Reduzir os erros de medicação com bombas de infusão pela abordagem Lean e Determinar a eficácia do Lean na área da saúde.	Moderado	Estudo Observacional	- Incluindo a medida da linha de base, 1748 seringas foram examinadas. O percentual de erros referentes à administração de medicamentos por bomba de infusão diminuiu de 17,7% (intervalo de confiança 95%; apresentando 55 erros em 310).
16- Pinkney, S.; et. Al. Canada, 2014.	Identificar os riscos associados a múltiplas infusões intravenosas e avaliar o impacto das intervenções na capacidade dos enfermeiros para administrá-los com segurança.	Alto	Estudo de Caso Controle	Foram observados erros no preenchimento de tarefas comuns associadas à administração de múltiplas infusões IV.
17-Tarzimgahdam,S.; Zakerian, S. A.; 2016.	Avaliar a usabilidade de bombas de infusão inteligentes, sua correlação com erros de medicação e o impacto na segurança dos pacientes.	Moderado	Revisão sistemática	- Embora o uso de bombas inteligentes intravenosas tenha sido associado a reduções nas taxas de erro de medicação, elas não eliminaram o erro.

Quadro 1. Caracterização dos estudos selecionados. Rio de Janeiro, RJ, 2019.

Quadro produzido pela pesquisadora.

* Classificação do nível de evidência de acordo com a classificação do Sistema GRADE.

Houve predomínio de estudos observacionais, representando 35%, de abordagem quantitativa (88%) e que abordavam a temática voltada para o cuidado com pacientes adultos/idosos, sendo apenas um voltado para o uso de Bombas em uma UTI neonatal. Para a classificação da força de recomendação, segundo o nível de evidência, foi utilizada a classificação segundo o Sistema GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation), por ser o mais utilizado em estudos voltados para ATS. Foram selecionados somente estudos de força moderada (53%) e alta (47%).

No que tange aos resultados, a maior parte abordou que a efetividade na usabilidade de bombas de infusão em UTI dependem de fatores como: treinamento das equipes, atenção aos alarmes e criação de estratégias para manutenção da segurança dos pacientes na incorporação de novas tecnologias

4 | DISCUSSÃO

Efetividade no uso de Bombas de Infusão nas Terapias Intensivas

Como a inserção de novas tecnologias, é crescente a importância da facilidade em manuseá-las. A incorporação destas tecnologias depende de diversos fatores, tais como: os recursos disponíveis para sua aquisição, as funções disponibilizadas (se atendem aos padrões esperados), além da capacidade e destreza dos utilizadores finais destes produtos, ou seja, o seu grau de usabilidade (Barra DCC, Dal Sasso GTM, Almeida SRW, 2015).

Dentre as métricas que tem sido utilizadas para avaliação da usabilidade, segundo a ISO 9241/11, destaca-se a efetividade, que é o impacto provocado pela capacidade de um produto auxiliar o profissional no cumprimento de metas específicas.

O termo “usabilidade” surgiu na década de 80, significando apenas a capacidade de um produto ser facilmente utilizado. Já durante os anos 90, esta definição se modificou por estar relacionada com o suporte para que os objetivos dos operadores fossem alcançados, e não apenas uma característica de gestão da sua interação. Portanto, de acordo com a *International Organization for Standardization* (ISO), a usabilidade pode ser encarada como uma medida de como um produto pode ser usado por utilizadores específicos para alcançar objetivos específicos com eficácia, eficiência e satisfação, num contexto de utilização específico (ISO 9241-11, 1998).

Portanto, é importante ressaltar que, atualmente, as bombas de infusão chamadas de “inteligentes” ou “*smartpumps*” tem composto grande parte do cenário hospitalar, principalmente no que tange a terapia intensiva, pois possuem funções específicas que minimizam a ocorrência de erros, bem como elevam a efetividade do serviço prestado e a satisfação quanto ao uso destes dispositivos por parte dos profissionais.

Tais bombas são utilizadas como grandes aliadas no cuidado ao paciente crítico, principalmente quando são atendidos os critérios de usabilidade, para que haja melhor controle durante a infusão, eficácia da terapêutica medicamentosa, monitoramento do tratamento farmacológico, bem como para o controle de dose, infusão, dentre outros (Cestari, V. R. F.; et. al., 2017).

Capacitação e treinamento da equipe de enfermagem

A partir dos estudos analisados, ficou evidente que os profissionais que mais manipulam as bombas correspondem a equipe de enfermagem (técnicos, auxiliares e enfermeiros), pois são estes que geralmente instalam, programam, pausam e retiram as soluções que estão sendo infundidas. Logo, se há uma preocupação quanto à efetividade no uso destes equipamentos, esta se dá, majoritariamente, envolvendo esta equipe.

Por ser um aparelho destinado à terapia intravenosa, o correto funcionamento das BI é imprescindível para que o paciente receba a terapia prescrita adequadamente. Para

ser capaz de programar qualquer tipo de bomba de infusão, o profissional precisa estar familiarizado com a tipologia deste dispositivo (Silva, R.C; Ferreira,M.A;Apostolidis,T., 2014).

A equipe de enfermagem necessita de suporte da educação continuada, com treinamentos e capacitações recorrentes a fim de que haja constante atualização de novas diretrizes, além de saber como manusear equipamentos mais modernos, gerando assim, melhorias na qualidade da assistência e no trabalho em equipe (Cestari, et. Al., 2017).

Estão entre os principais objetivos da Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS), a promoção de capacitação profissional com a finalidade de estabelecer mecanismos de monitoramento e qualidade no uso de equipamentos novos e emergentes, fortalecendo e disseminando a ATS na lógica de facilitar a comunicação de pesquisadores, gestores e usuários do sistema de saúde na gestão destas tecnologias (BRASIL, 2017).

Aplicação de boas práticas para uso seguro de bombas

Diante dos estudos encontrados na pesquisa, demonstrou-se que as boas práticas em saúde abarcam ações que possibilitem a identificação e resolução de problemas com segurança, conhecimento e destreza, por parte dos profissionais de saúde, de forma a propiciar uma assistência de qualidade (Van der Sluijs et al., 2019).

Quanto a administração de medicamentos e soluções, alguns aspectos foram considerados relevantes para manutenção da segurança do paciente, tais como: legibilidade das prescrições, englobando todas as informações requeridas, assinatura e número do conselho do profissional, bem como uma comunicação efetiva para que não haja perda de informações, a fim de evitar a ocorrência de eventos indesejáveis, além de treinamento das equipes quanto ao uso correto dos parâmetros disponibilizados pela bomba (Moreira A.P.A., et. al., 2017; Pinkney, S., 2014)..

Foi possível notar que apesar dos inúmeros benefícios obtidos com a incorporação das tecnologias ao trabalho da enfermagem, é necessária a identificação dos fatores humanos que interferem em sua comunicação com os aparelhos, ou seja, qual a dificuldade percebida na equipe de enfermagem no quesito interação com as máquinas, já que este processo irá interferir diretamente na prestação de cuidados, e, conseqüentemente na qualidade da resposta do cliente ao tratamento proposto.

5 | CONCLUSÃO

Diante dos estudos encontrados, evidenciou-se que estudos de enfermagem sobre ATS, no contexto da efetividade, ainda são muito incipientes, logo, este estudo surge como uma necessidade para os serviços de saúde e seus gestores na tomada de decisão quanto a incorporação e difusão das bombas de infusão inteligentes.

REFERÊNCIAS

- Almeida, S.R.W., Dal Sasso, G.T.M., Barra, D.C.C. **Processo de enfermagem informatizado em Unidade de Terapia Intensiva: ergonomia e usabilidade.** Rev Esc Enferm USP, 2016;50(6):998-1004. Acessado em: 15 de Março de 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000700017>>
- Ardila, M.A., Gómez, A., Camacho-Cogollo, J.E. **Incorporación de tecnología biomédica para instituciones de salud.** Revista Ingeniería Biomédica. ISSN 1909-9762 / Volumen 10 / Número 20 / Julio-diciembre de 2016 / pp. 35-42. Acessado em: 20 de Março de 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.24050/19099762.n20.2017.1071>>
- Barra, D.C.C., Dal Sasso, G.T.M., Almeida, S.R.W. **Usabilidade do Processo de Enfermagem Informatizado a partir da CIPE® em Unidades de Terapia Intensiva.** Rev Esc Enferm USP, 2015; 49(2):326-334. Acessado em: 15 de Março de 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000200019>>
- BORGES, W.F.; MENDES, E.G. **Usabilidade de aplicativos de tecnologia assistiva Por pessoas com baixa visão.** Rev. Bras. Ed. Esp., Marília, v.24, n.4, p.483-500, Out.-Dez., 2018. Acessado em: 15 de Março de 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-65382418000500002>>
- _____. **BRASIL.ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática.** Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n3/pt_0080-6234-reeusp-50-03-0419.pdf> Acessado em: 29 de Maio de 2018.
- _____. **BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE - ANVISA. RDC nº36 de 25 de Julho de 2013.** Institui ações para Segurança do Paciente em serviços de Saúde. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html> Acessado em: 10 dezembro 2018.
- Cestari, V. R. F.; et. al. **Aplicabilidade de inovações e tecnologias assistenciais para a segurança do paciente: revisão integrativa.** Cogitare Enferm. (22)3: e45480, 2017. Acessado em: 28 de Março de 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i3.45480>>
- Emergency Care Research Institute, ECRI 2018. **Top 10 Health Technology Hazards for 2019.** Available from: <<http://www.ecri.org/2018hazards>>
- Franco, A.S.; Luna, A.A.; Camerini, F.G.; et al. **Safety in the use of infusor pumps: analysis of alarms.** Rev enferm UFPE on line., Recife, 12(5):1331-7, maio., 2018. Acessado em: 17 de Março de 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i5a231286p1331-1337-2018>>
- Grebin, S. Z.; Echeveste, M. E. S.; Magnago, P. F.; Tanure, R. L. Z.; Pulgati, F. H. **Analytical strategy for assessment of usability of medical devices from the user's perspective: a study of hemodialysis patients.** Cad. Saúde Pública 2018; 34(8):e00074417. Acessado em: 27 de Abril de 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00074417>>
- Holsbach, L.R.; Kliemann Neto, F.J.; Holsbach, N. **Utilização do instrumento de identificação de conhecimentos para administração segura de medicamentos com o uso de infusão automática.** Rev. Bras. Eng. Bioméd., v. 29, n. 4, p. 353-362, dez. 2013. Acessado em: 20 de Março de 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4322/rbeb.2013.034>>
- Lahm, J. V.; Carvalho, D. R. **Electronic health records: evaluation of usability by the nursing team.** Cogitare Enferm. 2015 Jan/Mar; 20(1):38-44. Acessado em: 15 de Março de 2019.
- Moreira, A.P.A.; et al. **Uso de tecnologias na terapia intravenosa: contribuições para uma prática mais segura.** Rev Bras Enferm [Internet]. 2017 mai-jun;70(3):623-9. Acessado em: 28 de Março de 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0216>>

Padrini-Andrade, L.; et al. **Avaliação da usabilidade de um sistema de informação em saúde neonatal segundo a percepção do usuário.** Rev Paul Pediatr. 2019;37(1):90-96. Acessado em: 28 de Março de 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/2019;37;1;00019>>

Passamani, R.F.; Santos, F.; Schutz, V.; Silva, C.R.L.; Louro, T.Q.; Silva, R.C.L. **Usabilidade de alarmes clínicos de ventiladores mecânicos em cuidados intensivos.** Cienc Cuid Saude 2016 Apr/Jun; 15(2): 220-226. Acessado em: 27 de Abril de 2019. Disponível em: <<HTTP://dx.doi.org/0.4025/cienccuidsaude.v15i2.29234>>

Pinkney, S.; et. al. **Multiple intravenous infusions phase 2b: laboratory study.** Ont Health Technol Assess Ser [Internet]. 2014 May;14(5):1–163. Available from: <<http://www.hqontario.ca/evidence/publications-and-ohtac-recommendations/ontario-health-technology-assessment-series/MIVI-phase2b>>

Schaeffer, S.; et al. **Usability and Training Differences Between Two Personal Insulin Pumps.** Journal of Diabetes Science and Technology 2015, Vol. 9(2) 221–230. Acessado em: 17 de Março de 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1177/1932296814555158>>

Silva, R.C.; Ferreira, M.A.; Apostolidis, T. **Estilos de cuidar de enfermeiras na Terapia Intensiva mediados pela tecnologia.** Rev. Bras. Enferm. 2014 [internet]mar-abr; 67(2): 252-60. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/2670/267030687013/>> Acessado em: 26 de Maio de 2018.

Tarzimoghadam, S.; Zakerian, A. **Ergonomics in Healthcare system-Human Factors models: a review article.** Journal of Health and Safety at Work Vol. 5; No. 4; Winter 2016. Acessado em: 17 de Março de 2019. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3057365/>>

Van der Sluijs, S.; et al. **Reducing errors in the administration of medication with infusion pumps in the intensive care department: A lean approach.** SAGE Open Medicine Volume 7: 1–8, 2019. Acessado em: 23 de Abril de 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/2050312118822629>>

Yamamoto, T.T.I.; Bandiera-Paiva, P.; Ito, M. **Usability evaluation of two graphical interface systems for hospital management.** J. Health Inform. 2015 Abril-Junho; 7(2):37-41. Acessado em: 27 de Abril de 2019. Disponível em: <<http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/viewFile/321/230>>

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO NA UTI: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Luis Andrey Santos Teixeira

Faculdade Metropolitana da Amazônia
Belém-Pará

Adriano Gonçalves Furtado

Faculdade Metropolitana da Amazônia
Belém-Pará

Helen Cristina Gonçalves Reis

Faculdade Metropolitana da Amazônia
Belém-Pará

Adriana da Costa Valadares

Faculdade Metropolitana da Amazônia
Belém-Pará

Elen Vanessa Martins Soares

Faculdade Metropolitana da Amazônia
Belém-Pará

Danielly do Vale Pereira

Faculdade Metropolitana da Amazônia
Belém-Pará

Paula Abitbol Lima

Faculdade Metropolitana da Amazônia
Belém-Pará

Thayse Reis Paiva

Universidade do Estado do Pará
Belém-Pará

fundamental a investigação, acompanhamento e assistência. **Objetivo:** de avaliar as evidências disponíveis na literatura sobre a atuação do enfermeiro na prevenção de lesões por pressão na unidade de terapia intensiva. **Metodologia:** Foi realizada uma revisão integrativa da literatura, buscando nas bases de dados MEDLINE, BDNF, LILACS e SCIELO as evidências científicas sobre a atuação do enfermeiro na prevenção de lesão por pressão na unidade de terapia intensiva no período de 2013 a 2018. **Resultados:** Foram encontrados 15 artigos que correspondiam aos critérios de inclusão deste estudo o qual 09 foram da base de dados BDNF, 03 da base de dados LILACS e 03 da base de dados SCIELO, na base de dados MEDLINE não foram encontrados artigos que correspondessem aos critérios de inclusão desta pesquisa. **Conclusão:** Os enfermeiros têm grande importância na prevenção da lesão por pressão, com bom conhecimento, entretanto se faz necessário maior investimento em educação continuada.

PALAVRAS-CHAVE: Lesão por pressão. Enfermagem. Unidade de terapia intensiva.

NURSES' PERFORMANCE IN THE
PREVENTION OF PRESSURE INJURIES
IN THE ICU: INTEGRATIVE LITERATURE
REVIEW

RESUMO: A lesão por pressão é considerada um grave problema de saúde, a incidência dessa patologia vem aumentando devido a maior expectativa de vida da população, tornando-se

ABSTRACT: Pressure injury is considered a serious health problem, the incidence of this pathology has been increasing due to the longer life expectancy of the population, making investigation, follow-up and care critical. **Objective:** to evaluate the available evidence in the literature on the role of nurses in the prevention of pressure injuries in the intensive care unit. **Methodology:** An integrative review of the literature was carried out, searching the MEDLINE, BDNF, LILACS and SCIELO databases for the scientific evidence on the nurse's role in the prevention of pressure injury in the intensive care unit from 2013 to 2018. **Results:** We found 15 articles that met the inclusion criteria of this study, of which 09 were from the database BDNF, 03 from the LILACS database and 03 from the SCIELO database, in the MEDLINE database there were no articles found that corresponded to the criteria inclusion of this research. **Conclusion:** Nurses have great importance in the prevention of pressure injury, with good knowledge, however, it is necessary to invest more in continuing education.

KEYWORDS: Pressure injury. Nursing. Intensive care unit.

1 | INTRODUÇÃO

A lesão por pressão (LPP) é considerada um grave problema de saúde, sendo que a incidência dessa patologia vem aumentando devido a maior expectativa de vida da população, tornando-se fundamental a investigação, acompanhamento e assistência desse tipo de lesão por serem conduzidos pela equipe de enfermagem em especial o enfermeiro (MORAES et al, 2016).

Diante disso a lesão por pressão pode ser conceituada como danos na continuidade da pele ou tecidos subjacentes, que em geral apresenta predomínio em regiões ósseas. Podem ser provocadas por pressão intensa que ocasionam a interrupção sanguínea de uma determinada área devido à uma pressão, cisalhamento, fricção e umidade aplicada na pele e tecidos subjacentes por um longo período em proeminências óssea como o sacro, cóccix, ísquio, trocânter e calcâneo em uma superfície dura que acomete principalmente pacientes graves com longa permanência e com imobilidade no leito (ALENCAR et al, 2018).

Estudos em âmbito internacional afirmam que há uma prevalência de 4,0% a 49% e uma incidência de 3,8 a 12,4% de pacientes internados em instituições de saúde que desenvolvem algum tipo de lesão por pressão, por isso a importância em pesquisar o assunto e articular estratégias para diminuí-las através da prevenção e identificação de fatores de risco. (TEIXEIRA et al, 2017).

No Brasil os índices de incidência e prevalência são similares aos relatos na literatura mundial pelos números de casos novos de 38,9% em pacientes internados (SANTOS, 2013).

Diante desse contexto a equipe de enfermagem tem grande importância, pois devem realizar cuidados diários com a pele do paciente, agregando conhecimentos sobre os fatores de risco e as complicações decorrentes das lesões por pressão,

possibilitando a classificação do grau de dependência da enfermagem e de prescrições de cuidados necessários para a prevenção do desenvolvimento das lesões (OLIVEIRA, 2018)

Visando contribuir e somar esforços para a melhoria da assistência de enfermagem, propôs-se o seguinte estudo com o objetivo de avaliar as evidências disponíveis na literatura sobre a atuação do enfermeiro na prevenção de lesões por pressão na unidade de terapia intensiva.

2 | MÉTODO DE ESTUDO

Para atingir o objetivo proposto foi realizada uma Revisão Integrativa de Literatura - RIL, que segundo Broome (2006) é um método específico, que resume o passado da literatura empírica ou teórica, para fornecer uma compreensão mais abrangente de um fenômeno particular. Esse método de pesquisa objetiva traçar uma análise sobre o conhecimento já construído em pesquisas anteriores sobre um determinado tema. A revisão integrativa possibilita a síntese de vários estudos já publicados, permitindo a geração de novos conhecimentos, pautados nos resultados apresentados pelas pesquisas anteriores.

Este estudo baseou-se na pesquisa de artigos publicados no período de 2013 a 2018, em periódicos científicos nacionais disponíveis na Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System (MEDLINE), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Base de dados de Enfermagem (BDENF). Foram selecionados os seguintes descritores em Ciências da Saúde (DECS): lesão por pressão, prevenção, Unidade de terapia intensiva e Enfermeiro. Foram realizadas associações com as palavras chave: Enfermeiro, Lesão por Pressão e UTI.

Os critérios de inclusão foram: artigos publicados em periódicos ou base de dados nacionais, disponibilizados na íntegra e publicados no período estabelecido. Os critérios de exclusão foram: artigos publicados em anais de congressos, teses e dissertações que não estavam disponíveis na íntegra nas bases de dados, textos que não foram publicados na língua portuguesa, artigos não disponibilizados gratuitamente e artigos onde a enfermagem não era citada.

A análise dos dados coletados foi realizada de acordo a análise de conteúdo.

Para análise qualitativa será utilizada a "Análise de Conteúdo Temático de Bardin (ACTB)", cujo objetivo é compreender o sentido das comunicações e suas significações explícitas e/ou ocultas. Segundo Bardin (2009), a análise de conteúdo resume-se a um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

As análises do estudo serão apresentadas na seguinte sequência: descrição

dos dados de identificação das publicações (autores e ano), do Estado e Instituição sede do estudo e do tipo de revista científica; e a seguir organizados em um quadro, que descreverá as características metodológicas dos estudos, classificando-os de acordo com o delineamento de pesquisa e nível de evidências; descrição da análise propriamente dita, agrupada em, categorias ou temas.

Por se tratar de um estudo de revisão de literatura, não houve a necessidade da aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

3 | RESULTADOS

Do universo de 162 (cento e sessenta e dois) trabalhos científicos sobre a atuação do enfermeiro na prevenção da lesão por pressão, somente 15 (quinze) estavam dentro do que foi proposto pelo objeto deste estudo. Os conteúdos analisados foram ordenados segundo o eixo temático proposto que reuniu a base da redação e análises contextualizadas de acordo com trabalhos e suas fontes no período de 2013 a 2018.

Os estudos que foram selecionados entretanto após a leitura do seu resumo ou de todo o artigo, que não atenderam ao período definido de publicação, ou que, embora em seu título fizessem as referências solicitadas ou que de alguma forma remetesse às mesmas, não se tenha evidenciado em seus resultados as evidências científicas sobre atuação do enfermeiro na prevenção de lesões por pressão na uti, oportunamente foram excluídos. A amostra final desta revisão foi constituída por 15 (quinze) artigos científicos, selecionados pelos critérios de inclusão previamente estabelecidos.

N° de estudos	Encontrados	Pré-selecionados	Excluídos	Duplicados	Incluídos
Base de Dados					
MEDLINE	88	0	88	-	0
LILACS	22	9	19	-	3
BDENF	28	16	19	-	9
SCIELO	24	4	21	-	3

Tabela 1. Relação dos Artigos Encontrados, Pré-selecionados, Duplicados, Excluídos e incluídos.

Fonte: Autores

Periódico	Título	Autoria	Ano de publicação
LILACS	Prevenção de complicações evitáveis em uma unidade de terapia intensiva: uma revisão integrativa	Silva, Makcine Timm da; Palu, Ligia Aparecida; Brusamarello, Tatiana.	2018
LILACS	Avaliação do risco de úlcera por pressão em UTI e assistência preventiva de enfermagem.	Barbosa, Taís Pagliuco; Beccaria, Lúcia Marinilza; Poletti, Nádia Antônia Aparecida.	2014
LILACS	Avaliação do risco para úlcera por pressão em unidades de terapia intensiva: uma revisão integrativa	Alves, Ana Glecia Pimentel; Borges, José Wicto Pereira; Brito, Mychelangela de Assis	2014
BDENF	Ocorrência e fatores de risco para lesões por pressão em centros de terapia intensiva	Mendonça, Paula Knoch; Loureiro, Marisa Dias Rolan; Ferreira Júnior, Marcos Antonio; Souza, Albert Schiaveto de	2018
BDENF	Prevalência de úlceras por pressão em unidades de terapia intensiva	Medeiros, Luan Nogueira Bezerra de; Silva, Deyvisson Ribeiro da; Guedes, Cintia Danielle Faustino da Silva; Souza, Thuanne Karla Carvalho de; Araújo Neta, Belisana	2017
BDENF	Estratégias de enfermagem na prevenção de úlceras por pressão na terapia intensiva	Benevides, Jéssica Lima; Coutinho, Janaína Fonseca Victor; Tomé, Marcela Ariadne Braga Gomes; Gubert, Fabiane do Amaral; Silva, Tiago Barreto de Castro e; Oliveira, Shérída Karanini Paz de.	2017
BDENF	Prevenção de úlceras por pressão em unidade de terapia intensiva: um relato de experiência	Rios, Bruno Lopes; Oliveira, Juliana da Silva França; Torres, Moisés Teixeira; Souza, Nariana Oliveira; Marques, Patrícia Figueiredo; Reis, Ubiane Oiticica Porto.	2016

BDEF	Conhecimento dos enfermeiros acerca da prevenção de lesões por pressão em unidade de terapia intensiva	Baquehais, Adna Ribeiro; Dallarosa, Fábila Sostisso.	2016
BDEF	Avaliação do risco para úlcera por pressão em unidades de terapia intensiva: uma revisão integrativa	Alves, Ana Glecia Pimentel; Borges, José Wicto Pereira; Brito, Mychelangela de Assis.	2014
BDEF	Avaliação e prevenção da úlcera por pressão pelos enfermeiros de terapia intensiva: conhecimento e prática	Albuquerque, Adriana Montenegro; Souza, Maria Amélia de; Torres, Valdicleia da Silva Ferreira; Porto, Virginia de Araújo; Soares, Maria Julia Guimarães Oliveira; Torquato, Isolda Maria Barros.	2014
BDEF	Prevenção de úlceras por pressão segundo a perspectiva do enfermeiro intensivista	Dantas, Anna Livia de Medeiros; Araújo, Josenilton Diniz Batista de; Ferreira, Patrícia Cabral; Valença, Cecília Nogueira; Diniz, Kessya Dantas; Lira, Ana Luisa Brandão de Carvalho.	2013
BDEF	Prevenção e tratamento de úlceras por pressão no cotidiano de enfermeiros intensivistas	Rolim, Jaiany Alença; Santos, Iolanda Beserra da Costa.	2013
SCIELO	Mudanças na prática de enfermagem para melhorar a segurança do paciente	Siman, Andréia Guerra; Brito, Maria José Menezes.	2016
SCIELO	Ações de enfermagem antes e após um protocolo de prevenção de lesões por pressão em terapia intensiva	Vasconcelos, Josilene de Melo Buriti; Caliri, Maria Helena Larcher..	2017

Tabela 2. Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa, segundo periódicos, títulos, autores e ano de publicação.

4 | DISCUSSÃO

Para Vasconcelos e Caliri (2017) embora se reconheça a multicausalidade da

LPP e a necessidade de uma abordagem interdisciplinar, é notório que a equipe de enfermagem é responsável pela assistência direta e contínua aos pacientes, o que lhe confere responsabilidade direta na prevenção desse problema. Portanto, com base no conhecimento atual, é evidente a necessidade de uma prática baseada em evidências, a fim de assegurar uma assistência de qualidade ao paciente.

Partindo do mesmo princípio Siman e Brito (2016) afirmam que a equipe de enfermagem é o grupo de profissionais de saúde mais envolvido no processo de prevenção de agravos e a forma mais segura para isso, é a eliminação de todos os riscos. Para tanto, o profissional precisa entender os riscos e o danos potenciais, compreender melhor o serviço e todos os processos que o envolvem e permanecer vigilantes durante a assistência.

Segundo Silva, Palu e Brusmello (2018) a atuação da equipe de enfermagem é fundamental na prevenção da LPP, visto que, ao fazer o reposicionamento contínuo do paciente no leito, permite a eliminação da pressão contínua da pele e possibilita a estes profissionais a observação de fatores contribuintes da lesão, como cisalhamento e hiperemia da pele.

Uma dessas práticas é destacada por Mendonça et al (2018) que em seu estudo relata a importância de evitar a umidade, a sujidade e os vincos nos lençóis na prestação dos cuidados de enfermagem, pois a presença desses fatores aumenta o risco de LPP. Destacando a necessidade da inspeção dos lençóis a cada mobilização do cliente no leito, uma vez que a sua troca é preconizada, sempre que houver necessidade, além da avaliação criteriosa e individualizada que atenda às necessidades reais dos clientes e a tomada de decisão do enfermeiro sobre o cuidado da pele do cliente crítico.

Ainda sobre os meios de prevenção das LPP, o estudo de Benevides et al (2017) destaca a temática do uso de superfícies de apoio na assistência de enfermagem e que o uso dessas tecnologias, principalmente as relacionadas à alternância de pressão ou tecidos sintéticos, reduzem a incidência de LPP em pacientes críticos com alto risco para desenvolvimento de lesões, assim como as superfícies de suporte (como colchões, almofadas e travesseiros) utilizadas para redistribuição de pressão ajudam a reduzir o risco, pois distribuem a pressão e protegem as proeminências ósseas.

Segundo Dantas et al (2013) no seu estudo sobre a assistência prestada à prevenção das LPP em pacientes internados na UTI, os enfermeiros reportaram a realização da mudança de decúbito rigorosa, de 2 em 2 horas, seguida avaliação de risco e discutem com outros colegas sobre as medidas a serem tomadas, vislumbrando as prioridades. Outro fator bastante evidenciado no relato dos enfermeiros é o reforço com a equipe para a higiene e hidratação da pele do paciente através de uso de ácidos graxos essenciais e hidratante corporal, além do cuidado com a disposição dos lençóis de forma a evitar dobras que favoreçam o aumento da pressão local.

Vasconcelos e Caliri (2017) ressaltam que para combater o problema, se faz

necessário ao invés de implementar ações para a prevenção ou recomendações de forma isolada, as instituições têm estabelecido programas de prevenção com o agrupamento de várias recomendações, apresentando-as em conjunto. A aplicação desse conjunto de ações ou conjunto de boas práticas de forma combinada apresenta mais resultados positivos do que a realização isolada de uma delas.

Corroborando com a afirmativa sobre o atendimento individualizado Albuquerque et al (2014) ressalta a importância da equipe de enfermagem na aplicação de estratégias de prevenção rotineira e sistematizada dos pacientes com comprometimentos na locomoção, o qual foi verificada em seu estudo, que a equipe de enfermagem auxilia na mudança de posição, colocando superfícies de suporte para redução da pressão e estabelecendo horários padronizados de mudanças de posição.

Além dos fatores externos como os mencionados anteriormente, o estudo de Rolim et al (2013) ressalta a preocupação dos enfermeiros quanto a fatores intrínsecos como a presença de infecções associadas ao risco para desenvolvimento de LPP. Neste aspecto, este estudo que foi realizado em UTI adulto, demonstrou que fatores como sepse, tempo de internação e risco alto e elevado na classificação da escala de Braden são fatores potencialmente associados à formação de LPP em pacientes acamados.

Segundo Alves, Borges e Brito (2014) destacam a importância da utilização de escalas de avaliação de risco para LPP em UTI como tecnologias de predição para o desenvolvimento das lesões, por a mesma conhecer o risco individual de cada pessoa e, assegurar o desenvolvimento de um plano de cuidados de enfermagem eficiente.

Corroborando com essa afirmativa Zimmermann et al (2018) enfatiza que a diminuição da incidência de LPP está diretamente relacionada à identificação do risco e uso de intervenções de enfermagem para prevenir o aparecimento da lesão. Assim, a identificação de uma escala com boa capacidade preditiva contribuirá para melhorar a precisão na tomada de decisão do enfermeiro para prevenção de LPP, contribuindo para as boas práticas no cuidado ao paciente crítico.

Com isso a utilização da Escala de Braden é necessária e precisa ser compartilhada pelos enfermeiros nos diversos turnos de trabalho e deve subsidiar a prescrição de enfermagem na prevenção de LPP em UTI (BARBOSA; BECARRIA; POLETTI, 2014).

Em contrapartida, o estudo de Rios et al (2016) afirma que apesar da equipe de enfermagem saber quais as formas de prevenção das LPP, notou-se, através de depoimentos, que o modo de realizar alguns meios de prevenção não acontecia de forma efetiva, além disto, observou-se também que alguns técnicos de enfermagem desconheciam a Escala de Risco Braden como forma de prevenção, mesmo a escala estando anexa ao prontuário de cada paciente aos quais eles têm acesso sempre que precisam.

Corroborando com isso, o estudo Baquehais e Dallarosa (2016) afirma que nesse contexto torna-se necessário ampliar e estimular o planejamento e implementação de

ações que promovam o acesso à capacitação profissional, visando ampliar e melhorar o cuidado ofertado a pacientes na unidade de terapia intensiva.

Estudar LPP é sempre necessário, uma vez que essa lesão é um problema de saúde pública frequente e pode influenciar na recuperação do paciente hospitalizado, especificamente em UTIs. Tornam-se necessárias novas pesquisas quanto à magnitude dessas lesões no Brasil, uma vez que é com fundamentação científica que será possível aplicar condutas ideais de prevenção e tratamento (MEDEIROS et al., 2017).

5 | CONCLUSÃO

A pesquisa pôde constatar que diante da literatura publicada no período do estudo, o enfermeiro é peça fundamental na prevenção das LPP. As evidências científicas mostram que se deve realizar a avaliação individual dos clientes, utilizando escalas como a de Braden para estabelecer o risco que os paciente correm de desenvolver uma LPP, sendo necessário traçar uma assistência individualizada.

Desta forma a assistência de enfermagem é fundamental para diminuição da incidência das lesões de pele e que tal assistência deve estar embasada conhecimentos científicos em diversas áreas do campo de atuação do enfermeiro, de tal forma que possa garantir uma assistência segura e de qualidade.

Entretanto, há estudos que demonstram a necessidade de maior investimento na educação continuada dos profissionais e a necessidade do incentivo institucional para a plena aplicabilidade das formas de prevenção das LPP.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, Gláucia de Souza Abreu et al. **Lesão por pressão na unidade de terapia intensiva: incidência e fatores de riscos**. Nursing (São Paulo), v. 21, n. 239, p. 2124-2128, 2018.

ALBUQUERQUE, Adriana Montenegro et al. **avaliação e prevenção da úlcera por pressão pelos enfermeiros de terapia intensiva: conhecimento e prática**. Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE, v. 8, n. 2, 2014.

ALVES, Ana Glecia Pimentel; BORGES, José Wicto Pereira; BRITO, Mychelangela de Assis. **Avaliação do risco para úlcera por pressão em unidades de terapia intensiva: uma revisão integrativa**. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, v. 6, n. 2, 2014.

BARBOSA, Taís Pagliuco; BECCARIA, Lúcia Marinilza; POLETTI, Nádia Antônia Aparecida. **Avaliação do risco de úlcera por pressão em UTI e assistência preventiva de enfermagem [Pressure ulcer risk assessment in intensive care unit: preventive nursing care]**. Revista Enfermagem UERJ, v. 22, n. 3, p. 353-358, 2014.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009

BAQUEHAIS, Adna Ribeiro; DALLAROSA, Fábila Sostisso. **Conhecimento dos enfermeiros acerca da prevenção de lesões por pressão em unidade de terapia intensiva**. Rev. enferm. UFPI, v. 5, n.

4, p. 13-18, 2016.

BENEVIDES, Jéssica Lima et al. **Estratégias de enfermagem na prevenção de úlceras por pressão na terapia intensiva: revisão integrativa.** Rev. enferm. UFPE on line, v. 11, n. 5, p. 1943-1952, 2017.

BROOME, M. E. **Integrative literature reviews for the development of concepts.** In: RODGERS, B. L.; CASTRO, A. A. Revisão sistemática e meta-análise. 2006.

DANTAS, Anna Livia de Medeiros et al. **Prevenção de úlceras por pressão segundo a perspectiva do enfermeiro intensivista.** 2013.

MEDEIROS, Luan Nogueira Bezerra de et al. **Prevalência de úlceras por pressão em unidades de terapia intensiva.** Rev. enferm. UFPE on line, v. 11, n. 7, p. 2697-2703, 2017.

MENDONÇA, Paula Knoch et al. **Ocorrência e fatores de risco para lesões por pressão em centros de terapia intensiva.** Rev. enferm. UFPE on line, v. 12, n. 2, p. 303-311, 2018.

MORAES, Juliano Teixeira et al. **Conceito e classificação de lesão por pressão: atualização do National Pressure Ulcer Advisory Panel.** Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, v. 6, n. 2, 2016.

OLIVEIRA, Raisa Leocadio; DIAS, Samya Raquel Soares; DE SOUSA, Jairo Edilson Rodrigues B. **Utilização de escalas na avaliação de lesões por pressão em pacientes críticos.** Revista de Enfermagem da UFPI, v. 7, n. 3, p. 54-60, 2018.

RIOS, Bruno Lopes et al. **Prevenção de úlceras por pressão em unidade de terapia intensiva: um relato de experiência.** Rev. enferm. UFPE on line, v. 10, n. 6, p. 4959-4964, 2016.

ROLIM, Jaiany Alencar et al. **Prevenção e tratamento de úlceras por pressão no cotidiano de enfermeiros intensivistas.** Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, v. 14, n. 1, 2013.

SANTOS, Cassia, et al. **Indicador de qualidade assistencial úlcera por pressão: análise de prontuário e de notificação de incidente.** Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 34, p. 111-8, 2013.

SILVA, Makcine Timm da; PALU, Ligia Aparecida; BRUSAMARELLO, Tatiana. **Prevenção de complicações evitáveis em uma unidade de terapia intensiva: uma revisão integrativa.** Saude e pesqui.(Impr.), v. 11, n. 3, p. 613-621, 2018.

SIMAN, Andréia Guerra; BRITO, Maria José **Menezes. Mudanças na prática de enfermagem para melhorar a segurança do paciente.** Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 37, n. spe, 2016.

TEIXEIRA, Anne Kayline Soares et al. **Incidência de lesões por pressão em Unidade de Terapia Intensiva em hospital com acreditação.** Revista Estima, v. 15, n. 3, 2017.

VASCONCELOS, Josilene de Melo Buriti; CALIRI, Maria Helena Larcher. **Ações de enfermagem antes e após um protocolo de prevenção de lesões por pressão em terapia intensiva.** Escola Anna Nery, v. 21, n. 1, 2017.

ZIMMERMANN, Guilherme dos Santos et al. **Predição de risco de lesão por pressão em pacientes de unidade de terapia intensiva: revisão integrativa.** Texto & Contexto-Enfermagem, v. 27, n. 3, 2018.

ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS

Geisa Carla de Brito Bezerra Lima

Universidade Tiradentes

Aracaju - Sergipe

Cristiane Franca Lisboa Gois

Universidade Federal de Sergipe

Aracaju – Sergipe

Ilva Santana Santos Fonseca

Universidade Tiradentes

Aracaju - Sergipe

Maria Pureza Ramos de Santa Rosa

Universidade Tiradentes

Aracaju - Sergipe

RESUMO: A Atenção Primária à Saúde é o centro da comunicação das Redes de Atenção à Saúde, ordenadora do cuidado e tem em seu eixo a Estratégia de Saúde da Família (ESF). O desempenho dos profissionais de enfermagem que fazem parte da ESF deve ser congruente com ações estabelecidas pelo Ministério da Saúde a partir da Política Nacional da Atenção Básica, suas competências também são detalhadas nas diretrizes clínicas, observadas as disposições legais da profissão. Esta pesquisa teve como objetivo avaliar atuação dos profissionais de enfermagem na ESF. Estudo descritivo, analítico, realizado com profissionais da ESF em uma capital do Nordeste. A amostra foi composta por 38

participantes. Para delimitação do tamanho da amostra foi utilizada a técnica da saturação e como técnica de investigação foi utilizado o grupo focal. Os resultados foram avaliados através da análise de conteúdo. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Tiradentes, CAAE 38983414.1.0000.5371. Da análise do conteúdo emergiram dois eixos categóricos, um direcionado a atuação dos enfermeiros e outro a dos auxiliares e técnicos de enfermagem. Os enfermeiros executam predominantemente atividades que lhes são privativas, de acordo com a lei do exercício profissional. Enquanto as competências dos auxiliares e técnicos de enfermagem da ESF, encontram-se fragilizadas por conta do desvio de função, decorrente do escalonamento em unidades produtivas de natureza ambulatorial. Por fim, a atuação do profissional de enfermagem frente às competências estabelecidas pelo Ministério da Saúde está fragmentada, descaracterizando a ESF.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde. Estratégia de Saúde da Família. Papel do Profissional de Enfermagem.

NURSING ACTION IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY: PROFESSIONALS PERCEPTION

ABSTRACT: Primary Health Care is the center

of communication of the Health Care Networks, the care organizer and its axis is the Family Health Strategy. The performance of nursing professionals who are part of the Family Health Strategy should be consistent with actions established by the Ministry of Health from the National Policy of Primary Care, their skills are also detailed in clinical guidelines, observing the legal provisions of the profession. This research aimed to evaluate the performance of nursing professionals in the Family Health Strategy. Descriptive, analytical study conducted with Family Health Strategy professionals in a capital of the Northeast. The sample consisted of 38 participants. To delimit the sample size, the saturation technique was used and the focus group was the investigation technique. Results were evaluated through content analysis. The research was approved by the Research Ethics Committee of the Tiradentes University, CAAE 38983414.1.0000.5371. From the content analysis emerged two categorical axes, one directed to nurses' performance and the other to nursing assistants and technicians. Nurses predominantly perform activities that are private to them, according to the law of professional practice. While the skills of Family Health Strategy nursing assistants and technicians are weakened due to the deviation of function, resulting from the staggering in productive units of an outpatient nature. Finally, the performance of nursing professionals regarding the competencies established by the Ministry of Health is fragmented, disregarding the Family Health Strategy.

KEYWORDS: Primary Health Care. Family Health Strategy. Role of the Nursing Professional.

1 | INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o centro da comunicação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), ordenadora do cuidado e tem em seu eixo a Estratégia de Saúde da Família (ESF), coordenando fluxos e contra fluxos do sistema de atenção à saúde (MENDES, 2015).

A ESF é entendida como essencial na política pública de saúde (BRASIL, 2017), efetivando mudanças nas práticas de saúde, nos instrumentos e no produto do trabalho, ampliando assim o entendimento acerca do processo saúde – doença, congregando saberes técnicos e populares, para um mais efetivo enfrentamento dos problemas de saúde (SORATTO, et al., 2015). Além disso, vem sendo avaliada tanto técnica quanto cientificamente, de modo a exibir potencialidades e fragilidades no desempenho de suas atribuições (SOUZA, et al., 2017).

As equipes de saúde da família representam o eixo de orientação da ESF, e são responsáveis por organizar seus processos de trabalho de modo que culmine em resolutividade na assistência a população. As equipes são compostas por no mínimo um médico e um enfermeiro, ambos, preferencialmente, com especialidade no atendimento a famílias, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias e os profissionais de saúde bucal (BRASIL, 2017).

As atribuições dos membros das equipes são estabelecidas pelo Ministério da Saúde (MS) através da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017). Nesse estudo o enfoque foi dado aos profissionais de enfermagem que compõem as equipes da ESF.

A prática dos profissionais da enfermagem deve ser congruente com atribuições e ações estabelecidas pelo MS (BRASIL, 2017). Todavia, estudos destacam que sua atuação enfrenta dificuldades como estrutura física, tamanho da população adscrita, recursos de diversas naturezas (FIRMINO, et al, 2016), são mais centradas em atividades curativas e administrativas e menos em prevenção de doenças e promoção da saúde, justificados em problemas organizacionais (SILVA, MOTTA e ZEITOUNE, 2010). Considerando o exposto, o presente estudo teve como objetivo avaliar atuação dos profissionais de enfermagem da ESF.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, analítico, com abordagem transversal que foi realizada na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e nas Unidades de Saúde da Família (USF's) de uma capital do Nordeste, no ano de 2015.

A população do estudo foi composta por profissionais da ESF e gestores em saúde. Para o tamanho da amostra foi utilizada a técnica de saturação e como técnica de investigação foi utilizado o grupo focal. A amostra foi composta atentando para o quantitativo mínimo estabelecido pela técnica metodológica empregada, totalizando, 38 participantes, sendo, 30 da ESF e oito profissionais gestores da APS. Foram incluídos na pesquisa, gestores da APS que ocupam os cargos de coordenadores e técnicos de referência nos programas de atenção à saúde, supervisores/apoiadores das regiões de saúde, gerentes das unidades de saúde e profissionais das ESF. Ao mesmo tempo foram excluídos os demais funcionários da SMS e das USF's, ocupantes de outros cargos.

Os dados foram coletados utilizando a técnica de grupo focal, que objetiva revelar as percepções, sentimentos, atitudes e ideias dos participantes sobre os tópicos em discussão e tem caráter qualitativo em profundidade (DIAS, 2011). Nesta pesquisa, em cada grupo existiu a participação do moderador, a própria pesquisadora, com o papel de nortear o grupo, delineando os tópicos a serem abordados, não fazendo julgamentos, mas salientando ideias relevantes e encorajando a discussão. Houve também a presença de um observador externo, psicóloga convidada, a qual se restringiu à captação de reações dos participantes e anotações de pontos relevantes.

No total, ocorreram 06 grupos focais, sendo cinco nas USF, com a participação de três médicos, cinco enfermeiros, três auxiliares ou técnicos de enfermagem, dez ACS, quatro auxiliares em saúde bucal, cinco dentistas e um grupo contemplando os profissionais gestores que contou com um coordenador de programa de atenção à

saúde, três técnicos de referência três supervisores de região de saúde e um gerente de USF.

Cada grupo foi composto por seis a nove colaboradores e a duração média das discussões por grupo foi de 40 minutos. Os relatos foram gravados, em áudio e posteriormente transcritos para documento do Microsoft Word 2010, acrescidos das observações registradas no momento da realização dos grupos.

A avaliação dos dados foi realizada através da análise de conteúdo de acordo com Bardin (2009), seguindo as seguintes etapas: pré-análise, exploração do material e o tratamento dos resultados seguidos de inferência e interpretação dos dados.

Após a análise, os resultados foram dispostos em eixos categóricos, nos quais foram discutidos a atuação dos profissionais de enfermagem da ESF.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, sob o número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 38983414.1.0000.5371.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados desse estudo foram analisados a luz da PNAB vigente (BRASIL, 2017), porém visto que a PNAB (2011) encontrava-se em vigor quando a pesquisa foi realizada em 2015, houve o cuidado para que as fundamentações considerassem a política e percepção dos profissionais, sem dar margens para dupla interpretação ou para significados incompletos.

O MS determina as competências dos profissionais de enfermagem, definindo separadamente as de nível superior e as de nível médio e deixa claro a necessidade de supervisão do enfermeiro sob o técnico/auxiliar de enfermagem (BRASIL, 2017).

Os grupos focais discutiram muitos aspectos da atuação da enfermagem quanto ao preparo técnico para o desempenho de suas funções, a implementação de estratégias e programas propostos pelo MS a fim de fortalecer a ESF, a dificuldade enfrentada pelas equipes no que concerne ao excesso de pessoas por área de abrangência das equipes, o conhecimento de conceitos básicos no contexto do SUS, educação permanente, atenção à saúde à demanda programada e espontânea, o funcionamento em níveis e redes de atenção à saúde, e outros. Refletiram as competências profissionais que realizam, as que não realizam, as potencialidades e fragilidades em sua atuação, bem como os fatores que relacionados a esses desfechos. Os resultados estão descritos em dois eixos categóricos, conforme a seguir:

Atuação dos enfermeiros da ESF

O MS menciona entre as competências dessa categoria, a consulta de enfermagem, procedimentos, solicitação de exames complementares, prescrição de

medicamentos, encaminhamento para outros níveis de atenção à saúde e até mesmo o envolvimento intersetorial, sempre que se fizer necessário, além de atividades em grupo, tudo em conformidade com as linhas de cuidado, protocolos locais ou outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores, observadas as disposições legais da profissão (BRASIL, 2017).

Esse estudo revelou que entre os enfermeiros da ESF, existe o predomínio do desempenho de algumas atividades como exame citopatológico do colo do útero, consultas de pré-natal, puericultura, atendimento às vítimas de violência, visitas domiciliares e consulta de enfermagem ao idoso e atendimento à demanda espontânea, justificados em que são atividades privativas de acordo com a lei do exercício profissional nº 7.498, de 25 de junho de 1986, os protocolos do MS e local.

Estudo realizado em Minas Gerais corrobora com presente pesquisa, mostrando maior dedicação para realização de consultas de enfermagem, exame citopatológico do colo do útero, visita domiciliar, ações junto à população, puericultura, gerenciamento em enfermagem, porém apresenta divergências quanto a atuação dos enfermeiros na realização de procedimentos técnicos, como curativos e administração de medicamentos (FIRMINO, et al, 2016), pois na percepção dos profissionais da ESF em questão, essas são atribuições que devem e são desempenhadas predominantemente pelos auxiliares e técnicos de enfermagem.

Foi aberta discussão acerca do processo de trabalho, na qual destacou-se como entrave para desenvolvimento da atuação dos enfermeiros a “falta de tempo” para fazer a supervisão dos profissionais de nível médio. Ressaltaram que essa dificuldade reflete diretamente na qualidade dos serviços prestados e justificaram que é consequência da dedicação ao acolhimento humanizado e o atendimento de porta aberta, para demanda espontânea, além de horários destinados a fazer reuniões de equipe, e outras atividades também legitimadas pelo MS.

“Os profissionais não priorizam e não gerenciam o tempo de trabalho”.
(Grupo focal - gestores)

Na literatura os estudos que contemplam os aspectos da supervisão em enfermagem, apontam dificuldades, mas também trazem à tona sua importância dentro do processo de trabalho. À exemplo, estudo revela que a “falta de tempo” para supervisão é uma queixa comum entre os enfermeiros dada suas múltiplas competências em seus setores de trabalho, porém, destaca a relevância da sistematização da supervisão que articulada a um método científico direciona o processo de trabalho na enfermagem (CARVALHO, GAMA e SALINEMA, 2017).

Outro estudo realizado com enfermeiros da APS trouxe em seus resultados, que a supervisão é uma atividade gerencial, administrativa, fiscalizadora e burocrática, mas aponta também que pode ser vista como oportunidade de apoio a equipe de enfermagem (FARAH, et al, 2016).

No grupo focal onde os gestores estavam presentes, deram enfoque a assistência pré-natal realizada pelas equipes de saúde da família realçando as recomendações do MS no que diz respeito ao cadastramento das gestantes, preenchimento da ficha do SIS PRÉ- NATAL WEB e qualidade dos registros em prontuário. Destacaram a falta ou inadequações no preenchimento dos impressos padronizados, que culminam em perdas de dados importantes e fragilizam a alimentação dos Sistemas de Informação em Saúde trazendo prejuízos para planejamentos futuros no âmbito da saúde.

No grupo dos profissionais da ESF, ressaltaram a necessidade de melhoria na qualidade dos impressos (material, tamanho da fonte utilizada) e revisão do quantitativo de campos existentes, enfatizando que alguns deles, por vezes, são repetitivos, dificultando a compreensão e gastando muito tempo, o que por sua vez, prejudica diretamente o processo de trabalho.

Na literatura encontra-se que a assistência pré-natal pode ser avaliada quanto a qualidade do atendimento, justamente através da análise dos registros em prontuários onde há reflexo da assistência dispensada, a exemplo de pesquisa realizada quanto ao preenchimento da caderneta da gestante, a qual aponta os principais campos que não são preenchidos, o não uso por parte da equipe multiprofissional, além de apontar o prejuízo para continuidade da assistência (SANTOS, ABREU e CAMPOS, 2017).

Percebe-se uma desvalorização dos registros, o que os torna frágeis, dificultando o planejamento, identificação de perfis epidemiológicos e a tomada de decisão. Além do que, dado o seu valor legal, é importante sensibilizar e capacitar os profissionais para melhorá-los, implantar e estimular a adesão aos protocolos, realizar avaliações e monitoramentos sistemáticos dos serviços (ANVERSA, et al, 2012).

Além disso, é preconizado pelo MS que o profissional garanta a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na atenção básica. Para isso, deve-se preencher impressos e prontuários de forma devida, completa e legível (BRASIL, 2017).

Atuação dos auxiliares e técnicos de enfermagem

O MS preconiza que os auxiliares e técnicos de enfermagem participem de atividades de atenção à saúde, tais como curativos, administração de medicamentos, vacinas, coleta de material para exames, entre outras atividades delegadas pelo enfermeiro, de acordo com sua área de atuação e regulamentação do exercício profissional, na UBS/domicílio/demais espaços comunitários (BRASIL, 2017).

No que concerne a atuação desses profissionais quanto ao modo de organização do seu processo de trabalho, a pesquisa revelou seu deslocamento do desempenho das funções inerentes a ESF para fixá-lo em uma unidade produtiva (sala de vacina, sala de curativos e outros), e esse foi o ponto de destaque da discussão. Os gestores, destacaram que a organização desta categoria, acontece num formato de assistência

ambulatorial, obedecendo um rodízio entre os técnicos/auxiliares de enfermagem das equipes de saúde da família e os técnicos de enfermagem de apoio, contratados especificamente para as unidades produtivas. Isso revela um problema primário, de quantitativo de recurso humano na enfermagem a nível médio no âmbito da APS.

“Com isso a equipe de saúde da família fica com o ônus (desfalque), gerando consequências para os gestores, profissionais e principalmente para os usuários, descaracterizando a ESF”

(Grupo focal - gestores).

“A única diferença existente entre as atribuições do auxiliar de enfermagem das unidades produtivas e do auxiliar de enfermagem da ESF é que este último faz visitas domiciliares, quando possível” (Grupo focal- profissionais da ESF).

A literatura é escassa de estudos que tratem da atuação do técnico/ auxiliar de enfermagem na APS, mesmo assim foi possível verificar um estudo que trouxe a discussão das principais atividades desenvolvidas por essa categoria e apresentou em seus resultados a predominância da lógica dos procedimentos de enfermagem, atrelando a uma assistência curativista (OGATA e FRANÇA, 2010). Outro estudo destacou a importância de sua atuação frente ao cuidado com a pessoa com Diabetes *mellitus* (OLIVEIRA, et al, 2014).

Por fim, o papel do profissional de enfermagem na ESF inclui atribuições de várias naturezas que organizam a assistência ao indivíduo, família e comunidade e é fundamental para reorganização do modelo de atenção à saúde no Brasil (CAÇADOR, et al, 2015). Porém na percepção dos profissionais, a ESF está em crise, corroborando com a literatura contemporânea, denotando uma série de problemas que surgiram e que estão refletindo diretamente na saúde das pessoas trazendo como consequência uma assistência fragilizada e fragmentada que se dá no âmbito nos diversos pontos da rede de atenção à saúde, onde cada profissional trabalha de uma forma diferente porque não existe um direcionamento para o processo de trabalho, culminando na permanência do modelo médico centrado e declínio da ESF (ARRUDA, et al, 2015; GALAVOTE, et al, 2016).

4 | CONCLUSÕES

A atuação do profissional de enfermagem frente as competências estabelecidas pelo MS mostrou que a ESF está fragilizada e ao verificar a política pública vigente constata-se que muitos entraves do processo de trabalho, tem como eixo a falha e as dificuldades na execução das atribuições por parte dos profissionais de enfermagem, considerando que muitas tem dependência muito mais de ordem técnica do que gestora operacional.

O presente estudo sugere a necessidade de melhorias urgentes quanto a situação do quantitativo de recursos humanos bem como investimentos na educação

permanente, que considere todo o contexto das inovações tecnológicas propostas para saúde, competências dos profissionais baseadas em diretrizes clínicas e fixação de um modelo de atenção à saúde.

Acredita-se que todas as propostas e competências estabelecidas pela PNAB (BRASIL, 2017), ainda são a melhor opção para se fazer uma assistência integral, com foco na promoção e prevenção da saúde. A fim de impulsionar pesquisas futuras, destaca-se a necessidade do uso de tecnologias e estratégias que sensibilizem e motivem os profissionais de enfermagem desempenhar suas competências facilitando a aplicação em sua prática das propostas das linhas de cuidados, Política Nacional de Humanização, leis e protocolos clínicos, porque não adianta o saber científico se não formos capazes de atuar e fazer a melhor assistência.

REFERÊNCIAS

ANVERSA, E. T. R.; et al. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 789-800, 2012.

ARRUDA, C.; et al. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Esc Anna Nery**. v.19, n.1, p.169-173.2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0169.pdf>. Acesso em: 21 de junho de 2019.

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

BRASIL. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Brasília, 2011.

BRASIL. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Brasília, 2017.

BRASIL. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei Nº 7.498, de 25 de junho de 1986**. Brasília, 1986.

CAÇADOR, B. S.; et al. Ser enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família: desafios e possibilidades. **REME - Rev Min Enferm**. v.19, n.3, p. 612-619. 2015. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1027>. Acesso em: 21 de junho de 2019.

CARVALHO, N. A.; GAMA, B.M.B.M.; SALIMENA, A. M. O. A supervisão sob a ótica dos enfermeiros: reflexos na assistência e trabalho em equipe. **Rev. Adm. Saúde**. v. 17, n. 69, Out. – Dez. 2017. Disponível em: <http://www.cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/68/90>. Acesso em: 07 de junho de 2019.

DIAS, C. A. Grupo focal: **técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas**. **O mundo da saúde**. v. 35 n. 4, p. 438-442, São Paulo, 2011. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/ies/article/view/330/252>. Acesso em: 21 de junho de 2019.

FARAH, B. F.; et al. Percepções de enfermeiras sobre supervisão em enfermagem na Atenção Primária à Saúde. **Rev Rene**. v.17, n.6 p.804-11. 2016. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/6501>. Acesso em: 21 de junho de 2019.

FIRMINO, A. A.; et al. Atuação de enfermeiros na Estratégia de Saúde da Família em um município

de Minas Gerais. **Saúde Santa Maria**, v. 42, n.1, p. 49-58, jan./jun. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/18694>. Acesso em: 01 de janeiro de 2019.

GALAVOTE, H. S. et al. O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 20, n. 1, p. 90-8, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/en_1414-8145-ean-20-01-0090.pdf. Acesso em: 20 de junho de 2019.

MENDES, E. V. A construção social da atenção primária à saúde. **Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS**, 2015.

OGATA, M. N.; FRANÇA, Y. Atuação do auxiliar de enfermagem na Estratégia Saúde da Família. **Acta Paul Enferm**. v.23, n. 4, p. 506-11, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n4/10.pdf>. Acesso em: 06 de agosto de 2019.

OLIVEIRA, P. S.; et al. Atuação dos técnicos de enfermagem da atenção básica de saúde no cuidado ao usuário diabético. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 8, n.3, p.501-8, mar., 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/9703/9770>. Acesso em 20 de maio de 2019.

SANTOS, T. M. M. G.; ABREU, A. P. S. B.; CAMPOS, T. G. Avaliação dos registros no cartão de pré-natal da gestante. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v.11(Supl. 7) p.2939-45, jul., 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/8458/19206>. Acesso em: 03 de janeiro de 2019.

SILVA, V. G.; MOTTA, M. C. S., ZEITOUNE, R. C. G. A prática do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: o caso do município de Vitória/ES. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, v. 12, n. 3, p. 441-448, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.5278>. Acesso em: 01 de abril de 2018.

SORATTO, J. Estratégia Saúde da Família: uma inovação tecnológica em saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 584-92, Abr.-Jun., 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000200584&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 03 de janeiro de 2019.

SOUZA, M. F.; et al. Coordenação do cuidado no PMAQ-AB: uma análise baseada na Teoria de Resposta ao Item. **Rev. Saude Publica**. v.51:87. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102017000100278&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 24 de abril de 2019.

CARACTERIZAÇÃO DAS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE DO VALE DO SINOS/RS

Bruna Juliana Brentano Kuhn

Acadêmica de enfermagem, Universidade Feevale
Novo Hamburgo-RS

Janifer Prestes

Enfermeira, Professora Universidade Feevale
Novo Hamburgo-RS

RESUMO: Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) são agravos de saúde que podem ser evitados ou tratados pela Atenção Primária em Saúde (APS) efetiva, e a caracterização de internações por CSAP é importante para avaliar as fragilidades do sistema de saúde e da população. Objetivou-se traçar um perfil dos pacientes internados por CSAP em um município do Vale do Sinos, em 2015. Trata-se de pesquisa documental quantitativa e de caráter retrospectivo, realizada com base nas fichas de Autorização de Internação Hospitalar, de janeiro a dezembro de 2015, para identificar a cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF) utilizou-se o mapeamento das unidades. Autorizou-se 1200 internações, das quais 250 (20,8%) foram decorrentes de CSAP. A maior incidência de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) foi por infecções do rim e trato urinário (22,8%), doenças pulmonares (13,2%) e angina (11,2%). A média de idade dos internados por CSAP foi 45,6 anos (\pm

29,7), evidenciando a presença significativa de extremos de idade. Sexo feminino representou 57,2% das ICSAP e, 57,6% das ICSAP foram de usuários não adscritos por ESF. Conclui-se a importância da aplicação do indicador e identificação do perfil dos usuários internados por CSAP para avaliação das condições de saúde da população.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde. Avaliação em Saúde. Indicador de Saúde.

CHARACTERIZATION OF HOSPITALIZATIONS FOR SENSITIVE CONDITIONS TO PRIMARY CARE IN A SMALL CITY OF VALE DO SINOS/RS

ABSTRACT: The Sensitive Conditions Primary (SCP) are health problems that can be prevented or treated by effective Primary Health Care (PHC) and the characterization of Hospitalizations for Sensitive Conditions Primary (HSCP) is important for assessing the fragilities of the system Health and population. The objective of this study was to draw a profile of patients hospitalized for SCP in a municipality in the Vale do Sinos in 2015. This is a quantitative and retrospective documentary research, based on the Hospitalization Authorization forms of January to December 2015, to identify the Family Health Strategy (FHS) coverage, the

FHS mapping was used. It was authorized 1200 hospitalizations, of which 250 (20,8%) were due to SCP. The highest incidence of HSCP was due to infections of the kidney and urinary tract (22,8%), pulmonary diseases (13,2%) and angina (11,2%). The mean age of hospitalizations for SCP was about 45,6 years ($\pm 29,7$), evidencing the significant presence of extreme age. Females accounted for 57,2% of the HSCP and 57,6% of the HSCP were from non-FHS users. It is concluded the importance of the application of the indicator and identification of the profile of the hospitalized users by SCP to evaluate the health conditions of the population.

KEYWORDS: Primary Health Care. Health Evaluation. Health Status Indicators.

1 | INTRODUÇÃO

Em 1920, Winslow já definia a saúde pública como a ciência capaz e responsável por evitar doenças, prolongar a vida, otimizar as saúdes física e mental e estimular a eficiência do indivíduo, permitindo, por meio de diferentes esforços, a manutenção adequada da saúde, ressaltando a integralidade do cuidado com questões sociais (BUSS, 2009). Diante desse contexto, Nunes (2012) sugere que a Atenção Primária à Saúde (APS) seja uma estratégia prioritária para o desenvolvimento e qualidade de vida da população, contemplando as ciências sociais e humanas na prática da saúde coletiva.

O caráter preventivo da APS, com atuação contínua da promoção da saúde, tem gerado impactos internacionais no cenário atual de saúde pública, e vários estudos evidenciaram os efeitos positivos da implantação dessa modalidade de atenção nos indicadores de saúde, como a redução de indicadores de internações hospitalares, de consultas urgentes, de baixo peso ao nascer e de mortalidade infantil. Indicando que sistemas de saúde, apoiados em uma APS qualificada, atingem melhores níveis de saúde e qualidade de vida com maior equidade (ANDRADE et. al., 2012).

Portanto, admite-se à APS autonomia para resolver cerca 85% das necessidades de saúde existentes, por meio da educação em saúde, imunização, saneamento básico e manejo de doenças crônicas (NEDEL, 2011; STARFIELD, 1994), prevenindo muitas doenças e agravos de saúde, cujas enfermidades são conhecidas como Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP), no qual um índice elevado de internações decorrentes destas condições pode evidenciar falhas no processo de atuação da APS, exigindo a busca dos usuários pelos demais níveis de atenção em saúde (PEREIRA; DA SILVA; LIMA NETO, 2015).

De modo que a aplicação e análise do indicador “Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária” (ICSAP) permite o reconhecimento das fragilidades e potencialidades da APS e, a partir disso, direcionar olhares e esforços para o planejamento de ações coerentes com a realidade e necessidades da população, ampliando a qualidade do serviço oferecido no município, bem como incentivar a pesquisa e a busca por excelência na APS (NEDEL, 2011, tradução nossa; BRASIL,

2014a).

Em 2008, o Brasil adotou oficialmente o indicador, quando o Ministério da Saúde lançou a Lista Brasileira de CSAP, elaborada por uma equipe técnica habilitada que considerou aspectos de prevenção, diagnóstico e tratamento, bem como contexto de saúde pública e epidemiologia do país como critérios de inclusão (BRASIL, 2008c; ALFRADIQUE et. al., 2009; SOUSA et. al., 2016). A fim de ser utilizada como subsídio para avaliação da APS e/ou do uso do nível de atenção hospitalar, podendo ser aplicada como indicador de desempenho do sistema de saúde em todas as suas esferas, municipal, estadual e nacional (BRASIL, 2008a).

Não há uma meta numérica mundial ou nacional estabelecida, uma vez que vários condicionantes sociodemográficos influenciam nas ICSAPs, ressalta-se que tão importante quanto a taxa de ICSAP, a identificação do agravo que mais adoeca a população é fundamental para a especificação da fragilidade do sistema a ser trabalhada, de modo que a avaliação contínua e comparada apresente reduções anuais das taxas de ICSAP resultantes das melhorias implantadas (ALFRADIQUE et. al., 2009; TURCI et. al., 2012).

Além do interesse pessoal em conhecer as potencialidades da APS na comunidade que está inserida, as pesquisadoras acreditam que a aplicação desse indicador no sistema de saúde municipal mostra-se útil e viável para avaliar a eficiência da APS do município. Razões pelas quais se justificou a realização deste estudo.

A pesquisa foi desenvolvida com o objetivo geral de avaliar a resolutividade da APS em um município de pequeno porte do Vale do Sinos, a partir do indicador de ICSAP. Norteando-se pelos objetivos específicos de mensurar a proporção de ICSAP em relação ao total de internações de 2015; identificar o percentual de ICSAP referentes a usuários que são acompanhados por ESF; identificar as CSAP responsáveis pelo maior número de internações e verificar relação entre ICSAP e fatores intrínsecos, como idade e sexo dos usuários.

2 | METODOLOGIA

Para atingir os objetivos propostos para este estudo, optou-se por uma pesquisa documental, de caráter retrospectivo e de abordagem quantitativa.

Foram incluídas ao estudo todas as internações registradas nas Autorizações de Internação Hospitalar do município, do período de janeiro a dezembro de 2015, excluíram-se as internações oriundas de parto e que não se enquadravam nos critérios de inclusão supracitados. Posteriormente, classificou-se as internações em sensíveis ou não à APS, utilizando apenas as ICSAP para análise.

O projeto de pesquisa deste estudo passou pela aprovação e liberação da Secretaria Municipal de Saúde do referido município, que avaliou o projeto e autorizou a continuidade da pesquisa. Posteriormente, o projeto foi encaminhado para avaliação

e aprovação da banca examinadora do Curso de Enfermagem e, então, submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Feevale para o aceite final e assim desenvolvimento do trabalho.

O estudo foi realizado com base nas fichas de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), incluindo ao estudo todas as internações não obstétricas – indo ao encontro das recomendações do Ministério da Saúde (TURCI et. al., 2012) – do período de janeiro a dezembro de 2015. O registro das informações foi realizado conforme instrumento de pesquisa, elaborado exclusivamente para este estudo (Apêndice D): mês da internação, sexo e idade, motivo de internação, município de internação, endereço de residência para identificar se território possui ou não cobertura de ESF e unidade de ESF, caso possuísse.

Para a classificação de internação, como sensível ou não à atenção primária, tomou-se como referência a Lista Brasileira de CSAP, divulgada na Portaria 221, de 17 de abril de 2008 (BRASIL, 2008a). Para identificar a cobertura de ESF utilizou-se o mapeamento territorial das ESFs disponibilizado pela própria Secretaria Municipal de Saúde. As informações foram organizadas em planilha eletrônica do programa estatístico *Microsoft Excel* 2013.

Em seguida, realizou-se o cálculo percentual de proporção de ICSAP e taxa bruta a cada 1.000 habitantes, os dados passaram por estatística simples de frequências absolutas.

3 | RESULTADOS

A partir da mensuração dos dados coletados, identificou-se que no ano de 2015, o município autorizou um total de 1200 internações, das quais 250 (20,8%) foram decorrentes de CSAP, representando uma taxa de 8,28 ICSAP por 1.000 habitantes. De acordo com os dados do Sistema de Gestão Estratégica do Rio Grande do Sul (RS), a proporção de ICSAP em 2015 na região da 1ª Coordenaria de Saúde (CRS) – na qual a cidade está inserida – foi de 25,79%, demonstrando que a proporção de ICSAP do presente município está abaixo da média regional.

Conforme a tabela 1 abaixo, a maioria das ICSAPs registradas foi por infecções do rim e trato urinário (22,8%), doenças pulmonares (13,2%) e angina (11,2%), enquanto que doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis e anemia não tiveram nenhuma ocorrência.

Classificação da doença	n (250)	%
Doenças preveníveis por imunização	0	0,0%
Gastroenterites Infecciosas e complicações	9	3,6%
Anemia	0	0,0%
Deficiências Nutricionais	7	2,8%

Infecções de ouvido, nariz e garganta	22	8,8%
Pneumonias bacterianas	1	0,4%
Asma	4	1,6%
Doenças pulmonares	33	13,2%
Hipertensão	4	1,6%
Angina	28	11,2%
Insuficiência Cardíaca	20	8,0%
Doenças Cerebrovasculares	15	6,0%
Diabetes Mellitus	12	4,8%
Epilepsias	5	2,0%
Infecção no Rim e Trato Urinário	57	22,8%
Infecção da pele e tecido subcutâneo	14	5,6%
Doenças Inflamatórias órgãos pélvicos femininos	5	2,0%
Úlcera gastrointestinal	9	3,6%
Doenças relacionadas ao PN e Parto	5	2,0%

Fonte: elaborado pelas autoras.

Tabela 1 – Classificação das ICSAP conforme grupos de doenças

De acordo com a tabela acima é possível identificar uma importante frequência de internações por infecções do rim e trato urinário, doenças pulmonares e angina, bem como a ocorrência de 8% de hospitalizações secundárias à Insuficiência Cardíaca e 6% de doenças cerebrovasculares, o que pode indicar falhas no acesso e/ou na resolutividade da APS ou, ainda, a falta de corresponsabilidade dos usuários com a própria saúde, dada a possibilidade de manejo ambulatorial dessas condições. Logo, a situação reflete na procura por serviços de urgência e emergência em detrimento da APS para tratar agravos de saúde evitáveis.

Embora as internações decorrentes de condições diretamente relacionadas a Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) terem representado 4,8% e 1,6%, respectivamente, a demasia de internações de origem renal, cardíaca e pulmonar também pode estar relacionada ao manejo inadequado dessas doenças crônicas (MENDONÇA; ALBUQUERQUE, 2014).

O fato de as doenças preveníveis por imunização não registrarem nenhuma internação revela a eficácia do Programa Nacional de Imunização (PNI) e a efetividade da cobertura vacinal do município. Cabendo ressaltar o papel da equipe de enfermagem, principalmente do enfermeiro, na responsabilidade operacional das salas de vacina e monitoramento da busca ativa e demais etapas desse processo, ao garantir um recurso preventivo de alta eficácia para a população (FERREIRA; DIAS; MISHIMA, 2012).

Assim como as doenças preveníveis por imunização, a anemia não gerou nenhuma internação e, as deficiências nutricionais representaram menos de 3% das

ICSAP no município, o que infere a efetividade da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) desenvolvida pelas equipes de ESF, a qual propõe a melhoria das condições alimentares e nutricionais das pessoas, por meio da promoção de práticas saudáveis de alimentação, vigilância alimentar e nutricional e prevenção de doenças carenciais (MENDONÇA; ALBUQUERQUE, 2014; BRASIL, 2012c).

As ICSAP relacionadas ao pré-natal e parto e inflamações de órgãos pélvicos femininos tiveram prevalência geral de 2% cada e, se analisadas exclusivamente as ICSAP femininas (n=143), esses dois grupos representaram, juntos, uma proporção de 6,99%. Enquanto que uma pesquisa realizada no Paraná, com 429 mulheres internadas, em 2013, identificou um percentual de 19,38% de internações por condições relacionadas ao pré-natal e parto e inflamações de órgãos pélvicos femininos e, considerando apenas as ICSAP, a proporção foi ainda maior, 39% (PITILIN et. al., 2015).

As infecções de ouvido, nariz e garganta foram responsáveis por 8,8% das ICSAP, um estudo descritivo – realizado em Pernambuco, em 2012, apontou a prevalência de 0,6% de infecções de ouvido, nariz e garganta dentre as ICSAP, no entanto, esse mesmo estudo evidenciou uma ocorrência de 17% de gastroenterites infecciosas e complicações (MENDONÇA; ALBUQUERQUE, 2014), ao passo que o presente município apresentou um índice de 3,6%, dado que remete às condições climáticas e ambientais como fatores relevantes e determinantes na análise das ICSAP.

A média de idade dos pacientes internados por CSAP foi de 45,6 anos, o desvio padrão de 29,7 anos demonstra a presença frequente de extremos de idade, o que fica evidente na tabela 2 abaixo, que apresenta uma prevalência de 46% de idosos com mais 60 anos. Um resultado similar foi publicado por Torres e Ciosak (2014) no município de Cotia – SP, cujo panorama de ICSAP apresentou maior prevalência desse tipo de hospitalização em extremos de idade, especialmente em faixas etárias acima dos 50 anos. Tal implicação é condizente com as fragilidades fisiológicas e maior suscetibilidade de adoecimento das faixas etárias extremas.

Variáveis	n (250)	%
Sexo		
Feminino	143	57,2%
Masculino	107	42,8%
Idade		
00 I-----1	21	8%
01 I-----5	25	10%
05 I-----10	4	1,6%
10 I-----20	17	6,8%
20 I-----40	29	11,6%
40 I-----60	40	16%
60 anos ou mais	114	46%

Adscrito por ESF

Sim	106	42,4%
Não	144	57,6%

Fonte: elaborado pelas autoras.

Tabela 2 – Perfil das ICSAP segundo sexo, idade e cobertura de ESF

A maioria das ICSAP foi de mulheres, resultado que vai ao encontro do obtido por uma pesquisa transversal, realizada em Divinópolis (MG), que descreveu o perfil epidemiológico das internações ocorridas na cidade entre julho e outubro de 2011, das 999 ICSAP registradas no período, também houve a maior prevalência em mulheres e faixas etárias abaixo dos 13 anos e acima de 40, apresentando, inclusive, associação estatística relevante entre essas variáveis e a ocorrência de ICSAP (CARDOSO et. al., 2013). Dados que justificam as atividades e políticas especiais à saúde da mulher promovidas pela APS de todo o país.

Ressalta-se que 57,6% das ICSAP foram de pessoas que não tinham acesso à ESF. Uma pesquisa cujo objetivo foi aferir a relação entre as ICSAP e a cobertura populacional de ESF nas unidades da federação, entre 1998 e 2006, evidenciou a associação entre o aumento da cobertura de ESF e redução das ICSAP no país ($p \leq 0,01$), fato que ocorreu em 38,4% dos estados brasileiros (CECCON; MENEGHEL; VIECILI, 2014). Igualmente, corroborando os resultados supracitados, um estudo brasileiro de cunho ecológico identificou uma redução média anual de 3,7% nas ICSAP por todo o país entre 1998 e 2009 (BOING et. al., 2012). Evidências que apontam para a maior fragilidade das pessoas residentes em áreas não adscritas, reforçando a importância da ampliação cobertura e acesso à ESF.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados confirmam o impacto positivo da atuação da APS na qualidade de vida da população, no sentido de promover a saúde e prevenir doenças. Identificar a prevalência de internações de cada grupo de CSAP foi fundamental para apontar as potencialidades e as possíveis falhas do sistema primário de saúde do município.

Assim como em outros estudos, pôde-se identificar como características de maior fragilidade o sexo feminino, grupo etário maior de 60 anos e não adscrição de ESF. Considerando a importância da ESF nas condições de saúde da população, a falta de acesso como uma provável fragilidade da APS – apontada através da maior prevalência de ICSAP tratáveis ambulatorialmente – e, a maioria de internações correspondentes a pessoas não adscritas por ESF, a ampliação da cobertura de ESF nesse município mostra-se como uma medida necessária.

A partir da discussão dos dados é possível afirmar que o uso do indicador ICSAP no planejamento e gestão da ESF tende a melhorar a organização do fluxo

de usuários dentro da rede de saúde, uma vez que a sua análise adequada permite o estabelecimento de prioridades e colabora para a implementação de estratégias que venham a reduzir a ocorrência de ICSAP, garantindo melhor qualidade de vida dos usuários e ocupação adequada dos leitos hospitalares. Contudo, tão importante quanto o uso de indicadores, é a competência dos gestores em realizar uma análise coesa sobre os dados obtidos e traduzir a análise em planejamentos e estratégias efetivas.

REFERÊNCIAS

ALFRADIQUE, Maria Elmira et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP-Brasil). **Cad Saúde Pública**, v. 25, n. 6, p. 1337-49, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v25n6/16.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2016.

BASSINELLO, Greyce (org.) **Saúde Coletiva**. São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2014.

BOING, Antonio Fernando et al. Redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998-2009. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 359-366, abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000200019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012**. Diário Oficial da União. Brasil, 2012a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 11 abr. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/pnan2011.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 110 p. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 18 fev. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, DF, 1997. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria Nº 221, de 17 de Abril de 2008**. Diário Oficial da União, Brasília, 2008a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html>. Acesso em: 16 fev. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015** – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 154 p., v. 1. Disponível em: <http://189.28.128.100/sispacto/CadernoDiretrizes2013_2015.pdf>. Acesso em: 06 abr. 2016.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. **Indicadores de programas**: guia metodológico. Brasília: Ministério Público, 2010. 128p. Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/spi/publicacoes/100324_indicadores_programas-guia_metodologico.pdf>. Acesso em: 11 out. 2016.

BUSS, Paulo Marchiori. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, Dina; DE FREITAS, Carlos Machado. **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Fiocruz: Scielo, 2009. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=-UEqBQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA19&dq=uma+introdu%C3%A7%C3%A3o+a+o+conceito+de+promo%C3%A7%C3%A3o+da+sa%C3%BAde&ots=CS89WxalOj&sig=yhpNaCNHiRYLQJV45Lmo42kDGpc#v=onepage&q=uma%20introdu%C3%A7%C3%A3o%20ao%20conceito%20de%20promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20sa%C3%BAde&f=false>>. Acesso em: 26 fev. 2016.

CARDOSO, Clareci Silva et al. Contribuição das internações por condições sensíveis à atenção primária no perfil das admissões pelo sistema público de saúde. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 34, n. 4, p. 227-234, out. 2013. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892013001000003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 jul. 2016.

CECCON, Roger Flores; MENEGHEL, Stela Nazareth; VIECILI, Paulo Ricardo Nazário. Internações por condições sensíveis à atenção primária e ampliação da Saúde da Família no Brasil: um estudo ecológico. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 968-977, dec. 2014. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2014000500968&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 Mar. 2016.

ELIAS, Paulo Eduardo et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciênc saúde coletiva**, v. 11, n. 3, p. 633-641, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232006000300012&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 18 fev. 2016.

FERREIRA, Marianna; DIAS, Bruna Moreno; MISHIMA, Silvana Martins. Internações por condições sensíveis: possibilidade de avaliação na atenção básica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [internet], v. 14, n. 4, p. 760-770, 2012. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v14/n4/pdf/v14n4a03.pdf>>. Acesso em: 14 jul. 2016.

MENDONÇA, Sarah de Souza; ALBUQUERQUE, Emídio Cavalcanti de. Perfil das internações por condições sensíveis à atenção primária em Pernambuco, 2008 a 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 3, p. 463-474, set. 2014. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742014000300009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 jul. 2016.

NEDEL, Fúlvio Borges et al. Conceptual and methodological aspects in the study of hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 1145-1154, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000700046&script=sci_arttext>. Acesso em: 03 mar. 2016.

PITILIN, Érica de Brito et al. Internações sensíveis à atenção primária específicas de mulheres. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 441-448, Fev. 2015. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000200441&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 set. 2016.

REHEM, Tania Cristina M. S. B.; EGRY, Emiko Yoshikawa. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4755-4766, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/24.pdf>>. Acesso em: 17 fev. 2016.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Sistema de Gestão Estratégica. **Proporção de Internações clínicas hospitalares por condições sensíveis à AB**. 2015. Disponível em: <<http://ti.saude.rs.gov.br/sge/sge/indicadores/DetailIndicador/157/2015-01-01>>. Acesso em: 14 out. 2016.

SOUSA, Naira Pereira de, et al. Internações sensíveis à atenção primária à saúde em hospital regional do Distrito Federal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 1, p. 118-125, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000100118>. Acesso em: 03 mar. 2016.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. 2. ed. UNESCO; Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2016.

TORRES, Renata Laszlo; CIOSAK, Suely Itsuko. Panorama das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no município de Cotia. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. spe, p. 137-144, aug. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000700137&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 set. 2016.

TURCI, Maria Aparecida. et. al. **Avaliação do Impacto das Ações do Programa de Saúde da Família da Redução das Internações Hospitalares por Condições Sensíveis à Atenção Básica em Adultos e Idosos: Relatório Final de Pesquisa**. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Minas Gerais. Projeto ICSAP Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Belo Horizonte, 2012. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3261.pdf>>. Acesso em: 06 abr. 2016.

CATETERISMO VESICAL SUPRA PÚBICO: O DEBATE ÉTICO-LEGAL E TÉCNICO DESTE PROCEDIMENTO PELO ENFERMEIRO

Neiva Claudete Brondani Machado

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Farroupilha

Santo Ângelo - Rio Grande do Sul

Sandra Maria de Mello Cardoso

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Farroupilha

Santo Ângelo - Rio Grande do Sul

Andressa Peripolli Rodrigues

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Farroupilha

Santo Ângelo - Rio Grande do Sul

Rita Fernanda Monteiro Fernandes

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Farroupilha

Santo Ângelo - Rio Grande do Sul

Margot Agathe Seiffert

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Farroupilha

Santo Ângelo - Rio Grande do Sul

Marieli Terezinha Krampe Machado

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Farroupilha

Santo Ângelo - Rio Grande do Sul

Márcia Beatriz do Carmo Gaita

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Farroupilha

Santo Ângelo - Rio Grande do Sul

Lucimara Sonaglio Rocha

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Farroupilha

Santo Ângelo - Rio Grande do Sul

Elizabet Marta Krebs

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Farroupilha

Santo Ângelo - Rio Grande do Sul

Edennis Alexandre da Rosa Barbosa de Moraes

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Farroupilha

Santo Ângelo - Rio Grande do Sul

Chrystian Fogaça Antunes

Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial - São Borja - Rio Grande do Sul

Leoceni Dorneles Nene Antunes

Hospital Unimed Missões - Santo Ângelo - Rio Grande do Sul

RESUMO: O cenário profissional de enfermagem passa por diversas transformações. Suscita-se pensar nos procedimentos realizados pelos profissionais de enfermagem que representam um ponto importante de atuação. Em se tratando da sondagem vesical supra púbrica é imprescindível analisar a capacidade técnica dos sujeitos, ora autorizados legalmente para efetuar tal procedimento. Sendo esta análise importante para o cuidado de sujeitos com distúrbios urinários, objetiva-se refletir acerca do amparo legal, da ética e da competência técnica do enfermeiro para realizar o procedimento de

cateterismo vesical supra púbico. Trata-se de um relato de experiência vivenciado no cenário hospitalar de um hospital de médio porte localizado na região noroeste do Rio Grande do Sul (Brasil). Este relato evidencia um tema relevante e que interfere na vida dos profissionais de enfermagem e na segurança do paciente, pois discute diretamente formação profissional, habilidade técnica e modificações na legislação. É preciso levar em consideração o saber profissional de cada indivíduo frente a transformações na legislação vigente. O procedimento de cateterismo vesical supra púbico é de fato mais complexo do que o realizado tradicionalmente através da uretra. Diversas são as dúvidas de enfermeiros no que tange a legalidade e competência na execução do procedimento. Há de se considerar de forma não menos importante o universo de enfermeiros que atuam nos serviços de saúde e não foram capacitados para tal procedimento na formação profissional. Impera a necessidade de análise da atual situação e dos delineamentos ocorridos após a autorização efetiva para a realização de sondagem supra púbica por profissionais de enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem, Cistostomia, Assistência ao paciente, Legislação de enfermagem, Ética.

SUPRA PUBLIC VESICAL CATHETERISM: THE ETHICAL-LEGAL AND TECHNICAL DEBATE OF THIS NURSE PROCEDURE

ABSTRACT: The nursing professional scenario is undergoing various transformations. It is necessary to think about the procedures performed by nursing professionals that represent an important point of action. In the case of suprapubic bladder catheterization, it is essential to analyze the technical capacity of the subjects, now legally authorized, to perform such procedure. As this analysis is important for the care of subjects with urinary disorders, it aims to reflect on the legal support, ethics and technical competence of nurses to perform the procedure of suprapubic bladder catheterization. This is an experience report in the hospital setting of a medium-sized hospital located in the northwest of Rio Grande do Sul (Brazil). This report highlights a relevant theme that interferes with the lives of nursing professionals and patient safety, since it directly discusses professional training, technical skills and changes in legislation. It is necessary to take into account the professional knowledge of each individual facing changes in current legislation. The suprapubic bladder catheterization procedure is in fact more complex than that traditionally performed through the urethra. There are several doubts of nurses regarding the legality and competence in performing the procedure. The universe of nurses who work in health services and were not trained for this procedure in vocational training should be considered no less importantly. There is a need for analysis of the current situation and the delineations that occurred after the effective authorization to perform suprapubic probing by nursing professionals.

KEYWORDS: Nursing, Cystostomy, Patient Care, Nursing Legislation, Ethics.

1 | INTRODUÇÃO

O cenário profissional de enfermagem como em tantas outras profissões passa por diversas transformações no decorrer dos tempos. Seja por movimentos tecnológicos comuns a modernidade ou por delineamentos relacionados ao cuidado de enfermagem propriamente dito. Ao remeter o pensamento ao cuidado de enfermagem em décadas anteriores, suscita-se pensar nos procedimentos realizados pelos profissionais de enfermagem que representam um ponto importante da atuação profissional. As categorias profissionais em enfermagem hierarquicamente são essenciais para o desenvolvimento do cuidado de enfermagem no cenário de saúde e a reflexão sobre as mudanças na legislação requer destes profissionais a análise do atual momento.

Em se tratando da sondagem vesical supra púbica é imprescindível analisar profundamente a capacidade técnica dos sujeitos, ora autorizados legalmente para efetuar tal procedimento.

A bexiga foi considerada por muitos anos um órgão perigoso de ser aberto. Uma intervenção cirúrgica só deveria ser feita em última instância e por cirurgiões experientes. Se tratada de forma incorreta, poderia gerar complicações e levar o paciente à morte (COLOGNA, 2011). Trata-se de um órgão oco situado na cavidade abdominal, mais precisamente atrás do osso púbico, cuja função é armazenar a urina produzida pelos rins, comunicando-se com estes através dos ureteres e externamente através da uretra (SMELTZER, 2011).

Um adulto é capaz de produzir entre um e dois litros de urina por dia. A urina produzida é eliminada de acordo com seu acúmulo através da uretra, tendo em vista a bexiga ter entre 400 e 500 ml de capacidade somente. Quando um paciente é incapaz de urinar espontaneamente, opta-se pelo cateterismo vesical de alívio ou de demora. As principais causas de não eliminar a urina espontaneamente podem estar relacionadas à diabetes, hipertrofia da próstata, patologias uretrais, traumatismos, gravidez ou distúrbios neurológicos (SMELTZER, 2011), incluindo neste último o pós-anestesia subaracnóidea com uso de analgésico Morfina.

As vias excretoras urinárias são passíveis de serem atingidas por sondas. A inserção de instrumentos dentro da bexiga remonta às antigas culturas, sendo o registro mais antigo proveniente da civilização egípcia (3000 a 1440 a.C.). As finalidades do cateterismo vesical podem ser diversas, tais como: drenagem vesical, medida de diurese em pacientes críticos, assegurar higiene peritoneal, conforto a pacientes idosos e acamados, diagnóstico de doenças, pós-operatório de cirurgias urológicas, dentre outras (LENZ, 2006).

O paciente pode, em algumas situações, necessitar de uma derivação vesical. Dentre as diversas causas, é possível destacar a obstrução do colo vesical ou estenose uretral, onde não é possível realizar o cateterismo convencional, o trauma de uretra ou bexiga e o pós-operatório de cistoplastias ou uretroplastias. A derivação

vesical trata-se do procedimento realizado pelo cirurgião, com o intuito de criar um novo trajeto para a saída da urina contida na bexiga. Quando esta eliminação se der através de um cateter, teremos então uma cistostomia (COLOGNA, 2011).

A primeira abordagem vesical por via supra púbica remonta ao ano de 1561, com Pierre Franco, que considerou o procedimento arriscado demais para ser repetido (COLOGNA, 2011). Desde então, o cateterismo vesical através de cistostomia seja simples ou de demora, configura um procedimento complexo e inerente à especialidade médica da urologia. Quando realizado pelo enfermeiro é frequentemente alvo de indagações e dúvidas relacionadas à legalidade e competência técnica para realização. Neste sentido, o presente trabalho busca analisar a legislação específica, comparando com as bases aprendidas durante o curso de graduação em enfermagem e a habilitação técnica para tal procedimento.

Sendo esta análise importante para o cuidado de sujeitos com distúrbios urinários, objetiva-se refletir acerca do amparo legal, da ética e da competência técnica do enfermeiro para realizar nos dias atuais o procedimento de cateterismo vesical de cistostomia.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo relato de experiência vivenciado no cenário hospitalar de um hospital de médio porte localizado na região noroeste do Rio Grande do Sul (Brasil).

A análise reflexiva parte de uma vivência ocorrida durante o estágio curricular supervisionado obrigatório de estudantes de enfermagem e de discussões entre docentes de um Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia acerca do tema.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A enfermagem no decorrer dos anos vem conquistando muitos espaços na área de saúde, cada vez mais trazendo para si novas atividades, assumindo novos cargos, enfim, muito mais responsabilidade do que nos seus primórdios. Contudo, ao mesmo tempo em que isso traz orgulho para os profissionais, também os expõem a maiores riscos e responsabilidades no âmbito jurídico (SOBRINHO, CARVALHO, 2004).

A exposição a riscos envolve três fatores fundamentais: o paciente, o profissional de enfermagem e a família. A segurança destes atores envolvidos em uma situação de fragilidade em saúde não pode ser inobservada e, o principal a ser respeitado nesta relação é a segurança. Desta forma, o cateterismo supra púbico representa um assunto polêmico e que merece debate, pois difere consideravelmente de uma abordagem por vias naturais.

O cateterismo vesical simples ou de demora através da uretra é um procedimento

indiscutivelmente realizado pelo enfermeiro, privativamente no âmbito da equipe de enfermagem. Para tanto, está incluso dentro dos conteúdos abordados nas disciplinas de Fundamentos de Enfermagem, base para a prática da Enfermagem. Tal técnica necessita ser rigorosamente asséptica, visando evitar complicações como a infecção do trato urinário. Segundo o estudo de Souza Neto (2008), infecções urinárias estão presentes entre 1 a 2% de pacientes sondados por cateterismo vesical simples e, em até 10 a 20% em pacientes sondados com cateterismo vesical de demora, mesmo que por curtos períodos de tempo.

O profissional enfermeiro possui competência técnica para a realização de procedimentos de maior complexidade no âmbito da equipe de enfermagem. Isto se deve a seu embasamento científico desenvolvido durante a formação acadêmica e sua capacidade de tomar decisões imediatas, em consonância com o exposto na Lei do Exercício Profissional (Lei nº 7.498/86).

Contudo, quando a introdução deste cateter necessita ser feita através da derivação vesical ou cistostomia, a complexidade do procedimento será diferenciada. Diversas dúvidas surgem a partir da competência e habilitação legal do enfermeiro para realizar tal procedimento.

A derivação vesical supra púbica pode ser definida como uma cirurgia onde se cria um trajeto alternativo para a saída de urina contida na bexiga. A cistostomia é portanto, uma derivação vesical na qual se coloca um cateter no interior da bexiga para drenagem de urina. Este procedimento pode ser realizado a céu aberto, havendo a necessidade da exposição da parede anterior da bexiga ou por punção supra púbica (COLOGNA, 2011).

Para tanto, busca-se na legislação atual um parecer oficial a respeito do tema. Segundo o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), em seu Parecer Nº 010/2013, elaborado pela Câmara Técnica em Atenção à Saúde (CTAS) em 05 de novembro de 2013:

[...] compete no âmbito da equipe de enfermagem, privativamente ao Enfermeiro a troca da sonda de cistostomia, desde que o trajeto esteja bem definido e o profissional tenha segurança na realização do procedimento, avaliando criteriosamente sua competência técnica, científica, ética e legal, para que não venha lesar o paciente por imperícia, negligência ou imprudência [...].

De acordo com Souza (2006), imprudência, negligência e imperícia são as três formas de culpa do enfermeiro no âmbito de sua responsabilidade civil, quando causador de danos ao paciente. Imprudência é a ação executada sem a devida precaução necessária. Negligência configura-se na abstenção dos deveres que uma situação exige, ou seja, deixar de fazer quando necessário. Já a imperícia, por sua vez, trata-se de agir sem os conhecimentos suficientes, adequados ou equivocados, ou ainda, a falta de habilidade do profissional na execução de um procedimento.

Do ponto de vista pedagógico, o cateterismo vesical simples e de demora é

ensinado em teoria e prática em cursos de graduação em enfermagem. Soma-se ainda o treinamento incessante em laboratório e a posterior prática supervisionada durante os estágios. No entanto, quando falamos da complexidade do cateterismo supra púbico, buscando o relato de profissionais enfermeiros sobre o aprendizado do procedimento durante a graduação, as respostas são variadas e muito distintas. Partindo deste pressuposto, acredita-se que o nível de conhecimento destes profissionais proveniente do aprendizado acadêmico seja muito desuniforme, gerando uma preocupação com relação à execução segura do procedimento.

A preocupação de como se dará a capacitação dos profissionais para este procedimento, outrora, de responsabilidade do profissional médico, torna-se o eixo principal deste debate. É preciso considerar que os indivíduos são diferentes e a resposta a esta demanda será da mesma forma diferente, levando em consideração o 'saber fazer', o 'querer fazer' por pressão, o 'dizer não por falta de habilidade técnica' e os resultados disso frente à situação em questão. A discussão busca refletir sobre a necessidade de se pensar na formação profissional do enfermeiro e sua real segurança para realizar o procedimento e, sobretudo, sobre o direito de negar-se a realizá-lo sem que com isso sofra danos profissionais no ambiente de trabalho.

4 | CONCLUSÕES

Este relato de experiência evidencia um tema atual e relevante, que interfere na vida dos profissionais de enfermagem e na segurança do paciente, pois discute diretamente formação profissional, habilidade técnica e modificações na legislação. É preciso levar em consideração o saber profissional de cada indivíduo frente às transformações na legislação vigente.

O procedimento de cateterismo vesical através da cistostomia é de fato mais complexo do que o realizado tradicionalmente através da uretra. Diversas são as dúvidas de enfermeiros no que tange a legalidade e competência na execução do procedimento.

Através do Parecer nº 010/2013 do COFEN, é possível encontrar respaldo legal ao enfermeiro para execução do cateterismo supra púbico. Contudo, cabe ressaltar que este profissional deve sentir-se preparado para o ato, avaliando a todo o momento sua capacidade técnica de concluir o procedimento sem lesar o paciente, observando os preceitos da ética, da assistência de enfermagem com qualidade e do profissionalismo.

O contraste em relatos informais de enfermeiros no que tange o aprendizado do cateterismo supra púbico no decorrer do curso de graduação deve instigar a investigação mais profunda da real capacitação técnica deste profissional para realização do procedimento, diminuindo a possibilidade de imperícia durante o exercício da enfermagem. Ainda segundo Sobrinho, Carvalho (2004) é preciso

considerar também que o profissional de saúde, como ser humano, é passível de cometer erros no exercício da sua profissão.

Conclui-se que a formação profissional de enfermagem necessita incluir na ementa de disciplinas o procedimento de inserção de sondas supra púbicas, avaliando seus riscos e possíveis complicações. A qualidade da atenção à saúde depende diretamente da qualidade das ações desenvolvidas pela enfermagem.

Há de se considerar de forma não menos importante o universo de enfermeiros que já atuam nos serviços de saúde e não foram capacitados para tal procedimento do decorrer de sua formação profissional. Impera sobre o tema a necessidade de análise profunda da atual situação e dos delineamentos ocorridos após a autorização efetiva para a realização de sondagem supra púbica por profissionais de enfermagem.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação/Câmara de Ensino Superior. Resolução CNE/CES Nº 03, de 07 de novembro de 2001.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. Câmara Técnica de Atenção em Saúde. Parecer nº 010/2013, de 05 de novembro de 2013, que dispõe sobre a troca da sonda de cistostomia pelo profissional enfermeiro.

COLOGNA, Aduino José. Cistostomia. **Revista Medicina**, Ribeirão Preto, v. 44, n. 1, p. 57-62, 2011.

LENZ, Lino Lima. Cateterismo vesical: cuidados, complicações e medidas preventivas. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 35, n. 1, p. 82-91, 2006.

SMELTZER, Suzanne C; et al. **Brunner e Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

SOBRINHO, Vicente Grossi; CARVALHO, Eloá Carneiro. Uma Visão Jurídica do Exercício Profissional da Equipe de Enfermagem. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 102-8, 2004.

SOUZA, Neri Tadeu Câmara. Responsabilidade Civil do Enfermeiro. **Revista Direito e Liberdade**, Natal, v. 2, n. 1, p. 337-35, 2006.

SOUZA NETO, João Leão et al. Infecção do trato urinário relacionada com a utilização do cateter vesical de demora: resultados da bacteriúria e da microbiota estudadas. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 1, p. 28-33, 2008.

CUIDADOS PALIATIVOS: SIGNIFICADO DA DOR NA PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO

Francisco José do Nascimento Júnior

Graduação em Enfermagem pela Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza (FAMETRO) e Mestrando do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE) - Fortaleza –Ceará

Antonia Cristina Jorge

Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) – Fortaleza – Ceará
Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - (UFRN) - Fortaleza – Ceará

Antonia Edilene Correia de Sousa

Graduação em Pedagogia pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) e Graduação em Enfermagem pela Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza (FAMETRO) – Fortaleza – Ceará

Antionielle Carneiro Gomes

Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) e Mestranda do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará – Fortaleza – Ceará

Álvaro Farias Nepomuceno Carneiro

Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) e Mestrando do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará – Fortaleza – Ceará

Andrea Luiza Ferreira Matias

Graduação em Enfermagem pelo Centro Universitário Estácio - Fortaleza – Ceará

Herlenia da Penha Oliveira Cavalcante

Graduação em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR) - Fortaleza – Ceará

Ismênia Maria Marques Moreira

Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) e Mestrando do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará – Fortaleza – Ceará

Rafaela Assunção Cabral

Graduação em Enfermagem pela Faculdade Mauricio de Nassau , Pós – Graduada em Urgência e Emergência da Faculdade de Quixeramobim – UNIQ - Fortaleza –Ceará

Raffaele Rocha de Sousa

Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC) - Fortaleza – Ceará

Maria Aurilene Viana

Graduação em Enfermagem pela Faculdade Mauricio de Nassau – Fortaleza – Ceará

Sâmia Karina Pereira

Graduação em Enfermagem pela Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza (FAMETRO) - Fortaleza – Ceará

RESUMO: No âmbito dos cuidados paliativos, o ato de cuidar é considerado uma atividade que requer atenção com aqueles pacientes mais fragilizados, o cuidado é muito importante, pois sem ele o ser humano não sobreviveria. O objetivo do presente estudo foi analisar

a percepção do enfermeiro acerca da dor vivenciada pelos pacientes em cuidados paliativos. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa. Os resultados foram apresentados e discutidos segundo o Método de Interpretação de Sentidos, a partir da estruturação de quatro temas: Significado de cuidados paliativos para os enfermeiros; Significado e Sentido da dor na visão dos enfermeiros; Estratégias de cuidados paliativos e humanização utilizada pela equipe de enfermagem. Na visão dos enfermeiros entrevistados o cuidar tem um significado importante e essencial para o paciente paliativo. Tendo como objetivo amenizar o sofrimento dos pacientes, com isso oferecer um conforto e uma melhor qualidade de vida, a equipe deve ser preparada para lidar com a doença e o sofrimento psíquico dos pacientes. O grande desafio dos enfermeiros é cuidar do ser humano na sua totalidade, exercendo uma ação preferencial mediante a sua dor e seu sofrimento, nas dimensões físicas, psíquicas, social e espiritual, com competência tecno-científica e humana.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados paliativos; Dor; Enfermagem.

PALLIATIVE CARE: THE MEANING OF PAIN IN NURSE'S PERCEPTION

ABSTRACT: In palliative care, the act of caring is considered an activity that requires attention with those patients more fragile, care is very important, because without it the human being would not survive. The objective of the present study was to analyze the nurses' perception about pain experienced by patients in palliative care. This is a descriptive study with a qualitative approach. The results were presented and discussed according to the Method of Interpretation of Senses, from the structuring of four themes: Meaning of palliative care for nurses; Meaning and Sense of pain in nurses' vision; Strategies of palliative care and humanization used by the nursing team. In the view of the nurses interviewed, caring has an important and essential meaning for the palliative patient. Aiming to ease the suffering of patients, thereby providing comfort and a better quality of life, the team should be prepared to deal with patients' illness and psychic suffering. The great challenge for nurses is to care for the human being in his totality, exercising a preferential action through his pain and suffering, in the physical, psychic, social and spiritual dimensions, with techno-scientific and human competence.

KEYWORDS: Palliative care; Ache; Nursing.

INTRODUÇÃO

O Brasil vem experimentando um grande envelhecimento populacional, ocasionado pela mudança drástica nos perfis demográficos e epidemiológicos da população. Para esse novo panorama populacional, deve-se levar em conta que a velhice é um dos fatores de risco para o desenvolvimento de doenças e que o avanço tecnológico, em algumas vezes pode vim a acarretar condições inadequadas na vida das pessoas. O processo de envelhecimento repercute nas diferentes esferas da estrutura social, econômica, política e cultural, com demandas específicas

e necessidades de mudanças nos diversos setores de atenção pública e privada (SILVEIRA, CIAMPONE E GUTIERREZ, 2010).

Esse cenário resultou na prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como as doenças osteoarticulares, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), as doenças cardiovasculares, o Diabetes Mellitus (DM), as doenças respiratórias crônicas, a doença cerebrovascular e o câncer. Esta última aumentou muito nos últimos anos, sendo a segunda causa de morte no Brasil. É importante ressaltar que a idade é um marcador de risco importante para todos os tipos de câncer, uma vez que tanto a incidência como a mortalidade aumenta exponencialmente após os 50 anos (MENDES et al, 2014).

O câncer é considerado de longe a doença mais incapacitante e a que provoca maior sofrimento psíquico e dor nos pacientes, nos estágios mais avançados. Um dos principais problemas em relação ao diagnóstico é a descoberta tardia, piorando o prognóstico, diminuindo a sobrevida e aumentando o risco de recidivas e metástases. Nesses casos são necessários os cuidados paliativos. Estes são considerados toda e qualquer abordagem que promova uma melhor qualidade de vida dos pacientes e seus familiares, diante de doenças incuráveis aliviando o sofrimento (MENDES et al, 2014).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2002) é uma “Abordagem que promove qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através de prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual” (OMS, 2002).

O primeiro a escrever sobre Cuidados Paliativos foi o médico William Osler, no início do século XX, com uma abordagem centrada nas pessoas e não em suas doenças, baseando-se no respeito ao sofrimento humano. Por volta de 1960 surgiram os conceitos atuais dos Cuidados Paliativos com Cecily Saunders, criadora do Movimento Hospice e Cuidados Paliativos e fundadora do Saint Christopher's Hospice, em Londres, o primeiro hospital destinado ao tratamento de pacientes na fase do fim da vida. Saunders buscava identificar as reais necessidades dos pacientes, enfatizando a excelência no tratamento de sintomas e abordando a pessoa como totalidade, em seus aspectos físicos, emocionais e espirituais (SILVEIRA et al, 2014).

No âmbito dos cuidados paliativos, o ato de cuidar é considerado uma atividade que requer atenção com aqueles pacientes mais fragilizados, o cuidado é muito importante, pois sem ele o ser humano não sobreviveria, pois aquele paciente que se encontra em estágio terminal precisa de um bem estar físico e psíquico. Dessa forma, o cuidar deve estar sempre relacionado com a humanização, pois aquele paciente que se encontra com uma doença, onde não se tem um prognóstico de cura, pode durar anos, meses ou até mesmo dias, devendo-se sempre priorizar o conforto e qualidade de vida desses pacientes (MENDES et al, 2014).

Como base neste entendimento, é necessário criar uma prática assistencial

onde esteja ligado ao bem estar biopsicossocial e espiritual do paciente, com o intuito de amenizar o sofrimento e proporcionar uma melhor qualidade de vida. Baseado em uma visão holística do ser humano, esses cuidados tem como finalidade valorizar a vida e encarar a morte como um processo natural, assim não prolonga nem antecipa a morte, passando por todas as etapas, amparando, aliviando a dor e outros sintomas (SILVEIRA et al, 2014).

Entre os inúmeros sintomas apresentados pelos indivíduos com câncer, a dor é causa de intenso sofrimento, incapacidade e prejuízos à qualidade de vida. Por ser subjetiva é uma experiência individual e singular, sendo difícil identifica-la, pois, requer uma avaliação sensível por parte dos profissionais, que devem ter os conhecimentos e instrumentos necessários. A dor é o quinto sinal vital, que requer prevenção e tratamento adequado dando prioridade aqueles que já estão em cuidados paliativos, práticas terapêuticas eficazes podem reduzir em 80% a 90% as dores oncológicas (MENDES et al, 2014).

A OMS introduziu uma escala analgésica em três degraus onde foram recomendados fármacos terapêuticos de acordo com a intensidade da dor, pois a dor ocasiona estresse ao paciente e diminuição da qualidade de vida do mesmo. Por esse motivo dados estimam que 62% a 90% dos pacientes terminais ainda apresentam dor, sugerindo-se que as práticas analgésicas ainda não são suficientes e eficazes para o controle da dor (SILVEIRA et al, 2014).

A família é uma unidade de cuidados que também deve receber uma boa assistência durante todo o tempo de convivência com o paciente e após a morte. Para conseguirmos uma excelência nesses cuidados, precisa-se existir uma equipe interdisciplinar e multiprofissional, onde haja dedicação em função das necessidades concretas dos pacientes, a equipe precisa estar em perfeito estado mental e emocional para que o paciente e a família recebam a ajuda necessária (SILVEIRA et al, 2014).

É relevante que o enfermeiro junto com a sua equipe de enfermagem, busquem através do seu conhecimento amenizar ou sanar qualquer tipo de desconforto que o paciente/família apresente, pois a enfermagem está lado a lado dos mesmos na maior parte do tempo. No entanto, observa-se na prática um comportamento embotado do enfermeiro em relação à vivência da dor pelos pacientes. Provavelmente isso se deve ao fato do importante sofrimento psíquico vivenciado pela equipe de enfermagem, perante o adoecimento e morte dos pacientes, desencadeando mecanismos de defesa específicos (SILVEIRA et al, 2014).

Diante dessa contextualização teórica e prática identificou-se que o enfermeiro apresenta dificuldades no manejo da dor e sofrimento demonstrado pelos pacientes paliativos, visto que, a grande maioria desses profissionais não é capacitada para lidar com a perda. Considerando esses pressupostos, após a identificação do problema, interroga-se: Quais as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para avaliar o nível de dor dos pacientes em cuidados paliativos?

Nesse contexto, o objetivo do presente estudo foi analisar a percepção do

enfermeiro acerca da dor vivenciada pelos pacientes em cuidados paliativos. Acredita-se que a capacitação dos enfermeiros possa contribuir para o desenvolvimento de práticas humanizadas, que considere o paciente de forma holística, otimizando a qualidade da atenção à saúde e melhorando a qualidade de vida dos pacientes em cuidados paliativos.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, pois, reconhece a existência de uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, atribuindo um significado aos fenômenos que interpreta, por trabalhar com o universo de significados, valores e atitudes dos processos e fenômenos, respondendo, portanto, a algumas das questões norteadoras do estudo (MINAYO, 2014).

As pesquisas descritivas visam à descrição das características de determinada população ou fenômeno ou ainda, o estabelecimento de relações entre variáveis. Diversos estudos utilizam esse tipo de estudo, pois uma de suas características está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática (GIL, 2008).

O estudo teve como cenário a Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza, tendo como sujeitos, 12 enfermeiros que atuam no setor de oncologia. Foi utilizado como critério de inclusão, a experiência com o manejo de pacientes em cuidados paliativos. Sendo excluídos aqueles enfermeiros selecionados, porém, indisponíveis para a realização da entrevista, por estarem de licença, férias e atestado no período da coleta.

A coleta de dados ocorreu no período de maio de 2017. As informações foram coletadas através da utilização de um roteiro de entrevista, contendo questões abertas. As perguntas foram elaboradas em sequência lógica, permitindo o encadeamento das ideias, acerca das estratégias utilizadas pelos enfermeiros para avaliar a dor dos pacientes em cuidados paliativos e; das intervenções utilizadas pelos mesmos para minimizar a dor dos pacientes em cuidados paliativos.

A análise dos dados foi realizada por meio da análise de conteúdo de Bardin, que evidenciou de forma clara a percepção acerca dos temas supracitados. Inicialmente foi realizada uma leitura flutuante e em seguida definidas as categorias a serem analisadas (BARDIN, 2004).

A análise dos dados foi realizada utilizando os pressupostos da fenomenologia, considerando a relação dos sujeitos pesquisados com o ambiente no qual estão inseridos, incluindo nesse ambiente, a relação com os outros presos, com os agentes penitenciários, com os familiares e a relação consigo mesmo. Visando sistematizar as informações e realizar a interpretação das falas, optou-se pelo Método de Interpretação de Sentidos (MIS), que trata de uma perspectiva das correntes compreensivas das ciências sociais, considerando os pressupostos da cultura sistematizada por Clifford

Geertz e o diálogo entre a Hermenêutica e a Dialética (GEERTZ, 1989; MINAYO, 2011)

Segundo Geertz (1989) a cultura, que tem papel decisivo nas relações sociais, compreende um sistema de símbolos que interage com os sistemas de símbolos de cada indivíduo, numa interação recíproca. Nessa perspectiva, símbolo abrange qualquer ato, objeto, acontecimento ou relação que representa um significado. Compreender o homem a partir da cultura permite a interpretação dessa teia de significados (MINAYO, 2011).

O MIS seguiu três etapas: Na primeira foi feita uma leitura compreensiva, visando a assimilação dos depoimentos e uma visão ampliada do conjunto, identificando-se os temas; Na segunda etapa estruturaram-se as temáticas e recortaram-se os trechos dos depoimentos dos sujeitos, buscando identificar as ideias explícitas e implícitas; Na terceira etapa buscaram-se sentidos mais amplos, visando articular modelos subjacentes às ideias, principalmente entre os objetivos do estudo, a base teórica adotada e os dados empíricos, com elaboração de síntese interpretativa (MINAYO, 2011).

A pesquisa respeitou os princípios éticos da autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros previstos na Resolução N°466/2012, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado.

Inicialmente, foi apresentado à instituição os objetivos da pesquisa, sua relevância e contribuição à implantação de políticas públicas no âmbito da saúde prisional, sendo solicitado que o gestor assinasse o termo de anuência, permitindo que a realização das entrevistas fosse iniciada. Em seguida foi apresentado o termo de consentimento livre e esclarecido aos participantes da pesquisa, para que as informações fossem legalmente obtidas. Nele foi informado que a pesquisa não traria nenhum dano à saúde dos mesmos, nenhum risco de receber advertência por ter participado ou não e que aceitando participar, se por qualquer motivo resolvessem desistir, teria toda liberdade para retirar o consentimento a qualquer momento, não acarretando nenhuma penalização.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram apresentados e discutidos segundo o Método de Interpretação de Sentidos, a partir da estruturação de quatro temas: Significado de cuidados paliativos para os enfermeiros; Significado e Sentido da dor na visão dos enfermeiros; Estratégias de cuidados paliativos e humanização utilizada pela equipe de enfermagem.

Significado de cuidados paliativos para os enfermeiros

Na visão dos enfermeiros entrevistados o cuidar tem um significado importante e essencial para o paciente paliativo. Tendo como objetivo amenizar o sofrimento dos pacientes, com isso oferecer um conforto e uma melhor qualidade de vida, a equipe deve ser preparada para lidar com a doença e o sofrimento psíquico dos pacientes.

“São ações e processos que são implementados ao paciente que tem alguma patologia terminal, e que busca a melhoria da qualidade de vida desse paciente e familiar, prevenindo o sofrimento”. (E4)

“É todo cuidado prestado a pacientes terminais que não prolonguem ainda mais o seu sofrimento e sim amenize sua dor enquanto ainda estiver vida”

“Um cuidado intenso, para promover o conforto, não apresenta cura, mas melhora com o cuidado por completo, não avaliando só a doença, mas o psicológico também”. (E11)

Entende-se por cuidados paliativos todos aqueles ativos relacionados a pacientes cuja doença não responde mais ao tratamento curativo, e que estão sobre o controle da dor e de outros sintomas como: problemas psicológicos, sociais e espirituais com o propósito de proporcionar maior qualidade de vida ao paciente e a sua família, então o enfermeiro como um sujeito cuidador atua nesses cuidados, buscando através de seus conhecimentos amenizar qualquer tipo de desconforto do paciente no decorrer de sua doença (WATERKEMPER E REIBINETZ, 2010).

O ato de cuidar é uma atividade eminentemente humana que visa promover o bem estar do paciente que é um ser fragilizado. O cuidar é parte integrante da vida, sem ele o ser humano não conseguiria sobreviver. É uma relação de afetividade que se configura numa atitude de responsabilidade, atenção, preocupação e envolvimento com o cuidado e o cuidar (FERNANDES et al, 2013).

Os cuidados paliativos têm como objetivo a assistência de qualidade individualizada abrangendo pacientes e seus familiares que precisam conviver com a doença/diagnóstico, tendo em vista que muitos desses problemas podem ser controlados e aliviados antes das piores etapas, para isso foram formadas equipes multiprofissionais para que pudessem acompanhar e assim iniciar o tratamento junto com medidas paliativas, com isso ouve uma discussão mais ampla sobre conceitos e princípios que alicerçam os cuidados paliativos onde todos os pacientes podem ser inseridos na lógica desses princípios (OLIVEIRA et al, 2016).

No âmbito dos cuidados paliativos a família é uma unidade de cuidado que também deve receber assistência durante todo o tempo de acompanhamento do seu paciente, prosseguindo mesmo depois de seu óbito, e no período de luto. Entretanto, para alcançar a excelência nesses cuidados, deverá existir uma equipe de âmbito interdisciplinar e interprofissional, cujas dedicações se quantificarão em função das necessidades concretas de atenção ao paciente (SILVEIRA, CIAMPONE E GUTIERREZ, 2010).

Freitas e Pereira (2013) relatam que o cuidado é a essência da enfermagem

e cuidar do paciente terminal exige da equipe de enfermagem, principalmente do enfermeiro conhecimentos específicos sobre o controle da dor, administração de analgésicos e comunicação com o paciente, além da reflexão sobre o processo de terminalidade da vida. O controle da dor física é um dos principais objetivos no processo paliativo, pois a dor afeta sensivelmente a qualidade de vida e a recuperação dos pacientes, uma vez que cerca de 55% a 95% dos pacientes necessitam de analgesia para o alívio da dor.

Significado e Sentido da dor na visão dos enfermeiros

Para os enfermeiros a dor vem sendo tida como um sofrimento não só físico, mas psíquico e emocional, onde interfere na rotina e qualidade de vida do paciente, ressaltando que não basta apenas medicamento para o alívio da dor, faz-se necessário o amor e o apoio da família amenizam o sofrimento.

“A dor seria relacionada a uma experiência do sensorio e emoção do indivíduo, que podendo afetar em diferentes intensidades, dependendo do seu desconforto, pode também afetar a estimulação de algum nervo em decorrência de alguma lesão, patologia ou distúrbio emocional”.

“Dor a meu ver é qualquer incômodo que uma pessoa considera fora de sua rotina habitual do organismo, sendo assim, a percepção e grau de dor é muito pessoal”.

“Dor é uma sensação desagradável e desconfortável ao paciente, onde ela pode ser de leve a excruciante”.

“A dor é a sensação que aflige um paciente decorrente da moléstia.”

“A dor é um estado de sofrimento, tendo fatores que contribuam para que isso aconteça, muitos buscam o alívio desse sofrimento, através de tratamentos especializados e fármacos.”

Segundo Waterkemper e Rubnitz (2010) a dor é um dos primeiros sinais e sintomas apresentado pelo paciente com câncer, seu controle ainda é uma preocupação para a equipe de enfermagem pois dados mostram que a dor ainda é um assunto que não está totalmente resolvido. Com isso são feitos protocolos de avaliação, os profissionais com sua experiência, compreendem e podem perceber a complexidade da dor, envolvendo sofrimentos físicos e mentais que são de tão grande tortura, no entanto são realizadas condutas individualizadas nesse processo de dor trazendo um alívio do sofrimento e um melhor conforto ao paciente e sua família.

Segundo Souza et al (2015) a dor é um estressor tortuoso e incomodo, onde contribuem para alterações no padrão do sono, podendo levar a exaustão, agitação e desorientação. A equipe de enfermagem por intermédio de instrumentos de avaliação adequam aos pacientes e a suas necessidades, sendo de extrema relevância para a qualidade do cuidado prestado. Foram realizados estudos na Itália com o intuito de investigar o conhecimento dos enfermeiros no manejo da dor em pacientes paliativos, onde 62% é considerado como conhecimento inadequado e 65% foi classificado como bom, porem sugere-se que conhecimentos podem e devem ser aprimorados. É importante reconhecer que conhecimentos são específicos, complexos, exige

esforço pessoal, responsabilidade e habilidade para o desenvolvimento da equipe profissional.

De acordo com Stube et al (2015) o câncer como doença crônica relaciona-se diretamente à dor e seu controle tem sido investigado por vários pesquisadores. Com isso, a dor nunca está sozinha ela traz consigo um sofrimento intenso podendo interferir no âmbito fisiológico, psíquico, social e espiritual. O estudo da dor foi definido pela Associação internacional como uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada a uma lesão real ou potencial dos tecidos. A dor é vivenciada por 50 a 70% dos indivíduos com câncer na fase inicial da doença, e nos estágios mais avançados esse potencial pode vir a aumentar para 90%. Nesse sentido sempre que o enfermeiro evidenciar a dor, ações devem ser direcionadas para o seu controle, além da intervenção e monitorização dos resultados para níveis aceitáveis para o paciente.

A dor requer prevenção e tratamentos adequados, dando prioridade aqueles que já estão em cuidados paliativos. É demonstrado que a adoção de práticas terapêuticas eficazes pode reduzir em 80 a 90% dos casos de dor oncológicas (MENDES et al, 2014).

Estratégias de cuidados paliativos e humanização utilizada pela equipe de enfermagem

Podemos ressaltar que na visão dos enfermeiros o cuidar deve estar relacionado a humanização, um cuidar mais humano contribui para um bom tratamento, onde o paciente possa se sentir amado e protegido assim facilitando o desempenho da assistência e da equipe multiprofissional. Mantendo um cuidado integral ao paciente e seus familiares, atuando de forma direta no cuidar estando preparados para o manejo da dor física e o sofrimento psíquico dos pacientes.

“São utilizadas ações que podem ser farmacológicas ou não farmacológicas, podendo ser distrações, presença de familiares, posicionamento no leito ou colaboração para realização de procedimentos”. (E 10)

“Pacientes paliativos sentem bastante dor, não podemos duvidar da dor do próximo, por isso seguir a prescrição médica e avaliar o estado de conforto do paciente é de extrema importância. Podemos avaliar pela respiração (Taquipnéia), sudorese, taquicardia e entre outros parâmetros”. (E 4)

“Desenvolver ações que possam proporcionar o alívio da dor, avaliação física, semblante facial e fármacos”. (E 7)

Os principais objetivos da assistência de enfermagem na percepção dos enfermeiros é a qualidade de vida e de morte dos pacientes, bem como saber lidar com o sofrimento do outro, amenizar os sintomas da doença, dar apoio psicológico ao paciente e seus familiares, aliviar a dor e juntamente com a equipe prestar uma assistência digna e humana.

“Manter o cuidado integral, com o paciente e familiares e sua dignidade, a manutenção de um ambiente no qual haja o respeito, apoio e comunicação que irá

contribuir para o controle dos sintomas, com a equipe multidisciplinar visar o bem estar do paciente e promover o conforto”. (E 2)

“Minimizar as dores do paciente, dar dignidade nesta hora tão difícil para ele e sua família”.

“A enfermagem atua de forma direta nos cuidados paliativos ao paciente, pois esses profissionais tem cuidar do próximo e realmente ver a necessidade, dor e desconforto do paciente, assim direcionando o trabalho de outro profissional para atuar”.

“Amenizar sofrimento do paciente e familiares até a hora mais sofrida”.

“Melhora do sofrimento corporal, espiritual e emocional, não só o doente em si, mas seus familiares que também adoecem em frente a situação que não tem cura. Elaborar plano de cuidado”.

“Conversar com o paciente e acompanhante, observar faces de dor, demência, desconforto respiratório, verificação de sinais vitais e administração de sinais vitais.”

Segundo Fernandes et al (2013) é evidente a importância dos cuidados paliativos direcionados ao paciente na terminalidade da vida, principalmente o paciente oncológico, visto que esses cuidados proporcionam uma abordagem diferenciada de tratamento onde tem como objetivo a priorização e promoção do cuidar humanizado. Assim dirigindo seu foco para o alívio para as necessidades biopsicossociais e espirituais, assim como integra a esses cuidados valores, crenças, práticas culturais e religiosas do paciente e de seus familiares.

A humanização tem como definição o ato de humanizar, dar uma condição humana, civilizar, tornar-se humano, humanar-se. Refere-se que a essência humana está no cuidado, sendo ele o suporte da criatividade, da liberdade e da inteligência, permeada pelos princípios, valores e atitudes presentes no agir e no viver (SILVEIRA et al, 2014). Essa compreensão é desvelada pelas falas dos enfermeiros.

“Humanizar é tornar o trabalho mais humano, não robotizar a assistência. Creio que esse seja o maior entrave da enfermagem em geral, tornar o atendimento mais humano, ter um vínculo com o paciente.”

“Humanização é não se deixar levar apenas por rotinas e sim lembrar que trabalhamos com vidas e com isso lidamos com sentimentos de pessoas também.”

“Comprendo que humanizar é o processo no qual o profissional atende seu paciente com humanidade no seu cuidado prestado, dando condição humana a sua ação e respeitando o mesmo, o cuidado prevalece a nossa assistência, tem que ser humanizada apesar das grandes dificuldades que temos, tornando o nosso cuidado possível e humanizado ao paciente de forma holística.”

“O apoio familiar é de extrema importância pois ninguém melhor para compreender do que a família porém é importante manter a família sempre orientada do caso clínico do paciente.”

“A família tem um papel de fundamental por esta presente em momentos difíceis, com motivação, dando carinho e amor para os pacientes.”

É importante ressaltar que os cuidados paliativos têm como objetivo primordial aliviar a dor e outros sintomas angustiantes, não apressando nem adiando a morte, mas oferecendo também um sistema de apoio para ajudar os pacientes a viverem uma vida ativa até a sua morte, além de ajudar a família a lidar com a doença e o luto, usando um tipo de abordagem de equipe para atender as necessidades dos pacientes

e suas famílias, incluindo aconselhamento pós luto se necessário, melhorando a qualidade de vida, amenizando o sofrimento ou até influenciando positivamente o curso da doença (SILVEIRA et al, 2014).

Segundo Freitas e Pereira (2011), os cuidados paliativos podem e devem ser oferecidos concomitantemente aos cuidados curativos, pois não são excludentes para a prevenção e tratamento do sofrimento do paciente e de seus familiares. Portanto, é errada a suposição de que não se tem mais nada a fazer aquele paciente sem prognóstico de cura, pois enquanto houver vida, sempre existirá a necessidade do cuidado de enfermagem. Enquanto se existe vida ainda tem muito que se fazer por aquele paciente para que aqueles últimos dias de sua vida não haja sofrimento. Sendo assim, a importância de desenvolver estudos sobre a percepção e conhecimento dos enfermeiros sobre os cuidados paliativos e o manejo da dor.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado é fundamental para o processo de ser saudável, à medida que permite e estimula o indivíduo a poder tomar consciência de si mesmo e do mundo, deve tomar a responsabilidade pela sua transformação e a participação para um mundo melhor e mais justo. O grande desafio dos enfermeiros é cuidar do ser humano na sua totalidade, exercendo uma ação preferencial mediante a sua dor e seu sofrimento, nas dimensões físicas, psíquicas, social e espiritual, com competência tecnocientífica e humana. Com o intuito de uma assistência mais humana onde a equipe de enfermagem passa a cuidar e manejar esses pacientes de uma forma humanitária assim proporcionando uma melhor qualidade de vida.

Baseando se em uma visão holística do ser humano os cuidados paliativos tem como filosofia valorizar a vida assim encarando a morte como um processo natural, com isso não adianta nem prolonga a morte, mas ampara o ser em suas angustias e medos assim aliviando a dor e outros sintomas, oferecendo suporte aos pacientes para que eles possam viver uma vida mais ativa assim ajudando a família e os cuidadores no processo de luto.

REFERÊNCIAS

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70. 2004.

BARROS, N.C.B., et al. Cuidados paliativos na UTI: compreensão, limites e possibilidades por enfermeiros. **Revista de enfermagem da UFSM**, v. 2, n. 3, 2013.

BOSI, M.L.M; MERCADO, F.J, organizadores. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Editora Vozes, Petrópolis, 2004, 607p.

CAIRES, Juliana Souza et al . A utilização das terapias complementares nos cuidados paliativos: benefícios e finalidades. **Cogitare enferm.**, Curitiba , v. 19, n. 3, p. 514-520, set. 2014 .

- FERNANDES, M. et al. Percepção dos enfermeiros sobre o significado dos cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2589-2596, 2013.
- FREITAS, n.pereira, m. Percepção dos enfermeiros sobre cuidados paliativos e o manejo da dor na uti. **o mundo da saúde**, n. 37, p. 450-457, 2013.
- MENDES, T.R. et al. Ocorrência da dor nos pacientes oncológicos em cuidado paliativo. **Acta Paul Enferm.**, v. 27, n. 4, p. 356-361, 2014.
- Mynayo, Reflexividade como **étnos** da pesquisa qualitativa, **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 19(4):1103-1112, 2014. acessado em DOI: 10.1590/1413-81232014194.18912013
- Gil, Antonio Carlos **Métodos e técnicas de pesquisa social** / Antonio Carlos Gil. - 6. ed. - São Paulo : Atlas,2008.ISBN 978-85-224-5142-5
- _____. Ocorrência da dor nos pacientes oncológicos em cuidado paliativo. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 27, n. 4, p. 356-361, Aug. 2014 .
- _____. et al . Ocorrência da dor nos pacientes oncológicos em cuidado paliativo. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 27, n. 4, p. 356-361, Aug. 2014 .
- OLIVEIRA, M. et al. Cuidados paliativos: visão de enfermeiros de um hospital de ensino. **enferm.foco**, n. 7, p. 28-32, 2016.
- SILVEIRA, M.; Ciampone, M.; Gutierrez, B. Percepção da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n.1, p. 7-16, 2014.
- STUBE, M. et al. Percepções de enfermeiros e manejo da dor de pacientes oncológicos. **min enferm**, n. 19, p. 696-703, 2015.
- VARGAS, Mara Ambrosina de Oliveira et al . Ressignificando o cuidado em uma unidade especializada em cuidados paliativos: uma realidade possível?. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 22, n. 3, p. 637-645, Sept. 2013 .
- VICTORA, C.G. et al. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.
- WATERKEMPER, R.Reibnitz, K. Cuidados paliativos: a avaliação da dor na percepção de enfermeiras. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, v. 31, n. 1, p. 84-91, 2010.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA INSERÇÃO DA SONDA VESICAL DE DEMORA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Isabelle Cristine Figueiredo Matozo

Universidade Estadual de Maringá
Maringá - Paraná

Elizabeth Amâncio de Souza da Silva Valsecchi

Universidade Estadual de Maringá
Maringá - Paraná

Valmir Correa Rycheta

Universidade Estadual de Maringá
Maringá - Paraná

João Paulo Takashi Teramon

Universidade Estadual de Maringá
Maringá - Paraná

Jorseli Angela Henriques Coimbra

Universidade Estadual de Maringá
Maringá - Paraná

Herbert Leopoldo de Freitas Goes

Universidade Estadual de Maringá
Maringá - Paraná

Pamela Ferioli

Universidade Estadual de Maringá
Maringá - Paraná

RESUMO: Os padrões de eliminação urinária estão relacionados a fatores fisiológicos, sociais e emocionais. Cabe ao enfermeiro identificar as alterações urinárias com base nas queixas clínicas para implementar intervenções que eliminem ou atenuem os sintomas ou encaminhar o paciente a uma avaliação mais

acurada. Trata de um estudo delineado na metodologia do relato de experiência, que tem como objetivo descrever as experiências presenciadas de cateterismo durante o acompanhamento do docente no projeto de ensino num hospital público no Pronto Atendimento. A partir das observações destas intercorrências discutiu-se sobre alguns cuidados necessários indispensáveis, como, a utilização do campo fenestrado, das luvas estéreis e ainda a higienização correta das mãos do enfermeiro e do meato da uretra do paciente, para evitar a infecção do trato urinário. Para amenizar a ocorrência de lesões no local o uso do gel lubrificante e ao tracionar alertar-se para a força aplicada. A experiência relatada reforça a importância das vivências para contribuir no nosso aprendizado como futuros profissionais de saúde, uma vez que, o enfermeiro atua com importante papel no procedimento do cateterismo vesical através das ações de promoção e prevenção de complicações à saúde do paciente. Para isso, torna indispensável a avaliação minuciosa da indicação clínica para a utilização da sondagem vesical é fundamental. Além disso, para amenizar as complicações, deve-se reavaliar periodicamente, a cada intervalo de 24 horas, a necessidade de manutenção da sonda vesical. Atentar-se a posição da sonda diariamente e esvaziar a bolsa coletora a cada 6 horas.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência de enfermagem; Cateterismo urinário; Educação em enfermagem.

NURSING CARE IN THE INSERTION OF THE DELAYED URINARY CATHETER: EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: Urinary elimination patterns are related to physiological, social and emotional factors. It is up to the nurse to identify urinary changes based on clinical complaints to implement interventions that eliminate or alleviate symptoms or refer the patient to a more accurate assessment. This is a study outlined methodology of experience report, which aims to describe the experiences of catheterization during the monitoring of the teacher in the teaching project in a public hospital in the Emergency Room. From the observations of these complications, we discussed some indispensable necessary care, such as the use of the fenestrated field, the sterile gloves and the correct hygiene of the nurse's hands and the patient's urethral meatus, to avoid urinary tract infection. . To mitigate the occurrence of injuries on site use the lubricating gel and when pulling pay attention to the applied force. The reported experiences reinforce the importance of experiences to contribute to our learning as future health professionals, since nurses play an important role in the process of bladder catheterization through prevention and promotion of complications to the patient's health. For this, a thorough evaluation of the clinical indication for the use of bladder catheterization is essential. In addition, to alleviate complications, the need to maintain the bladder catheter should be periodically reviewed at each 24-hour interval. Pay attention to the position of the probe daily and empty the collecting bag every 6 hours.

KEYWORDS: Nursing Care; Vesical Catheterization; Nursing Education.

1 | INTRODUÇÃO

Os padrões de eliminação urinária estão relacionados a fatores fisiológicos, sociais e emocionais, sendo que a independência para esta atividade pode ser afetada por incapacidade física e/ou mental. Quando o enfermeiro identifica um caso de eliminação urinária alterada, ele deve ser capaz de estabelecer o diagnóstico de enfermagem com base nas queixas clínicas, implementar intervenções que eliminem ou atenuem os sintomas ou encaminhar o paciente a uma avaliação mais acurada (SMELTZER, 2006; CRAVEN, 2006; POTTER; PERRY, 2013).

Para identificar um problema de eliminação urinária e obter dados para o planejamento do cuidado, o enfermeiro deve empregar o raciocínio clínico, investigando o padrão de micção, os sintomas de alterações urinárias e os fatores que afetam a micção individualmente. Na implementação do cuidado, desenvolve ações que vão da promoção à saúde aos cuidados agudos nas alterações da eliminação vesical (SMELTZER, 2006; POTTER; PERRY, 2013).

O cateterismo vesical é uma prática rotineira de enfermagem no ambiente

hospitalar, que exige técnica asséptica e diversos cuidados voltados para a prevenção de infecções por se tratar de um procedimento estéril que consiste na introdução de uma sonda até a bexiga, através da uretra, com a finalidade de facilitar a drenagem da urina ou instilar medicação ou líquido, com tempo de permanência longo (pode variar de dias a meses), determinado pelo médico (PRADO, 2013).

As indicações clínicas para o cateterismo urinário estão incluídas os indivíduos acometidos por distúrbios urológicos ou com função renal marginal para permitir a drenagem artificial da urina por meio de cateteres inseridos diretamente na bexiga, no ureter ou na pelve renal (PERRY; POTTER, 2012; PRADO, 2013) podendo ser por meio de sistema aberto (intermitente ou alívio) ou fechado (demora) e por via supra púbica (PERRY; POTTER, 2012; ARAÚJO, 2016).

Esta técnica está sobre a atribuição privativa do enfermeiro segundo o Art. 11 da Lei do Exercício Profissional 7.498/86, porque exigem conhecimentos científicos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas. Ainda, conforme o COFEN preconiza o enfermeiro é o sujeito responsável pela manutenção adequada do sistema de drenagem urinária (COFEN, 2013).

A técnica pode trazer ao paciente algumas complicações por desrespeito a assepsia do procedimento, como, traumas uretrais durante a inserção do cateter urinário em decorrência da escolha inadequada do tamanho do cateter, força excessiva exercida durante a inserção do cateter, dor originada do atrito do cateter mal lubrificado contra a mucosa uretral e/ou dos manejos agressivos da força exercida durante sua inserção e infecções do trato urinário (MAZZO, 2015; POTTER; PERRY, 2013).

Diante disso, a enfermagem tem papel fundamental na prevenção da infecção do trato urinário. Neste estudo, se dará ênfase ao aprendizado obtido através das experiências vivenciada durante a assistência de enfermagem de um hospital relacionadas as etapas de inserção da sonda e as ações de prevenção de complicações, como, fixação adequada; correto posicionamento da bolsa coletora, para a garantia do fluxo de urina e a identificação correta da sonda vesical de demora (ARRAIS, 2017).

2 | OBJETIVO

Descrever as experiências presenciadas de cateterismo durante o acompanhamento do docente no projeto de ensino num hospital público no Pronto Atendimento.

3 | MÉTODO

Tratou-se de um estudo delineado na metodologia do relato de experiência, que tem como objetivo descrever as experiências presenciadas de cateterismo durante

o acompanhamento do docente no projeto de ensino num hospital público no Pronto Atendimento.

O hospital está vinculado à Universidade Estadual de Maringá (UEM) trata se do local de realização das atividades do projeto de ensino citado, que tem proporcionado aos alunos de graduação em enfermagem oportunidades diferenciadas de aprendizagem a partir do acompanhamento do docente nas diversas unidades do Hospital Universitário.

Este hospital atende a área pertencente a 15 Regional de Saúde pelo Sistema Único de Saúde (SUS) sendo a porta de entrada para urgências e emergências constituindo se dentro da rede de atenção o nível terciário referente a alta complexidade.

O método de relato de experiência é seguido quando pretende se apresentar uma reflexão sucinta acerca de temas significativos na evolução da prática profissional indicando os aspectos positivos e as dificuldades identificadas.

As reflexões deste trabalho foram fundamentadas a partir das observações dos acadêmicos de enfermagem, os quais estão inseridos no projeto ensino denominado: Acompanhando ao plantão docente no HUM: uma estratégia de aprendizagem em enfermagem (COPEP - Processo nº 4230/2009) tem por objetivo aprimorar as habilidades teórico/práticas do acadêmico no ambiente hospitalar.

O projeto mencionado é realizado num hospital ensino do município de Maringá -PR sob a orientação de um docente de enfermagem ao longo do plantão no Serviço de Saúde hospitalar.

Nestas ocasiões, o graduando deve permanecer junto ao educador responsável para visualizar as condutas clínicas e também executar alguns procedimentos clínicos da enfermagem.

As vivências aconteceram na unidade denominado Pronto Atendimento do hospital durante o período de 2017 a 2018. Neste contexto, os discentes sob supervisão do professor observaram e realizaram alguns cateterismos conforme a prescrição médica do paciente.

4 | RESULTADO

A construção de conhecimento para os futuros enfermeiros tem buscado aliar qualidade no ensino através das oportunidades de vivenciar o cuidado junto ao paciente sob a orientação de um docente. Nesse sentido, o projeto ensino tem sido capaz de permitir ao acadêmico analisar os casos clínicos atendidos no hospital ensino para que o estudante adquira o aprendizado presencial e participativo na unidade hospitalar (WEGNER, 2016).

A possibilidade de acompanhar o professor em seu plantão docente permitiu aprendemos que o enfermeiro atua nos cuidados relacionados avaliação das condições de saúde do indivíduo, buscando perceber se existe a real necessidade da sondagem.

Num primeiro momento, fomos instruídos quanto aos materiais necessários, (kit cateterismo vesical, sonda tipo Foley, bolsa coletora sistema fechado, antisséptico tópico a clorexidina degermante, gel hidrossolúvel xilocaína), luvas de procedimento e luva estéril; duas ampolas de água destilada, seringa 20 ml, agulha 40x12, EPIs necessário, fita adesiva hipoalérgica ou esparadrapo (POTTER; PERRY, 2013; SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, 2013).

Visto a real necessidade, entendemos como colocar em prática as etapas relevantes na inserção da sonda vesical de demora, entre eles, conferir prescrição médica, reunir o material e levá-lo até a sala de procedimentos. Ao chegar na enfermaria, apresentar-se, conferir nome completo, explicar o procedimento, em seguida, promover a privacidade do paciente, estes são os primeiros cuidados de enfermagem essenciais ao cuidado hospitalar inserido na Política de Humanização do Sistema Único de Saúde (POTTER; PERRY, 2013; SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, 2013)

Ademais, para a introdução da sonda torna se necessário a higienização das mãos, posicionamento do paciente, depois, organizar os materiais e calçar as luvas de procedimento. Posteriormente, abrir o kit de cateterismo e arrumar os materiais, como, sonda de Foley, seringas, agulha, gazes estéreis e sistema coletor fechado e ao final calçar luvas estéril (POTTER; PERRY, 2013; SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, 2013).

Antes de inserir a sonda deve se testar o balonete com 20 ml de água destilada e, somente depois, adaptar sonda tipo Foley ao coletor de urina sistema fechado. Próximo passo, realizar a antisepsia do meato uretra. Depois, posicionar o campo fenestrado sobre genitália passar o gel hidrossolúvel, a xilocaína, na sonda e introduzir a sonda, a seguir, com uma seringa de 20 ml injetar água destilada no balonete (POTTER; PERRY, 2013; SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, 2013).

Ao final do procedimento precisa tracionar delicadamente a sonda observando que seu posicionamento fique junto ao colo vesical e fixar na face interna da coxa em caso de mulher e na área supra púbica no homem (de modo a não correr o risco de tração) (POTTER; PERRY, 2013; SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, 2013).

Por fim, identificar o coletor com data, hora, volume de água destilada injetável e nome do profissional responsável pelo procedimento. Antes de sair da sala, organizar e encaminhar o material utilizado ao expurgo. Ao terminar higienizar as mãos e atentar se para checar no prontuário, realizar as anotações de enfermagem e registrar na evolução as possíveis intercorrências (POTTER; PERRY, 2013; SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, 2013).

Por se tratar de um procedimento invasivo e o trato urinário ser considerado estéril, existem algumas complicações ao infligir a técnica asséptica necessária. Entre elas, foi possível visualizar, nestes momentos do projeto, as infecções urinárias e ocorrência de trauma na uretra (POTTER; PERRY, 2013).

A partir das observações destas intercorrências discutiu se sobre alguns

cuidados necessários indispensáveis, como, a utilização do campo fenestrado, das luvas estéreis e ainda a higienização correta das mãos do enfermeiro e do meato da uretra do paciente, para evitar a infecção do trato urinário. Para amenizar a ocorrência de lesões no local o uso do gel lubrificante e ao tracionar alertar se para a força aplicada (MAZZO, 2014; CAMPOS, 2014).

Nesse sentido, a realização da introdução e das ações de prevenção à complicações por violação da técnica asséptica de inserção da sonda vesical de demora se coloca como atividades do enfermeiro responsável por identificar os cuidados com este procedimento complexo e que exige rotina específica e rotinas de avaliação têm o propósito de monitorar a qualidade da assistência prestada ao paciente (ARRAIS, 2017; PERRY; POTTER, 2012).

5 | CONCLUSÃO

A experiência relatada reforça a importância das vivências para contribuir no nosso aprendizado como futuros profissionais de saúde, uma vez que, o enfermeiro atua com importante papel no procedimento do cateterismo vesical através das ações de promoção e prevenção de complicações à saúde do paciente (MAZZO, 2015) Para isso, torna indispensável a avaliação minuciosa da indicação clínica para a utilização da sondagem vesical é fundamental. Além disso, para amenizar as complicações, deve se reavaliar periodicamente, a cada intervalo de 24 horas, a necessidade de manutenção da sonda vesical. E ainda, atentar se a posição da sonda diariamente e esvaziar a bolsa coletora a cada 6 horas. Estas medidas simples são fundamentais para evitar eventos adversos aos pacientes (PERRY, 2012; POTTER; PERRY, 2013).

REFERÊNCIAS

ARUAJO, YB; CRUZ, ICF. da. Preventive nursing care of urinary tract infection associated with catheter high customer complexity: Systematize literature review. **Jornal Special Nursing Care**. 2016. v. 1, n. 8, p. 1-5. Disponível: <http://www.jsncare.uff.br/index.php/jsncare/article/view/2837/697>.

ARRAIS, Eduardo Líneker Moreira; OLIVEIRA, Maria Liz Cunha de; SOUSA, Isaura Danielli Borges de. Prevenção de infecção urinária: indicadores de qualidade da assistência de enfermagem em idosos / Prevention of urinary infection: quality indicators of nursing assistance in elderly. **Revista de enfermagem UFPR**. V 11, n. 8, pag 3151- 3157, ago. 2017.

CAMPOS CC. **Incidência de infecção do trato urinário relacionada ao uso do cateter urinário de demora em centros de terapia intensiva: comparação entre duas técnicas de limpeza periuretral**. Dissertação [Mestrado]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem; 2014.

CRAVEN, Ruth F.; HIRNLE, Constance J. **Fundamentos de Enfermagem: Saúde e Funções Humanas**. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN) Resolução nº7.498/86. Brasília, 25 de junho de 1986.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Decreto nº 0450/2013. **Normatiza o procedimento de Sondagem Vesical no âmbito do Sistema COFEN / Conselhos Regionais de Enfermagem.** [online]. Brasília: COFEN; 2013. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04502013-4_23266.html.

MAZZO A; COELHO MF; JORGE BM; CASSINI M; MENDES IAC; MARTINS JCA. Enfermagem na abordagem das infecções genitourinárias. In: **Associação Brasileira de Enfermagem**; Bresciani HR, Martini JG, Mai LD, organizadores. PROENF Programa de Atualização em Enfermagem: Saúde do Adulto: Ciclo 9. Porto Alegre: Artmed/Panamericana; 2014. p. 29-47.

MAZZO, A; BARDIVIA, CB; JORGE, BM; SOUZA, JúniorVD; FUMINCELLI L; MENDES IAC. Cateterismo urinário de demora: Prática clínica. **Enferm Glob**. 2015. v. 38, n. 60, pag. 8. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n38/pt_clinica3.Pdf.

PERRY, A. G.; POTTER, P. A. **Guia completo de procedimentos e competências de enfermagem.** 7 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos da Enfermagem.** Vol. II. 8º ed.: Rio de Janeiro: ELSEVIER, 2013.

PRADO, Marta Lenise do et al (org.). **Fundamentos para o cuidado profissional de enfermagem.** 3. ed. Florianópolis: UFSC, 2013. 548 p. Revisada e ampliada.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DF. **Manual de Procedimentos de Enfermagem.** Brasília, 2013. 228 p.

SILVA Alessandra da. **Relato de experiência pedagógica.** Disponível em: http://webeduc.mec.gov.br/portaldoprofessor/premio/arquivos_unicos_2008/alessandra_da_silva_seriesiniciais.pdf. Acessado em 01 de mar. de 2019.

SMELTZER; S.C; BARE, B.G. **Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

WEGNER W; SILVA SC da; KANTORSKI KJC; PREDEBON CM; SANCHES MO; PEDRO ENR. Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional. **Escola Anna Nery**. 2016. V. 3, n. 20, pag. 1-88. Disponível em: DOI: 10.5935/14148145.20160068. Acessado em 1 de mar. de 2019.

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

Francisco Carlos Pinto Rodrigues

Professor no Departamento do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI).

Santo Ângelo – Rio Grande do Sul.

Juliana Dal Ongaro

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

Santa Maria – Rio Grande do Sul

Taís Carpes Lanes

Mestranda do PPGEnf/ UFSM.

Santa Maria – Rio Grande do Sul

Marina Mazzuco de Souza

Mestra. Professora Supervisora de Enfermagem da Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA).

Santa Maria – Rio Grande do Sul

Tânia Solange Bosi de Souza Magnago

Professora do Departamento do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM.

Santa Maria – Rio Grande do Sul.

* Artigo Extraído da Tese de Doutorado intitulada: Cultura de segurança do paciente e predisposição à ocorrência de eventos adversos em unidade de terapia intensiva, apresentada na Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Rio Grande do Sul, 2017. Acesso em: <https://repositorio.ufsm.br/handle/1/14109>

RESUMO: a segurança do paciente assume um papel importante em diferentes contextos. Dentre eles, destacam-se as Unidades de

Terapia Intensiva pela alta complexidade dos cuidados e exigência de atualização constante da equipe de saúde no intuito da redução dos eventos adversos e promoção do cuidado seguro. Nesse contexto, a avaliação da Cultura de Segurança faz-se necessária e contribui para o entendimento das percepções e atitudes dos trabalhadores. O objetivo deste estudo foi avaliar a cultura de segurança do paciente na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem que atuam em Unidades de Terapia Intensiva Adulto. Trata-se de estudo transversal, realizado com 115 trabalhadores de quatro hospitais do Sul do Brasil. A cultura de segurança foi avaliada por meio do *Safety Attitudes Questionnaire*, utilizando-se a estatística descritiva e inferencial. Consideraram-se escores positivos, valores maiores ou iguais a 75. A pontuação total do *Safety Attitudes Questionnaire* variou entre 47,2 e 96,5 (71,6; $\pm 12,0$). O Clima de trabalho em equipe (76; $\pm 15,5$) e Satisfação no trabalho (89,9; $\pm 10,8$) apresentaram escores positivos. A Percepção de Gerência do Hospital obteve a percepção mais baixa (62; $\pm 21,0$). Evidenciou-se predomínio de cultura negativa. A aproximação da gestão com os trabalhadores pode ser uma estratégia de fortalecimento de ações em prol da segurança do paciente nas instituições de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do Paciente; Unidades de Terapia Intensiva; Cultura

PATIENT SAFETY CULTURE IN INTENSIVE THERAPY UNITS

ABSTRACT: patient safety assume an important role in different contexts. Among them, Intensive Therapy Units stand out for the high complexity of care and constant need for updating the health team in order to reduce adverse events and promote safe care. At this context, the evaluation of the Safety Culture is necessary and contributes to the understanding of workers' perceptions and attitudes. Objective of this study was to evaluate the patient safety culture from the perspective of nursing workers who act in Adult Intensive Care Units. This is a cross-sectional study conducted with 115 workers from four hospitals in South of Brazil. Safety culture was evaluate by Safety Attitudes Questionnaire using descriptive and inferential statistics. Have been considered positive scores and values greater than or equal to 75. The total score of the Safety Attitudes Questionnaire ranged from 47.2 to 96.5 (71.6; \pm 12.0). The mood of teamwork (76; \pm 15,5) and job satisfaction (89,9; \pm 10,8) showed positive scores. Hospital Management Perception obtained the lowest understanding (62; \pm 21.0). There was a predominance of negative culture. The approach of management with workers can be a strategy for strengthening actions in favor of patient safeness in health institutions.

KEYWORDS: Patient Safety; Intensive Care Units; Organizational culture. Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

Desde as últimas décadas, a segurança do paciente (SP) vem ganhando maior visibilidade tanto em nível nacional (BRASIL, 2013) quanto internacional (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 1999). No Brasil, em 2013, foi instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente (BRASIL, 2013). Ele está voltado para a qualidade da SP, criação de uma cultura de segurança (CS), estruturação e execução dos processos de gerenciamento de risco e articulação dos serviços de saúde (BRASIL, 2013). Nesse contexto, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária publicou a RDC N° 36, que visa criar ações para promoção da SP e melhoria da qualidade nos diferentes estabelecimentos de saúde do Brasil (BRASIL, 2013a).

Nesse sentido, a CS depende do compromisso e responsabilidade de todos os trabalhadores, colegas, pacientes e familiares que valorizem a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à ocorrência de eventos adversos (EA) nos diferentes serviços de saúde (BRASIL 2013a). Dentre esses, destacam-se os hospitais, e especificamente as unidades de terapia intensiva (UTI), caracterizadas como unidades complexas, do ponto de vista clínico do paciente e aparato tecnológico utilizado (BATALHA; MELLEIROS, 2015).

A tecnologia em UTI colabora para a melhoria dos pacientes e de seus prognósticos. No entanto, esses avanços exigem atualização constante da equipe de saúde, o que pode acarretar em ansiedade, lapsos, deslizes e enganos durante a

rotina diária das UTI's. Caso aconteça, isso favorece o aumento EA (RIBEIRO et al., 2016). Estudo com 115 pacientes internados em UTI identificou 324 EA, impactando no aumento do tempo de internação, na assistência à saúde e nos índices de mortalidade (ROQUE; TONINI; MELO, 2016).

Os EA e a CS estão diretamente relacionados, para isso a avaliação da CS faz-se necessária e contribui para o entendimento das percepções e atitudes dos trabalhadores. Esse diagnóstico contribui para a implementação de estratégias para redução dos EA. Na literatura, evidenciou-se que falhas na comunicação, no trabalho em equipe, no apoio da gestão, e a subnotificação de EA favorecem a baixa CS (CRUZ et al., 2018; COSTA et al., 2018).

A parte mensurável da CS denomina-se clima de segurança. Para mensurá-lo tem sido utilizado o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) (CARVALHO; CASSIANI, 2012) em vários países, como: Alemanha (ZIMMERMANN et al., 2013), Espanha (MERINO-PLAZA et al., 2018), Hungria (GRANEL et al., 2019), China (CUI et al., 2017), Holanda (HAERKENS et al., 2016) e Brasil (MAGALHÃES et al., 2019). Esses estudos evidenciam que o SAQ é válido e fidedigno para avaliação da CS em ambiente hospitalar. A aplicação do SAQ permite a identificação das percepções e atitudes dos trabalhadores, evidencia os pontos frágeis e fortes dos setores de uma instituição de saúde, contribuindo no planejamento de estratégias para a promoção da SP (CUI et al., 2017).

Mediante a importância que a temática requer, questiona-se: Quais as percepções e atitudes dos trabalhadores da enfermagem sobre a Cultura de Segurança em Unidades de Terapia Intensiva adulto de hospitais da região Sul do Brasil? Neste intuito, tem-se como objetivo avaliar a cultura de segurança do paciente na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem que atuam em Unidades de Terapia Intensiva Adulto.

2 | MÉTODO

Estudo transversal, desenvolvido em Unidades de Terapia Intensiva Adulto (UTI-A) de quatro hospitais do Sul do Brasil. O hospital "A" está localizado na região de abrangência da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) do Rio Grande do Sul (RS), caracteriza-se como um hospital público de ensino. Os demais hospitais localizam-se na 12ª CRS do RS sendo o hospital "B" classificado como privado e os hospitais, "C" e "D", filantrópicos.

O instrumento de pesquisa utilizado compõe três blocos: Bloco A – Identificação; Bloco B – Perfil sociodemográfico e laboral e Bloco C – Versão brasileira do *Questionário de Atitudes de Segurança* – SAQ (CARVALHO; CASSIANI, 2012). O SAQ é composto por 41 itens subdivididos em seis domínios (clima de trabalho em equipe; Clima de segurança; satisfação no trabalho; percepção da gestão do hospital e da unidade; condições de trabalho e reconhecimento do estresse (CARVALHO; CASSIANI, 2012).

A população era de 135 trabalhadores da equipe de enfermagem, sendo que 10 (7,4%) foram excluídos por afastamento, licença saúde, laudo e troca de setor. Da população legível (N=125, 92,5%), 10 (8%) se recusaram a participar da pesquisa. Ao final, participaram do estudo 115 trabalhadores que atuassem há pelo menos um mês na UTI-A. A coleta de dados ocorreu entre junho de 2015 a janeiro de 2016, após a assinatura, em duas vias, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados foram inseridos no programa *Epi-info*®, versão 6.4, com dupla digitação independente. Após a verificação de erros e inconsistências, a análise foi realizada no programa SPSS® (*Statistical Package for the Social Sciences*, SPSS Inc, Chicago) versão 18.0 *for Windows*. As variáveis categóricas foram avaliadas por meio das frequências absolutas (n) e relativas (%) e as quantitativas expressas em medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (desvio padrão, valor mínimo e valor máximo) e de acordo com a normalidade ou não dos dados (teste *Shapiro-Wilk*). A relação entre as variáveis laborais e os domínios do SAQ, foi avaliada pelo teste Mann-Whitney. Foram adotados níveis de significância de 5%.

Para o cálculo do SAQ, após a inversão dos itens reversos (2, 11 e 36), aplicou-se a fórmula $(m-1) \times 25$ para cada item, onde m é a média dos itens do domínio em questão e variam de 0 a 100 respectivamente, divididos por quartis. A análise descritiva foi realizada pela média a partir do somatório das respostas dos 41 itens divididos pelo número total de itens do instrumento. Considera-se o ponto de corte para CS positiva o escore médio ≥ 75 pontos. O SAQ foi avaliado como SAQ Total e por domínios, os domínios foram dicotomizados em Baixo (<75) e Alto (≥ 75) (CARVALHO; CASSIANI, 2012). A confiabilidade do SAQ foi testada pelo Coeficiente *Alfa de Cronbach*.

A pesquisa atendeu aos preceitos éticos previstos na Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012), foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o CAEE nº 45102215.7.0000.5346 da instituição proponente, em 2015.

3 | RESULTADOS

Dos participantes, predominou trabalhadores do sexo feminino (N=91; 79,8%), adultos jovens entre 24 a 37 anos (N=55; 48,7%), casados ou com companheiros (N=72; 62,6%) e com filhos (N=75; 65,2%). Quanto aos dados laborais, prevaleceram profissionais técnicos de enfermagem (N=85; 74,6%), do turno noturno (N=40; 34,8%), com vínculo CLT (Código de Leis Trabalhistas) (N=89; 78,1%), e que possuíam um único emprego (N=87; 77%). Apesar de a maioria, 52,6% (N=60) considerar o trabalho pouco desgastante, 35,1% (N=40) concordaram ser muito desgastante. Em relação ao nível de ensino, 26,5% (N=30) possuíam especialização em alguma área da saúde.

A CS teve pontuação negativa em todas as UTI-As pesquisadas. O hospital privado “B” e o filantrópico “D” apresentaram as menores médias para CS, conforme

dados apresentados na Tabela 1.

Unidade de Tratamento SAQ				
Intensivo (UTI A)*				
	Média	DP	IC95%	Mediana
Hospital "A"	71,6	11,0	67,9 – 75,6	73,3
Hospital "B"	71,5	13,6	66,3 – 76,7	70,8
Hospital "C"	72,8	12,5	67,0 – 78,5	68,1
Hospital "D"	67,8	8,6	58,8 – 76,9	69,8

Tabela 1 - Análise descritiva do *Safety Attitudes Questionnaire*, de acordo com as Unidades de Terapia Intensiva Adulto das instituições hospitalares. RS, Brasil, 2017 (N=115)

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Nota: *Teste ANOVA (p=0,856).

Na Tabela 2, apresentam-se as análises descritivas dos seis domínios do SAQ.

Domínios SAQ	N	Média	DP**	CV†	Intervalo	Mín.	Máx.	α‡		
					IQ††					
					25	50	75			
SAQ total	90	71,6	12,0	0,17	61,8	72,2	80,0	47,2	96,5	0,88
CTE*	112	76,9	15,5	0,20	67,7	79,2	87,5	33,3	100	0,60
CS*	109	69,2	16,1	0,23	60,7	71,4	78,6	17,8	100	0,68
ST*	112	89,9	10,8	0,12	85,0	95,0	100,0	50,0	100	0,64
PE*	113	64,1	27,6	0,43	43,8	68,8	87,5	0,0	100	0,81
PGU*	101	66,7	20,4	0,31	54,2	70,8	83,3	16,7	100	0,72
PGH*	103	62,5	21,0	0,34	45,0	65,0	75,0	10,0	100	0,73
CT*	113	67,9	24,2	0,36	50,0	66,7	91,7	0,0	100	0,74

Tabela 2 - Análise descritiva dos domínios do *Safety Attitudes Questionnaire*. RS, Brasil, 2017 (N=115)

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Legenda: *CTE: Clima de Trabalho em equipe; CS: Clima de Segurança; ST: Satisfação no Trabalho; PE: Percepção de Estresse; PGH: Percepção da Gerência no Hospital; PGU: Percepção da Gerência na Unidade; CT: Condições de trabalho; **DP: Desvio Padrão; †Coeficiente de Variação; ††Intervalo Interquartil; ‡Alfa de Cronbach.

Conforme o exposto, as domínios Clima de Trabalho em equipe (M= 76,9; DP=15,5) e Satisfação no Trabalho (M=89,9; DP=10,8) apresentaram avaliação positiva para a CS. Os demais, apresentaram avaliação intermediária para a CS. O domínio Percepção de Gerência do Hospital obteve o resultado mais baixo (M=62,5; DP=21,0), quando comparado aos outros domínios. A consistência interna do SAQ foi satisfatória, exceto nos domínios Clima de Trabalho em Equipe, Clima de Segurança e Satisfação no Trabalho (<0,70).

A Tabela 3 apresenta o escore médio e o desvio padrão (DP) em cada domínio do SAQ de acordo com as variáveis laborais dos participantes.

Variáveis	Domínios do SAQ						
	CTE*	CS*	ST*	PE*	PGH*	PGU*	CT*
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)
Categoria profissional							
Enfermeiro	74,2 (12,5)	68,8 (16,7)	90,4 (10,5)	73,8 (21,4)	62,1 (20,6)	71,5 (17,5)	65,1 (21,9)
Técnico de enfermagem	78,4 (15,8)	70,2 (14,8)	90,5 (10,5)	58,6 (29,4)	62,9 (20,6)	65,8 (21,2)	70,6 (24,9)
Turno de trabalho							
Diurno	78,7 (13,9)	70,7 (15,8)	90,9 (10,0)	65,2 (26,9)	62,5 (19,9)	69,4 (19,8)	69,7 (23,3)
Noturno	74,3 (16,5)	68,1 (14,6)	89,5 (11,4)	59,1 (29,9)	63,1 (21,9)	63,8 (20,9)	67,5 (25,8)
Tempo de formação							
Até 09 anos	75,8 (15,6)	70,3 (14,9)	90,7 (9,7)	60,1 (31,6)	65,7 (21,3)**	65,9 (21,3)	69,5 (25,8)
10 anos ou mais	78,7 (14,1)	69,2 (15,9)	90,1 (11,4)	66,5 (23,2)	59,1 (19,2)	69,2 (19,1)	68,3 (25,3)
Tempo de serviço na Instituição							
Até 36 meses	80,9 (12,8)**	72,7 (15,4)**	91,3 (9,8)	60,9 (28,7)	66,3 (19,7)**	69,9 (17,8)	72,8 (24,5)**
37 meses ou mais	72,4 (16,3)	66,0 (14,6)	89,4 (11,3)	65,7 (27,3)	58,1 (20,8)	64,4 (22,9)	64,1 (22,9)
Tempo de atuação (UTI-A)							
Até 24 meses	80,5 (13,2)	73,5 (15,2)**	91,5 (10,2)	63,4 (29,6)	69,0 (18,2)**	72,3 (16,9)**	73,5 (22,9)**
25 meses ou mais	72,5 (16,1)	64,7 (14,2)	89,1 (10,8)	62,7 (26,2)	53,9 (20,5)	60,8 (22,7)	62,1 (24,6)
Número de vínculos							
01	79,4 (13,3)**	69,8 (15,9)	91,5 (10,1)	69,8 (24,2)**	63,5 (21,3)	68,1 (20,4)	69,4 (24,5)
02 ou mais	70,7 (17,5)	69,7 (14,9)	87,4 (11,1)	44,0 (29,9)	60,2 (18,4)	65,8 (20,3)	67,8 (23,5)

Tabela 3 – Análise descritiva das variáveis laborais por domínios do *Safety Attitudes Questionnaire*, RS, Brasil, 2017. (N=115)

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Nota: *CTE: Clima de Trabalho em equipe; CS: Clima de Segurança; ST: Satisfação no Trabalho; PE: Percepção de Estresse; PGU: Percepção da Gerência na Unidade; PGH: Percepção da Gerência no Hospital; CT: Condições de trabalho; **Associação significativa pelo Teste Mann-Whitney ($p < 0,05$).

Destaca-se que o domínio Clima de Trabalho em Equipe apresentou diferença significativa ($p < 0,05$) para CS positiva em trabalhadores com até 36 meses de tempo de serviço ($M=80,9$; $DP=12,8$) e um único vínculo empregatício ($M=79,4$; $DP=13,3$).

Nos domínios do SAQ, como Clima de Segurança referente ao tempo de serviço até 36 meses ($M=72,7$; $DP=15,4$) e ao tempo de atuação, na UTI, até 24 meses ($M=73,5$; $DP=15,2$); Percepção do Estresse no Trabalho com trabalhadores com um único vínculo empregatício ($M=69,8$; $DP=24,2$); Percepção da Gerência Hospitalar e trabalhadores com tempo de formação até nove anos ($M=65,7$; $DP=21,3$), tempo de serviço até 36 meses ($M=66,3$; $DP=19,7$) e atuação até 24 meses ($M=69,0$; $DP=18,2$); Percepção da Gerência da Unidade e trabalhadores com atuação até 24 meses ($M=72,3$; $DP=16,9$); e no domínio Condições de trabalho e tempo de serviço até 36 meses ($M=72,8$; $DP=24,5$) e ao tempo de atuação, na UTI, até 24 meses ($M=73,5$; $DP=22,9$) apresentaram maior percentual com diferença significativa ($p < 0,05$) para baixa percepção (< 75) da CS. O domínio Satisfação no Trabalho, não se evidenciou diferença significativa entre as variáveis laborais apresentadas.

4 | DISCUSSÃO

Nas UTIs-A dos hospitais pesquisados, a CS foi avaliada de forma negativa na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem, sendo que os hospitais filantrópico e privado apresentaram as menores médias para a CS. Estudo holandês realizado em hospitais público de ensino e privados, evidenciou que os hospitais de ensino apresentaram escores mais positivos para CS (HAERKENS et al., 2016). Esses resultados indicam que o comprometimento com a SP precisa avançar.

Os domínios Clima de Trabalho em Equipe e Satisfação no Trabalho apresentaram avaliação positiva para CS. O domínio Clima de Trabalho em Equipe compreende a qualidade do relacionamento e a colaboração entre os membros da equipe na prevenção da ocorrência de EA. Neste estudo, maior parte dos trabalhadores referiu ter apoio da equipe na realização do cuidado, o que torna fácil questionar sobre questões que envolvem a SP com intuito de oferecer uma assistência mais segura. Esses achados, diferem do estudo realizado em hospitais privados do estado de Minas Gerais, o qual apresentou percepção insatisfatória com relação à colaboração entre a equipe de saúde (BARBOSA et al., 2016).

Profissionais mais satisfeitos com o trabalho buscam priorizar e promover a CS no ambiente laboral, diante disso, estudos afirmam que existe uma relação entre a CS e a satisfação no trabalho (PLAZA et al., 2018; ALVES, GUIRARDELLO, 2016). A promoção da CS deve ser planejada, a partir de estratégias que incluam ações que possam reduzir os EA e melhorar a motivação e a satisfação dos trabalhadores (MARINO-PLAZA et al., 2018). Nesse sentido, quanto mais satisfeito o trabalhador estiver, maior será o seu envolvimento e proatividade em melhorar a CS.

A satisfação dos trabalhadores depende da efetiva articulação com a gestão, o trabalho em conjunto, apoio e colaboração os quais são fatores favoráveis para se alcançar uma assistência de qualidade, sendo uma prioridade dos gestores traçar e implementar metas para favorecer o ambiente seguro. Para isso, é necessário fortalecer a relação entre profissionais e gestão, o que repercutirá no desenvolvimento de uma cultura organizacional motivadora para os envolvidos nesse processo de trabalho (OLIVEIRA et al., 2018). Ainda, cabe a gerência incentivar a comunicação, notificações de incidentes e evitar a culpa, sendo esses aspectos fundamentais para melhorar a CS (GRANEL et al., 2019).

O domínio, Percepção da Gerência do hospital evidenciou o menor escore médio entre os domínios do SAQ para a avaliação da CS. Conforme a literatura, esse domínio é um fator que influencia na percepção do clima de segurança do paciente (LEE et al., 2019). Nesse sentido, pode-se refletir que a partir desse achado, a gestão talvez não ofereça aos trabalhadores um clima de trabalho positivo, que auxilie na promoção da CS no ambiente laboral. Em acordo, estudo realizado em unidades hospitalares de São Paulo evidenciou os piores escores nesse domínio e demonstrou que o déficit de direcionamento pessoal poderia prejudicar na avaliação da CS (BATALHA; MELLEIROS, 2015).

A identificação da percepção negativa dos trabalhadores referente a gerência hospitalar sobre a CS é um fator que necessita destaque e atenção, pois pode indicar insatisfação dos trabalhadores em relação às ações da gerência quanto a SP (BARBOSA et al., 2016; OLIVEIRA et al., 2018). O comprometimento da gestão com a CS é essencial e influencia toda a equipe a criar um ambiente propício e seguro para os pacientes (LEE, 2019). A promoção de um ambiente com diálogo aberto sobre incidentes e capacitações contínuas dos trabalhadores são algumas das diversas práticas que podem ser realizadas para melhorar a CS em meio hospitalar (BARBOSA et al., 2016).

Do mesmo modo, o domínio gerência da unidade apresentou valor significativo para CS negativa em profissionais com atuação de até 24 meses na UTI-A. A depender da forma como é gerenciado o setor, a CS pode ser percebido de forma mais negativa. Estudo realizado em dois hospitais da Hungria, verificou que a percepção positiva para a gestão, diante da elaboração de ações, as quais visam melhorar a qualidade dos serviços (GRANEL et al., 2019). Sendo esse, um aspecto primordial para promover a SP em unidades hospitalares.

A gestão das unidades, a partir de reuniões periódicas com os profissionais de saúde, necessita oferecer, como estratégia de promoção da CS, um espaço aberto para discussão dos problemas que envolvam o ambiente de trabalho. Esse espaço possibilita que os profissionais verbalizem situações que possam interferir na SP. Essa abertura para o diálogo deve ser manejada de forma que a gestão ou equipe não exerçam a cultura punitiva, tendo em vista que isso não promove a percepção dos profissionais sobre CS positiva (GRANEL et al., 2019).

Em relação ao clima de trabalho, este estudo evidenciou diferença significativa para cultura positiva em trabalhadores com até 36 meses de tempo de serviço e um único vínculo empregatício. A cooperação, a comunicação efetiva e o vínculo entre os trabalhadores são fatores que culminam para uma avaliação satisfatória do clima de trabalho em equipe (GOLLE et al., 2018). O ambiente de trabalho com boas relações pode resultar positivamente para o clima de trabalho, de modo que os profissionais sintam-se motivados a prestar uma assistência efetiva, diante da complexidade existente em uma unidade de internação fechada, como as UTI's.

O Clima de Segurança é percebido de forma negativa por profissionais que trabalham no serviço hospitalar por até 36 meses e com atuação de até 24 meses em UTI-A. Os profissionais por serem novos e, muitas vezes, recém-formados necessitam criar um vínculo maior com a unidade e instituição. Isso acontece no intuito de que seu trabalho e suas considerações sejam reconhecidas e ponderadas pela gestão e equipe (OLIVEIRA et al., 2018).

Diante disso, os profissionais avaliam de forma mais criteriosa o ambiente de trabalho, verificando falhas e buscando formas de melhorar a qualidade da assistência prestada (OLIVEIRA et al., 2018). Em concordância, estudo realizado em um hospital psiquiátrico do Ceará o clima de segurança foi avaliado de forma negativa por profissionais com menos de 6 meses de atuação (OLIVEIRA et al., 2018). A melhor avaliação do Clima de Segurança está associada ao bom relacionamento da equipe, sendo que os profissionais que apresentaram maior atuação na unidade e na instituição podem compreender de forma mais positiva esse domínio (OLIVEIRA et al., 2018).

O domínio Percepção do Estresse no Trabalho apresentou valor significativo para a CS negativa em trabalhadores com um único vínculo empregatício. A baixa percepção do estresse também foi evidenciada em estudo realizado no Brasil (BARBOSA et al., 2016.) e na China (JIANG et al., 2019). Isso demonstra que os profissionais não conseguem identificar fatores geradores de estresse e que, esses possam influenciar de forma negativa o desempenho laboral. Há evidências de que quanto mais qualificado for o profissional, maior a sensibilidade para a percepção do estresse laboral (JIANG et al., 2019). Ademais, as instituições de saúde precisam investir em capacitações e incentivar a educação permanente de seus profissionais.

A associação do domínio Condições de Trabalho com as variáveis tempo de serviço até 36 meses na instituição e tempo de atuação até 24 meses em UTI-A, apresentaram valores significativos para a CS negativa. Corroborando com esse achado, estudos nacionais (OLIVEIRA et al., 2018; CARVALHO et al., 2019) e internacional (JIANG et al., 2019) também evidenciaram baixas percepções no que tange às condições de trabalho. Esse domínio é reflexo das condições estruturais inadequadas disponíveis nas instituições de saúde aos profissionais, o que influencia de forma negativa na saúde do trabalhador e na assistência prestada. No entanto, investir na infraestrutura faz-se indispensável, uma vez que, irá proporcionar condições mínimas de segurança

e qualidade na assistência ao paciente (OLIVEIRA et al., 2018).

5 | CONCLUSÃO

A CS teve avaliação predominantemente negativa nas quatro UTIs-A pesquisadas. Os domínios Clima de Trabalho em Equipe e Satisfação no Trabalho obtiveram avaliação positiva. Dentre os que apresentaram avaliação negativa, o domínio Percepção de Gerência do Hospital obteve o menor escore. Destaca-se que as associações entre Clima de Trabalho em Equipe entre as variáveis tempo de serviço até 36 meses e um único vínculo empregatício, foram as únicas que apresentaram diferença significativa para CS positiva.

Os resultados obtidos devem considerar as particularidades de cada instituição, no intuito de delimitar estratégias de atuação em áreas pontuadas negativamente pelos trabalhadores, com vistas à qualidade e a satisfação no trabalho. É desafio para as instituições e para a gestão buscar estratégias para a promoção de um clima de segurança. Dentre elas, desenvolver e implementar ações para o cuidado seguro, proporcionar o *feedback* aos trabalhadores sobre o seu desempenho, criar núcleos de SP, promover a educação permanente em saúde e no intuito de fortalecer a CS.

Quanto às limitações do estudo, destacam-se: o viés da temporalidade (causa-efeito), tendo em vista o delineamento adotado. Estudos futuros de avaliação incluindo a equipe multiprofissional podem ampliar a percepção de CS.

REFERÊNCIAS

ALVES, D. F. S.; GUIRARDELLO, E. B. **Ambiente de trabalho da enfermagem, segurança do paciente e qualidade do cuidado em hospital pediátrico.** Rev Gaúcha Enferm., v.37, n.2, e58817, jun., 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.58817>

BARBOSA, M. H. et al., **Clima de segurança do paciente em um hospital privado.** Texto Contexto Enferm, v.3, n.25:e1460015, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016001460015>

BATALHA, E. M. S. S.; MELLEIRO, M. M. **Cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino: diferenças de percepção existentes nos diferentes cenários dessa instituição.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v. 24, n. 2; p. 432-41, abr-jun; 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000192014>

BRASIL. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos: Resolução 466/2012.** Brasília, DF, 2012.

BRASIL. **Gabinete do Ministro. Portaria n. 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).** Brasília; DF, 2013.

BRASIL. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013. Instituições para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2013a.

CARVALHO, P. A. et al., **Assessment of safety culture in a public hospital in the Federal**

- District, Brazil.** Rev. Bras. Enferm., Brasília, v. 72, supl. 1, p. 252-258, Feb. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0716>
- CARVALHO, R.E.F.L.; CASSIANI, S.H.B. **Cross-cultural adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 for Brazil.** Rev Lat Am Enfermagem, v.20, n.3, 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000300020>
- COSTA, D. B. da., et al., **Cultura de segurança do paciente: avaliação pelos profissionais de enfermagem.** Texto contexto - enferm., Florianópolis, v.27, n.3:e2670016, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180002670016>
- CUI, Y. et al., **The Safety Attitudes Questionnaire in Chinese: Psychometric Properties and Benchmarking Data of the Safety Culture in Beijing Hospitals.** BMC Health Services Research, v.17, n.1, p. 590, 2017. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2543-2>
- CRUZ, E. D. de A., et al., **Cultura de segurança entre profissionais de saúde em hospital de ensino.** Cogitare Enferm. v.23, n.1:e50717, 2018. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i1.50717>
- GOLLE, L. et al., **Culture of patient safety in hospital private.** Cuidade é Fundamental. v.10, n.1, p.85-89, 2018. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.85-89>
- GRANEL, N. et al., **Patient safety culture in Hungarian hospitals.** International Journal of Health Care Quality Assurance. v. 32, n. 2, p. 412-424, 2019. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-02-2018-0048>
- HAERKENS, M. H. T. M. et al., **Validation of the Dutch Language Version of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ-NL).** BMC Health Services Research, v.16, n.385, 2016. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1648-3>.
- JIANG, K. et al., **A cross-sectional survey on patient safety culture in secondary hospitals of Northeast China.** Patient safety culture in Northeast China, v.14, n.3:e0213055, March 20, 2019. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213055>
- KOHN, L. T.; CORRIGAN, J.; DONALDSON, M. **To err is human: building a safer health system.** Washington (US): National Academy Press; 2000.
- LEE, Y. C. et al., **A longitudinal study of identifying critical variables influencing patient safety culture from nurses' viewpoints in Taiwan.** Journal of Testing and Evaluation, v. 47,n.5, 2019. <https://doi.org/10.1520/JTE20180060>.
- LEMOS, G. C. et al., **A cultura de segurança do paciente no âmbito da enfermagem: reflexão teórica.** Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro,v.8:e2600, 2018. <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v8i0.2600>
- MAGALHÃES, F. H. L. et al., **Clima de segurança do paciente em um hospital de ensino.** Rev Gaúcha Enferm, v.40(esp):e20180272, 2019. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180272>
- MERINO-PLAZA, M. J. et al., **Relación entre la satisfacción laboral y la cultura de seguridad del paciente.** Gac Sanit. Gaceta Sanitaria, v.32, n.4, p.352-361, 2018. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.02.009>
- OLIVEIRA, I. C. L. de; et al., **Safety culture: perception of health professionals in a mental hospital.** Rev. Bras. Enferm., Brasília, v.71, supl. 5, p. 2316-2322, 2018 . <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0125>
- PAESE, F.; DALSSASSO, G.T.M. **Patient safety culture in primary health care.** Texto Contexto Enferm, v.22, n.2, p.302-10, 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000200005>

RIBEIRO, G.S.R.; et al., **Slips, lapses and mistakes in the use of equipment by nurses in an intensive care unit.** Rev Esc Enferm USP, São Paulo, v. 3, n. 50; p. 419-426, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000400007>

ROQUE, K. E.; TONINI, T.; MELO, E.C.P. **Adverse events in the intensive care unit: impact on mortality and length of stay in a prospective study.** Cad Saúde Pública, v.10, n.32, p. e00081815, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00081815>

SANTIAGO, T. H. R.; TURRINI, R. N. T. **Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva.** Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v.49, n. spe., p.123-130, Dec. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000700018>

TOSO, G. L.; et al., **Patient safety culture in hospitals within the nursing perspective.** Rev Gaucha Enferm, v.37, n.4, p. e58662, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.58662>

ZIMMERMANN, N. et al., **Assessing the safety attitudes questionnaire (SAQ), German language version in Swiss university hospitals - a validation study** BMC Health Services Research, v.13, n.347, 2013.

DIFICULDADES PARA ALCANÇAR A SEGURANÇA DO PACIENTE: A REALIDADE DE UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA

Andreia Guerra Siman

Universidade Federal de Viçosa, Departamento de Medicina e Enfermagem, Viçosa, Minas Gerais.

Fernanda Batista Oliveira Santos

Professora adjunta Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. Avenida Prof. Alfredo Balena, 190 - Santa Efigênia, Belo Horizonte - MG, 30130-100, Minas Gerais, Brasil.

Marilane de Oliveira Fani Amaro

Universidade Federal de Viçosa, Departamento de Medicina e Enfermagem, Viçosa, Minas Gerais.

Eliza Cristina Clara Alves

Estudante de graduação em enfermagem pela Universidade Federal de Viçosa, Avenida Peter Henry Rolfs, s/n - Campus Universitário, Viçosa - MG, 36570-900, Minas Gerais, Brasil.

Maria José Menezes Brito

Professora Associada Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. Avenida Prof. Alfredo Balena, 190 - Santa Efigênia, Belo Horizonte - MG, 30130-100, Minas Gerais, Brasil.

RESUMO: Identificar dificuldades para alcançar as metas de segurança do paciente sob a ótica dos profissionais. Estudo de caso qualitativo, fundamentado na Sociologia Compreensiva, realizado em um hospital de ensino com participantes do Núcleo de Segurança do Paciente e da equipe de Enfermagem. A coleta de dados ocorreu de maio a dezembro de 2015 e foi realizada por meio de entrevistas,

observação e pesquisa documental. Utilizou-se a Análise de Conteúdo. Foram identificadas dificuldades estruturais e operacionais; fatores pessoais que influenciam o comportamento, tais como conhecimento, qualificação, experiência, motivação e intenção; fatores institucionais como a política organizacional e prioridade estratégica que impactam na segurança do paciente. As dificuldades são processuais e de caráter multifatorial, necessitando de ações estratégicas do Núcleo para resolução do problema, com participação do enfermeiro junto aos administradores.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Segurança do paciente; Gestão da qualidade.

DIFFICULTIES IN ACHIEVING PATIENT SAFETY: THE REALITY OF A PUBLIC INSTITUTION

ABSTRACT: To identify difficulties in achieving patient safety goals from the perspective of professionals. A qualitative case study, based on Comprehensive Sociology, conducted in a teaching hospital with participants from the Patient Safety Center and the Nursing team. Data collection occurred from May to December 2015 and was conducted through interviews, observation and documentary research. Content analysis was used. Structural and operational difficulties were identified; personal factors that

influence behavior, such as knowledge, skill, experience, motivation and intention; institutional factors such as organizational policy and strategic priority that impact patient safety. The difficulties are procedural and multifactorial, requiring strategic actions of the Center to solve the problem, with the participation of nurses with administrators.

KEYWORDS: Nursing; Patient safety; Quality management.

INTRODUÇÃO

Iniciativas voltadas para a segurança do paciente começaram a partir da publicação do relatório *To err is human: building a safer health system*, no qual 30.121 prontuários de internações foram analisados e identificou-se que em 3,7% ocorreram iatrogenias (6,5% disfunções permanentes e 13,6% mortes dos pacientes). Além disso, até 98 mil mortes por ano nos Estados Unidos poderiam ter sido evitadas devido a erros médicos gerando alerta às instituições sanitárias em relação ao evento adverso (KOHN et al., 2000).

A Classificação Internacional de Segurança do Paciente define segurança do paciente como a redução de riscos de danos ou lesões, associado ao cuidado em saúde, dentro de uma aceitação mínima. Os eventos adversos são considerados como qualquer dano ou lesão causado ao paciente pela intervenção da equipe de saúde (RUNCIMAN et al., 2009).

Os eventos adversos podem ter fatores contribuintes e atenuantes para que eles ocorram: procedimentos clínicos; documentação; infecção; infusões intravenosas e medicações; sangue e hemoderivados; nutrição; oxigenioterapia e outros gases; características do paciente; equipamentos e produtos para a saúde; atitudes e comportamentos; infraestrutura e área física; e gerenciamento organizacional (RUNCIMAN et al., 2009). São anos não intencionais a pacientes e profissionais, bem como outras interrupções que levam a perdas financeiras, de reputação e de instalações. Estudo Canadense demonstra que as organizações de saúde têm lutado para adotar programas eficazes de gerenciamento de risco para reduzir a probabilidade e o impacto dessas perdas (STEVENS et al., 2019).

No entanto, em países em desenvolvimento, pouco se sabe sobre a magnitude dos danos causados ao paciente por uma assistência insegura considerando que nestes locais há limitações de infraestrutura, tecnologia e recursos humanos (WHO, 2008). Frente a isso, evidencia-se a necessidade de refletir sobre a realidade dessas instituições de saúde o que justifica maiores investigações sobre as condições atuais dos hospitais e suas implicações na segurança do paciente.

No Brasil, as iniciativas de segurança do paciente são relativamente recentes e o Programa Nacional de Segurança do Paciente foi instituído em 2013, e a partir de então, foram estabelecidos a criação de Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e os protocolos básicos para atendimento às metas internacionais de segurança do paciente (BRASIL, 2013). Neste sentido, a presente pesquisa pretende contribuir

para a adoção de práticas seguras e o desenvolvimento da cultura de segurança do paciente nas instituições de saúde, com ênfase no comprometimento da gerência, dos profissionais envolvidos na assistência, bem como forte espírito de coesão entre os diversos departamentos.

Estudo anterior apontou que falta melhor relação entre líderes, membros do NSP e demais profissionais para que todos assumam efetivamente seus papéis sociais no âmbito da segurança do paciente no hospital (SIMAN et al., 2017).

Tendo em vista as considerações apresentadas, indaga-se: como tem sido a realidade de uma instituição pública frente ao desafio de alcançar a segurança do paciente? O objetivo deste estudo foi identificar as dificuldades para alcançar as metas de segurança do paciente sob a ótica dos profissionais.

MÉTODO

Pesquisa qualitativa delineada pela estratégia de pesquisa do Estudo de Caso e fundamentada na Sociologia Compreensiva. O estudo de caso tem por objetivo analisar uma unidade social, buscando responder “como” e “por que” os fenômenos ocorrem. Por isso, é ideal para estudos organizacionais que buscam retratar a realidade de forma completa e profunda (YIN, 2015). O cerne da sociologia compreensiva, é a concepção das relações e o reconhecimento que essas relações entre indivíduos possuem importância causal, pois as relações orientam as ações (WEBER, 1979). Esse método foi escolhido, pois permite captar características significativas presentes em contexto real.

A unidade de análise foi um hospital brasileiro, que desenvolve estratégias de qualidade e segurança do paciente, participante da Rede de Hospitais Sentinela, e possui uma comissão de gerenciamento de riscos. Trata-se de um hospital filantrópico, vinculado como hospital de ensino, com 116 leitos. A instituição possuía seis alas de internação no momento da coleta.

Os participantes da pesquisa foram enfermeiros, técnicos de enfermagem e membros do NSP. Como critério de inclusão, todos estes profissionais deveriam possuir, no mínimo, um ano de trabalho na instituição. Para a equipe de enfermagem, trabalhar nas alas de internação clínica e cirúrgica. A escolha pela equipe das alas de internação se deu com base em resultados de uma pesquisa que apontou que a enfermaria foi um dos locais com maior frequência (56,9%) de eventos adversos (MENDES et al., 2013). A escolha por profissionais do NSP se deu pelo entendimento de que são eles quem gerenciam e prescrevem as ações para alcançar a segurança do paciente.

O NSP era composto por 15 profissionais, dois estavam de licença médica e um se recusou a participar, totalizando, 12 participantes. A internação contava com nove enfermeiros, plantão noturno e diurno, mas dois não entraram no critério de inclusão, fechando a amostra com sete participantes. Quanto aos técnicos de enfermagem,

utilizou-se o critério de saturação, o qual interrompe as entrevistas quando os dados coletados se tornam repetitivos e redundantes. Saturou-se os dados na 12ª entrevista. No total, participaram da pesquisa 31 profissionais.

A coleta de dados foi realizada por triangulação de dados, coletados no período de maio a dezembro de 2015, com levantamento de dados primários e secundários. Os dados primários foram coletados por meio de entrevistas, agendadas com cada participante e realizadas pela pesquisadora principal no próprio local de trabalho. Utilizou-se um roteiro semiestruturado e foram áudio gravadas. Antes de iniciar as entrevistas, foi realizado um teste do roteiro, sem necessidades de alterações após a aplicação deste piloto. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra e tiveram duração de dez a 100 minutos. Foram numeradas de acordo com a sequência em que ocorreram. As entrevistas foram codificadas com a sigla NSP (Núcleo de Segurança do Paciente); E (Enfermeiro); TE (técnico de enfermagem) seguido do número da entrevista. As perguntas buscavam compreender aspectos como avaliação da segurança do paciente na instituição, práticas, dificuldades e desafios para alcançar a segurança do paciente.

Foi realizada também, a observação não participante, registrada em diário de campo. A observação ocorreu na unidade de internação para compreender melhor a prática dos profissionais durante o processo de trabalho, com duração de 72 horas e média de 12 horas em cada unidade de internação, sendo interrompida ao atingir os objetivos do estudo.

Os dados secundários foram obtidos por meio de pesquisa documental (documentos relativos à gestão da qualidade; relatórios, protocolos, indicadores, registros e plano de ação do núcleo).

Para análise dos dados foi utilizada a análise de conteúdo, a qual consiste em um conjunto de técnicas de análise de comunicações, realizada em torno de três pólos cronológicos: a pré-análise, a exploração do material e tratamento dos resultados (BARDIN, 2011). Após a categorização, procedeu-se à análise dos conteúdos, com interpretação e inferências dos dados tendo por base a literatura. Com isso, emergiram quatro categorias.

O estudo respeitou as exigências éticas formais. Parecer número 1.072.502.

RESULTADOS

A realidade relacionada a fatores estruturais e operacionais

Esta categoria apresenta algumas das dificuldades estruturais e operacionais que foram mencionados pelos participantes da pesquisa e constatadas na observação, como instalações inadequadas. Outros problemas como insuficiência de painel de gases, campanha de comunicação, divisória para garantia de privacidade do paciente nas enfermarias, falta de equipamentos para transporte seguro, e computadores e impressoras para informatizar o sistema:

Difícil, por exemplo, essas minhas instalações de tomada são antigas, precisam de reforma nas salas de cirurgia, ainda não têm essa segurança total, é tomada que não funciona, um aparelho que não acende, extensões que ficam desencapadas (NSP12). Não tem vácuo encanado nos leitos. Nenhum dos leitos tem (E1). A gente tem o planejamento para futuramente informatizar os prontuários. Para gente hoje informatizar é difícil, não tem computador em todos os postos, não tem impressora (NSP7). A gente tem um leito desocupado porque não tem equipamento funcionando, não tem maca suficiente (NSP9).

A realidade: a (in)segurança relacionada a fatores pessoais

Esta categoria permite apontar as dificuldades relacionadas ao profissional, ou seja, características individuais que dificultam a segurança como conhecimento; qualificação, experiência profissional; atitudes; motivação; intenção. O nível de conhecimento técnico científico pode ser identificado nos depoimentos:

A farmácia, por exemplo, não tem nenhum profissional que trabalha lá que tenha um curso voltado para área. Então, a farmácia dispensa muita medicação errada, e é só uma farmacêutica (E25). Modifica muito o pensamento da gente, mais de quem está no núcleo, porque assim, não é de todos também não, mas as pessoas que procuram realmente, que gostam de conhecer, algumas coisas diferentes, elas costumam não ficar só ligadas naquilo que o núcleo está fornecendo. Eu vou em casa, eu leio, entro na internet, pego alguma coisa, né? (NSP9). Sempre tem muito o que melhorar e tem muito o que aprender. A gente nunca sabe tudo, entendeu? (TE17).

Na visão dos entrevistados, o conhecimento está atrelado também à qualificação e à experiência profissional, fatores pessoais que podem influenciar às práticas de segurança do paciente:

Enfermeiros mais novos, técnicos mais novos. E que já vêm com experiência. Contratamos um enfermeiro agora e não tem nem um mês e já está fazendo notificações. Tem conhecimento (NSP2). O compromisso, o conhecimento, a confiança dos colegas também. Isso entra muito nesse tema. Às vezes a gente está com dúvida, a gente vai atrás do colega para poder ajudar, atrás de um que tem mais experiência do que a gente (TE19).

Identificou-se na observação que a (in)segurança muitas vezes estava relacionada à falta de habilidade, a atitude ou comportamento. Neste sentido, destacam-se os depoimentos:

Tem o quesito esquecimento. Deixa, por exemplo, para notificar depois e esquece (NSP7). Mas eu sempre falo nas reuniões, não é só o financeiro. Se tiver boa vontade de fazer, dá para fazer outras coisas, mas às vezes o pessoal fica resistente, colocando a culpa no dinheiro, entendeu? Ah não posso fazer não porque não tem dinheiro, mas na verdade é por falta de boa vontade mesmo. Poderia fazer e não faz (NSP2). Nessa instituição? Ah, eu acho positiva, pelo menos a gente tenta fazer o máximo possível para ela ficar segura (TE18). Tem muita coisa que ainda precisa melhorar [...] O que percebo é que os profissionais, principalmente os que estão chegando agora, estão muito despreparados (E25).

A falta de comprometimento também foi um dificultador na segurança do paciente:

Eu acho que o dificulta é o comprometimento dos funcionários (E14). A diferença de um setor para outro eu atribuo a fase inicial (da segurança do paciente) e que alguns setores, algumas coisas por conta própria, e outros não. Algumas pessoas fazem outras, mesmo sabendo que têm que fazer, não fazem. É comprometimento. É uma questão de compromisso mesmo (E25).

Na observação foi possível identificar alguns protocolos de segurança: protocolo de queda, de lesões, de identificação do paciente e procedimento operacional padrão para notificação de EA. Não havia protocolo de administração de medicamentos nem indicadores de segurança. Os depoimentos a seguir corroboram com a ideia que mesmo com os processos normativos não há controle direto sobre o comportamento dos profissionais. Assim, o fator humano e a responsabilidade ética devem ser considerados:

O risco de erro no procedimento porque não tem um padrão, apesar de ter POP (Procedimento Operacional Padrão), cada um exerce da maneira que acha correto (E1). Eu costumo fazer a medicação com nome, leito, paciente e gritar o nome do paciente: “oh José Maria”, para ele me atender. Mas cada um tem sua técnica. Tem muita gente desatenta, muito leiga. Não têm medo. Os técnicos de hoje que entram na enfermagem não têm medo. Eles aventuram (TE16). É uma coisa que você tem que ter responsabilidade (TE16). Não acho que nenhuma ação seja intencional, mas talvez, falta de atenção. O próprio descaso para terminar o serviço logo, e isso é muito inerente ao ser humano. Ele quer terminar o dele, ir embora para ser feliz (NSP 9).

A realidade relacionada a fatores institucionais

Esta categoria discute aspectos como política institucional, com atrasos e baixos salários, a falta de um sistema de recompensa, a falta de prioridade estratégica, com pouco envolvimento administrativo, e a necessidade de uma gestão mais envolvida com o Programa de Segurança:

Ah o que o pagamento tem haver? Tem tudo. Funcionário desmotivado, afeta demais o cuidado com o paciente. Aí o técnico de enfermagem falou: oh aqui é assim, eu acho com sinceridade que ele não vai te operar, ele vai te enrolar, então é melhor você ir embora e tentar resolver isso com seu secretário de saúde porque aqui você está perdendo seu tempo. E foi bem na semana que o pagamento estava atrasado. Então, funcionário fica nervoso, fica irritado, e acaba falando isso (NSP10). O hospital atrasa o salário com frequência! Funcionário vai na rádio e fala na rádio no programa da cidade sobre atraso do salário. A população fica sabendo. Se o funcionário não está satisfeito, reclama de tudo, tudo prejudica o setor, trabalha mal e o paciente vai colher os frutos. Se for olhar, tudo esbarra no paciente. É muita coisa! (NSP10).

Durante a pesquisa de campo, por meio de conversas informais e não gravadas com os técnicos de enfermagem, foi possível perceber certa angústia quanto à (in) segurança dos pacientes: *“Os pacientes não estão seguros”*. *“A instituição está mais preocupada*

com os custos". Eles comparam a segurança do paciente com um trânsito perigoso a todo tempo para pacientes e funcionários. O depoimento também expõe quais as prioridades com os custos:

Estou falando que tem que pôr antena e falam que não tem verba. Porque na hora que eu falo de dinheiro, o que eles falam esse dinheiro aqui é para medicação. Aí é onde eu explodi: como vocês têm verba para comprar micro-ondas para administração, geladeira para administração, forminho para administração, e eu já fiz esse orçamento para antena não sei quantas vezes. E o meu problema é que eu gosto de ver as coisas acontecerem, e na segurança do paciente eu não vejo! Mas, no geral, acho que não estamos resolvendo muita coisa não (NSP5).

Na visão dos participantes da pesquisa falta um interesse maior da administração com melhorias de segurança do paciente e prioridade estratégica:

Eu vejo que temos muitas pessoas empenhadas a fazer, mas muitas vezes não têm muito recurso e não têm uma visão administrativa muito grande em relação a isso. Eu acho que isso dificulta (NSP 9). Só quem desenvolve o serviço sabe do seu trabalho. A administração não sabe o que você necessita e só você sabe do seu trabalho. Tinha reunião do grupo gestor com mais frequência, hoje não segue muito uma periodicidade (NSP 4). Esse treinamento em São Paulo a gente tem que colocar alguém da administração! Eu sei que o paciente precisa de medicamento, mas eu preciso dar segurança a ele em relação a equipamentos. O que adianta eu dar para ele medicamento se na hora que precisa de um cardioversor, ele não funciona, um eletro não funciona, o respirador não funciona na hora (NSP5).

A dificuldade de acesso à administração, expressa na dificuldade de opinar e falar sobre erros ocorridos, pode ser observada nos depoimentos:

Pagamento sempre atrasado e isso também atrapalha muito a cabeça da gente. A gente trabalha o mês todo e chega no fim do mês não sabe que dia vai receber o pagamento. Isso atrapalha até o físico da gente, não pode comentar (TE16). Às vezes, os enfermeiros ou qualquer gerente têm muita resistência com a administração e a gente entra como intrometido mesmo. Vamos resolver (NSP2). A enfermagem, por exemplo, tem muito medo de falar. Eu sou da CIPA e sei. Eu sei de casos de erros de medicação que não foram notificados. Não prejudicou o paciente e a pessoa ficou calada. Mas desabafou com alguém dentro do ônibus, e eu conhecia (NSP8).

Apesar de a instituição, cenário deste estudo, induzir em sua Missão "promover um atendimento de alta qualidade, investindo em aprimoramento dos colaboradores e em tecnologia" os participantes da pesquisa relatam uma instituição que não condiz com a missão declarada:

Comissão daqui comissão dali e é só papel. Eu gosto de ver as coisas em prática. Uma funcionária vem atrás de mim todos os dias e eu falo que é problema administrativo. Ela me entrega um relatório, eu respondo para ela e agora eu quero saber o que você faz com este papel que eu te respondo? Ah, eu arquivo. Então, para quê? Estamos fazendo papel de bobas (NSP5).

Eu acho que a instituição tem pouco a oferecer e a pessoa tem muito para dar. E aí ela não consegue dar nada... é a mentalidade administrativa do hospital (NSP 9).

Identificou-se também uma preocupação dos participantes da pesquisa com a adesão do hospital como Hospital de Ensino sem a preparação necessária para receber os residentes e os estudantes:

Como agora o hospital é um hospital de ensino, o volume de gente circulando é alto, o volume de estudante, de residente é muito alto. Muita gente circulando, muita gente mexendo no prontuário, muita gente manipulando papel então o risco de prejudicar o paciente nisso aí aumentou (E25). A gente tem o problema de residente, (NSP 9).

DISCUSSÃO

Ao analisar os resultados apresentados é possível afirmar que a acessibilidade a uma estrutura adequada deve ser aspecto cuidadosamente considerado por uma instituição que prioriza a segurança do paciente. As ações gerenciais de alocação de recursos têm como principal foco a assistência segura ao paciente e a gestão de recursos físicos deve garantir também a segurança dos profissionais, diminuindo o risco ocupacional e assistencial (CAVALCANTE et al., 2015). Neste sentido, o enfermeiro deve participar na alocação desses recursos, organizando e coordenando uma unidade de saúde com segurança, conforto e privacidade aos pacientes e assegurando condições de trabalho apropriadas (CAVALCANTE et al., 2015).

Corroborando com esta pesquisa, eventos adversos relacionados aos recursos materiais foram identificados em um estudo que apontou ocorrências relacionadas à previsão e provisão de materiais, manutenção de equipamentos como consequências. Neste, 83,9% causaram danos temporários requerendo intervenção e/ou prolongamento do tempo de internação e 16,1% resultaram em óbito do paciente (SOUZA et al., 2011). Assim, muitos hospitais públicos enfrentam dificuldades com a escassez de recursos materiais e os profissionais usam de adaptações e improvisações numa tentativa de não interromper o atendimento. Isto mostra que a aceitabilidade do desempenho da segurança é muitas vezes influenciada pelas culturas e normas locais ou internacionais (SIMAN e BRITO, 2018).

Vale salientar que não basta apenas pensar em investimentos. Uma assistência com menos erros só poderá ser alcançada por meio de uma mudança no modo de organização do trabalho, do ambiente, na participação e envolvimento dos profissionais de saúde e pacientes (SIMAN e BRITO, 2018). De acordo com o referencial teórico adotado, para mudar o âmbito real da instituição é preciso configurar e reconfigurar a ação envolvendo todos os atores sociais, de forma a interagir e reagir num processo de transformação de suas práticas (WEBER, 1979). São aspectos que ampliam as chances de oferecer maior qualidade e segurança na assistência.

Sobre as dificuldades relacionadas aos fatores pessoais, a análise dos resultados revela que o conhecimento, a qualificação, a experiência e a motivação são fatores humanos contribuintes ao erro. Destacando que o cansaço e o estresse podem estar

relacionados a insatisfação profissional e subdimensionamento.

Neste sentido, uma pesquisa revelou que o subdimensionamento da equipe de enfermagem, a sobrecarga de trabalho e a insatisfação comprometem a qualidade do cuidado e interferem nas taxas de infecções, mortalidade, quedas, pneumonia na ventilação mecânica e tempo de internação (OLIVEIRA et al., 2014).

Na presente pesquisa, os resultados demonstraram que o compromisso, o conhecimento, a experiência, a disposição individual e outras atribuições pessoais podem contribuir em proporcionar a melhor assistência. Cabe aqui a reflexão teórica e filosófica sobre o fator humano, fator que tem sido estudado para melhor compreender o erro humano, o qual deve ser considerado juntamente com as condições de trabalho e atividades desenvolvidas, pois podem ser fatores contribuinte ao erro. Portanto, o erro deve ser abordado de forma multifatorial e holística (MELLO et al., 2014).

É possível identificar nos resultados, as dificuldades que transcendam à equipe de saúde ou de enfermagem, relacionadas à instituição, o ambiente, a administração e a falta de: recompensa e reconhecimento dos profissionais, de priorizar a segurança do paciente, além de pouco envolvimento da administração, priorização de custos em detrimento da qualidade e segurança, falta de acesso dos profissionais à administração e uma fala aberta sobre a ocorrência de erros.

Assim, com o referencial teórico adotado, é possível identificar com a análise dos resultados, que a segurança do paciente abrange fatores institucionais, para além dos fatores humanos e tecnológicos, pois há impacto direto da cultura e das políticas organizacionais na eficácia do controle e mitigação do risco de segurança (SARTOR et al., 2016). A responsabilização em nível individual, administrativo e organizacional são elementos fundamentais, os quais exigem um exercício ético e político (CARVALHO et al., 2015).

Uma outra pesquisa revelou que a avaliação da cultura de segurança do paciente nas instituições hospitalares não é positiva, com destaque para tópicos relacionados à carga de trabalho, comunicação, cultura punitiva e hierarquizada e questões relacionadas a supervisão e liderança, o supervisor/gerente não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente, os profissionais não se sentem à vontade para questionarem as decisões ou ações dos seus superiores e não são informados sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos (SARTOR et al., 2016).

Os fatores dificultadores apresentados são uníssonos na reflexão de que o foco primário deve estar no sistema e nos processos de trabalho, e não nos indivíduos. Destaca-se que é fundamental a implantação de uma política institucional que priorize a cultura de segurança. A organização de saúde, ao contrário das organizações tradicionais que focam em uma gestão para minimizar custos, devem ser geridas para maximizar o valor, a qualidade e a segurança (CAVALCANTE et al., 2015). Ressalva-se que a segurança do paciente é resultado da qualidade das interações entre todos os componentes do sistema de atendimento, não sendo determinada unicamente

pelo indivíduo, tipo de atividade, infraestrutura ou tecnologia (CARVALHO et al., 2015; COSTA et al., 2018).

No intuito de fortalecer a segurança do paciente nas instituições e avançar diante dos desafios apresentados, os gestores devem se atentar para os fatores estruturais e operacionais oferecidos pela instituição além da parceria com o NSP levantando estratégias do núcleo para resolução dos problemas organizacionais mencionados, com participação do enfermeiro junto à liderança. Todos devem cooperar para levantamento de condições para que o erro do profissional não atinja o paciente. Além disso, o diálogo e o suporte da administração à equipe são essenciais para garantir a segurança do paciente (OLIVEIRA et al., 2015).

CONCLUSÃO

Os resultados apontaram vários fatores dificultadores que afetam a segurança do paciente de forma processual e de caráter multifatorial: dificuldades de estrutura, fatores pessoais e institucionais, e, portanto, a administração das instituições deve repensar, junto aos seus profissionais, a necessidade de analisar a raiz do problema no desenvolvimento de uma cultura que favoreça a segurança de todos. A solução deve ser buscada de forma global e integrada, nunca desassociando os fatores aqui discutidos. Reconhece-se a necessidade de avançar nas discussões acerca da segurança do paciente e sua gestão em outras organizações e níveis de atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n. 529, de 1 de abril de 2013. **Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente**, Brasília, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 25 mar. 2009.

CARVALHO, P.A. et al. **Safety culture in the operating room of a public hospital in the perception of healthcare professionals**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 23, n. 6, p. 1041-1048, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-1692015000601041&lng=en. Acesso em: 26 jul. 2018.

CAVALCANTE, A. K. C. B. et al. **Cuidado seguro ao paciente: contribuições da enfermagem**. Revista Cubana de Enfermería, Ciudad de la Habana, v. 31, n. 4, 2015. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192015000400010. Acesso em: 7 set. 2018.

COSTA, D. B. et al. **Patient safety culture: evaluation by nursing professionals**. Texto e contexto - Enfermagem, Florianópolis, v. 27, n. 3, e2670016, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000300303&lng=en. Acesso em: 18 set. 2018.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M.S. **To err is human: building a safer health system**. Washington DC: National Academy Press, 2000.

MELLO, L. R. G. et al. **Compreendendo a segurança do paciente**. Revista de enfermagem UFPE on line, Recife, v. 8 n. 8, p. 2954-2956, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10011/10385>. Acesso em: 17 set. 2018.

MENDES, W. et al. **The feature of preventable adverse events in hospitals in the State of Rio de Janeiro**. Revista da Associação Médica Brasileira, São Paulo, v. 59, n. 5, p. 421-428, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ramb/v59n5/en_v59n5a06.pdf. Acesso em: 18 mai. 2018.

OLIVEIRA, J. L. C. et al. **Qualidade do cuidado: concepções de graduandos de enfermagem**. Revista Mineira de Enfermagem, Belo Horizonte, v. 19, n. 1, p. 29-35, 2015. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/983#>. Acesso em: 01 jul. 2019.

OLIVEIRA, R. M. et al. **Estratégias para promover segurança do paciente**. Escola de enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 122-129, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452014000100122&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 28 nov. 2018.

RUNCIMAN, W. et al. **Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms**. International Journal for Quality in Health Care, v. 21, n. 1, p. 18-26, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19147597>. Acesso em: 28 nov. 2018.

SARTOR, G.D.; SILVA B.F.; MASIERO, A. V. **Segurança do paciente em hospitais de grande porte: panorama e desafios**. Cogitare Enfermagem, Paraná, v. 21, p. 01-08, 2016. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45>. Acesso em: 26 jul. 2018.

SIMAN, A. G.; BRITO, M. J. M. **A dimensão prescrita e real de práticas de profissionais de saúde no contexto da segurança do paciente**. Revista de enfermagem da UERJ, Rio de Janeiro, v. 26, p. e23703, 2018. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/23703>. Acesso em: 28 jul. 2018.

SIMAN, A. G.; BRITO, M. J. M. **A dimensão prescrita e real de práticas de profissionais de saúde no contexto da segurança do paciente**. Revista de enfermagem da UERJ, Rio de Janeiro, v. 26, p. e23703, 2018. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/23703>. Acesso em: 28 jul. 2018.

SIMAN, A. G.; CUNHA, S. G. S.; BRITO, M. J. M. **The practice of reporting adverse events in a teaching hospital**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, n. 51, p. 01-08, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/pt_1980-220X-reeusp-51-e03243.pdf. Acesso em: 28 nov. 2018.

SOUZA, L. P. et al. **Eventos adversos: instrumento de avaliação do desempenho em centro cirúrgico de um hospital universitário**. Revista de enfermagem da UERJ, Rio de Janeiro, v. 19 n. 1, p. 127-33, 2011. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a21.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2018.

STEVENS, P.; WILLCOX, J.; BOROVYOY, L. **Integrated (Enterprise) Risk Management in Canadian Healthcare Organizations – Common Barriers and a Shared Solution for Effective and Efficient Implementation in Canada**. Healthcare Quarterly, Toronto, v. 22, n. 1, p. 48-53, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31244468>. Acesso em: 28 mai. 2019.

WEBER, M. **Ensaio de sociologia**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1979.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Alliance for Patient Safety: forward programme 2008-2009**, Geneva, 2008. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70460>. Acesso em: 28 mai. 2019.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2015.

ESCORES PEDIÁTRICOS DE ALERTA PRECOCE DE DETERIORAÇÃO CLÍNICA

Juliana de Oliveira Freitas Miranda

Universidade Estadual de Feira de Santana
Feira de Santana - Bahia

Climene Laura de Camargo

Escola de Enfermagem da Universidade Federal
da Bahia
Salvador - Bahia

Carlito Lopes Nascimento Sobrinho

Universidade Estadual de Feira de Santana
Feira de Santana - Bahia

Daniel Sales Portela

Faculdade Pitágoras
Eunápolis – Bahia

Thaiane de Lima Oliveira

Hospital Estadual da Criança
Feira de Santana - Bahia

Larine Ferreira Bulhosa

Universidade Estadual de Feira de Santana
Feira de Santana - Bahia

RESUMO: Escores Pediátricos de Alerta Precoce, internacionalmente conhecidos como Pediatric Early Warning Scores (PEWS), são instrumentos desenvolvidos para auxiliar a equipe de saúde no reconhecimento precoce de sinais de alerta para deterioração clínica de crianças hospitalizados. O objetivo deste estudo foi realizar um levantamento dos PEWS publicados na literatura. Trata-se de um estudo de revisão, realizado em agosto de 2019, por

meio de busca no Pubmed e BVS, utilizando os termos “Pediatric” AND “Early Warning Score”. Os critérios de busca foram: artigos publicados entre 2005 e 2015, completos, idioma inglês e/ou português, pacientes com idade ≤ 18 anos. Foram encontrados 101 estudos na BVS e 113 na Pubmed, e após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 32 estudos permaneceram na amostra final para análise, sendo lidos na íntegra. Foram identificados 26 escores ou sistemas pediátricos de alerta precoce de deterioração clínica publicados na literatura, sendo um destes no Brasil. Muitos desses são adaptados ou modificados de outros sistemas originais. No cenário nacional ainda há escassez de estudos e lacunas sobre a aplicação e validade destes instrumentos. Pesquisadores, profissionais e serviços de saúde brasileiros devem atentar para a necessidade de validar essas ferramentas e implementá-las no seu contexto, visto que já existem muitas evidências sobre os seus benefícios no cenário internacional.

PALAVRAS-CHAVE: Deterioração Clínica; Segurança do Paciente; Enfermagem Pediátrica.

EARLY WARNING PEDIATRIC SCORES OF CLINICAL DETERIORATION

ABSTRACT: Pediatric Early Warning Scores,

known internationally as Pediatric Early Warning Scores (PEWS), are tools designed to assist healthcare staff in early recognition of warning signs of clinical deterioration in hospitalized children. The aim of this study was to survey PEWS published in the literature. This is a review study, conducted in August 2019, by searching Pubmed and BVS, using the terms “Pediatric” AND “Early Warning Score”. The search criteria were: articles published between 2005 and 2015, complete, English or Portuguese language, patients aged ≤ 18 years. We found 101 studies in the BVS and 113 in the Pubmed, and after applying the inclusion and exclusion criteria, 32 studies remained in the final sample for analysis and were read in full. Twenty-six systems or scores of clinical deterioration published in the literature were identified, one of them in Brazil. Many of these are adapted or modified from other original systems. In the national scenario there is still a lack of studies and gaps on the application and validity of these instruments. Brazilian researchers, professionals and health services should be aware of the need to validate these tools and implement them in their context, as there is already much evidence about their benefits on the international scene.

KEYWORDS: Clinical Deterioration, Patient Safety, Pediatric Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

Um Early Warning Score (EWS) ou Escore de Alerta Precoce consiste num instrumento simples para a realização de observações clínicas e fisiológicas básicas, atribuindo valores conforme o grau de desvio da normalidade. A pontuação total é calculada e uma ação é desencadeada a partir de um limiar de disparo adotado para auxiliar a equipe na obtenção de suporte especializado imediato diante da deterioração clínica (MORGAN; WRIGHT, 2007)

Esse tipo de ferramenta foi inicialmente construída para pacientes adultos, sendo o primeiro EWS publicado em 1997 (GEORGAKA; MPARMPAROUSI; VITOS, 2012). No campo da pediatria, desde 2005, estes escores ou sistemas de pontuação de alerta precoce, denominados Pediatric Early Warning Score (PEWS), têm sido construídos, modificados/adaptados e validados em países como Inglaterra, Canadá, Estados Unidos e Austrália. Seu objetivo é auxiliar no reconhecimento precoce de sinais de deterioração clínica em crianças no ambiente hospitalar (CHAPMAN; GROCOTT; FRANCK, 2010; MONAGHAN, 2005).

Os PEWS podem funcionar como sistemas de pontuação, que atribuem uma escala hierárquica de pontos a critérios clínicos e fisiológicos responsáveis por disparar o cuidado a partir de pontos de corte predeterminados, ou sistemas de gatilho, que estabelecem critérios de disparo e ativação de alerta precoce (CHAPMAN; GROCOTT; FRANCK, 2010). Geralmente os PEWS compõem um conjunto de ações e cuidados traçado para responder rapidamente a uma condição de deterioração clínica no cenário hospitalar (MIRANDA et al., 2016a).

As variáveis fisiológicas e clínicas geralmente incluídas em um Escore de Alerta

Precoce são nível de consciência, frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial, temperatura, tempo de enchimento capilar, esforço respiratório, saturação de oxigênio, entre outros. Caso o paciente seja adulto ou criança, esses indicadores clínicos podem variar, visto as especificidades de cada faixa etária. Quando a condição clínica de um paciente vai piorando, o escore tende a aumentar, indicando a necessidade de intensificar a monitorização e avaliar uma possível intervenção, a fim de evitar a evolução para complicações.

Considerando a importância atribuída a estas ferramentas no contexto hospitalar, este estudo de revisão buscou realizar um levantamento dos Sistemas ou Escores Pediátricos de Alerta precoce publicados na literatura científica.

2 | MÉTODO

Este capítulo foi construído a partir de um estudo descritivo, de revisão integrativa da literatura. As revisões integrativas podem colaborar com a construção da ciência da Enfermagem, visto que permitem a combinação de dados da literatura empírica e teórica, podem auxiliar na definição de conceitos, apresentar o estado da arte, identificar lacunas em áreas de estudos, revisar teorias e análises metodológicas de estudos sobre um determinada temática (SOARES et al., 2014; WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Esta revisão seguiu seis etapas: escolha e definição do tema, busca na literatura, estabelecimento de critérios para categorização dos estudos, análise dos estudos, interpretação dos resultados e apresentação da revisão (CROSSETTI, 2012; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2009).

Na primeira etapa foi definida a pergunta norteadora: Quais sistemas ou escores pediátricos de alerta precoce estão publicados na literatura científica?

A busca foi realizada em agosto de 2019, nas bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde Brasil e Pubmed. Foram utilizados os termos de busca “Pediatric” AND “Early Warning Score”. Os critérios de inclusão adotados foram: artigos publicados entre 2005 e 2019, completos, disponíveis na íntegra, com população ≤ 18 anos. Os resumos foram avaliados por dois revisores independentes. Aqueles que deixaram dúvidas sobre a aplicação de escores pediátricos de alerta precoce para identificação de deterioração clínica foram lidos na íntegra.

Foram encontrados 101 estudos na BVS e 113 na Pubmed, após aplicação dos critérios de inclusão, exclusão dos estudos por repetição, por desacordo com o objetivo, por não referenciar o uso de PEWS ou por estarem indisponíveis na íntegra, permaneceram 32 estudos para análise. As variáveis investigadas nos estudos foram: nome do escore, autores, país, ano de publicação e indicadores clínicos do sistema de alerta precoce.

3 | ESCORES PEDIÁTRICOS DE ALERTA PRECOCE

A partir dos 32 estudos analisados, foram identificadas 26 sistemas/escores pediátricos de alerta precoce para auxiliar no reconhecimento da deterioração clínica em crianças hospitalizadas (Quadro 1). Alguns são originais e outros são modificados/adaptados de outros sistemas para determinado contexto. No Brasil, até 2019, foi identificado um escore validado para uso no contexto hospitalar.

Sistema de Alerta/autores/país	Crítérios de avaliação do Sistema de Alerta
Criteria for activation of Medical Emergency Team (TIBBALLS et al., 2005; TIBBALLS; KINNEY, 2009). Austrália.	Preocupação da equipe ou dos pais; ameaça às vias aéreas; hipoxemia; dificuldade respiratória severa, apneia ou cianose; taquipneia; taquicardia ou bradicardia; hipotensão sistólica; alteração aguda do estado neurológico ou convulsão; parada respiratória ou cardíaca.
Bristol Paediatric Early Warning Tool. (HAINES; PERROTT; WEIR, 2006). Inglaterra.	Obstrução aguda das vias aéreas, SatO2 alterada, taquipneia persistente, apneia, bradicardia, taquicardia persistente após fluido ou sinais de choque, disfunção neurológica (Escala de Coma de Glasgow ≤ 11 ou não responsivo ou responsivo a dor, convulsão não responsiva a terapia), outros (hipercalemia, suspeita de meningococo, cetoacidose diabética ou qualquer condição preocupante).
Medical Emergency Team Activation Criteria (BRILLI et al., 2007). Estados Unidos.	Aumento do trabalho respiratório (Sat O2 < 90% apesar de suplementação de O2, retrações e cianose); agitação ou redução do nível de consciência; preocupação dos pais; preocupação da equipe.
The criteria recommended to activate the Rapid Response Team (SHAREK et al., 2007). Estados Unidos.	Membro da equipe preocupado; alteração aguda da: FR, SatO2, FC; PA e nível de consciência.
Triggers for calling the Pediatric Medical Emergency Team (HUNT et al., 2008). Estados Unidos.	Desconforto ou comprometimento respiratório; sintomas respiratórios anormais ou agravados; queda de SatO2 apesar de intervenções iniciais; convulsão com apneia; letargia progressiva; comprometimento circulatório ou sinais e sintomas agudos de choque; taquicardia supraventricular ou outras disritmias; alteração aguda no estado neurológico/mental; parada respiratória; parada cardíaca; equipe preocupada; membro da família preocupado.
Cardiff and Vale Paediatric Early Warning System (EDWARDS et al., 2009). Inglaterra.	Ameaça às vias aéreas; suporte de oxigênio para manter SatO2 > 90%; aumento do trabalho respiratório; alteração da FR, FC, PAS e nível de consciência; preocupação da enfermeira ou do médico.
Brighton Paediatric Early Warning Score (MONAGHAN, 2005). Inglaterra.	Estado neurológico, TEC, FC, cor da pele, FR, esforço respiratório, suporte de oxigênio, uso de nebulização; vômitos persistentes após cirurgia.

Pediatric Early Warning System Score (DUNCAN; HUTCHISON; PARSHURAM, 2006). Canadá.	FC, FR, PAS, qualidade do pulso, Sat O2, TEC, nível de consciência, suporte de oxigênio, administração de bolus de fluidos, temperatura, anormalidade de vias aéreas, oxigênio domiciliar, admissão anterior em UTI, cateter venoso central, receptor de transplante, paralisia cerebral grave, gastrostomia, mais que 3 especialidades médicas envolvidas do atendimento e número de medicações administradas em 24 horas.
Paediatric Advanced Warning Score (EGDELL; FINLAY; PEDLEY, 2008). Inglaterra.	Estado neurológico, trabalho respiratório, FR, Sat O2, temperatura, TEC, FC.
Adapted Pediatric Early Warning Score (TUCKER et al., 2009). Estados Unidos.	Estado neurológico; TEC, FC, cor da pele, FR, esforço respiratório, suporte de oxigênio, uso de nebulização; vômitos persistentes após cirurgia.
Bedside Paediatric Early Warning System Score (PARSHURAM et al., 2011; PARSHURAM; HUTCHISON; MIDDAUGH, 2009). Canadá.	FR, FC, PAS, TEC, padrão respiratório, Sat O2 e suporte de oxigênio.
Revised Paediatric South African Triage Scale (TWOMEY et al., 2013). África do Sul.	Mobilidade, FR, FC, Temperatura, Nível de consciência e Trauma físico.
Modified Pediatric Early Warning System Score (SKALETZKY; RASZYNSKI; TOTAPALLY, 2012). Estados Unidos.	Estado neurológico, TEC, FC, cor da pele, FR, esforço respiratório e suporte de oxigênio.
Predictive Score for Deterioration (BONAFIDE et al., 2012). Estados Unidos.	Idade <1 ano, epilepsia, doenças congênitas/genética, história do transplante, sonda enteral, hemoglobina <10 g/dL, cultura do sangue nos últimos 72 horas.
Modified Brighton Pediatric Early Warning Score (SOLEVÅG et al., 2013). Noruega.	Estado neurológico, TEC, FC, cor da pele, FR, retrações, suporte de oxigênio, uso de CPAP ou medicação inalatória, vômitos persistentes após cirurgia.
Cardiac-Children's Hospital Early Warning Score (MCLELLAN; CONNOR, 2013). Estados Unidos.	Estado neurológico, TEC, cor da pele, FC, FR, padrão respiratório, suporte de oxigênio, SatO2, preocupação da equipe ou da família.
Texas Children's Hospital (TCH) Pediatric Advanced Warning Score (BELL et al., 2013). Estados Unidos.	Estado neurológico, TEC, FC, cor da pele, FR, esforço respiratório, suporte de oxigênio, uso de nebulização, vômitos persistentes após cirurgia.
Neonatal Trigger Score (HOLME et al., 2013). Inglaterra.	Temperatura, FC, FR, estresse respiratório, nível de consciência, nível de glicemia no sangue.
Inpatient Triage, Assessment, and Treatment (OLSON et al., 2013)and (ii. Malawi.	FC, FR, SatO2 e temperatura.
Modified Pediatric Early Warning Score (NIELSEN et al., 2015). Estados Unidos.	FC, FR, SatO2, PAS, temperatura, estado mental, bolus de fluido.
Modified Pediatric Early Warning Score (FUIJKSCHOT et al., 2015). Holanda.	FR, esforço respiratório, SatO2, suplementação do O2, FC, TEC, PAS, temperatura.
FEAST PET Score (GEORGE et al., 2015). África (Quênia, Uganda e Tanzânia).	Temperatura, FC, TEC, nível consciente, palidez severa, desconforto respiratório, crepitações pulmonares e pulso fraco

Brighton Paediatric Early Warning Score para o contexto brasileiro (MIRANDA et al., 2016b, 2017). Brasil.	Estado neurológico, TEC, FC, cor da pele, FR, esforço respiratório, suporte de oxigênio, uso de nebulização recente; vômitos persistentes após cirurgia.
Modified version of the Bedside PEWS (CATER et al., 2018). Estados Unidos.	FR, FC, PAS, TEC, esforço respiratório, Sat O2 e suporte de oxigênio e ganho de peso.
Modified PEWS (AGULNIK et al., 2017). Guatemala.	Estado neurológico, cardiovascular, respiratório, preocupação da equipe e da família.
Central Denmark Region PEWS (JENSEN et al., 2017). Dinamarca.	FC, FR, esforço respiratório, nível de consciência, oximetria de pulso, suporte de oxigênio e TEC

Quadro 1. Sistemas de Alerta Precoce de deterioração clínica pediátrica.

CONCLUSÃO

Muitos escores ou sistemas pediátricos de alerta precoce encontram-se publicados na literatura científica a fim de auxiliar enfermeiros e profissionais de saúde no reconhecimento oportuno da deterioração clínica em crianças hospitalizadas.

Independente do sistema utilizado, seja ele original, adaptado ou modificado, é preciso que pesquisadores, profissionais e serviços de saúde brasileiros despertem para a necessidade de validar essas ferramentas e implementá-las no seu contexto, visto que já existem muitas evidências sobre os seus benefícios no cenário internacional. Entretanto, no cenário nacional, ainda há escassez de estudos e lacunas sobre a aplicação e validade destes instrumentos.

REFERÊNCIAS

AGULNIK, A. et al. Improved outcomes after successful implementation of a pediatric early warning system (PEWS) in a resource-limited pediatric oncology hospital. **Cancer**, v. 15, p. 4903–4912, 2017.

BELL, D. et al. The texas children’s hospital pediatric advanced warning score as a predictor of clinical deterioration in hospitalized infants and children: A modification of the pews tool. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 28, n. 6, p. e2–e9, jan. 2013.

BONAFIDE, C. P. et al. Development of a score to predict clinical deterioration in hospitalized children. **Journal of hospital medicine**, v. 7, n. 4, p. 345–349, abr. 2012.

BRILLI, R. J. et al. Implementation of a medical emergency team in a large pediatric teaching hospital prevents respiratory and cardiopulmonary arrests outside the intensive care unit. **Pediatric Critical Care Med**, v. 8, n. 3, p. 236–246, 2007.

CATER, D. T. et al. Modification and assessment of the bedside pediatric early warning score in the pediatric allogeneic hematopoietic cell transplant population. **Pediatric Critical Care Medicine**, v. 19, n. 5, p. 483–488, 2018.

CHAPMAN, S. M.; GROCCOTT, M. P. W.; FRANCK, L. S. Systematic review of paediatric alert criteria for identifying hospitalised children at risk of critical deterioration. **Intensive Care Medicine**, v. 36, n. 4, p. 600–611, 2010.

CROSSETTI, M. DA G. O. Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem o rigor científico que lhe é exigido. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 2, p. 8–9, 2012.

- DUNCAN, H.; HUTCHISON, J.; PARSHURAM, C. S. The Pediatric Early Warning System score: a severity of illness score to predict urgent medical need in hospitalized children. **Journal of critical care**, v. 21, n. 3, p. 271–8, set. 2006.
- EDWARDS, E. D. et al. Prospective cohort study to test the predictability of the Cardiff and Vale paediatric early warning system. **Archives of disease in childhood**, v. 94, n. 8, p. 602–606, ago. 2009.
- EGDELL, P.; FINLAY, L.; PEDLEY, D. K. The PAWS score: validation of an early warning scoring system for the initial assessment of children in the emergency department. **Emergency medicine journal : EMJ**, v. 25, n. 11, p. 745–9, nov. 2008.
- FUIJKSCHOT, J. et al. Validation of a Paediatric Early Warning Score: first results and implications of usage. **European journal of pediatrics**, v. 174, n. 1, p. 15–21, jan. 2015.
- GEORGAKA, D.; MPARMPAROUSHI, M.; VITOS, M. Early Warning Systems. **Hospital Chronicles**, v. 7, n. 1 Sup, p. 37–43, 2012.
- GEORGE, E. C. et al. Predicting mortality in sick African children: The FEAST Paediatric Emergency Triage (PET) Score. **BMC Medicine**, v. 13, n. 1, p. 1–12, 2015.
- HAINES, C.; PERROTT, M.; WEIR, P. Promoting care for acutely ill children - development and evaluation of a Paediatric Early Warning Tool. **Intensive and Critical Care Nursing**, v. 22, n. 2, p. 73–81, 2006.
- HOLME, H. et al. Retrospective evaluation of a new neonatal trigger score. **Pediatrics**, v. 131, n. 3, p. e837-42, mar. 2013.
- HUNT, E. A et al. Transition from a traditional code team to a medical emergency team and categorization of cardiopulmonary arrests in a children's center. **Archives of pediatrics & adolescent medicine**, v. 162, n. 2, p. 117–122, 2008.
- JENSEN, C. S. et al. A multicentre, randomised intervention study of the Paediatric Early Warning Score: Study protocol for a randomised controlled trial. **Trials**, v. 18, n. 1, p. 1–8, 2017.
- MCLELLAN, M. C.; CONNOR, J. A. The Cardiac Children's Hospital Early Warning Score (C-CHEWS). **Journal of Pediatric Nursing**, v. 28, n. 2, p. 171–8, abr. 2013.
- MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. DE C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, 2009.
- MIRANDA, J. et al. Deterioração clínica em crianças hospitalizadas: revisão integrativa de um escore pediátrico de alerta precoce. **Rev enferm UFPE on line**, v. 10, n. 3, p. 1128–36, 2016a.
- MIRANDA, J. DE O. F. et al. Tradução e adaptação de um escore pediátrico de alerta precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 5, p. 888–896, 2016b.
- MIRANDA, J. DE O. F. et al. Accuracy of a pediatric early warning score in the recognition of clinical deterioration. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, n. 0, 2017.
- MONAGHAN, A. Detecting and managing deterioration in children. **Paediatric nursing**, v. 17, n. 1, p. 32–35, 2005.
- MORGAN, R. J. M.; WRIGHT, M. M. **In defence of early warning scores** *British Journal of*

Anaesthesia, 2007.

NIELSEN, K. R. et al. Identifying High-Risk Children in the Emergency Department. **Journal of intensive care medicine**, 10 fev. 2015.

OLSON, D. et al. Task shifting an inpatient triage, assessment and treatment programme improves the quality of care for hospitalised Malawian children. **Tropical Medicine and International Health**, v. 18, n. 7, p. 879–886, 2013.

PARSHURAM, C. S. et al. Multicentre validation of the bedside paediatric early warning system score: a severity of illness score to detect evolving critical illness in hospitalised children. **Critical Care**, v. 15, n. 4, p. R184, ago. 2011.

PARSHURAM, C. S.; HUTCHISON, J.; MIDDAUGH, K. Development and initial validation of the Bedside Paediatric Early Warning System score. **Critical care**, v. 13, n. 4, p. R135, jan. 2009.

SHAREK, P. J. et al. Effect of a rapid response team on hospital-wide mortality and code rates outside the ICU in a Children's Hospital. **JAMA : the journal of the American Medical Association**, v. 298, n. 19, p. 2267–2274, 2007.

SKALETZKY, S. M.; RASZYNSKI, A.; TOTAPALLY, B. R. Validation of a modified pediatric early warning system score: a retrospective case-control study. **Clinical Pediatrics**, v. 51, n. 5, p. 431–435, maio 2012.

SOARES, C. B. et al. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da U S P**, v. 48, n. 2, p. 335–45, 2014.

SOLEVÅG, A. L. et al. Use of a modified pediatric early warning score in a department of pediatric and adolescent medicine. **PLoS ONE**, v. 8, n. 8, p. e72534, jan. 2013.

TIBBALLS, J. et al. Reduction of paediatric in-patient cardiac arrest and death with a medical emergency team: preliminary results. **Archives of disease in childhood**, v. 90, n. 11, p. 1148–1152, 2005.

TIBBALLS, J.; KINNEY, S. Reduction of hospital mortality and of preventable cardiac arrest and death on introduction of a pediatric medical emergency team. **Pediatric critical care medicine : a journal of the Society of Critical Care Medicine and the World Federation of Pediatric Intensive and Critical Care Societies**, v. 10, n. 3, p. 306–312, 2009.

TUCKER, K. M. et al. Prospective evaluation of a pediatric inpatient early warning scoring system. **Journal for specialists in pediatric nursing : JSPN**, v. 14, n. 2, p. 79–85, abr. 2009.

TWOMEY, M. et al. Vital signs for children at triage: a multicentre validation of the revised South African Triage Scale (SATS) for children. **South African medical journal = Suid-Afrikaanse tydskrif vir geneeskunde**, v. 103, n. 5, p. 304–308, maio 2013.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. Whittemore_Knafl_05-2.Pdf. **Journal of Advanced Nursing**, v. 52, n. 5, p. 546–553, 2005.

FORMAÇÃO DO APEGO ENTRE PAIS E RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS INTERNADOS EM UTI NEONATAL: CONSIDERAÇÕES SOBRE O TEMA

Michelle da Silveira Chapacais Szewczyk

Enfermeira. Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem (EEnf) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Rio Grande. Rio Grande do Sul. Brasil. Enfermeira assistencial do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa (HU- FURG). Rio Grande. Rio Grande do Sul. Brasil.

Carolina Ortiz Carvalho

Enfermeira. Especialista em Intensivismo Pediátrico e Neonatal pela Faculdade Unyleya Brasil.

Daniela Pasini

Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem (EEnf) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Rio Grande. Rio Grande do Sul. Brasil. Enfermeira assistencial do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa (HU- FURG). Rio Grande. Rio Grande do Sul. Brasil.

Daniel Gomes Severo

Enfermeiro. Mestrando do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem (EEnf) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Enfermeiro assistencial do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa (HU- FURG). Rio Grande. Rio Grande do Sul. Brasil.

RESUMO: Os sentimentos experimentados por mães e pais em função da necessidade de internação de seu bebê em uma UTI, pode

comprometer a formação do vínculo afetivo dessa família. Para minimizar a interferência na criação de um vínculo afetivo e formação de um apego seguro, mães e pais são estimulados a permanecer o máximo possível perto dos seus filhos, participando ativamente das rotinas nas UTI's. O apego seguro é um vínculo no qual a sensação de segurança está relacionada a uma figura de apego, que pode ser mãe, o pai ou outro familiar, cuja presença proporciona conforto e segurança. Com o objetivo de conhecer os aspectos promotores e complicadores na formação do apego seguro entre os pais e o recém-nascido prematuro, essa pesquisa fez uma revisão integrativa através da busca na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Dos 12 artigos analisados, emergiram as seguintes categorias: o parto como um evento singular na formação do apego; a equipe de enfermagem se constitui facilitadora na relação familiar e a necessidade de flexibilizar as normas e rotinas hospitalares. A investigação revela que a formação do apego deve acontecer da maneira mais natural possível e o acolhimento às famílias é um desafio para a equipe de enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem Neonatal; relações mãe-filho; apego; recém-nascido; prematuridade.

INTRODUÇÃO

A confirmação da gravidez marca o início de uma caminhada de expectativas, sonhos e planos. A chegada de um bebê é um momento de realização para um casal⁽¹⁾. Nenhuma família planeja separar-se do recém-nascido no parto e vê-lo inserido no contexto de uma unidade de terapia intensiva⁽²⁾. Recém-nascido prematuro, de acordo com a OMS, é aquele nascido antes de completar 37 semanas de gestação.

Sobre a hospitalização de prematuros, é “inquestionável que a evolução da tecnologia modificou o prognóstico e a sobrevida dos bebês de alto risco”^(3:204), visto que “a prematuridade é um dos fatores determinantes mais importantes da mortalidade infantil”^(4:14). As UTI’s estão cada vez mais preparadas, do ponto de vista tecnológico, para receber um recém-nascido prematuro^(5,6,7,8). Porém, esses recursos são insuficientes quando se pensa num cuidado humanizado e abrangente. Faz-se necessário pensar na tríade mãe-filho-família, pois não existe no ciclo familiar um desafio maior e capaz de provocar mudanças tão profundas quanto a chegada de um bebê⁽⁹⁾.

A chegada de um prematuro na UTI é parte do cotidiano da equipe de enfermagem, mas para a família é uma condição adversa e até mesmo traumática. “O parto prematuro, em geral, ocorre de forma urgente, privando a mãe da preparação psicológica no final da gravidez, causando um sentimento de ferida, de incapacidade”^(10:103). O bebê idealizado pelos pais e familiares não nasceu, e sim um bebê esperando para ser acolhido na sua família. Uma oportunidade única de vivenciar a maternidade/paternidade de uma forma não planejada, oferecendo aos envolvidos uma experiência ímpar.

Os pais, diante dessa situação, se percebem incapazes de compreender e responder adequadamente às necessidades do bebê, embora essa proximidade seja fundamental tanto para eles quanto para o recém-nascido⁽¹¹⁾. Enquanto a mãe luta para concretizar a maternidade com um bebê que não está pronto para receber exclusivamente seus cuidados, o pai tenta concretizar a paternidade tendo que acompanhar seu filho até a UTI e lidar com uma série de burocracias necessárias, e ainda amparar a mãe fragilizada⁽²⁾. O bebê sente falta do contato com a mãe, não está mais aconchegado no ventre, não tem mais as condições ideais para seu desenvolvimento. Uma série de sentimentos adversos inunda essa família, que vivencia um período de luto⁽⁴⁾, apresentam diversas e inesperadas reações e aprendem a reconhecer aquele pequeno ser, dependente de tecnologias e profissionais, como membro da família.

A permanência do bebê na incubadora reforça essas a sensação de incapacidade de acolher seu filho no colo e lhe ofertar amor, aconchego e segurança⁽¹²⁾. Quando esses pais, desamparados e inseguros frente as circunstâncias, não encontram o apoio adequado para se aproximarem de seus filhos, sentem-se inadequados para exercer suas funções parentais⁽⁴⁾. Para que essa separação não interfira na criação

de um vínculo afetivo e formação de um apego seguro, cada vez mais as mães e também os pais devem ser estimulados a permanecer o máximo de tempo possível perto dos seus filhos, participando ativamente tanto quanto possível das rotinas da unidade⁽¹³⁾. Quando os pais conseguem se aproximar e se disponibilizam a pegar seus filhos no colo, essa atitude significa que algumas das dificuldades iniciais já foram superadas⁽¹⁴⁾. O carinho, o toque e o contato auxiliam no funcionamento cerebral, tornando a criança mais hábil e seu sistema imunológico mais forte, melhorando a proteção contra infecções⁽¹⁵⁾.

A inclusão das famílias na rotina da UTI Neonatal, entretanto, não é um processo fácil de ser estabelecido. Por uma questão de comportamento por parte dos profissionais frente a seus pacientes, essa situação coloca os pais e mães como agentes passivos, com pouca função na realização dos cuidados de seus filhos, visto que o cuidado especializado de uma unidade intensiva ainda se direciona a procedimentos e técnicas especializadas^(16,17). Embora o foco central dos cuidados dentro de uma UTI Neonatal seja o prematuro internado e sua evolução satisfatória, é fundamental para os profissionais ter como premissa a participação dos pais e mães ao longo desse processo.

O contato é um estímulo importante para o crescimento e a percepção, estimulando assim, instintivamente, reações emocionais na criança. Naturalmente que aí se incluem a alimentação, o banho e todos os pormenores do cuidado físico como afagar, acariciar e cantar ou falar com o bebê^(18:112).

Os cuidados técnicos, quando realizados de maneira afetuosa pela equipe de enfermagem, podem ser um importante conforto oferecido para os neonatos. Essa teoria pode justificar o fato de que, em algumas circunstâncias, as crianças demonstram mais tranquilidade e um comportamento seguro na presença de determinados membros da equipe de enfermagem. Esse profissional não pode ser considerado uma mãe substituta, mas passa a ser a “figura materna”, ou seja, a pessoa para qual a criança orienta seu comportamento de apego⁽¹⁹⁾. Um dos grandes desafios para as equipes de saúde das UTI’s Neonatais é a assistência realmente humanizada, pois diante de todo o aparato tecnológico, em muitas situações, o predomínio do envolvimento com as máquinas, levam os profissionais ao aprimoramento das suas habilidades técnicas, fazendo-os esquecer de que cuidam de pessoas.

Pensando sobre todas essas questões, emergiu a necessidade de questionar sobre como a equipe de enfermagem pode atuar de forma que essas famílias tenham uma vivência afetiva positiva, favorecendo um relacionamento saudável e afetuoso entre os recém-nascidos prematuros e seus pais. Esse estudo teve como objetivo geral conhecer os aspectos promotores e complicadores na formação do apego seguro entre os pais e o recém-nascido prematuro.

METODOLOGIA

Trata-se de uma Revisão Integrativa. Para a realização de uma análise ampla da produção científica, com discussões sobre métodos e resultados de pesquisas, e avaliar a viabilidade de futuros estudos, foram seguidas seis fases, a saber: definição do tema, formulação do objetivo da pesquisa e da questão norteadora; busca na literatura e delimitação dos critérios de inclusão dos estudos; categorização dos estudos; avaliação destes; interpretação dos resultados; apresentação da revisão⁽²⁰⁾.

Para alcançar o objetivo proposto, formulou-se a seguinte questão de pesquisa: Como a equipe de enfermagem pode favorecer um relacionamento saudável e afetivo entre os recém-nascidos prematuros e seus pais? Os descritores utilizados para busca encontram-se registrados no Banco de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Enfermagem Neonatal. Relações mãe-filho. Apego. Recém-nascido. Os critérios de inclusão foram: artigos em português, inglês e espanhol, disponíveis na íntegra, que apresentassem resultados de pesquisas realizadas com pais de prematuros e profissionais da área. Num primeiro momento, foi possível identificar a escassez de material publicado num período de até 5 anos, usando como base para a pesquisa os descritores acima mencionados. Tal fato fez com que houvesse a necessidade de ampliação do período para busca.

A coleta de dados foi efetivada no período de junho a agosto de 2018. Inicialmente a busca na BVS obteve 46 artigos como resultado. Desses, alguns apareceram mais de uma vez na lista e por estarem em duplicidade foram removidos. Foram excluídos também os textos indisponíveis na íntegra. Inicialmente, o conteúdo selecionado passou por uma primeira análise para a adequação do conteúdo à possibilidade de atender aos objetivos da pesquisa. Ao final dessa etapa obteve-se como material disponível os 12 artigos abaixo apresentados.

ANO	AUTOR(ES)	TÍTULO	PERIÓDICO
2003	Scochi, CGS Kokuday, MLP Riui, MJS Rossanez, LSS Fonseca, LMM Leite, AM	Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto ⁽⁶⁾	Revista Latino-americana de Enfermagem
2007	Cruz, DCS Sumam, NS Espíndola, T	Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê ⁽²¹⁾	Rev Esc Enfermagem USP
2007	Guimarães, GP Monticelli, M	A formação do apego pais/recém-nascidos pré-termo e/ou de baixo peso no método mãe-canguru: uma contribuição da enfermagem ⁽¹⁴⁾	Texto Contexto Enfermagem
2007	Martinez, JG Fonseca, LMM Scochi, CGS	Participação das mães/pais no cuidado ao filho prematuro em unidade neonatal: significados atribuídos pela equipe de saúde ⁽²²⁾	Revista Latino-americana de Enfermagem

2010	Rosa, R Monticelli, M Martins, FE Siebert, ERC Gasperi, BL Martins, NM	Mãe e filho: os primeiros laços de aproximação ⁽²³⁾	Esc Anna Nery Rev Enfermagem
2011	Terra, AAA Dias, IV Reis, VN	A enfermagem atuando como facilitadora do apego materno-filial ⁽¹⁾	RECOM
2011	Lopes, FN Fialho, FA Dias, IMAV Almeida, MB	A vivência do enfermeiro diante da privação materna em unidade de terapia intensiva neonatal ⁽¹¹⁾	HU Revista
2011	Costa, LM Souza, DSB	A compreensão da equipe de enfermagem quanto à importância do vínculo afetivo entre mãe e recém-nascido hospitalizado na UTI neonatal ⁽¹⁰⁾	Arq Ciências da Saúde
2013	Guillaume, S Michelin, N Amrani, E Benier, B Durmeyer, X Lescure, S Bony, C Danan, C Baud, O Jarreau, P Taïeb, EZ Caeymaex, L	Expectativas dos pais sobre a equipe no processo inicial de vínculo com seus bebês prematuros no ambiente de terapia intensiva: um estudo multicêntrico qualitativo com 60 pais ⁽²⁴⁾	BMC Pediatria em https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2431-13-18
2014	Fleury, C Parpinelly, MA Makush, MY	Percepções e ações dos profissionais de saúde em relação à relação mãe-filho com prematuros em uma unidade intermediária de uma unidade de terapia intensiva neonatal: um estudo qualitativo ⁽²⁵⁾	BMC Pregnancy Childbirth http://doi.org/10.1186/1471-2393-14-313
2014	Pontes, GAR Cantillino, A	A influência do nascimento prematuro no vínculo mãe-bebê ⁽¹³⁾	J Bras Psiquiatria
2014	Roso, CC Costenaro, RGS Rangel, RF Jacobi, CS Mistura, C Silva, CT Cordeiro, FR Pinheiro, ALU	Vivências de mães sobre a hospitalização do filho prematuro ⁽⁵⁾	REUFMS

Esse material, após sua seleção, passou por um processo de sucessivas e repetidas leituras que tinham por finalidade a exploração de seu conteúdo e organização das informações, agrupando e categorizando os dados para sua interpretação. A seguir, apresentam-se as categorias emergidas dessa ação.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A assistência ao recém-nascido, com ênfase no atendimento aos prematuros, de

forma humanizada e promotora de um vínculo afetivo assenta-se em algumas bases. A valorização do parto como um momento singular na vinculação afetiva familiar. O entendimento de que a equipe de saúde, em especial a equipe de enfermagem, forma a rede de apoio da família durante a hospitalização do recém-nascido, devendo. A instituição hospitalar que abriga essa família deve ter algumas de suas normas e rotinas flexibilizadas no intuito de acolher as necessidades de seus membros, especialmente as do recém-nascido internado na UTI Neonatal.

O parto é um evento singular na formação do apego mãe-bebê

É nesse momento que a mãe e o pai começam a concretizar a relação parental para a qual vinham se preparando no decorrer do período gestacional, concretizando o bebê até então imaginário. Quando existe a interrupção da gestação prematuramente, por motivos maternos ou fetais, o momento é acompanhado por uma desorganização psicofisiológica. O afeiçoamento materno tende a ser prejudicado pela ocorrência de um parto prematuro. A mãe não está preparada para separar-se do seu bebê, do mesmo modo que ele não está pronto para o ambiente extrauterino ainda.

A transferência desse recém-nascido para uma unidade neonatal, assegurando condições fundamentais para completar seu amadurecimento fisiológico, de acordo com as condições do nascimento, do grau de maturidade e sua capacidade de ventilação, deve ser rápida, inviabilizando um contato ainda em sala de parto⁽⁵⁾.

Vários autores salientam a importância desse primeiro contato imediatamente após o nascimento para a formação do apego. Ao cuidar do bebê após o parto, pais e filhos começam a se (re)conhecer na relação, entender seus papéis e percorrer um caminho de formação de um vínculo afetivo concreto⁽¹²⁾. A separação imediata entre a mãe e o bebê frustra as expectativas de uma interação precoce, podendo interferir na decisão de ter ou não outros filhos, além de afetar inclusive no processo de lactação. Esse “distanciamento precoce e prolongado entre mãe e recém-nascido, denominado privação materna, dificulta o futuro relacionamento afetivo entre ambos e repercute de forma negativa na saúde mental desse indivíduo”^(11:40).

As mulheres precisam de um suporte emocional no pós-parto imediato em decorrência da sua exaustão física e emocional, especialmente no caso de mães que vão vivenciar essa relação mãe-bebê dentro de um ambiente intensivo neonatal⁽²²⁾. Preparar os pais para a possibilidade do parto acontecer antes do previsto favorece a aceitação dessa situação de separação do trinômio mãe-filho-pai, pois o entendimento da situação e os sentimentos advindos dessa experiência iniciaram-se antes do momento do parto em si^(14,23).

Destaca-se a relevância do chamado *período sensível* no pós-parto imediato^(1,5,21,25), considerando-o um momento em que existe mais predisposição da mãe para ser sensibilizada pelo recém-nascido e concretizar seu papel nessa relação. Há que se considerar que cada pessoa responde de uma maneira individualizada,

ocorrendo, inclusive, recusa da mãe em ter esse contato inicial, por motivos que podem ser variados e que devem ser respeitados.

O afastamento da mãe e seu bebê por ocorrência de um parto complicado e/ou prematuro demanda dos profissionais uma ação que favoreça ao máximo a aproximação entre mãe-filho-pai⁽¹¹⁾. No entanto, nem sempre os profissionais prestam uma assistência acolhedora, não favorecem a presença nem a permanência dos pais no ambiente da UTI Neonatal. “Para que a interação mãe-criança-equipe de saúde seja harmoniosa, faz-se necessário, além de adequada infraestrutura, mudanças de mentalidade e de postura dos profissionais”^(11:41).

Essa necessidade do recém-nascido em estreitar os laços com os pais desde os momentos iniciais de vida pós-parto, se estende pelos primeiros anos de vida⁽¹⁾. Quando logo após o nascimento mãe e bebê permanecem juntos, eventos sensoriais, hormonais, fisiológicos, imunológicos e comportamentais se iniciam, podendo contribuir para a formação da ligação afetiva entre eles. Mas é importante ressaltar que essa ligação não é instantânea e sim um processo. E que tende a ser afetado quando pais e filhos são precocemente separados pela necessidade de internação em uma UTI Neonatal.

Equipe de enfermagem: os principais facilitadores na promoção do apego mãe-filh@-pai

A chegada de um novo paciente à UTI Neonatal faz parte da rotina da equipe de saúde. No entanto, um recém-nascido precocemente separado de seus pais tem uma fragilidade biológica de seu organismo. Deve considerado também que existe uma fragilidade afetiva decorrente dessa separação. As influências humanas necessárias à recuperação dos pacientes internados em uma UTI Neonatal não podem ser viabilizadas pelos aparatos tecnológicos disponíveis nesse ambiente⁽²⁴⁾.

Para oferecer suporte, não só aos seus pacientes, mas também às famílias, há que se ter um olhar especial para a equipe de enfermagem, que realiza os cuidados ininterruptamente. Os artigos analisados nessa pesquisa apresentaram a relevância da equipe de enfermagem no processo de vinculação afetiva entre mãe-filho-pai, constituindo-se a rede de apoio dessas famílias no período de internação hospitalar. Embora ainda a maioria dos estudos enfatize o binômio mãe-bebê, essa é uma postura que vem sendo ampliada, considerando a participação ativa do pai e, portanto, aqui sendo mencionada e valorizada.

Uma pesquisa realizada em 2013 na França, com pais e mães sobre a percepção deles acerca da equipe de enfermagem, revelou que a atitude cuidadosa desses profissionais frente ao cuidado oferecido aos seus filhos, assim como um atendimento baseado na comunicação adaptada às necessidades específicas dos pais reduziu a ansiedade, o estresse e viabilizou uma interação afetiva entre eles e seus bebês. Emergiu dos pais a importância da conduta de enfermagem para sua aproximação dos filhos, pois descrevem-se dependentes da equipe, sendo que a ocorrência de um

cuidado gentil da equipe com os neonatos atenua a estranheza que sentem dentro do ambiente da UTI Neonatal⁽²⁵⁾. Essa mesma observação frente ao “cuidado cuidadoso” da equipe de enfermagem com os pacientes da UTI Neonatal é bastante salientada em outro estudo. Os pais entendem que essa atenção diferenciada, que transcende ao cuidado puramente técnico, além de oferecer aos seus filhos um carinho que eles gostariam de poder oferecer, lhes dá o entendimento de que será estendido também a eles, que estão fragilizados pelos acontecimentos⁽¹⁵⁾.

Outro estudo com os profissionais sobre suas percepções e ações acerca da relação entre mãe-bebê revelou que esses trabalhadores percebem a dificuldade dessa aproximação em função da aparência frágil do neonato, da limitação do contato pela rotina e falta de poder decisório acerca de seu próprio filho. Os entrevistados relataram que atuam apoiando e encorajando esse contato de forma precoce. Embora reconhecendo a importância do bom relacionamento entre os pais e a equipe de enfermagem, fica explícito que essa ainda é uma dificuldade a ser superada, além de relatarem que na realização dos cuidados técnicos inerentes ao seu fazer, deixam de perceber as necessidades dos pais e o seu valor durante o tempo de hospitalização. Outro achado significativo é a escassez de registros sobre as perspectivas dos profissionais em relação ao apoio às famílias. Esses registros podem se constituir um excelente referencial para pensar acerca do desenvolvimento dessas relações em ambiente hospitalar, oferecendo suporte para a valorização do cuidado humanizado e centrado na família⁽²²⁾.

A equipe de enfermagem se torna a intermediadora entre pai, mãe e bebê, por ser a principal equipe responsável pela realização dos cuidados, contribuindo assim para a formação do vínculo afetivo entre os membros familiares. Além de oferecer informações para os pais sobre os acontecimentos relativos ao bebê na ausência deles, a permanência durante um longo período possibilita aos profissionais de enfermagem conhecer melhor alguns hábitos dessa criança, oferecendo aos pais instrumentos facilitadores do contato⁽¹⁾. Essa mesma equipe também tem condições de amenizar as angústias e medos dessa família, que geralmente desconhece a finalidade de tantos equipamentos, luzes, barulhos, fios e sondas.

“Num primeiro momento, mãe e bebê estão submetidos a uma série de restrições em função da imaturidade e instabilidade do bebê, o que dificulta o contato”^(10:103). A enfermagem das unidades neonatais deve facilitar as oportunidades de contato precoce entre pais e bebês prematuros, visando o estabelecimento do vínculo, pois esse é um processo gradual que pode requerer mais tempo do que os primeiros dias ou semanas do período pós-natal⁽⁶⁾.

A dinâmica de trabalho da equipe de enfermagem sofre interferência pela observação e análise que os pais fazem acerca desse trabalho, muitas vezes tirando deles o foco nos seus filhos, fazendo com que a equipe se sinta insegura em realizar procedimentos rotineiros na presença dos pais⁽²²⁾. Em contraponto, as mães, por sua vez, sentem-se julgadas pela equipe de enfermagem quando questionam ou

chamam repetidas vezes com relação aos cuidados e dúvidas relativas aos seus bebês. Mesmo assim, consideram-se dependentes e, ao mesmo tempo, próximas dos profissionais de enfermagem. Já os pais analisam o trabalho da equipe com base na sua percepção da relação com suas esposas e filhos⁽²⁵⁾.

A equipe de enfermagem deve se permitir conhecer e entender a dinâmica da família que está sendo acolhida na unidade, até para estabelecer uma comunicação efetiva, devendo exercer a escuta atenta. A família precisa entender o estado de saúde do seu filho e para isso deve ser usada uma linguagem simples e clara^(10,22). A escolaridade é um fator relevante, pois nem sempre há o entendimento real da situação do bebê e as informações não são bem interpretadas. A formação profissional da enfermagem, embora enfatizando o cuidado humanizado, ainda é direcionada ao ensino da fisiopatologia e dos procedimentos técnicos em detrimento ao cuidado centrado nas famílias⁽²²⁾.

A relação materno filial é um protótipo para as relações que serão significativas para essa criança ao longo da sua vida. Sendo a mãe a organizadora psíquica dessa criança e uma das principais fontes de afetividade, a privação materna pelo menor tempo possível deve estar entre os grandes objetivos da assistência de enfermagem. E, sendo o pai geralmente o primeiro familiar a entrar em contato com o bebê após sua chegada na UTI Neonatal, a equipe deve valorizá-lo e estimular sua presença tanto quanto a mãe^(1,11,14,15,22,23).

Flexibilização das normas e rotinas para viabilizar o vínculo mãe-filh@-pai

Cada vez mais as tecnologias evoluem na busca pela condição mais próxima do ideal para oferecer garantias reais de sobrevivência com o mínimo de sequelas. Porém, existem consequências advindas dessa vivência para as quais ainda não se tem o mesmo olhar. A falta de estrutura adequada para a permanência dos pais e mães de pacientes das UTI's Neonatais ainda não é vista como importante na prevenção de danos psicológicos nas relações futuras dessas crianças. Nem percebida como uma etapa fundamental para a concretização da parentalidade de seus pais com elas. Ou ainda o momento de estruturar os pais para o exercício do cuidado e fortalecer sua rede de apoio domiciliar.

Muitas famílias que vivenciam a internação de um neonato em UTI Neonatal tem uma estrutura socioeconômica bastante frágil, aumentando a importância de uma comunicação efetiva, uma escuta atenta e um olhar para essas particularidades sociais. Para atender essa demanda social de relevante impacto na recuperação do paciente, deve estar atrelado ao cuidado um serviço social ativo e um serviço de psicologia para oferecer amparo a essas mulheres.

Historicamente a separação entre mãe e bebê ocorreu na época em que as mães foram consideradas potencialmente perigosas quanto à transmissão de infecções⁽²²⁾. Foi também por conta da Segunda Guerra Mundial que pesquisadores como John

Bowlby começaram a estudar as questões relativas aos efeitos da privação materna das crianças, visto que muitas ficaram órfãs por ocasião da guerra, surgindo assim os primeiros estudos sobre a relevância do vínculo afetivo⁽¹⁸⁾. Algumas intervenções foram implantadas para diminuir os efeitos dessa separação. O Método Mãe Canguru (MMC) é um desses programas que cada vez mais vêm sendo implementado em várias instituições com vistas a manter a proximidade entre mãe-filho-pai pelo maior tempo possível⁽²⁵⁾.

A flexibilização dos horários para a visitação nas UTI's Neonatais, permite a participação do pai por mais tempo, além de oportunizar o estreitamento afetivo ao seu filho, assegura a mãe uma presença familiar, de apoio e amparo. Esse momento de acolhimento familiar, de descanso da tensão do ambiente neonatal e presença de uma pessoa afetivamente próxima com quem a parturiente pode dividir suas conquistas e superações desses momentos difíceis. Quando o bebê sente a aproximação dos pais, se sente amado e fortalecido para lutar pela vida, ainda que se encontre restrito a uma incubadora⁽¹²⁾.

Outras medidas que podem ser adotadas e que tem se consolidado efetivas são a personalização do leito onde esse paciente se encontra, com algum adorno trazido de casa ou uma peça de roupa do enxoval, a participação das famílias em grupos de apoio, cujas reuniões são planejadas pela equipe de saúde e possibilitam aos pais um momento de compartilhamento de experiências, dúvidas, medos e conquistas^(1,5,25).

Fomentar a presença das famílias no cenário hospitalar, evidenciando o cuidado de enfermagem associado às estratégias de formação do apego entre recém-nascido e seus familiares, pode ser uma forma de participar do processo de formação do apego seguro, cujos reflexos serão positivamente significativos para todos os sujeitos envolvidos nessa ação.

DISCUSSÃO

Todos os avanços tecnológicos de recursos materiais conquistados ao longo dos anos para ambientes de cuidados intensivos neonatais têm possibilitado aos pacientes ali internados uma boa expectativa em termos de sobrevida e redução de danos. Porém é importante que esses ganhos não sejam restritos aos cuidados técnicos.

O paciente que interna em uma UTI Neonatal tem uma característica específica: sua imaturidade fisiológica torna necessária uma adaptação progressiva ao ambiente extrauterino diferente do recém-nascido a termo que nasce saudável, pois esse permanece junto ao seu núcleo familiar em tempo integral. Esse fato faz emergir várias questões, entre as quais a formação do apego tem destaque.

Há décadas estudos vêm sendo realizados com o objetivo de identificar os fatores que facilitam e dificultam a formação do apego, com enfoque mais abrangente também aos pais, em virtude da sua separação precoce e necessária. Assim como

vêm se destacando as estratégias que podem contribuir para a permanência desses neonatos dentro das UTI's pelo menor tempo possível afastados de seus pais/mães.

Destacaram-se nos textos a importância do primeiro contato entre a mãe e o recém-nascido como um momento fundamental para a sensibilização da mulher frente ao bebê e o (re)conhecimento da maternidade. Quando esse recém-nascido tem uma intercorrência que implique na separação imediata da mãe (prematuridade que necessite de transferência para a UTI Neonatal) esse primeiro contato fica prejudicado e uma série de sentimentos adversos faz com que essa mulher tenha mais dificuldades para concretizar a maternidade.

A equipe de saúde se constitui por profissionais que atuam na recuperação e manutenção da saúde dos recém-nascidos prematuros. Entretanto, pelas características, a enfermagem é a equipe cuja presença prevalece com relação a outras profissões. Pode-se dizer, portanto, que possuem uma relevância maior na realização de ações que favoreçam ou não a formação do apego e o estreitamento de laços afetivos entre mãe-filho-pai. O enfermeiro, por gerenciar o cuidado, deverá conduzir ações educativas e informativas tanto para uma melhor preparação da equipe no manejo com as famílias quanto para o manejo das famílias com seus neonatos.

Os pais vêm ganhando espaço nas pesquisas e no planejamento das rotinas, sendo cada vez menos coadjuvantes nos cuidados, se tornando mais atuantes, em parceria com as mães. Outros familiares também estão sendo inseridos nos espaços neonatais, tecendo uma rede de apoio efetiva para a mãe e seu bebê quando chegar o momento da alta hospitalar.

CONCLUSÃO

A formação do apego é um processo que deve acontecer da maneira mais natural possível, que pode ser impactado por fatores como a internação do bebê numa unidade neonatal. É um desafio que se coloca diariamente em frente à equipe de saúde, com destaque para a equipe de enfermagem.

Um constante trabalho de valorização da presença das famílias junto aos bebês por parte da equipe de enfermagem poderá vir a ser um caminho mais leve no percurso desse momento imprevisível e delicado, promovendo benefícios diretamente relacionados à recuperação dos pacientes internados, valorizando os profissionais que têm como alicerce o cuidado.

Uma ação pensada e planejada para as famílias oportuniza a formação do apego, modifica condutas já pré-determinadas para o momento da internação, diminuindo o impacto negativo da primeira visita para a mãe e para o pai. A hospitalização de um recém-nascido prematuro numa UTI Neonatal, embora seja um evento assustador e angustiante, pode proporcionar a construção de laços afetivos entre os pais, bebê e os membros da equipe, especialmente de enfermagem. A presença efetiva dos pais e das mães se torna significativamente valorosa na formação de um vínculo afetivo

seguro entre os membros da família, assegurando também um cuidado ampliado a essa família. Esse cuidado, além de favorecer a recuperação mais rápida do paciente, oferece um suporte à família na preparação para a alta hospitalar desse bebê. Motivados pelo tempo de convívio, pelas conversas encorajadoras, pelo apoio nos momentos mais difíceis, a experiência pode se tornar menos negativa e preparar melhor os pais para os cuidados domiciliares e para um convívio afetivo e saudável com seus filhos.

REFERÊNCIAS

1. TERRA, AAA; DIAS, IV; REIS, VN. A enfermagem atuando como facilitadora do apego materno-filial. **RECOM**. Divinópolis. 1(3): 332-341. Jul-set 2011. Disponível em <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/72>> Acesso em 12/07/18.
2. NUNES, SF et al. Repercussões do nascimento prematuro: uma revisão integrativa da literatura sobre a experiência parental. **Disciplinarum Scientia**. Série: Ciências Humanas. Santa Maria. 14(2): 255-71 2013.
3. REICHERT, APS; LINS, RNP; COLLET, N. Humanização do cuidado da UTI Neonatal. **REE**. Goiânia. 9(1): 200-13. 2007. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a16.htm>. Acesso em 25/07/18.
4. BRUM, EHM; SCHERMANN, E. Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. 9(2): 457-67, 2004.
5. ROSO, CC; et al. Vivências de mães sobre a hospitalização do filho prematuro. **Rev Enferm UFSM** Santa Maria. 4(1):47-54. Jan-mar 2014.
6. SCOCHI CGS et al. Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no hospital das clínicas de Ribeirão Preto. **Rev Latino-am Enfermagem**. Ribeirão Preto. 11(4):539-43. Jul-ago 2003. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000400018&lng=en&nrm=iso> Acesso em 01/08/18.
7. CHAGAS, RIA et al. Análise dos fatores obstétricos, socioeconômicos e comportamentais que determinam a frequência de recém-nascidos pré-termos em uti neonatal. **Rev SOBEP**. São Paulo. 9(1): 7-11. Julho 2009. Disponível em <<https://sobep.org.br/revista/component/zine/article/112-anlise-dos-fatores-obstetricos-socioeconmicos-e-comportamentais-que-determinam-a-frequence-de-recm-nascidos-pr-termos-em-uti-neonatal.html>> Acesso em 02/08/2018
8. VASCONCELOS, MGL; LEITE, AM; SCOCHI, CGS. Significados atribuídos à vivência materna como acompanhante do recém-nascido pré-termo e baixo peso. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**. Recife. 6(1): 47-57. Jan-mar 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292006000100006&lng=en&nrm=iso> Acesso em 17/07/18.
9. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.
10. COSTA, LM; SOUZA, DSB. A compreensão da equipe de enfermagem quanto à importância

do vínculo afetivo ente mãe e recém-nascido hospitalizado na UTI Neonatal. **Arq Ciênc Saúde**. São Paulo. 18(3): 101-8 jul-set. 2011.

11. LOPES, FN et al. A vivência da enfermeira diante da privação materna em unidade de terapia intensiva neonatal. **HU Revista**. Juiz de Fora 37(1): 39-46, Jan-mar 2011.

12. GAIVA, MAM; SCOCHI, CGS. A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI Neonatal. **REBEn**. Brasília. 58(4): 444-8 Jul-ago 2005.

13. PONTES, GAR; CANTILLINO, A. A influência do nascimento prematuro no vínculo mãe-bebê. **J Bras Psiquiatria**. Brasília; 63(4): 290-8. 2014 Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852014000400290&lng=en&nrm=iso> Acesso em 22/07/18

14. GUIMARÃES, GP; MONTICELLI, M. A formação do apego pais/recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso no Método Mãe-Canguru: uma contribuição da enfermagem. **Texto e Contexto**. Florianópolis. 16(4): 626-35 Out-dez 2007.

15. REBOLO, EO. Importância da mãe no desenvolvimento infantil e as implicações que isso traz na hospitalização do paciente pediátrico. 2009. Disponível em <http://www.webartigos.com/artigos/a-importancia-da-mae-no-desenvolvimento-infantil-e-as-implicacoes-que-isso-traz-na-hospitalizacao-do-paciente-pediatrico/24123>. Acesso em 19/7/2018.

16. SOARES, LG et al. Enfermagem neonatal com cuidados intensivos: olhar das famílias. **Rev Rene**. Fortaleza. 15(1): 12-21. Jan-fev 2014. Disponível em <<http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3071/2358>> Acesso em 27/07/18.

17. MERIGHI, MAB et al. Cuidar do recém-nascido na presença de seus pais: vivência de enfermeiras em unidade de cuidado intensivo neonatal. **Rev. Latino-am Enfermagem** [online]. Ribeirão Preto. 19(6): 1398-1404 Nov-dez 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000600017&lng=en&nrm=iso> Acesso em 11/07/18.

18. FERREIRA, EA; VARGAS, IM; ROCHA, SMM Um estudo bibliográfico sobre o apego mãe e filho: bases para a assistência de enfermagem pediátrica e neonatal. **Rev. Latino-am enfermagem**. Ribeirão Preto 6(4): 111-116 Outubro 1998.

19. BOWLBY, J. **Separação: angústia e raiva**. Vol2. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

20. MENDES KD, SILVEIRA RC, GALVÃO CM Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm**. Florianópolis 17(4): 758-764, Dez 2008 Acesso em 25/01/18. DOI:10.1590/S0104-07072008000400018.

21. CRUZ, DCS; SUMAN, NS; SPÍNDOLA, T. Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo. 41(4): 690-7. 2007.

22. MARTÍNEZ JG, FONSECA, LMM, SCOCHI, CGS. Participação das mães-pais no cuidado ao filho prematuro em unidade neonatal: significados atribuídos pela equipe de saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**. [online] Ribeirão Preto. 15(2): 239-46 Mar-abr 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000200008&lng=en&nrm=iso> Acesso em 11/07/2018.

23. ROSA, ET AL. Mãe e filho: os primeiros laços de aproximação. **Esc Anna Ney Rev Enferm**. São Paulo. 14(1). Jan-mar. 2011 LOPES, FN et al. A vivência da enfermeira diante da privação materna em unidade de terapia intensiva neonatal. **HU Revista**. Juiz de Fora 37(1): 39-46, Jan-mar 2011.

24. FLEURY, C; PARPINELLI, ; MAKUCH, Perceptions and actions of healthcare professionals regarding the mother-child relationship with premature babies in an intermediate neonatal intensive care unit: a qualitative study. BMC Pregnancy and Childbirth. 2014, 14:313. Disponível em <<http://www.biomedcentral.com/1471-2393/14/313>> Acesso em 02/08/18.
25. GUILLAUME, S. et al. Parents' expectations of staff in the early bonding process with their premature babies in the intensive care setting: a qualitative multicenter study with 60 parents BMC Pediatrics 2013. 13:18 Disponível em <<http://www.biomedcentral.com/1471-2431/13/18>> Acesso em 02/08/18.

GERÊNCIA DO CUIDADO NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE CIRURGIA CARDÍACA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Cláudio José de Souza

Enfermeiro. Pós-Doutorando e Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências do Cuidado em Saúde pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Mestre em Ciências do Cuidado em Saúde pela UFF. Professor Adjunto A da Universidade Federal Fluminense. Docente da Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem Terapia Intensiva pela Faculdade Bezerra de Araújo – FABA. Coordenador da Pós-Graduação em Enfermagem em Terapia Intensiva pela FABA. Rio de Janeiro –RJ.

Alessandro de Jesus Sá

Enfermeiro. Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva pela Fundação Técnico Educacional Souza Marques (FTESM). Rio de Janeiro –RJ.

Zenith Rosa Silvino

Enfermeira. Pós-Doutora em Enfermagem pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Professora Titular de Administração em Enfermagem da Universidade Federal Fluminense (UFF). Membro Titular da Academia Brasileira de Administração Hospitalar. Niterói - RJ.

Deise Ferreira de Souza

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências do Cuidado em Saúde pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Professora Adjunta IV da Universidade Federal Fluminense. Niterói - RJ.

Cristina Lavoyer Escudeiro

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Professora Associada da Universidade Federal Fluminense (UFF). Niterói - RJ.

Carlos Marcelo Balbino

Enfermeiro. Doutorando pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências do Cuidado em Saúde pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Mestre em Enfermagem Assistencial pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Professor no curso de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Severino Sombra; Professor do Centro de Ensino Superior de Valença e da Fundação Educacional de Volta Redonda – FEVRE E FAETEC do Estado do Rio de Janeiro. Volta Redonda - RJ

RESUMO: **Introdução:** O gerenciamento do cuidado nas unidades onde se realizam os cuidados de pós-operatório imediato de revascularização do miocárdio, não deixa de ser uma tarefa complexa, visto que o mesmo precisa estar integrado em suas duas dimensões assistencial e gerencial, para que o cuidado prestado seja de qualidade, possibilitando assim, um melhor prognóstico no pós-operatório tardio. **Objetivo:** Caracterizar por meio do relato de experiência as ações do enfermeiro, no gerenciamento do cuidado em uma unidade

coronariana a pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio. **Método:** trata-se de um relato da vivência profissional intensivista atuante em um hospital de grande porte e referência nacional, situado na zona norte da cidade do Rio de Janeiro. **Resultados:** o enfermeiro é o profissional de enfermagem mais habilitado para atuar e prestar a assistência de enfermagem ao paciente em pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca, especialmente a revascularização do miocárdio, devido a sua capacidade crítica e reflexiva acerca do gerenciamento do cuidado, possibilitando além de um planejamento prévio, a uma assistência individualizada, sistematizada e com qualidade. **Conclusão:** a atuação do profissional enfermeiro no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca – revascularização do miocárdio é imprescindível, e capaz de prever e ao mesmo tempo minimizar as possíveis complicações decorrentes da cirurgia.

PALAVRAS-CHAVE: Revascularização miocárdica; Cuidados Pós-Operatórios; Cuidados de Enfermagem; Pesquisa em Administração de Enfermagem; Organização e Administração.

IMMEDIATE CARDIAC SURGERY POST-OPERATIVE CARE MANAGEMENT: EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: Introduction: The management of care in the units where immediate postoperative care of myocardial revascularization is performed is a complex task, as it needs to be integrated in its two care and management dimensions, so that care provided is of quality, thus enabling a better prognosis in the late postoperative period. **Objective:** To characterize through experience reports the actions of nurses in the management of care in a coronary unit to patients undergoing coronary artery bypass grafting. **Method:** This is a report of the intensive professional experience working in a large hospital and national reference, located in the north of the city of Rio de Janeiro. **Results:** the nurse is the most qualified nursing professional to act and provide nursing care to patients in the immediate postoperative period of cardiac surgery, especially myocardial revascularization, due to their critical and reflective capacity regarding care management, enabling besides a previous planning, to an individualized, systematized and quality assistance. **Conclusion:** the role of professional nurses in the immediate postoperative period of cardiac surgery - myocardial revascularization is essential, and capable of predicting and at the same time minimizing the possible complications resulting from surgery.

KEYWORDS: Myocardial Revascularization; Postoperative Care; Nursing Care; Nursing Administration Research; Organization and Administration

INTRODUÇÃO

O procedimento de revascularização miocárdica (RM) é a opção cirúrgica para tratar a insuficiência coronariana, e as ações implementadas pelos enfermeiros no pós-operatório é de suma importância, no sentido de prevenir maiores gravidades e

danos evitáveis aos pacientes. A partir do conhecimento dos enfermeiros relacionados à doença cardiovascular, às tecnologias disponíveis, aos cuidados imprescindíveis às possíveis complicações, pode-se evitar situações indesejáveis ao paciente, à equipe de saúde envolvida, aos familiares e a própria instituição com redução do tempo de internação e dos custos hospitalares (SANTOS, et al, 2016).

Inicialmente, a partir da descrição de uma admissão de um paciente em pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca, na unidade coronariana (UC) de um hospital de grande porte do Estado do Rio de Janeiro, mantendo-se fiel à terminologia utilizada pelos enfermeiros que realizam o primeiro atendimento, apresentam-se as atribuições pertinentes a esse profissional no que se refere gerência do cuidado prestada a um paciente recém-submetido à revascularização do miocárdio.

O CASO J.P.C E SUA AVALIAÇÃO INICIAL NO PÓS OPERATÓRIO NA UC

Paciente identificado como J. P.C, foi admitido na UC, proveniente do centro cirúrgico, sob efeito residual de sedação em RASS - 2. Ao exame, encontrava-se desperto às solicitações verbais, anictérico, acianótico, hipocorado (++)/4, hidratado, turgor e elasticidade da pele preservada, afebril ao toque. Foi instalado monitorização cardíaca contínua, oximetria de pulso. Estava com tubo orotraqueal de numeração 08, com comissura labial a 21, acoplado ao ventilador mecânico com ventilação mandatória contínua e volume controlado com os seguintes parâmetros: VC: 480 ml; VM: 6.95 L/min; Peep: 5.0 cmH₂O; FiO₂: 60 %, FR: 15 irpm, além de estar com filtro bacteriológico e sistema de aspiração fechada. Ausculta cardíaca em ritmo regular, em 2 tempos com bulhas hipofonéticas. Ausculta pulmonar com murmúrios vesiculares diminuídos em bases pulmonares e roncos expiratórios em regiões paraesternais. Esternotomia com curativo limpo e seco externamente. Encontrava-se com um dreno tubular na região do mediastino e outro em tórax esquerdo, ambos em selo d'água e acoplado ao sistema de aspiração contínua, com presença de secreção sanguinolenta. Fios epicárdicos presentes e protegido, hidratação venosa fluindo bem através de acesso central pelo cateter de duplo lúmen, em veia subclávia direita, sendo infundido solução glicosada a 5% com eletrólitos à 21 ml/h, e instalado pressão venosa central *online*. Possuía cateter para mensuração da pressão arterial média em artéria radial direita, com boa curva ao monitor, fluxo e refluxo. Abdome flácido, sem sinais de irritação peritoneal à palpação, com ruídos hidroaéreos débeis, sem apresentar sinais de dor à palpação superficial e profunda, com peristalse diminuída. Estava com cateter vesical de demora, com diurese de coloração amarelo âmbar, sem resíduos no circuito. Foi verificada a Escala de Avaliação de Risco para o Desenvolvimento de Lesões decorrentes do Posicionamento Cirúrgico do Paciente (ELPO) não apresentando hiperemia em região corporal. Curativo em safenectomia esquerda, limpo e seco externamente. Pulsos poplíteos, tibiais posteriores e pediosos palpáveis e com boa amplitude.

Após ser efetuada essa avaliação primária do estado geral do paciente recém-admitido, foi iniciado outros procedimentos de rotina, como realização do eletrocardiograma com 12 derivações, solicitação de laboratório para coleta de sangue para avaliação bioquímica e da gasometria arterial, contato com o setor de imagem para a realização do Raio X preconizado na admissão. Outros cuidados essenciais foram efetuados tais como: instalação da manta térmica; abertura e alimentação dos itens contidos no balanço hídrico; manutenção das grades de segurança elevadas e elevação da cabeceira a 45° e verificação dos parâmetros: Pressão Arterial Média (PAM): 110/51 (70) mmHg; Temperatura axilar: 36°C; Pulso: 83 bpm; Respiração: 16 irpm; Saturação de oxigênio (SatO₂): 96% e Pressão Venosa Central (PVC): 12 mmHg.

Com base nas observações e procedimentos padrões realizados, foram registradas as primeiras informações relacionadas ao quadro clínico do paciente, os cuidados posteriores e sua evolução, para acompanhar as respostas humanas básicas do paciente e considerar os possíveis agravos que pudessem ocorrer para uma intervenção apropriada pela equipe de saúde responsável pelo cuidado direto e indireto na unidade coronariana.

Na Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) n° 0514/2016, que aprovou o Guia de recomendações para registros de enfermagem no prontuário da paciente, ressalta-se que esses apontamentos garantem a qualidade das informações que são fundamentais a toda equipe de saúde que atende aos pacientes (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2016).

Ao se pensar em gerencia do cuidado é de sua importância, a partilha de informações e utilizar o prontuário do paciente como instrumento de comunicação entre todos os profissionais envolvidos no cuidado. Os registros de enfermagem fornecem também parâmetros à instituição de saúde já que subsidia a avaliação da assistência prestada cronologicamente até a alta, óbito ou transferência dos pacientes. Trata-se de um documento de evidência legal extensivo a toda equipe responsável pela assistência, além de atender a interesses do ensino e da pesquisa, enquanto fonte alternativa de dados e subsidiar a necessidade de possível auditoria, realizada a partir dos registros contidos no prontuário do paciente (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2016).

O registro clínico deve ser uma prática gerencial eficiente dos enfermeiros da assistência no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca, pois, partir das informações é possível ter um prognóstico do paciente, previsão de possíveis intercorrências que podem incidir na sobrevida ou morte e, nesse sentido, se tem predições sobre “destino” dos pacientes.

OBJETIVO

Caracterizar por meio do relato de experiência as ações do enfermeiro, no

gerenciamento do cuidado em uma unidade coronariana a pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio.

METODOLOGIA

O estudo trata-se de um relato da experiência por meio do qual se retratam a vivência de enfermeiros que gerenciam o cuidado no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca em um hospital de grande porte, de referência para atendimento de pacientes com insuficiência coronariana, situado no Estado do Rio de Janeiro, que envolve um total de um enfermeiro específico para a realização dos cuidados pós-operatórios imediatos e um enfermeiro plantonista tanto no serviço diurno quanto noturno além de seis técnicos de enfermagem.

As ações dos enfermeiros em unidade de alta complexidade estão respaldadas pela Lei do Exercício Profissional nº 7498/86, na qual expõe a necessidade de conhecimentos técnicos e científicos para prestar o cuidado e tomar decisões imediatas (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1986).

No processo de trabalho, o enfermeiro coordenador da assistência da Unidade Coronariana desenvolve a gerência do cuidado que englobam ações de planejamento e de condução e coordenação da prática assistencial da equipe de enfermagem, oferecendo subsídios que validem a qualidade do atendimento prestado, referendado pelos registros de admissão e evolução do paciente, incluindo a orientação em saúde nos casos de alta ou transferência dos mesmos.

Dessa forma, serão apresentadas e discutidas as experiências do enfermeiro, relacionada à assistência ao paciente submetido à cirurgia de revascularização do miocárdio em uma UC, considerando as ações gerenciais do cuidado e as vertentes técnicas e expressivas que envolvem o cuidar de pacientes de alta complexidade.

Gerenciando o Cuidado na Unidade Coronariana

A UC em questão tem por finalidade tratar de pacientes críticos com problemas cardiológicos, monitorados nas 24 horas, que necessitam de cuidados intensivos da equipe multidisciplinar, incluindo o pós-operatório de cirurgia cardíaca. Dos 10 leitos da Unidade, 3 são destinados à admissão de pacientes em pós-operatório de revascularização miocárdica, sendo realizada, aproximadamente, 8 cirurgias semanais eletivas, além das de urgência e emergência.

A unidade de recuperação pós-operatória de cirurgia cardíaca é um setor de alta complexidade, tendo como objetivo monitorar a recuperação e prevenir e/ou tratar possíveis complicações decorrentes do ato cirúrgico. A complexidade dos cuidados requeridos por pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, cuja situação de saúde sofre mudanças constantes e abruptas, requer observação contínua e intervenções dos enfermeiros responsáveis pelos cuidados no pós-operatório imediato fazendo-se necessários a organização e planejamento de sua assistência (SANTOS; LAUS;

CAMELO, 2015).

O enfermeiro é o profissional responsável pelo gerenciamento do cuidado aos pacientes em estado de maior complexidade e, nesse caso, a sistematização da assistência de enfermagem é a ferramenta gerencial de trabalho que subsidia a prática clínica/assistencial do enfermeiro e o auxilia na tomada de decisão clínica.

Em estudo realizado sobre ações de gerência do cuidado do enfermeiro abordou que, além da realização do cuidado ou de procedimentos complexos, outras ações estão relacionadas tais como: dimensionamento e capacitação da equipe de enfermagem; gestão de recursos materiais, planejamento da assistência e coordenação e avaliação do processo de cuidar e das atividades da equipe de enfermagem (SANTOS, et al, 2013). Ressalta-se que, na gerência da UC, a formalização de protocolos com a equipe e a comunicação com diferentes setores do hospital que interagem com ações dos profissionais que assistem são essenciais, cabendo aos enfermeiros assistenciais e gestores interagir e articular com toda equipe de saúde e exercer a liderança e coordenação de sua equipe.

Gerenciando a admissão do paciente na unidade pós-operatória de cirurgia cardíaca

Embora exista um entendimento que administração, gestão e gerência são conceitos que aparentam semelhança, há significações diferenciadas. Administrar inclui aspectos gerais e macro da organização, partindo do planejar, controlar e dirigir os recursos necessários para alcançar os objetivos/metas organizacionais, proposto por Henri Fayol. O termo gestão é empregado mais recentemente e tem foco nos processos que envolvem o trabalho do gestor e da equipe com base na valorização dos próprios conhecimentos e habilidades e dos colaboradores, que devem atuar com os recursos disponíveis, previamente definidos para qualificar o trabalho dos profissionais e a atenção humanizada aos pacientes.

Como esse entendimento, o gerente de enfermagem da UC deve pensar, agir e decidir de forma crítica e reflexiva a partir de evidências científicas e, mesmo que a gerência envolva interações humanas, lhe conferindo emoção e certa espontaneidade, a ação gerencial inclui aspectos racionais como previsão, análise e avaliação do cuidado (SANTOS; LAUS; CAMELO, 2015).

Assim, corrobora-se como o entendimento de que o gerenciamento do cuidado envolve as dimensões de assistenciais e gerenciais enquanto ações articuladas e complementares que visam o cuidado integral e seguro aos pacientes ao se constatar que os enfermeiros cuidam e coordenam a realização da assistência através do planejamento do cuidado, da previsão e provisão de recursos, da supervisão, da liderança e da capacitação da equipe de enfermagem (SANTOS, et al, 2013).. A prática gerencial do enfermeiro determina qualidade da assistência mensurada por indicadores, particularmente aos que dizem respeito à segurança do paciente e aos cuidados prestado (MORORO, et al, 2017).

Ao se analisar as competências dos enfermeiros para atuar no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca, identifica-se que há necessidade de saber teórico e prático tendo em vista a especificidade e a alta complexidade dessa assistência que deve ocorrer de forma contínua e segura, assim como pontuou as competências gerenciais para subsidiar a equipe no processo de trabalho com elevado grau de exigência e responsabilidade (SANTOS, et al, 2016).

No que se refere à admissão do paciente em unidade pós-operatória imediata de cirurgia cardíaca, dentre outras ações, cabe ao enfermeiro o gerenciamento de recursos materiais unidade de forma regular e contínua, assegurando o atendimento adequado e planejado. Tais recursos são entendidos como materiais e equipamentos, incluindo a sua aquisição, conservação e supervisão da equipe quanto ao seu uso. Dessa forma, destaca-se os insumos materiais necessários para se evitar qualquer possível limitação para a realização do cuidado ao paciente recém-admitido na unidade, a saber:

- Material de cabeceira: caixa para descarte de materiais perfurocortantes; conjunto completo de macro e micronebulização; válvula de aspiração; frasco de aspiração conectado à saída de vácuo; válvula redutora de oxigênio; válvula redutora de ar comprimido; bolsa válvula máscara; umidificador conectado ao extensor para aspiração; fluxômetro; cuba rim.
- Cesto com materiais de pronto-uso: pares de luva estéreis; cateteres de aspiração nº 12; termômetro digital; eletrodos para monitoração cardíaca; seringas de 5 ml; seringas de 10ml; agulhas 30 por 7 ou 30 por 8mm; agulhas 40 por 12mm e pacotes de gaze estéril.

Além dos materiais já descritos, faz-se necessário checar os itens que diz respeito à montagem do leito e do box do paciente a ser admitido, tais como: cama preparada com lençóis e traçado, cardioscópio completo e testado; bombas infusoras; suporte para soro; carro de emergência e cardioversor elétrico próximo ao leito; ventilador mecânico pronto para uso testado e montado; cabo de pressão invasiva compatível com o transdutor utilizado na cirurgia; bolsa pressórica; unidade geradora de marca-passo; material para instalação de pressão venosa central *online*; frasco para aspiração contínua devidamente montado, pronto para uso; manta térmica, caso se necessário; soluções cristalóides e glicosadas e frascos de água destilada.

A gestão de materiais básicos e específicos não podem apresentar falhas na sua quantidade, qualidade e funcionamento, de forma a garantir uma assistência contínua e segura sem ocasionar incertezas à equipe de saúde atuante na unidade pós-operatória de cirurgia cardíaca.

Gerenciando o cuidado de enfermagem ao paciente em pós-operatório imediato de revascularização do miocárdio

A gerência do cuidado, nesta etapa volta-se as ações relacionadas ao quadro

de pessoal que deve ser supervisionado e dimensionado em termos de quantidade e qualidade, embora estratégias de educação permanente devam ser previstas tendo em vista que a assistência a pacientes cardíacos tem particularidades e complexidades de grau elevado.

Por meio da assistência sistematizada o enfermeiro, que presta assistência ininterrupta tendo como identificar os aspectos físicos apresentados pelos pacientes, necessitando de observação contínua para implementar um planejamento de cuidados individualizado, atento aos parâmetros vitais, ao equilíbrio do organismo, a evitar complicações, ao alívio da dor e desconforto. A intenção é atuar de forma sistemática, utilizando-se de procedimentos e recursos tecnológicos adequados, sem deixar de evidenciar a dimensão humana do cuidado e uma evolução que possibilite a desospitalização mais precoce possível.

A seguir, apresenta-se as ações de enfermagem condizentes ao cuidado e as observações a serem realizadas, de forma a evitar complicações e/ou intervir em quaisquer intercorrência resultante da revascularização do miocárdio no pós-operatório. O protocolo utilizado na Unidade normatiza as intervenções e/ou observações que orientam os profissionais que prestam cuidados de enfermagem aos pacientes em pós-operatório imediato de revascularização do miocárdio e subsidiam a sistematização da assistência na implementação de cuidados e avaliação dos pacientes.

Ação / Intervenção de Enfermagem	Resultados esperados/observações
Identificar-se ao paciente, dizendo o nome e a categoria funcional.	Gera confiança e pode acalmar e diminuir a ansiedade do paciente
Monitorizar e registrar o nível de consciência	Avaliar o estado mental já que pode indicar uma diminuição do débito cardíaco, bem como, na dificuldade de troca gasosa.
Aplicar e registrar as respectivas escalas de avaliação: RASS - sedação; EVA - dor e ELPO - lesão por pressão	Detectar possíveis alterações no estado hemodinâmico do paciente
Instalar a monitorização cardíaca, oximetria de pulso, pressão arterial média e pressão venosa central	Monitorar e controlar os valores hemodinâmicos
Calibrar o monitor multiparâmetro e zerar a PAM e PVC	Obter valores fidedignos da hemodinâmica.
Manter bolsa pressórica dos circuitos de PAM e PVC à 300 mmHg	Prevenir possíveis obstruções dos cateteres
Aferir e registrar os valores hemodinâmicos nos respectivos no balanço hídrico, como PAM, PVC, temperatura axilar, pulso, respiração, débito urinário e saturação de oxigênio.	Detectar possíveis intercorrências, como hipotensão, bradicardia, ou taquicardia, hipovolemia ou hipervolemia, hiperóxia ou hipóxia, hipotermia ou hipertermia, poliúria ou oligúria.
Realizar a troca dos drippings, conforme padronização da unidade	Contribuir para a leitura do balanço hídrico
Realizar eletrocardiograma nos primeiros 10 minutos com 12 derivações	Proceder conforme rotina admissional e detecção de possíveis eventos isquêmicos ou arrítmicos.

Instalar o sistema de aspiração contínua nos drenos que estiverem em selo d'água.	Prevenir tamponamento cardíaco
Monitorar sangramento pelos drenos de mediastino e pleurais de hora em hora nas primeiras 6 horas subsequentes e depois a cada 6 ou 12 horas conforme rotina da unidade	Ponderar necessidade de reavaliação cirúrgica
Manter fios epicárdicos protegidos	Estar a tento em caso de necessidade para acoplar a fonte geradora do marca-passo provisório
Mensurar e registrar débito urinário	Avaliar a função renal
Posicionar o paciente em 30 ou 45° no leito	Permitir repouso e excursão adequada do tórax, para o aumento do oxigênio disponível e diminuir o trabalho cardíaco; melhorar a drenagem do mediastino e pleural e diminuir a força de fricção e cisalhamento.
Mensurar e registrar a intensidade da dor pela escala analógica visual, fazendo o analgésico prescrito.	Avaliar o nível de dor, podendo estar associada a um aumento na atividade simpática, que acresce o trabalho cardíaco.
Instalar manta térmica	Manter temperatura corporal em torno de 36°C
Realizar gasometria arterial conforme necessidade	Identificar possíveis distúrbios ácido-base.
Realizar ordenha dos drenos tubulares	Prevenir possível tamponamento
Realizar aspiração do tubo orotraqueal.	Minimizar o desconforto respiratório
Observar e registrar sintomas objetivos e subjetivos da ansiedade como: taquicardia, hipertensão e taquipneia.	Atentar para o nível de ansiedade que pode estar associada a um aumento da atividade do sistema nervoso autônomo – ação simpática, que aumenta o trabalho cardíaco
Monitorar a ferida cirúrgica	Proporcionar maior conforto e detectar possíveis anormalidades, prevenindo infecção do sítio cirúrgico.

Quadro1: Protocolo de cuidados de enfermagem à paciente no pós-operatório imediato de revascularização do miocárdio 1-4-8

Fonte: (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2016; SANTOS; LAUS; CAMELO, 2015; CARBALHO, ET AL, 2016)

Essas ações/intervenções de enfermagem são prioritárias e tem o intuito de identificar as complicações mais pertinentes aos pacientes em pós-operatório imediato, podendo estar associadas ao sistema cardiovascular, respiratório, neurológico e renal. Ou por infecção associadas as incisões cirúrgicas, bem como, a manutenção dos acessos venosos e arteriais (ASSUNÇÃO RIBEIRO, 2018).

Por ser considerado um paciente de alta complexidade, principalmente nas primeiras seis horas de pós-operatório imediato, reitera-se a necessidade da vigilância de profissionais qualificados e competentes para prestar a assistência de enfermagem, visto que, o número de intercorrências, que podem se agravar e tem diferentes causas e transtornos que podem gerar óbito.

O enfermeiro capacitado tem competência de gerenciar o cuidado direto e indireto para identificar e atuarem em diversos tipos de condutas e procedimentos de

forma assertiva e pontual e, por meio do cuidado sistematizado e da avaliação crítica e reflexiva, pode minimizar ou prevenir precocemente as possíveis complicações relacionadas ao pós-operatório imediato, que estão relacionadas ao cuidado de enfermagem, tendo em vista que algumas das complicações podem ocorrer por comorbidades dos pacientes.

O enfermeiro é o profissional mais qualificado para prestar a assistência aos pacientes de maior complexidade em qualquer unidade crítica, uma vez que este poderá lançar mão de seus conhecimentos técnico-científicos para traçar os cuidados de enfermagem com base nas melhores evidências científicas e, são profissionais que reconhecem a singularidade física e psíquica do ser humano que lidam com o processo de adoecimento (VIANA, et al, 2014).

CONCLUSÃO

A incorporação de novas tecnologias e inovações e os cuidados especializados à pacientes críticos exige que os profissionais estejam se qualificando continuamente e que a cultura organizacional e os gestores de enfermagem valorizem o potencial humano de enfermagem que é um contingente mais expressivo na instituição e que dá suporte, junto com sua equipe, a todo cuidado prestado aos pacientes, particularmente aos de alto grau de complexidade.

Por outro lado, os profissionais também precisam buscar a educação continuada de forma a agregar conhecimentos teóricos e práticos, assim como desenvolver habilidades para atuarem com segurança e autonomia em unidades complexas como a de pós-operatória de cirurgia cardíaca.

A assistência de enfermagem qualificada não só assegura um cuidado competente como evita danos, oferece bons indicadores institucionais, reduz tempo de hospitalização e de custos, assim é também uma estratégia de reconhecimento profissional e de marketing institucional.

REFERÊNCIAS

ASSUNÇÃO RIBEIRO, Kaiomax Renato. Post-operative myocardial revascularization: complications and implications for nursing / Pós-operatório de revascularização do miocárdio: complicações e implicações para enfermagem. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.], v. 10, n. 1, p. 254-259, jan. 2018. ISSN 2175-5361. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6572>>. Acesso em: 17 sep. 2019. doi:<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.254-259>.

CARVALHO, Inaiane Marlis de et al. Sistematização da assistência de enfermagem no pós-operatório mediato de cirurgia cardíaca Systematization of nursing care in mediate post-operative of cardiac surgery. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.], v. 8, n. 4, p. 5062-5067, oct. 2016. ISSN 2175-5361. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3651>>. Acesso em: 17 sep. 2019. doi:<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i4.5062-5067>.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Guia de Recomendações para Registros de

Enfermagem no Prontuário do Paciente e outros Documentos de Enfermagem. [acesso 14 março 2019]. Disponível em <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/Guia-de-Recomendações-CTLN-Versão-Web.pdf>

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Lei Cofen nº 7.498/86. Regulamentação do exercício de enfermagem. [acesso 14 março 2019]. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/Site/2007/materias.asp?ArticleID=22§ionID=35>

MORORO, Deborah Dinorah de Sá et al . Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 30, n. 3, p. 323-332, May 2017 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002017000300323&lng=en&nrm=iso>. access on 17 Sept. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700043>.

SANTOS, Ana Paula Azevedo et al . Nurses in post-operative heart surgery: professional competencies and organization strategies. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 50, n. 3, p. 474-481, June 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000300474&lng=en&nrm=iso>. access on 17 Sept. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342016000400014>.

SANTOS, José Luís Guedes dos et al . Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 66, n. 2, p. 257-263, Apr. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000200016&lng=en&nrm=iso>. access on 17 Sept. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000200016>.

VIANA, Renata Andrea Pietro Pereira et al . Perfil do enfermeiro de terapia intensiva em diferentes regiões do Brasil. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 23, n. 1, p. 151-159, Mar. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000100151&lng=en&nrm=iso>. access on 17 Sept. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072014000100018>.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO CUIDADO À SAÚDE DE HOMENS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE

Anderson Reis de Sousa
Álvaro Pereira
Ailton da Silva Santos
Cléa Leal Borges
David Jesus Santos
Isabella Félix Meira
João Hugo Cerqueira Alves
Josias Alves de Oliveira
Lídice Lilian S. Miranda
Márcio Soares de Almeida
Tilson Nunes Mota

1 | INTRODUÇÃO

Há desenvolvimentos e avanço das práticas profissionais em Enfermagem direcionadas à atenção à saúde e produção do cuidado à homens. Embora ainda sejam promovidas de maneira “tímida”, quando observado a elaboração de intervenções específicas, capazes de responder a multiplicidade de demandas e necessidades singulares dessa população. Portanto, constitui-se um desafio de implementar intervenções no campo da Enfermagem ao cuidado à saúde de homens, pois existem questões problemáticas, na concepção de gênero e nas construções sociais das masculinidades, por vezes, pouco compreendidas e discutidas no campo da formação acadêmica, técnica e profissional de enfermeiras (os).

Nesse sentido, há “discretas” discussões e aprofundamento da ciência de Enfermagem no direcionamento das demandas urológicas, das manifestações clínicas do sistema reprodutor, da saúde sexual, sexualidades, da reprodução e paternidade, bem como, dos agravos específicos da população masculina. Além disso, nota-se a carência no desenvolvimento de intervenções potentes que sejam capazes de diminuir as vulnerabilidades sociais e em saúde.

Destaca-se, portanto, a essencialidade dos (as) profissionais de Enfermagem na minimização de agravos e na redução da morbimortalidade masculina, que em grande parte, está permeada por questões vulneráveis, que sejam pelas práticas de cuidado à saúde adotadas pelos homens, quer seja pela condição socioestrutural, política e cultural em que estes se encontram. Diante disso, devem ser ressaltadas intervenções de Enfermagem que contemplem as dimensões biopsicossociais, políticas, culturais e espirituais, com vistas ao alcance da integralidade da atenção.

Nesta perspectiva, cabe ressaltar a necessidade de trabalhar com homens a educação baseada em gênero, no cuidado político e emancipatório. Estas intervenções devem estar alinhadas às práticas de

cuidado de manutenção da vida; de promoção da saúde; segurança; conforto; de autoconhecimento; autocuidado; autorealização; autoestima e autoimagem. Os incentivos dessas intervenções não devem somente limitar-se a dimensão individual, mas coletiva incluído a família, a vida afetiva/conjugal, social e laboral desses homens.

Um outro aspecto importante que devem também serem valoradas são as intervenções pautadas na comunicação; promoção de conhecimento; educação em saúde; comportamento, controle e manutenção da saúde; função ou disfunção sexual/sexualidades; estilo de vida saudável; abandono de vícios; desempenho de papéis; tomada de decisão; religiosidade/espiritualidade; enfrentamento; esperança; controle emocional e do estresse; não violência e a cultura de paz.

Promover ações compatíveis com a realidade e as necessidades da população masculina, com fins na promoção do autocuidado, no reconhecimento das necessidades de saúde e das vulnerabilidades e risco, deve ser a pauta da agenda de ações da equipe de Enfermagem, como forma de tornar tais ações, contínua nas unidades, instituições, serviços e programas de saúde, em seus mais variados níveis de atenção à saúde. Com isso, o cuidado implementado por enfermeiras deve estar alinhado com as iniciativas globais e nacionais, a exemplo da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, instituída no Brasil desde o ano de 2009.

Diante destas justificativas, esse capítulo tem por objetivos: analisar sob as lentes das questões de gênero, a condição dos homens em situação de vulnerabilidade, em todas as etapas do processo de desenvolvimento humano e em seus múltiplos campos de atuações; refletir e avaliar formas de intervenções de saúde exitosas apresentadas na literatura científica, que possibilitem melhorar o acesso desses homens às unidades de saúde, aumentando sua vinculação com os serviços e equipe, de modo que o atendimento prestado possibilite a redução da morbimortalidade, e aumente a expectativa e a qualidade de vida, desse grupo.

1.1 Atenção às vulnerabilidades em saúde de homens

A relação homem e saúde tem sido tema de discussão no meio acadêmico nos últimos anos, como tentativa de reorientar à assistência à saúde prestada ao público masculino que, costumeiramente, não procuram os serviços de saúde. Nessa perspectiva, o aperfeiçoamento de profissionais de saúde é tido como uma das ações de fundamental importância para atender a esse público, que historicamente não tem sido contemplado nos programas de saúde (DOMINGUEL, GOMESLL, OLIVEIRA, 2016). Assim, a formação de profissionais de saúde capacitados para atender as demandas e especificidades desse público é estratégia elementar para aumentar a sobrevivência desses homens. De maneira semelhante, uma melhor operacionalização de políticas públicas vinculadas ao público masculino, pois esta população, na maioria das vezes, nega a possibilidade de adoecer pelo não reconhecimento das suas necessidades de saúde o que acentua o grau de vulnerabilidade, morbimortalidade e

consequente menor expectativa de vida. (BIDINOTTO, SIMONETTI, BOCCHI, 2016).

Desta forma, pela capacidade de integração com outros profissionais de saúde e dentro do contexto das práticas direcionadas ao cuidado em saúde, a enfermagem é elo fundamental para alcançar a integralidade na atenção à saúde de homens, nos diversos serviços de saúde. O que significa compreender como esses homens constroem sua relação com a saúde; como eles se identificam com as unidades de saúde e os profissionais de serviço; que peculiaridades teremos que enfrentar para inseri-los no sistema de saúde, fortalecer sua adesão as ações de promoção de saúde, ou para aquelas que envolvam prevenção de doenças, ações de cuidados e tratamento específico.

Nesse sentido, faz-se necessário considerar as questões de gênero nas estratégias assistenciais para fomentar práticas transformadoras, capazes de aproximar esses sujeitos aos cenários da assistência direcionadas à saúde, minimizando toda e qualquer forma de separação desse grupo dos cuidados com a sua própria saúde (MESQUITA et al., 2015).

Cabe salientar que há uma construção social que modela o entendimento e os conceitos de saúde e doença, no tocante ao campo das masculinidades. Essa construção pode inibir a iniciativa de alguns homens em buscar os serviços de saúde ou profissionais capacitados, para suprirem, por exemplo, as suas demandas para o tratamento de Infecção Sexualmente Transmissíveis (IST). (SILVA, 2016).

Assim, é importante afirmar que a vulnerabilidade dos homens à estas infecções estão vinculadas aos aspectos dos construtos sociais e comportamentais, fomentados pela masculinidade hegemônica. No Brasil, soma-se a este cenário o preocupante crescimento dos casos de HIV/AIDS entre gays e outros homens que fazem sexo com outros homens (HSH), uma população vulnerável, o que mostra as limitações das políticas públicas de prevenção voltadas a este público (DOMINGUEL, GOMES, OLIVEIRA, 2016; CALAZANS, PINHEIRO, AYRES, 2018).

Todavia, a vulnerabilidade masculina não se limita as IST, torna-se necessário conhecer os indicadores de saúde que mostram uma gama de situações, que expõe esses homens, a exemplo, das causas externas, sejam elas acidentes de trânsito ou homicídios que são influenciadas pelo comportamento de risco assumidos por essa população que, em geral, interiorizam a construção social do homem forte e corajoso. Assim, também, como nos casos de câncer de próstata, ao qual muitas vezes os homens abdicam de realizar o exame preventivo, por entendê-lo como ofensivo à sua masculinidade (GOMES, 2017).

No que tange a grupos específicos expostos a situações vulneráveis de saúde, merecem destaque os da população masculina em situação de rua, na maioria das vezes vítimas da exclusão social. Estas podem estar propensas a condições insalubres, e sobrevivem de atividades produtivas desenvolvidas na rua. Do mesmo modo, a população caminhoneira, composta quase que exclusivamente por homens, que vivem no seu dia a dia condições adversas, condicionadas pela rotina da profissão,

principalmente por condições ligadas a qualidade de sono ruim e pelo sedentarismo (MATOS, 2017; PAIVA, et. al., 2016).

Destacam-se, ainda, os homens privados de liberdade, notadamente um público que encontra-se em ambientes precários, insalubres, como é o caso de apenados, que encontram-se muitas vezes confinados em penitenciárias superlotadas, o que exacerba os riscos de desenvolvimento de agravados à saúde dos detentos, como a propagação de infecções respiratórias e IST, sob o risco de aumentar a cadeia de transmissão quando estes recebem visitas íntimas e mantém contato regular com outras pessoas dentro do próprio sistema prisional, além disso, o sedentarismo e a alimentação ruim favorecem o aparecimento de patologias não transmissíveis (MESQUITA et al., 2019).

1.2 Enfermagem e a Atenção à Saúde de Homens

O sistema de saúde no Brasil vem se organizando com a prioridade no atendimento a partir da atenção básica. Entretanto, pouco favorece a atenção à saúde do homem pois historicamente há um “privilégio” dos grupos populacionais considerados mais vulneráveis, a exemplo das ações programáticas voltadas para a saúde da mulher, da criança e do idoso. Percebe-se uma incongruência quando analisamos os programas voltados para promoção, prevenção e campanhas de autocuidado, as quais são direcionadas somente para os grupos de usuários(as) considerados prioritários (SILVA et al., 2012).

A reduzida presença dos usuários do gênero masculino nos serviços de atenção básica à saúde e os indicadores epidemiológicos alarmantes tornam evidente a necessidade de atenção adequada à saúde de homens, visando a modificação deste cenário (SANTANA et al., 2011).

Algumas conjecturas têm sido feitas em relação à reduzida presença de homens nos serviços de atenção básica. Um dos motivos listados está relacionado a não disponibilização de programas ou atividades direcionadas especificamente aos homens nas Unidades de Saúde da Família (USFs). Contudo, a sua ausência ou invisibilidade nesses serviços pode também estar associada, a uma característica da identidade masculina relacionada ao seu processo de socialização, na qual a identidade masculina estaria associada à desvalorização do autocuidado e à preocupação incipiente com a saúde (GOMES, 2003; DAVIES et al., 2003; SILVA et al., 2012).

Neste cenário, em 2008, o Ministério da Saúde apresentou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), na tentativa de alavancar uma mobilização inclusiva em saúde, considerando as questões de gênero. Essa política tem como um de seus principais objetivos promoverem ações em saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular de homens nos seus diversos contextos socioculturais, político e econômico, possibilitando o

aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis neste segmento populacional (BRASIL, 2008).

Cabe ressaltar que, mesmo que a criação da PNAISH seja um grande passo em direção ao aprimoramento do atendimento à saúde de homens, fato este que gerou um Plano de Ação Nacional, com previsão de implementação entre 2009 e 2011, ainda não se têm percebido mudanças efetivas no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2009). Apesar da criação dessa política específica, os profissionais da enfermagem precisam incorporar um olhar qualificado e direcionado, que fará a assistência à saúde mais eficiente e eficaz, contribuindo para a redução de complicações e aparecimento de agravos na população masculina (BRASIL, 2009; SILVA et al., 2012).

Nesse contexto, destacamos o papel dos profissionais de enfermagem no atendimento de homens nas USFs (BRASIL, 2008). Esses profissionais, como membros da equipe que compõe a Estratégia de Saúde da Família (ESF), devem ser capazes de perceber a multicausalidade do processo saúde/doença, desde quando estiverem na condição de planejar, organizar e desenvolver ações individuais e coletivas direcionadas aos homens, enfatizando as ações de promoção à saúde, mediante a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para seu enfrentamento e resolução (BRASIL, 2008).

Assim, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) constitui um caminho possível para mudança do cenário epidemiológico relativo à saúde de homens, visando à garantia do acesso integral à saúde por parte deste segmento populacional (SANTANA et al., 2011). Além disso, os profissionais de enfermagem, em conjunto com os demais profissionais de saúde podem contribuir para mudanças no paradigma de cuidado de homens no cenário nacional, ainda pautado por um modelo fortemente enraizado em contextos e políticas de enfermidades, negligenciando-se as diretrizes preventivas e de educação em saúde propostas pela nova Política (BRASIL, 2008; SANTANA et al., 2011).

Cabe ainda destacar, que, apesar dos avanços e do reconhecimento do papel dos profissionais de enfermagem na saúde de homens é importante ressaltar a necessidade de mudanças na formação destes profissionais, visando o atendimento integral deste segmento populacional, bem como, melhoria na sua qualificação, no que tange ao conhecimento da nova política de saúde de homens (SILVA et al., 2012). Diversos estudos qualitativos ressaltam que, os profissionais de enfermagem, devido aos currículos defasados e incipiente experiência com a saúde de homens durante a formação, muitas vezes, se sentem despreparados para prestar atendimento a este grupo populacional nas UBS, contribuindo desta forma para que os homens se sintam menos aceitos e identificados com aquele espaço de cuidado com o qual, culturalmente, já não se identificam (SANTANA et al., 2011; SILVA et al., 2012).

1.3 Intervenções de Enfermagem no cuidado à saúde de homens

Estudos tem demonstrado a necessidade de intervenções mais ampliadas sobre a atenção à saúde de homens na Atenção Básica, destacando-se a prática de educação em saúde como uma estratégia para garantia da equidade e universalidade do acesso a saúde entre este segmento populacional (DAVIES et al., 2003; BRASIL, 2008; SANTANA et al., 2011; ALBUQUERQUE et al., 2014).

A educação em saúde constitui um espaço de reflexão ação, fundado em saberes técnico-científicos e populares, culturalmente significativos para o exercício democrático de escolhas, sendo capaz de impulsionar mudanças individuais, familiares e na comunidade, contribuindo para a transformação social (BRASIL, 2008; SANTANA et al., 2011). Parte das atividades de educação em saúde direcionadas aos homens tem sido baseada na formação de grupos com variadas abordagens, focalizando, principalmente, idosos e adolescentes (BRASIL, 2008; SANTANA et al., 2013).

Sem questionar sua repercussão temos percebido que as principais estratégias utilizadas têm sido implementadas através de palestras, com temas de interesse ao grupo e à abordagem participativa, na qual os membros do grupo expõem os seus problemas, e os profissionais de enfermagem fazem a mediação e apontam possíveis caminhos, soluções ou estratégias para resolução dos problemas discutidos (BUSS, 2000; SANTANA et al., 2011).

A adoção de estratégias educativas dialógicas, a exemplo da abordagem participativa, pautada pela participação ativa de seus integrantes, facilita o desenvolvimento da autodeterminação e independência e constitui uma ferramenta importante para a promoção da saúde e exercício da cidadania, favorecendo o despertar de sujeitos autônomos que possam ultrapassar os limites de meros espectadores e constituírem-se atores sociais no cenário da educação em saúde (BUSS, 2000).

Além disso, essas abordagens reforçam os vínculos entre os usuários dos serviços de saúde (USS) e os profissionais de saúde, contribuindo para a construção de uma agenda de promoção de saúde de homens que seja viável e adaptada ao contexto de saúde desses usuários atendidos na UBS, de modo a garantir os princípios da equidade e universalidade do SUS. Na perspectiva de um atendimento integral à saúde de homens, a promoção da saúde aparece como uma das estratégias bem mais promissoras, para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que atinge este segmento populacional (SANTANA et al., 2011; SILVA et al., 2012).

Estudos demonstram que uma parte das enfermeiras entrevistadas relata a necessidade de investimento em ações preventivas de promoção de saúde e redução de danos, visando à saúde de homens. Nesse sentido, à unidade básica precisa ser identificada com a sua casa, um lugar onde os signos presentes nestes ambientes não o remetam para as representações do feminino e da criança. Na prática isso tem sido um grande desafio para a enfermagem, que ao logo dos séculos convergiram seus

esforços para atender as políticas eminentemente voltadas para a atenção à mulher e a criança e, por este motivo, ainda não consegue perceber o significado da sua presença, e ajudar na aderência desses homens aos serviços de saúde, através de estratégias positivas à promoção de saúde deste segmento populacional (SANTANA et al., 2011; SILVA et al., 2011; ALBUQUERQUE et al., 2014).

Somam-se a essas estratégias a capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que tem sido proposto pela literatura como uma estratégia de promoção de saúde, visto que estes profissionais podem auxiliar na divulgação da importância do cuidado à saúde nas comunidades, podendo sensibilizar, rastrear e acompanhar indivíduos nos territórios de abrangência que necessitem de cuidados a saúde, bem como levar ações de promoção à saúde de homens para a comunidade (BEZERRA; DE ALMEIDA JUNIOR, 2014).

Visando melhorias no acesso e a adesão de homens à rede da atenção básica do SUS, é preciso despertar outros setores da sociedade, o que requer iniciativa, vontade política, conscientização dos atores e ruptura com paradigmas socioculturais (Santana et al., 2011; GOMES 2003). Entre esses atores, a mídia poderá se constituir em um aliado fundamental na divulgação da importância da promoção da saúde entre homens, bem como na divulgação de espaços, atividades e locais de atendimento direcionados exclusivamente a este público.

Como forma de aumentar a aderência de homens as USFs, atividades associadas à saúde do trabalhador podem se traduzir em alternativas importantes, visto que aproxima o indivíduo da unidade de saúde, podendo, ao longo do tempo, constituir-se como seu ponto de referência em saúde. Desta forma, espera-se contribuir para a maior aderência de homens aos serviços de saúde, melhorias na sua socialização e integração na UBS, além de possibilitar novas ofertas de serviços e ações voltadas a promoção de sua saúde (SANTANA et al., 2011; ALBUQUERQUE et al., 2014).

Evidencia-se, assim, a necessidade de uma rede social de responsabilização mediante a articulação e a mobilização de setores governamentais, não governamentais, entidades civis e da população em geral, em resposta à necessidade de uma intervenção mais ampliada sobre a atenção à saúde do homem na rede básica de saúde (SANTANA et al., 2011; ALBUQUERQUE et al., 2014).

Destarte às mudanças acima relatadas, faz-se necessário a ampliação da discussão sobre a construção da identidade masculina e o processo de socialização de homens (GOMES, 2003; DAVIES et al., 2003). Isto porque muitos partem da ideia de que doença é sinônimo de fraqueza, que, por conseguinte, remete a feminilidade (DAVIES et al., 2003; SANTANA et al., 2011). A noção de invulnerabilidade do ideal de masculinidade e a necessidade de mostrar independência fazem com que homens evitem a busca por ajuda e não percebam alguns de seus comportamentos como fatores de risco a saúde (DAVIES et al., 2003). A compreensão dessas barreiras socioculturais é importante para a proposição estratégica de medidas, a fim de resguardar a prevenção e a promoção como eixos necessários e fundamentais de

intervenção (BRASIL, 2008).

2 | INTERVINDO NO CUIDADO À SAÚDE DE HOMENS: ATUAÇÃO EM ENFERMAGEM

2.1 Vulnerabilidade social (econômica, política, jurídica, laboral, educacional, proteção social):

Busca-se neste tópico, abordar a situações de vulnerabilidade social que impacta diretamente à condição de saúde de homens.

2.1.2 Intervenções de Enfermagem direcionadas aos homens privados de liberdade

A vulnerabilidade é compreendida como uma condição multifatorial de fragilidade de indivíduos e grupos sociais resultante de uma somatória de questões históricas, econômicas, políticas e culturais e um conceito de suporte na construção de políticas públicas (PAULON, 2018; LOBO, 2019).

Mediante exposto, em 2015, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) estimou que um grupo de pessoas que vive em situação de rua, no Brasil, foi de 101.854. Destes, a maioria que vive em municípios de grande porte na região Sudeste é formada por homens, negros, adultos jovens, baixa escolaridade. A vivência na rua pode estar relacionada ao uso abusivo de álcool e outras drogas ao desemprego e às divergências familiares (BORYSOW, 2017; PAIVA, 2017).

As condições insalubres das ruas predispõem esses indivíduos a diversas condições de vulnerabilidade o que exige intervenções e cuidado de saúde específico. O estigma e o preconceito social relacionado à sua condição associado a organização social e urbana comprometem a acessibilidade aos serviços de saúde, no qual faz-se necessário uma política de saúde singular, que atue nessas nuances do cuidado (MEDEIROS, 2018; HINO, 2018)

Deste modo, em 2011, a Política Nacional de Atenção Básica a Saúde implementou os Consultórios na Rua, com atuação multiprofissional na unidade de saúde ou na rua a fim de promover cuidado integral e atender as necessidade dessa população, promovendo ações de cuidado a saúde e educação em saúde no território. Entretanto, o dispositivo de cuidado não contempla a atenção à saúde da população por completo assim como não consegue articular o acesso desses indivíduos em demais serviços da rede de saúde de média e alta complexidade por carregarem consigo o preconceito por ocupar a rua (MEDEIROS, 2018; HINO, 2018).

Como um dos determinantes para a vulnerabilidade na rua é o uso abusivo de drogas, uma análise mundial do Relatório Mundial sobre Drogas de 2018 revela que o número de pessoas em todo o mundo que usaram drogas ao menos uma vez por ano permaneceu estável com cerca de 275 milhões de pessoas, ou cerca de 5% da

população global entre 15 e 64 anos um a cada 20 indivíduos com idade entre 15 e 64 anos.

O III Levantamento nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira evidenciou que a principal droga consumida é o álcool, com prevalência de 30%, seguida do tabaco com 15,4%. Em relação ao impacto do uso de drogas na saúde, mais de 19 milhões de pessoas do mundo sofreram algum tipo de distúrbio relacionado ao consumo de drogas em 2014 e cerca de 207.400 pessoas tiveram mortes relacionadas a esse comportamento no mesmo ano (GUSMÃO, 2017).

O uso abusivo de drogas causa impacto na qualidade de vida dos indivíduos, que devem ser vistos pelo governo e pela sociedade como problema de saúde pública e não um problema jurídico. A política nacional de saúde mental e a rede de atenção psicossocial contemplam por meio dos centros de atenção psicossocial álcool e outras drogas o cuidado a saúde de usuários de álcool e outras drogas, entretanto compreende-se que a consolidação da política, assim como a qualidade da assistência prestada transcende esses aspectos. Para além da disposição dos serviços e dos recursos humanos, é necessário viabilizar educação permanente as equipes envolvidas, assim como integralidade da rede para melhor acesso dos usuários e vinculação com os serviços e equipe (XAVIER, 2018).

Outrossim, a população em privação de liberdade compartilha de situações de vulnerabilidade similares das populações supracitadas, entretanto em cárcere, visto que, encontram-se expostos a situações de violência e incertezas assim como comportamentos de risco no uso de substâncias psicoativas e práticas sexuais.

O Brasil está em 4º no ranking das maiores populações carcerárias do mundo, com estimativa de cerca de 622.000 pessoas encarceradas, em sua maioria jovens, homens, negros, baixa escolaridade, história de uso de alguma droga ilícita e álcool, e comportamento de risco durante as relações sexuais (LOBO, 2019).

As condições estruturantes do sistema prisional como superlotação, condições precárias de higiene e a violência intrínseca torna os indivíduos vulneráveis a diversos tipos de infecções transmissíveis. Esses fatores apresentam-se de forma limitante na prática do cuidado e manutenção da qualidade de vida no espaço prisional (NASCIMENTO, 2018; FEITOSA, 2019).

É necessária uma articulação efetiva entre os agentes de justiça, profissionais de saúde e a gestão de saúde local a fim de assegurar o direito a saúde integral no sistema prisional e estabelecer práticas de cuidado para além da ótica curativa, deste modo, é imprescindível uma vinculação efetiva entre o sistema prisional e atenção básica a fim de identificar as demandas e intervir nos processos de saúde-doença hegemônicos e recorrentes a fim de garantir o cuidado em rede preconizado pela Política Nacional de atenção integral a saúde das pessoas privadas de liberdade (BATISTA, 2019).

2.1.3 Intervenções de Enfermagem direcionadas aos homens trabalhadores e as condições de riscos profissionais/ocupacionais

O sujeito considerado vulnerável não é aquele que necessariamente sofrerá danos, mas que está mais suscetível à riscos fisiológicos, psíquicos e socioculturais, visto que possui desigualdades para mobilidade social, dificuldades de acesso à serviços de saúde, educação e lazer, contribuindo para sua discrepância na qualidade de vida em relação à sociedade, devido a cidadania fragilizada. No entanto, esse estado de “estar vulnerável” pode torna-se uma condição modificável, visto que esta se apresenta além das causas naturais e irreversíveis, mas envolvem situações, exposições dos indivíduos a riscos na saúde, e contextos individuais e coletivos (FIORATI 2014; MORAIS, 2010; CARMO, 2018).

Em se tratando de vulnerabilidade masculina, percebe-se que a construção de estereótipos de gênero na sociedade propicia aos homens assumirem riscos que interferem nas condições de saúde dessa população, influenciando em comportamentos pouco saudáveis, na baixa adesão e busca pelo cuidado à saúde, na exposição à causadores de adoecimento e mortalidade e enquadramento em atividades laborais com condições adversas (CONNELL, 1995; SILVA, 2018).

No que tange especificamente à saúde e segurança do trabalhador, observa-se que a revolução industrial e o crescimento econômico contribuíram para concentração de pessoas nos grandes centros urbanos, configurando um acelerado aumento de fábricas, indústrias e crescimento de demandas laborais em concomitante excesso de horas de trabalho, e na maioria das vezes, com exigência máxima de produtividade ao trabalhador (BITENCOURT, GUIMARÃES, SANTOS, 2006).

Diante essa problemática, podemos destacar os trabalhadores portuários, que segundo as Normas Regulamentadoras (NR), estão submetidos a um ambiente de riscos a saúde e comorbidades, visto que nos navios há uma combinação de diversos equipamentos e veículos pesados, tanto nos porões como no convés, onde exista a emissão partículas de diferentes tamanhos de combustão de óleo diesel na atmosfera, podendo causar doenças respiratórias e inúmeras complicações à saúde dos indivíduos expostos (GUARIEIRO, VASCONCELLOS, SOLCI, 2011; SOARES et al., 2008).

Em concordância a esta realidade, um estudo realizado em um terminal do complexo portuário do Estado do Espírito Santo, que buscou investigar evidências de altos níveis de particulados e gases poluentes ligados à queima de diesel utilizado como combustível de máquinas pesadas no ambiente do porão de navios durante as operações de estivagem de carga revelou nos resultados níveis elevados de emissão de monóxido de carbono, óxidos de nitrogênio, hidrocarbonetos não-metano e material particulado, podendo levar prejuízos à saúde desse trabalhador portuário (DE SOUSA, 2019).

Ademais, outra categoria profissional que mais convive com a exposição e risco à

saúde, é a do motorista de caminhão, com predominância de 99,5% de trabalhadores nesse setor do sexo masculino (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DO TRANSPORTE DO BRASIL, 2019).

No Brasil, 61,1% do transporte de cargas é transportado pelo sistema rodoviário, que em sua maioria ocorre através dos caminhoneiros, que convive com a realidade de longas jornadas de trabalho, tarefas desgastantes de carga e descarga, serviços administrativos, perigos em relação ao trânsito, exposição na condução, fatores químicos e físicos, riscos ergonômicos e psicossociais e um modo de vida não saudável. Estudos demonstram que a profissão favorece problemas do sono, propensão ao abuso de álcool, sobrepeso e obesidade, dificuldades no convívio com a família e nas relações sociais (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DO TRANSPORTE DO BRASIL, 2016).

Em se tratando de vulnerabilidade social e as repercussões na saúde de qualidade de vida de homens, enfatiza-se além relevância de estudos voltados à saúde do trabalhador àqueles referentes às pessoas com deficiência, visto que essa está associada ao empecilho, físico, sensorial, mental e intelectual, que deriva em restrições importantes na realização de atividades da vida diária de indivíduos.

Define-se a pessoa com deficiência como o indivíduo que tem impedimentos de longo prazo (pelo menos dois anos) na dimensão física, mental, intelectual ou sensorial (BRASIL, 2011). Segundo o último Censo Demográfico realizado no Brasil, em 2010, cerca 23,9% da população brasileira refere algum tipo de deficiência, tendo especificamente a deficiência física 5 milhões de indivíduos do sexo masculino (IBGE, 2010).

Visto a dimensão do quantitativo dessa condicionante, é necessário destacar que a deficiência traz impactos na qualidade de vida do indivíduo e influencia para que este ressignifique suas práticas, seu convívio social e sua relação com o corpo e mente. Em relação ao homem, este terá que conviver com essa condição que por vezes remete ao que o modelo de masculinidade hegemônica se distancia, envolvendo a fragilidade, dependência e vulnerabilidade.

Por fim, todas as vulnerabilidades, sob o enfoque à saúde masculina, com destaque aos trabalhadores de atividades perigosas (portuários e caminhoneiros) e pessoas com deficiência, precisam de uma atenção à saúde diferenciada pelos profissionais de saúde. Apenas a partir da ampliação do acesso dessa população às ações de promoção, prevenção, reabilitação e fortalecimento de políticas públicas específicas de saúde, de educação, de proteção social, trabalho e emprego, poder-se-á obter a integralidade e a equidade da atenção à saúde masculina.

2.1.4 Intervenções de Enfermagem direcionadas aos homens Adolescentes

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que se considere o homem numa perspectiva relacional de gênero, destacando-se a relevância de centralizar

as ações de saúde no comportamento de homens adolescentes. Compreender as questões de gênero e os modelos hegemônicos de masculinidade podem favorecer as intervenções de enfermagem nas ações voltadas à paternidade precoce, à prevenção de IST's, bem como, à construção de identidades sexuais (GOMES, 2008). Portanto, desconsiderar a saúde de homens adolescentes pode acarretar enormes custos para a sociedade.

Durante a adolescência, etapa de vida na qual os sujeitos tornam-se mais vulneráveis a influências externas, os padrões hegemônicos de masculinidade impõem normas de comportamento, das quais dificilmente os adolescentes conseguem fugir, sob pena de se sentirem inadequados, não serem aceitos ou até mesmo serem rechaçados publicamente em seus grupos de convivência.

A socialização dos homens adolescentes são influenciadas por modelos de masculinidade que se baseiam na ideia da invulnerabilidade, força e virilidade, características incompatíveis com fraqueza, medo, ansiedade, insegurança, atributos tidos como femininos. Destarte que estes comportamentos são reproduzidos e/ou reforçados durante a idade adulta o que dificulta as ações de autocuidado a saúde, pois há uma cristalização da ideia de que o cuidado vincula-se à esfera das mulheres; e o homem, em geral, "não foi muito criado para se cuidar".

Os adolescentes são um grupo sócio culturalmente vulnerável, por se constituírem no principal grupo de risco para mortalidade por homicídio na população brasileira, com ênfase em afrodescendentes, que residem em bairros pobres ou nas periferias das metrópoles, com baixa escolaridade e pouca qualificação profissional (BRASIL, 2008). Além disso, a adolescência é um período de intensas modificações físicas, psicológicas, comportamentais e sociais, o que acarreta exposições variadas a diversas situações de risco, em especial no que tange ao uso de substâncias nocivas à saúde, como álcool e drogas, bem como a adoção de comportamentos sexuais de risco, como sexo desprotegido, sem uso de preservativo (ALMEIDA, HARDY, 2007).

Os adolescentes devem ser assistidos diante de suas necessidades e projetos de vida, e não apenas segundo a percepção do profissional de saúde (ALMEIDA, HARDY, 2007). A eles devem ser disponibilizadas informações e métodos contraceptivos, bem como deverá ser garantido o seu acesso e acessibilidade aos serviços de saúde, assim como um atendimento de qualidade guiado pelos princípios de equidade e integralidade do cuidado, respeitando suas escolhas, sua privacidade e autonomia (ALMEIDA, HARDY, 2007).

Vale ressaltar que os adolescentes também precisam ser reconhecidos como sujeitos dos direitos sexuais e reprodutivos. Atenção especial deverá ser alocada aos indivíduos na qual a sua vida sexual e reprodutiva poderá estar imersa em preconceitos (BRASIL, 2008). A estes indivíduos, deverá ser garantido atendimento focalizado em seu contexto, bem como o seu acompanhamento a centros específicos de saúde, garantindo os seus direitos.

Além dos problemas clássicos enfrentados por homens nesta fase de vida, é

necessário também repensar seu papel e participação no planejamento reprodutivo, não pensando a paternidade apenas do ponto de vista legal, mas sim como um direito, desde a decisão de ter ou não filhos, como e quando tê-los, bem como do acompanhamento da gestação, do parto, do pós-parto e da educação da criança (ALMEIDA, HARDY, 2007). Assim, na eventualidade de uma gravidez, o importante é assegurar condições para que a paternidade seja vivenciada de modo responsável e integral e não apenas como algo a ser evitado (ALMEIDA, HARDY, 2007; BRASIL, 2008).

2.1.5 Intervenções de Enfermagem direcionadas aos homens Idosos

O mundo vem observando um aumento modesto na proporção de pessoas com 60 anos ou mais, nas últimas seis décadas, da ordem de 2%, ampliando de 8% para 10% da população global. Porém, no futuro, espera-se que em 40 anos, 22% da população total tenha pelo menos 60 anos de idade, ampliando de 800 milhões para 2 bilhões de pessoas. No Brasil, entre 1980 e 2000 a população brasileira com 60 anos ou mais cresceu em 7,3 milhões de pessoas. Acredita-se que até 2025 o país esteja em sexto lugar no mundo, em número de idosos (ANDRADE, 2017). Quanto à prevalência das doenças constata-se que aproximadamente 75% das enfermidades e agravos dessa população estão centradas nas patologias cardiovasculares, urológicas, saúde mental, gastroenterologias e pneumologia. Entre os principais fatores de risco para a morbimortalidade das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) estão o tabaco, a má alimentação, o sedentarismo, a hiperglicemia, os níveis alterados de pressão arterial e a obesidade (ABREU, 2017).

A entrada na vida adulta e o percurso até a velhice representam uma etapa da vida que é aberta a mudanças notadas em série e organização de fatos que decorrem de determinados momentos da vida que são marcados por perdas e declínios, além dos ganhos, aquisições e conquistas. Na velhice, os homens são levados a se confrontar com a própria vulnerabilidade, sobretudo porque nessa etapa do ciclo de vida muitos são levados a procurar ajuda médica diante de quadros de morbimortalidade, em geral crônica, que quando não tratados podem reduzir a capacidade funcional e a qualidade de vida dos sujeitos (BARRETO, 2006).

Este quadro se grava, ainda mais, entre homens idosos, visto que muitos, ao longo da vida, não adotaram ações preventivas ou de tratamento precoce para as enfermidades, justificando em parte, a menor esperança média de vida desses sujeitos quando comparado as mulheres, contribuindo assim para a feminização da velhice (LIMA COSTA; VERAS, 2003; BARRETO, 2006).

Neste sentido, ações de educação em saúde, devem ser adotadas ao longo da vida e reforçadas na velhice, dado as complicações advindas do processo natural de envelhecimento (LIMA COSTA; VERAS, 2003). Ações focadas no cuidado da saúde de homens, com destaque para o cuidado e prevenção de Doenças

Crônicas degenerativas, como diabetes, hipertensão arterial, obesidade, sarcopenia, Alzheimer, Parkinson; manutenção da cognição e melhorias da capacidade funcional, visando autonomia e independência do sujeito, são condições indispensáveis para o envelhecimento saudável (BARRETO, 2006).

Recentemente, a sexualidade na terceira idade tem sido destacada na literatura, como eixo central no cuidado do sujeito (ROHDEN, 2011; DA SILVEIRA et al., 2011). Assim, o reconhecimento que o exercício da sexualidade não é necessariamente interrompido com o avanço da idade (BRASIL, 2008), sendo ela uma importante dimensão da vida subjetiva, afetiva e relacional das pessoas é importante à saúde de homens idosos. Neste sentido, trabalhar com ações educativas e de promoção de saúde no campo da sexualidade se faz importante, dado os alarmantes aumentos na prevalência de Infecções Sexualmente Transmissíveis, como sífilis e HIV, entre os indivíduos nesta faixa etária da população (DA SILVEIRA et al., 2011).

Novas estratégias de saúde precisam ser adotadas pela Atenção Básica visando à saúde do indivíduo idoso, tais como o desenvolvimento de ações voltadas para o acolhimento, o estímulo em atividades de inclusão social e digital, reabilitação, prática de atividade física, ações preventivas direcionadas a saúde sexual e a oferta de serviços que possibilitem o atendimento as diversas especificidades deste grupo, que vão além do modelo tradicional de cuidado a população idosa, voltadas a cura e tratamento de enfermidades (DA SILVEIRA et al., 2011).

Assim, o desenvolvimento de um novo olhar acerca do indivíduo que envelhece e suas necessidades se faz necessário, dado o novo perfil de idosos que tem crescido no país, promoção de interação social e intergovernacional são exemplos de novas práticas em saúde, voltada para o bem-estar e a qualidade de vida visando a promoção de saúde entre os idosos e manutenção da sua capacidade funcional (RIBEIRO et al, 2017).

O envelhecimento populacional é uma realidade irreversível a nível mundial que provoca grandes desafios à Saúde Pública, que requer uma adequação tanto estrutural quanto educacional, que atendam às necessidades do idoso e a falta de profissionais capacitados para trabalhar com essa população, sendo necessário que ocorra uma reorientação da formação dos profissionais de saúde para atender a esse público específico (RIBEIRO, 2017, VAZ et al, 2018).

2.1.6 Intervenções de Enfermagem direcionadas aos homens gays, bissexuais e homens que fazem sexo com outros homens (HSH'S)

Pensar a vulnerabilidade à saúde de homens gays, bissexuais e homens que fazem sexo com outros homens é fazer pensar a própria invisibilização das ações de atenção à saúde que vem sendo empregadas, que se mostram seletivas, excludentes, e fortemente configurada a partir da lógica da heterossexualidade compulsória e do reforço ao estigma do HIV/AIDS e das Infecções Sexualmente Transmissíveis,

fazendo com que as ações/estratégias em saúde se tornem limitadas e reduzidas a este foco (BRASIL, 2016).

Partindo desse pressuposto, é que se busca chamar a atenção das (os) profissionais de Enfermagem a pensarem o modo como vem produzindo o cuidado em contemplação as multiplicidades de construções do masculino, tal qual das diversidades sexuais e de gênero presentes no campo social/humano. Com isso, faz-se mister a reflexão sobre a importância de buscar desenvolver planos de cuidado horizontalizados, transversais, integrativos, que deem conta de incluir e reconhecer as singularidades e especificidades que serão demandadas.

A homofobia e a bifobia, tem estado ainda impregnada nas práticas profissionais de saúde, potencializando vulnerabilidades, que impactam diretamente na condição de saúde, na qualidade de vida, no desenvolvimento físico, da saúde mental e espiritual das pessoas. Tais fenômenos, também tem provocado prejuízos à qualidade do trabalho, ao acesso à educação, previdência, justiça, devendo ser urgentemente ser combatida através de ações de governança intersetorial junto aos departamentos de saúde, nas mais distintas esferas, assim como junto à sociedade (BRASIL, 2016).

Seguindo esse pensamento, a presença da homofobia e bifobia institucional, somada ao fato da não atribuição do cuidado como sendo um elemento presença na prática social masculina, contribuem para o afastamento desses usuários dos serviços de saúde, fazendo com demandas se tornem ocultas e que agravos futuros sejam gerados. Mediante a ocorrência desse contexto, as (os) profissionais de Enfermagem devem estar imbuídas (os) na produção e advocacia pela implementação de um cuidado acolhedor, com implementação de ações que promovam o autocuidado, promova melhoria da qualidade de vida e respeite e valorize às diversidades sexuais e de gênero.

Homens gays, tem recebido oferta de cuidados ainda tímidas, centradas no eixo das IST e do HIV/AIDS, carecendo de ampliação por parte da oferta de assistência da equipe de Enfermagem (MOSCHETA, FEBOLE, ANZOLIN, 2016). Aspectos como as práticas afetivas, relacionais e sexuais devem ser incorporadas com maior amplitude de modo a reduzir a possibilidades de desconhecimentos e mitos. Neste sentido, incluir das intervenções de Enfermagem os cuidados direcionados com o sexo anal, bem como os cuidados necessários à realização de lavagens coloretais, muito frequentemente denominadas como “*chucã*”, assim também como preocupação como o uso adequado e seguro de brinquedos, objetos e outros dispositivos eróticos, e demais práticas sexuais como o “*fisting*”, “*scať*”, “*fart*” “*golden shower*” deve se tornar pauta da consulta de Enfermagem.

A inclusão de intervenções que buscam levantar situações que intensifiquem a possibilidade do surgimento de vulnerabilidades, como no uso progressivo de álcool e outras drogas, e as possíveis interações entre as mesmas. Além disso é importante reconhecer a possibilidade da existência da prática do “*chemsex/sex nonstop*”, que se configura na realização de sexo prolongado sob o efeito de substâncias psicoativas

variadas, denominadas no Brasil como “*ficar na função*”, “*F1*”, “*TK*”, que de algum modo deve gerar atenção por parte dos profissionais de Enfermagem, haja vista a possibilidade da ocorrência da prática do sexo sem proteção e do acometimento cardio e cerebrovascular.

Importa também saber, que frequentemente homens gays, podem socializar-se em meios digitais com fins no estabelecimento de interação social e sexual, a exemplo dos aplicativos de relacionamento gays (a exemplo do *Grindr*, *Scruff*), que tem se constituído um expressivo ambiente em que muitos encontros representativos acontecem, significando um importante veículo produtor de expressões de masculinidades e de certa maneira de produção de práticas de (des)cuidado.

Além desse contexto, é fundamental que profissionais de Enfermagem estejam sensíveis a identificar vulnerabilidades à saúde mental, que se encontra fortemente demarcada pela presença do “*estresse de minorias*”, considerando a vivência contínua de situações de preconceito, discriminação e violências. Desse modo, deve-se atentar para o surgimento isolamento social e de sofrimento psíquico, tal como do aparecimento de agravos (ansiedade, depressão, disforias corporais, comportamento suicida), que poderão impactar diretamente na capacidade intelectual, para o trabalho, e outras. Não obstante, para além de intervenções específicas, não se pode esquecer de que as intervenções de Enfermagem devem alcançar a integralidade da atenção à saúde, buscando incluir outros focos que sejam pertinentes.

Pensando acerca da bissexualidade, contextos como deslegitimação, mitos, desrespeito e invalidação da identidade sexual, poderá ser vista como um contínuo no contexto vivenciado por homens bissexuais. Homens bissexuais, serão aqueles que se relacionam afetivo, sexual ou emocionalmente com pessoas do mesmo gênero que o seu e de um gênero diferente (quer sejam eles cisgêneros ou transgêneros), que podem também incluir a atração física, e não necessariamente estar relacionado com a consumação de uma relação, para ser bissexual, podendo ser este, um processo a longo prazo (TONI et al., 2018).

O fato é que estas circunstâncias têm provocado movimentos de estigmatização, em especial pelo questionamento às construções das masculinidades, sob o viés do olhar hegemônico, que busca localizar/encaixar em um polo/lugar específico, rígido e binário, uma demarcação sexual/afetiva, gerando assim uma função opressiva dividindo a homossexualidade e a heterossexualidade e que não devem ser compreendidas enquanto “*fase de experimentação*” ou “*conveniente e/ou inventada*”. Sendo assim, são lançadas provocativas como “*homem indeciso*”, “*não sabe o que quer*”, “*tem vida dupla*”, “*mantenedor de relações de aparência*”, “*confuso*” “*fica em cima do muro*” e até mesmo a manifestação de jargões jocosos e de cunho desrespeitoso, como, por exemplo: “*gay enrustido*” “*homossexuais que não se aceitam completamente*” “*enganador*”.

A segregação emergirá também como um processo gerador de vulnerabilidade, potencializada pelo ceticismo em especial por fazerem com que homens bissexuais

limitem a frequência de espaços sociais, de lazer e convivência e até mesmo retraiam no desenvolvimento de relações afetivas/conjugais, por força na punição socialmente construída ao exercício das sexualidades e do enquadramento às expectativas sociais, que pressiona para que esta população “*escolha um lado*”, afim de que se identifique enquanto gay ou heterossexual. Com isso, relações cada vez mais isoladas e confinadas, mantidas em segredos serão em grande escala, construídas/mantidas, como foco em evitar a temida “*exposição*”, restringindo as informações às famílias, amigos e até mesmo às pessoas significativas.

Tal problemática, implica em estimular que profissionais de Enfermagem avancem no cuidado prestado na perspectiva da bissexualidade, como forma de diminuir estranhamentos, romper com estereótipos e ampliar as possibilidades de promoção do bem-estar. Dessa forma, estar atenta (o) às especificidades como o cuidado dispensado à saúde sexual, reprodutiva, às sexualidades, deve ser pela equipe de Enfermagem, uma temática relevante a ser dispensada atenção.

Emergida no âmbito do contexto epidemiológico e da saúde coletiva dos estudos sobre a AIDS, a categoria HSH ascendeu, demarcando espaço de vulnerabilidade, haja vista o número elevado de casos da doença por parte dessa população, que autoafirmava tal categoria de exposição sexual, entrelaçadas também pela dificuldade no enquadramento e/ou definição às categorias bissexuais e homossexuais (BRIGOL, DOURADO, 2011). Neste sentido, questões como a prática de sexo anal, fará parte do contexto de saúde a ser problematizado e incluído na conduta clínica e assistencial da equipe de Enfermagem, assim como também da existência de práticas sexuais desprotegidas, pouco seguras, que possam conduzir à transmissão das IST/HIV/AIDS (LIMA et al., 2014).

Dessa maneira, a inserção de práticas profissionais como a promoção da Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP), que combina o uso de preservativos com o uso de medicamentos antes da exposição ao vírus do HIV, a Profilaxia Pós-Exposição ao HIV (PEP), que institui o uso de medicamentos antirretrovirais por pessoa após ter tido um possível contato com o vírus HIV em situações como violência sexual, relação sexual desprotegida, sem uso de caminho e mediante ao rompimento da mesma, acidentes ocupacionais com instrumentos perfurocostantes, e a realização de testes rápidos para detecção, devem ser implementados no âmbito no cuidado de Enfermagem (BRASIL, 2019).

No sentido de atender a essas prerrogativas, destaca-se a potencialidade da educação popular e da educação permanente em saúde, que se mostram importantes elementos reorganizadores das ações/programas e dos serviços.

2.1.7 Intervenções direcionadas aos homens trans e pessoas transmasculinas

Demarcadas pela transforbia, as vulnerabilidades de homens trans, abrem espaço para a intensificação de necessidades de saúde específicas e singulares.

Tais necessidades, deslavam-se em grande desafio contemporâneo para serviços, programas, profissionais e trabalhadores (as) no emprego de recursos constituintes dentro de uma rede de atenção, que não tem alcançado de modo satisfatório, o atendimento às questões requeridas pelos homens trans (SOUSA, IRIART, 2018).

Tal sistema transfóbico, tem contribuído para o fortalecimento de estigmas, negação de direitos sociais (especialmente os de saúde), que provocam os afastamentos desses homens/corpos (usuários) dos serviços. Além disso, há forte deslegitimação desses corpos e de suas experiências, que se soma à problemática da patologização (SOUSA, IRIART, 2018). Aos homens aos homens trans, ainda recaem a possibilidade da impressão de uma cobrança pela impressão de um modelo de masculinidade necropolítico, que ora invalida os corpos e as identidades humanas, ora reprime, condena, exotifica e reforça padrões ciscentrados, falocêntricos (centrados no pênis), hegemônicos (forte, bruto, rude, viril, sedutor, ativo sexualmente, infiel).

Em grande parte, os contextos vivenciados por homens trans, poderão estar demarcados por repertórios simbólicos, os itinerários terapêuticos em busca de cuidado à saúde, por exemplo. Poderão estar também entrelaçados por contextos que envolvem não só a pessoa, mas a família, o trabalho, a educação formal, dentre outros, que poderão se entrecruzar como dilemas gerados por marcos regulatórios e de controle como os legais, normativos, burocráticos, que impactam diretamente no desenvolvimento das transformações, ocorrendo-lhes de maneira mais lenta (BRAZ, 2019).

O surgimento dessas vulnerabilidades, deve suscitar uma preocupação emergencial com a busca pelo combate à transfobia estrutural e institucional, como forma de que barreiras existentes sejam superadas, como forma de garantir direitos, como sendo um processo dinamizador que transpõe a execução de medidas setorializadas, para àquelas que deem conta de garantir responsabilização pública, no que tange aos princípios ordenadores do SUS (SOUSA, IRIART, 2018).

Tal mudança de posição/condução, deve implicar em transformação das práticas profissionais em Enfermagem, além da reorientação de seus constructos e referenciais, que seja de cuidado ao corpo, quer seja na consideração das identidades. Considerando que são as (os) profissionais de Enfermagem aquelas (es) que mais intervêm no outro, no que diz respeito ao cuidado humano profissional, inclusive em situações mais íntimas, como no cuidado ao corpo nu, são necessárias que condutas assertivas, inclusivas e respeitadas sejam adotadas por parte desta categoria profissional.

Neste caso, reforça-se a necessidade de retirar os corpos de homens trans do espaço exclusivo do HIV/AIDS; além disso da compreensão das necessidades específicas demandas pela prática da hormonização (em especial das terapias autogeridas pelos homens trans, em suas residências, que podem não estarem sendo conduzidas de maneira adequada e segura); a sensibilidade na adequação focal, acolhimento e reconhecimento da passabilidade/construção identitária; a garantia

do uso do nome social; a atenção aos cuidados com a pele e a função postural e respiratória em função do uso dos “*Binders*”; no cuidado higiênico e seguro do uso dos “*Packer’s*”, “*Pump’s*” nas práticas sexuais; das especificidades da vagina de homens trans cirurgiados, tal como a diminuição da lubrificação, do aparecimento de fissuras, dor e desconforto durante as práticas sexuais, bem como da possibilidade do aparecimento de atrofia vaginal e ovários policísticos.

Inclui-se também uma atenção direcionada ao acesso aos espaços de destinados ao parto e puerpério; das estratégias de prevenção e enfrentamento ao estupro e demais formas de violência sexual; no cuidado seguro do uso do “*Minoxidil*” para crescimento dos pelos corporais; da atenção às práticas de modificação corporal, a exemplo dos processos de transgenitalização e demais modificações cirúrgicas (mamoplastia/mastectomia, histerectomia, salpingooforectomia bilateral, vaginectomia e masculinização da genitália externa; do acompanhamento dos processos transicionais e terapias hormonais; dos cuidados com a alimentação dos acompanhamentos clínicos.

Enquanto as equipes de Enfermagem não estiveram dando conta de reconhecer a existência de um corpo trans (híbrido), exposições a riscos, e até mesmo o afastamento desse público da oferta de cuidados, estará sendo uma realidade a continuar acontecendo. Neste sentido ressalta-se o fato de que corpos vaginados, não são necessariamente só de mulheres, assim também como o preservativo dito feminino, a mamografia, a ultrassonografia, o exame de coleta de material uterino, a gestação, não está para apenas às mulheres. Esses pontos, suscitam então uma reorientação das práticas em saúde.

Desse modo, importa destacar, a crucialidade por parte dos profissionais de Enfermagem, quanto ao exercício de garantir a efetiva e eficaz implementação dos princípios, diretrizes e ações da *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*, que se encontra em vigor no país desde o ano de 2009, como forma de comprometer-se com os preceitos essenciais da profissão, que deve ser o de prestar cuidados com garantia da qualidade, segurança (BRASIL, 2009).

Enquanto intervenções positivas no âmbito da Enfermagem, destacam-se a desconstrução de práticas/conduas heterocisnormativas e centradas; (des) patriarcalização e (des)binarização das normas de cuidado promoção de estratégias criativas de produção do cuidado; inserção e valorização do cuidado pautado nas construções sociais/relacionais de gênero; subjetivação e politização das práticas de cuidado corporal.

Ainda sobre essa temática, é importante frisar a iniciativa criada pela Rede Nacional de Pessoas Trans – Brasil, com a elaboração de uma cartilha de saúde do homem trans e pessoas transmasculinas, como forma de apontar questões-chaves para a promoção do cuidado/autocuidado à saúde por esta população, sendo este um importante dispositivo a ser utilizado por profissionais de Enfermagem em sua prática

de atuação (REDE NACIONAL DE PESSOAS TRANS – BRASIL, 2018).

2.1.8 Intervenções direcionadas aos homens ribeirinhos, do campo e das florestas, trabalhadores rurais e das águas

Dos países das Américas, o Brasil protagonizou o quadro de maior urbanização, que ocorreu a partir da década de 1940, onde a população rural totalizava cerca de 73%, intensificando nas décadas de 1970 e 1980, quando há um aumento no êxodo rural (SANTOS, 1993). Buscando confirmar essa realidade, destacam-se os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios realizada em 2015, onde a maior parte da população brasileira, 84,72%, vive em áreas urbanas, tendo somente 15,28% dos brasileiros nas áreas rurais, sendo que pouco menos da metade (46,7%) destas vivem em extrema pobreza (IBGE, 2012).

Uma variedade de estudos e dados estatísticos comprova que as pessoas residentes ou que trabalham no campo possuem condições de saúde menos favoráveis que a população de áreas urbanas, assim como, menor assistência à saúde devido diversas limitações, principalmente geográficas. Há de destacar também o saneamento ambiental, que segundo o IBGE (2012), apenas 36% dos moradores têm acesso à água tratada e menos de 25% a sistemas de coleta de esgoto adequados. Essas referências se estendem a todos que trabalham com a terra, como extrativistas, ribeirinhos, pescadores e raizeiros (BRASIL, 2018).

O Ministério da Saúde buscando implementar a equidade através de Políticas Públicas que contribuam com a melhora na saúde e qualidade de vida dessas populações vulneráveis (BRASIL, 2012, p. 6), criou a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFAs),

“À qual contempla as especificidades e as peculiaridades dessas populações, visando promover o acesso às ações e aos serviços de saúde, a redução de riscos e agravos à saúde decorrente dos processos de trabalho e das tecnologias agrícolas e a melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida (BRASIL, 2013, p. 20) ”

A área onde vivem as PCFA agrupa um contingente de mais de 29 milhões de brasileiros (IBGE, 2012). De acordo com os resultados preliminares do Censo Agropecuário de 2017, o Brasil possui um pouco mais de 15 milhões de pessoas ocupadas em estabelecimentos rurais, sendo que deste total, 81% é do sexo masculino. Portanto, a saúde do homem necessita de um olhar singular, cultural e comportamental, visando apontar lacunas e aprimorar condutas dos profissionais de saúde (IBGE, 2019).

É necessário destacar que a vida desses homens está intimamente relacionada com questões de vulnerabilidades, as quais possuem grandes reflexos no processo saúde doença, influenciando desde a alimentação até questões laborais, culturais e de exclusão social (PESSOA, 2010).

É imprescindível que os profissionais da atenção básica da saúde busquem formas de promoção à saúde desses homens. Entende-se promoção à saúde, como capacitação das pessoas e comunidades em prol da modificação dos seus determinantes de saúde, visando melhorias na qualidade de vida (CARTA DE OTTAWA, 1986).

Para isso, os profissionais de saúde, destacando-se o enfermeiro, devem conhecer as particularidades do meio social e do território, trabalhar em equipe, deter o conhecimento e evidenciar as práticas populares que estão fortemente enraizadas e representam o modo de vida dessas pessoas (GALVÃO; JANEIRO, 2013). Dessa forma, podem aplicar uma estratégia necessária, utilizando ferramentas de trabalho, que sejam dinâmicas e visem identificar as vulnerabilidades do sujeito e da comunidade, voltando-se para um modelo de saúde integral. Como exemplo, a Clínica Ampliada, com foco no homem, na sua família e no seu contexto social, pode incentivar, através de um vínculo entre profissional e usuário, a autonomia desse sujeito, assim como as práticas de autocuidado (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2012).

Essa abordagem para o trabalho com a saúde do homem do campo, floresta e das águas necessita de ações interdisciplinares e intersetoriais, para que os objetivos propostos pela política nacional possam ser garantidos e a saúde de fato seja realizada de forma integral (BRASIL, 2018). Salientando que relacionar a vulnerabilidade das pessoas e seus reflexos no processo saúde doença é atingir uma visão de dimensão estrutural. Na prática, compreender o conceito de vulnerabilidade pode proporcionar renovações nas estratégias adotadas pelos profissionais de saúde (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2012).

2.1.9 Intervenções direcionadas à homens negros, Quilombolas, Candomblé e outras religiões de matrizes afro-brasileiras

Nos últimos séculos a população negra esteve alijada do cuidado, devido ao regime escravagista da época que limitava o alcance de direitos fundamentais, subalternizava a vida das pessoas negras, negava o direito à saúde. Passado a colonização com a ‘falsa libertação’ da escravatura sem oferecer à população condições dignas de exercer a vida e a cidadania, assim contribuindo com a desigualdade social e produzindo uma realidade heterogênea para os grupos populacionais. (MATTOSO, 1988)

Segundo Molina (2016) Apesar do desenvolvimento econômico, o avanço das políticas sociais e a redução da pobreza, que alcançou as Américas nas últimas décadas permanece sendo a mais desigual do mundo, a população negra, bem como as populações indígenas continuam sendo desfavorecidas e apresentam os maiores índices de vulnerabilidade, sobretudo porque o racismo é um fenômeno que sua dinâmica é atualizada ao longo do tempo nas estruturas da sociedade e produz significados importantes sobre a história dos povos e das comunidades tradicionais.

Dados epidemiológicos do relatório da dinâmica demográfica da população negra brasileira (IPEA 2011) afirma que homens negros morrem mais de causas violentas do que homens brancos, apresentando uma taxa de 10% dos homens negros mortos anualmente, numa faixa etária de 15 a 29 anos, dado que quando comparado a homens brancos não chega a 4%. Em segundo lugar, também entre a população negra as mortes por causas externas, entre elas homicídio que, no período de uma década, entre 2006 e 2016, cresceu 23,1% entre homens negros, segundo o atlas de violência (2018), acidente de trânsito, afogamentos, suicídio e quedas, representando 24,3%, e por último as mortes por doenças cardiovasculares.

O estudo de Batista (2005) identificou na razão entre a taxa de mortalidade que os homens negros morrem três vezes mais do que brancos por tuberculose, causas mal definidas e outras causas. O último relatório do painel de indicadores do SUS (2016) afirma que no Brasil o racismo institucional afeta diretamente a saúde da população não branca, que tem de lidar com ameaças constantes à autoestima, desigualdade de oportunidades, e a frequência de exposição à violência.

Para Batista (2005) o adoecimento mental fator prevalente, comum entre a população negra aparece comumente ligado ao alto consumo de substâncias psicoativas e álcool por homens negros que pode estar associado a construção de estereótipos masculinos tóxicos. E se coloca como forma de condução do cerceamento de direitos contribuindo diretamente na baixa autoestima e no fortalecimento de uma masculinidade vulnerável.

Para as masculinidades negras é necessário se atentar, que o combate ao racismo, precisa apontar e direcionar a desconstrução da masculinidade hegemônica uma vez que tal construção tem elevado os índices de mortes violentas e contribuído diretamente para aumento as taxas de depressão e suicídio. Quanto a desigualdade de oportunidades, de acordo com o PNAD (2013) os índices de analfabetismo são maiores entre negros, apontando também para uma maior proporção de homens negros em trabalhos informais, o que deve se direcionar o olhar para a insegurança do mercado informal, bem como sua variabilidade e possibilidade de acidentes frequentes de trabalho, na tentativa de propor ações de saúde que incluam esses trabalhos informais como locais de produção de vida (IRIART, 2008).

Tradicionalmente os centros e as unidades de saúde se apresentaram durante toda a história como locais para atendimento à saúde, no entanto, de mulheres e crianças, para os homens negros houve uma maior procura por pronto-atendimento e farmácias, devido a ocorrência de agravos mais comuns, acidentes e a cronificação de problemas que são diagnosticados e tratados tardiamente isso decorrente do racismo institucional que impõe barreiras impossibilitando o incentivo ao autocuidado (KALCKMANN et al, 2007).

Com isso urge a necessidade de olhar para espaços que aglutinam com mais frequência homens negros (terreiros, quilombos, feiras, mercado informal, construção civil), como locais possíveis para a atuação de profissionais de saúde, entendendo

que acesso é também um problema muito decorrente, da falta de informação e da insuficiência das políticas públicas. Há uma importância em olhar esses outros espaços e buscar sentidos no território que, para homens negros são locais de produção de vida e deve, portanto, ser visto como potencial para a promoção de saúde.

É importante olhar para as realidades possíveis dentro do território apontando caminhos que façam sentido para as masculinidades negras e evidencie a valorização de sua relação com o cuidado à saúde, o olhar da atenção que produz sentidos na comunidade e que reverbera em assistência, aproximação e reorientação de práticas. A produção de outra relação sobre cuidado para os homens negros também pode estar expressa em sua relação de cuidado uns com os outros e aí evidenciando valores importantes presentes e vivos nas comunidades que resistem e ressignificam aos riscos e às iniquidades sociais, é na comunidade que o homem preto se toca, toca uns nos outros com cordialidade e se cuida.

Além de, na comunidade buscar incentivo para ações que apontem para a melhoria das condições de vida da família e dos outros companheiros de lida, aponte para uma construção de masculinidade que coexista nesse celeiro de práticas e a despeito das relações subordinadas produza resistência perfazendo sua masculinidade e conseqüentemente produzindo umas outras práticas no campo da atenção à saúde. É preciso apontar caminhos para se fazer saúde com a valorização do indivíduo, do lugar, do território, das relações e significados que cada um tem para construção da vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora pouco discutido, a vulnerabilidade à saúde de homens recebe elevada carga de invisibilidade, inclusive no que diz respeito à atenção à saúde, que carrega resquícios do modelo patriarcal e da construção social das masculinidades, pautadas na configuração hegemônica e tóxica. Neste sentido, faz essencial que problematizemos as condições sociais, comportamentais, de gênero, raça/cor, classe, cultura, geração no modo de produção e manutenção de vulnerabilidades, como forma de melhoras práticas possam ser adotadas pelos profissionais de saúde, em especial os da Enfermagem, que levam consigo competências e habilidades profissionais que possibilitam a realização da coordenação/gestão do cuidado em saúde.

Assim, ancorados nessa premissa, faz-se relevante que profissionais de Enfermagem se atentem para a necessidade de produzir cuidado direcionado às especificidades de saúde de homens, como forma de reduzir/eliminar barreiras, reduzir desigualdades, desconhecimento, iniquidades e promover/estimular o alcance de protagonismo, autonomia e empoderamento deste público, para a tomada de decisão acerca do exercício para o cuidado/autocuidado da saúde. Por fim, importa reiterar, o compromisso que deve ser assumido por estas (es) profissionais, no que diz respeito a garantia política do acesso aos recursos e tecnologias, disponíveis para que este

cuidado à saúde ocorra.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Grayce Alencar et al. O homem na atenção básica: percepções de enfermeiros sobre as implicações do gênero na saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 607-614, 2014.

ALMEIDA, Anecy de Fátima Faustino; HARDY, Ellen. Vulnerabilidade de gênero para a paternidade em homens adolescentes. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, p. 565-572, 2007.

ATLAS DA VIOLÊNCIA – 2018. IPEA e Federação Brasileira de Segurança pública, Rio de Janeiro - RJ; Junho de 2018

BARRETO, Sandhi Maria. Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p. 2009-2009, 2006.

BATISTA, EL. Masculinidade, raça cor e saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.10 n.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2005.

BATISTA, M. de A.; ARAÚJO, J. L. de; NASCIMENTO, E. G. C. do. Assistência à saúde das pessoas privadas de liberdade provisória: análise da efetividade do plano nacional de saúde do sistema penitenciário. *Arq. Cienc. Saúde UNIPAR, Umuarama*, v. 23, n. 1, p. 71-80, maio/ago. 2019

BEZERRA, Elizabeth Aline Ferreira; DE ALMEIDA JÚNIOR, José Jailson. O papel do enfermeiro na promoção à saúde do homem: o contexto das unidades básicas de saúde da cidade de macaíba/ RN. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 13, n. 2, 2014.

BIDINOTTO, DNPB, SIMONETTI, JP, BOCCHI, SCM. A saúde do homem: doenças crônicas não transmissíveis e vulnerabilidade social. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, n. 24, p. 2756, 2016. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02756.pdf Acesso em: 19 de julho de 2019

BITENCOURT, RS, GUIMARÃES, LBDM, SANTOS, PHD. Uma aplicação inclusiva da macroergonomia no setor industrial calçadista. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ERGONOMIA – ABERGO. Anais. Curitiba, Paraná, 29 de outubro a 02 de novembro.2006

BORYSOW, IC, CONILL, EM, FURTADO, JP. Atenção à saúde de pessoas em situação de rua: estudo comparado de unidades móveis em Portugal, Estados Unidos e Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 22, n. 3, p. 879-890, Mar. 2017 . Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017223.25822016>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Plano de Ação Nacional (2009-2011)**. Brasília, 2009.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. 48 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Qual é a diferença entre a PrEP e PEP. Brasília, 2019. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/faq/qual-e-diferenca-entre-prep-e-pep>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Temático Saúde da População Negra / Ministério da Saúde, Secretaria**

de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Articulação Interfederativa. - Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 82 p. : il. (Painel de Indicadores do SUS; v. 7, n. 10)

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de gestão estratégica e participativa. Departamento de Apoio À Gestão Participativa. **Política Nacional De Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis E Transexuais** / Ministério Da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica E Participativa, Departamento De Apoio À Gestão Participativa. Brasília: 1. Ed., 1. Reimp. Ministério Da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Homens gays e bissexuais: direitos, saúde e participação social** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Presidência Da República. **Lei nº 12.470, de 31 de agosto de 2011**. Altera os arts. 21 e 24 da Lei no 8.212, de 24 de julho de 1991, que dispõe sobre o Plano de Custeio da Previdência Social, para estabelecer alíquota diferenciada de contribuição para o microempreendedor individual e do segurado facultativo sem renda própria que se dedique exclusivamente ao trabalho doméstico no âmbito de sua residência Diário Oficial da União, 2011.

BRAZ, Camilo. Vidas que esperam? Itinerários do acesso a serviços de saúde para homens trans no Brasil e na Argentina. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 35, n. 4, e00110518, 2019 . Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00110518>.

BRIGNOL S, DOURADO I. Inquérito sociocomportamental sobre as práticas sexuais desprotegidas entre homens que fazem sexo com homens usuários da Internet. *Rev Bras Epidemiol [Internet]*. 2011 [acesso em 5 de setembro de 2014];14(3):423-34. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2011000300007

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & saúde coletiva**, v. 5, p. 163-177, 2000.

CALAZANS, GJ, PINHEIRO, TP, AYRES, JR. Vulnerabilidade programática e cuidado público: Panorama das políticas de prevenção do hiv e da Aids voltadas para gays e outros hsh no Brasil. **Revista Latinoamericana**. n. 29, p. 263-293, ago./ago., 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/n29/1984-6487-sess-29-263.pdf> Acesso em: 19 de julho de 2019.

CARMO, ME, GUIZARDI, FL. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00101417, 2018.

CARTA DE OTTAWA. In: 1ª **Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**. Canadá: Ottawa, 1986.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DO TRANSPORTE DO BRASIL (CNT). **Pesquisa CNT perfil dos caminhoneiros 2019**. Brasília: CNT, 2019. Acesso em: 28 de Jul de 2019. Disponível em: <http://cms.cnt.org.br/Imagens%20CNT/PDFs%20CNT/Pesquisa%20de%20Perfil%20dos%20Caminhoneiros/cnt-perfil-caminhoneiros-2019.pdf>

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DO TRANSPORTE DO BRASIL. **Pesquisa CNT- Perfil dos Caminhoneiros 2016**. Brasília: CNT, 2019. Acesso em: 28 de Jul de 2019. Disponível em: <http://www.cnt.org.br/Pesquisa/perfil-dos-caminhoneiros>.

CONNELL, R. W. **Masculinities: knowledge, power and social change**. University of California Press, Berkeley, Los Angeles, 1995.

DA SILVEIRA, Michele Marinho et al. Sexualidade e Envelhecimento: discussões sobre a AIDS. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 14, p. 205-220, 2011.

DAVIES, Jon et al. Identifying male college students' perceived health needs, barriers to seeking help,

and recommendations to help men adopt healthier lifestyles. **Journal of American College Health**, v. 48, n. 6, p. 259-267, 2000.

De Abreu, Sanmille Santos Santiago et al. **Prevalência de Doenças Crônicas não Transmissíveis em Idosos de uma Cidade do Interior da Bahia**. 2 Id on Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia. v.11, n. 38, p. 652-59. 2017 - ISSN 1981-1179 Edição eletrônica em <http://idonline.emnuvens.com.br/id>

DE SOUSA, E. F., et al. Trabalhador portuário e operação em porão: um estudo no ambiente portuário do Espírito Santo. **Revista Produção Online**, v. 19, n. 2, p. 430-448, 2019.

DOMINGUEL, P,S, GOMESLL, AMT, OLIVEIRA, D C. Representações sociais de homens sobre o ser homem e suas implicações para o HIV/AIDS. **Revenferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 8779, 2016. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v24n6/v24n6a03.pdf> Acesso em: 19 de julho de 2019.

eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; Carmem Regina Delziovo; Lucas

FEITOSA, R. M. M.; Vieira I V. V. G.; Cabral, S. A. R.; ANDRADE, D. S. DE; FREITAS, L. H. M. DE. Caracterização dos diagnósticos e psicotrpicos das pessoas privadas de liberdade. **Revista Enfermagem Atual InDerme**, v. 87, n. 25, 8 abr. 2019.

FIORATI, R. C, et al. População em vulnerabilidade, intersectorialidade e cidadania: articulando saberes e ações. *Saúde Soc* 2014; 23:1458-70.

GALVÃO, MTRLS, JANEIRO, JMSV. O autocuidado em enfermagem: autogestão, automonitorização e gestão sintomática como conceitos relacionados. **Rev Min Enferm**. v.17, n. 1, p. 225-230, jan/mar, 2013.

GOMES, NP. **Implicações da Masculinidade para a Saúde de Homens: uma análise sob a ótica de Gênero**. In:Reis A. Pereira A. Saúde de homens: conceitos e práticas de cuidados. Rio de Janeiro: Águia Dourada, 2017. p. 251-257

GOMES, R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, p. 825-829, 2003.

GOMES, R. Sexualidade masculina gênero e saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2008.

GUARIEIRO, LL, VASCONCELLOS, PC, SOLCI, M. C. Poluentes atmosféricos provenientes da queima de combustíveis fósseis e biocombustíveis: uma breve revisão. **Revista Virtual de Química**, v. 3, n. 5, p. 434-445, 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1984-6835.20110047>

GUSMÃO, PP, FERNANDES, RFD, REZENDE, RC, BONFIM,R.S, PORTO,YV. FERNANDES, LC, MOURA, LR. Perfil epidemiológico de uma população de usuários de drogas de Anápolis, Goiás. **Rev. Educ. Saúde**, v. 5, n.1, 2017.

HINO, P, SANTOS, JO, ROSA, AS. People living on the street from the health point of view. **Rev Bras Enferm** [Internet], v. 71, Suppl. 1, p. 684-92, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0547>

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Síntese dos Indicadores de 2015**. Rio de Janeiro: IBGE; 2016.

IBGE. **Censo Agropecuário 2017**. Rio de Janeiro: IBGE, 2018.

IBGE. **Censo Brasileiro de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010:**

Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. [página da internet] [acessado 2019 jul 28]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_religiao_deficiencia/caracteristicas_religiao_deficiencia_tab_gregioes_xls.shtm

IPEA. **COMUNICADOS DO IPEA: dinâmica demográfica da população negra brasileira nº 91, 12 de Maio de 2011.** IPE, 2011.

IRIART, JAB. et al. TEMAS LIVRES: Representações do trabalho informal e dos riscos à saúde entre trabalhadoras domésticas e trabalhadores da construção civil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(1):165-174, 2008.

KALCKMANN, S. et al; Racismo Institucional: Um desafio para Equidade no SUS. **Saúde Soc.** São Paulo, v.16, n.2, p.146-155, 2007.

LIMA, Diego Jorge Maia et al . Comportamentos e práticas sexuais de homens que fazem sexo com homens. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 67, n. 6, p. 886-890, dez. 2014 . Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670604>.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; VERAS, Renato. Saúde pública e envelhecimento. 2003.

LOBO, LMGA et al. Vulnerabilidade feminina para infecções sexualmente transmissíveis durante visita íntima. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 11, n. 8, p. e653, 6 abr. 2019.

MATOS, M. A. **Atenção à Saúde da População Masculina em Situação de rua: Desafios Atuais e Proposta de Intervenção.** In: REIS, A. Pereira A. Saúde de homens: conceitos e práticas de cuidados. Rio de Janeiro: Águia Dourada, 2017. p. 307-318.

MATOS, M. A. **Atenção à Saúde de Caminhoneiros: Subsídios para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.** In: REIS, A. Pereira A. Saúde de homens: conceitos e práticas de cuidados. Rio de Janeiro: Águia Dourada, 2017. p. 297-306.

MATTOSO, KQ. **Ser escravo no Brasil.** São Paulo: Brasiliense, 1988.

MEDEIROS, CRS, CAVALCANTE, P. A implementação do programa de saúde específico para a população em situação de rua - Consultório na rua: barreiras e facilitadores. **Saude soc.**, São Paulo , v. 27, n. 3, p. 754-768, Sept. 2018 . Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902018170946>

MESQUITA, MGR. et al. Gerência do cuidado de enfermagem ao homem com câncer. J. res.: fundam. **Care (online)**, v. 7, n. 3, p. 2949-2960, jul./set., 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750947022.pdf> Acesso em: 19 de julho de 2019

MORAIS, I. M. Vulnerabilidade do doente versus autonomia individual. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2010; 10 Suppl 2:S331-6

MORENO, C. R. D. C. Vínculos empregatícios, condições de trabalho e saúde entre motoristas de caminhão. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, 16(2), 153-165, 2016.

MOSCHETA, FEBOLE, ANZOLIN. Visibilidade seletiva: a influência da heterossexualidade compulsória nos cuidados em saúde de homens gays e mulheres lésbicas e bissexuais. **Sau. & Transf. Soc.**, ISSN 2178-7085, Florianópolis, v.7, n.3, p.71-83, 2016. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/4318/4649>

NASCIMENTO, L. G., BANDEIRA, M. M. B. Saúde penitenciária, promoção de saúde e redução de danos do encarceramento: Desafios para a prática do Psicólogo no sistema prisional. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 38, n.spe.2),p. 102-116, 2018. <https://doi.org/10.1590/1982-3703000212064>

PAIVA, I. K. S. et al. Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. *Ciência & Saúde Coletiva*. v, 21, n. 8, p. 2595-2606, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2016.v21n8/2595-2606/pt> Acesso em: 19 de julho de 2019.

PAULON, S.M.; ROMAGNOLI, R.. Quando a vulnerabilidade se faz potência. *Interação em psicologia*, v. 22, n. 3, 2018.

PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS - 2013; Síntese de indicadores; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013; 2ª edição.

PESSOA, V. M. Abordagem do território na constituição da integralidade em saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde em Quixeré-Ceará. Dissertação de Mestrado (Saúde Pública). Departamento de Saúde Comunitária. Faculdade de Medicina. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2010. 296p

REDE NACIONAL DE PESSOAS TRANS – BRASIL. Cartilha – saúde do homem trans e pessoa transmasculina. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <http://redetransbrasil.org.br/wp-content/uploads/2018/03/Cartilha-Homens-Trans.pdf>

RIBEIRO, Wanderson Alves et al. Educação em saúde aos portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus na estratégia saúde da família. **Revista Pró-UniverSUS**, v.8, n.2, p. 110-12 2017, Rio de Janeiro.

ROHDEN, Fabíola. " O homem é mesmo a sua testosterona": promoção da andropausa e representações sobre sexualidade e envelhecimento no cenário brasileiro. **Horizontes Antropológicos**, v. 17, n. 35, p. 161-196, 2011.

SANTANA, Elizangela Nunes de et al. A atenção à saúde do homem: ações e perspectivas dos enfermeiros. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 324-332, 2011.

SANTOS, MA Urbanização Brasileira. São Paulo: Editora HUCITEC, 1993, 157 pag.

SILVA, ACLG. Prevenção e cuidados às doenças prevalentes em homens [recurso eletrônico] / Anne Caroline Luz Grudtner da Silva, Márcia Regina Kretzer, Nazaré Otília Nazario. -- Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2018.

SILVA, NEK. Imaginário social sobre o SUS e vulnerabilidade de homens ao acesso a diagnóstico e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis. RECIIS – RevEletronComunInflnov Saúde. n. 10, v. 1, jan./mar., 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/Marcio/Downloads/1041-3627-1-PB.pdf> Acesso em: 19 de julho de 2019.

SOARES, JFDS. et al. Percepção dos trabalhadores avulsos sobre os riscos ocupacionais no porto do Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 24, n. 6, p. 1251-1259, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000600006>

SOUSA D, IRIART J. "Viver dignamente": necessidades e demandas de saúde de homens trans em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2018; 34(10):e00036318. Disponível em: doi: 10.1590/0102-311X00036318

TONI, R et al. Aliança Nacional LGBTI (mandato 2016 a 2020). **Manual de Comunicação LGBTI+: substitua o preconceito pela informação correta**. Núcleo de Estudos Afro-Brasileiros - Universidade Federal do Paraná. 2018. Disponível em: <https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2018/05/manual-comunicacao-LGBTI.pdf>

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Centro de Ciências da Saúde. **Atenção Integral à Saúde das Populações do Campo, da Floresta e das Águas**. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família. Clínica ampliada [Recurso de Santa Catarina, 2012. 42 p. (Eixo 3 – A Assistência na Atenção Básica).

Vaz, Cesar Augusto Mendes et al. CONTRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO PARA A SAÚDE DO HOMEM NA ATENÇÃO BÁSICA. **Revista Iniciação Científica e extensão**, v. 1, n. 2, p. 122-6, 2018.

XAVIER, R.T.; LIMBERGER, J.; MONTEIRO, J.K.; ANDRETTA, I. Políticas públicas de atenção aos usuários de drogas no contexto brasileiro: revisão narrativa de literatura. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, v. 13, v. 1, 2018.

O GERENCIAMENTO DE RISCO NA REDUÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS E NO ALCANCE DA SEGURANÇA DO PACIENTE

Andréia Guerra Siman

Professora adjunta Universidade Federal de Viçosa, Avenida Peter Henry Rolfs, s/n - Campus Universitário, Viçosa - MG, 36570-900, Minas Gerais, Brasil.

Fernanda Batista Oliveira Santos

Professora adjunta Universidade Federal de Minas Gerais, Avenida Prof. Alfredo Balena, 190 - Santa Efigênia, Belo Horizonte - MG, 30130-100, Minas Gerais, Brasil.

Eliza Cristina Clara Alves

Estudante de graduação em enfermagem pela Universidade Federal de Viçosa, Avenida Peter Henry Rolfs, s/n - Campus Universitário, Viçosa - MG, 36570-900, Minas Gerais, Brasil.

Marilane de Oliveira Fani Amaro

Professora adjunta Universidade Federal de Viçosa, Avenida Peter Henry Rolfs, s/n - Campus Universitário, Viçosa - MG, 36570-900, Minas Gerais, Brasil.

RESUMO: O gerenciamento de risco é uma ferramenta essencial na tentativa de garantir medidas de prevenção de riscos nas instituições hospitalares, proporcionando um atendimento de qualidade em prol da segurança do paciente. Objetivo: relatar uma experiência sobre a qualidade, gerenciamento de risco e eventos adversos em um hospital de ensino. Trata-se de um relato descritivo sobre parte das atividades de um projeto de extensão realizado

em um hospital filantrópico credenciado como Hospital de ensino, localizado em Minas Gerais, Brasil. Foram realizadas capacitações com os gestores, técnicos, enfermeiros, supervisores de enfermagem, equipe de higienização e farmácia, em parceria com a Enfermeira da CCIH/Qualidade do hospital, voltadas para o Gerenciamento de Risco e notificações de Eventos Adversos. As capacitações abordavam a relação dos eventos adversos, segurança, notificação: tecnovigilância, hemovigilância, saneantes, farmacovigilância, com a finalidade de traçar medidas efetivas na resolução dos problemas apresentados pelas notificações e sua implicância para a segurança do paciente e do profissional. Houve um avanço em conhecimento e aumento de notificações de eventos adversos além de aprimoramento no gerenciamento de riscos. O gerenciamento de risco permitiu um impacto na melhoria da qualidade da assistência, introduzindo conhecimentos sobre segurança do paciente. Implicações para a Segurança do Paciente: Os erros relacionados à assistência na saúde são frequentes, principalmente no âmbito hospitalar, por isso, devemos reconhecer os riscos e os aportes hospitalares que podem auxiliar para a melhoria da assistência e viabilizar a segurança do paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Gerenciamento de Risco; Segurança do Paciente; Supervisão de

RISK MANAGEMENT IN ADVERSE EVENT REDUCTION AND PATIENT SAFETY REACHING

ABSTRACT: Risk management is an essential tool in the attempt to ensure risk prevention measures in hospital institutions, providing quality care for patient safety. Objective: To report an experience on quality, risk management and adverse events in a teaching hospital. This is a descriptive report on part of the activities of an extension project carried out in a philanthropic hospital accredited as a teaching hospital located in Minas Gerais Brazil. Training was conducted with managers, technicians, nurses, nursing supervisors, hygiene and pharmacy staff, in partnership with the CCIH / Quality Hospital nurse, focused on Risk Management and Adverse Event notifications. The training addressed the list of adverse events, safety, notification: technovigilance, hemovigilance, sanitizers, pharmacovigilance, with the purpose of drawing effective measures in solving the problems presented by the notifications and their implications for patient and professional safety. There has been an advance in awareness and increased reporting of adverse events as well as improved risk management. Risk management has had an impact on improving the quality of care by introducing knowledge about patient safety. Implications for Patient Safety: Healthcare-related errors are frequent, especially at the hospital level, so we must recognize the risks and hospital inputs that can help improve care and make patient safety feasible.

KEYWORDS: Risk Management; Patient safety; Nursing Supervision.

1 | INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta que milhares de pessoas sofrem danos à saúde anualmente. Muitas são as questões que devem ser problematizadas diante a este dado, uma vez que considerando somente o cenário hospitalar, um estudo desenvolvido em cinco países da América Latina mostra que pacientes que sofreram algum tipo de evento adverso (EA), 60% destes poderiam ser evitados, comprometendo a segurança do paciente (OMS, 2009).

A ocorrência dos EA é reconhecida como uma falha na segurança do paciente e podem ser analisados por meio do modelo do queijo suíço, o qual consiste em um modelo de barreiras, também chamado como a lógica da cascata, se adéqua a sistemas de alta tecnologia por suas camadas defensivas, como alarmes, indivíduos em ações finalistas ou controles administrativos com funções de proteger potenciais vítimas e situações do risco. As barreiras são como as fatias do queijo suíço com muitos buracos (SOUSA, 2006). Quando os buracos estão momentaneamente alinhados, permite-se que a trajetória do acidente venha a ocorrer. As ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde têm sido interesse crescente nas pesquisas e, cada vez mais difundidas nas organizações de

saúde, como prioridade mundial, na tentativa de diminuir a ocorrência do número de incidentes evitáveis. Quando ocorre um incidente é útil determinar se esse constituiu um EA, ou seja, se gerou dano ao paciente. Nos últimos anos, pesquisas sobre incidência, natureza e impactos dos EA têm contribuído para o conhecimento da magnitude do problema (SOUSA, 2006).

Nesta perspectiva, é impossível discutir a segurança do paciente sem considerar as esferas política e econômica. A situação da saúde brasileira urge em deficiências estruturais, processuais o que, por sua vez, mina a capacidade de intervir no processo saúde-doença com qualidade, podendo culminar em eventos com potencial de causar danos aos pacientes e prejuízos relacionados aos cuidados em saúde.

Entretanto, prevenir e reduzir riscos e danos aos pacientes é uma necessidade dos serviços de saúde, inclusive do ponto de vista ético, em especial o hospital, por ser a instituição que recebe o paciente em condição de saúde já abalada. Desta forma, o gerenciamento de risco é uma ferramenta essencial na tentativa de garantir medidas de prevenção de riscos nas instituições hospitalares, proporcionando um atendimento de qualidade em prol da segurança do paciente (FASSINI, HAHN; 2012).

Com as considerações apresentadas, o objetivo deste trabalho é relatar uma experiência sobre a qualidade, gerenciamento de risco e eventos adversos em um hospital de ensino.

2 | MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência sobre parte das atividades de um projeto de extensão. O projeto de extensão intitulado “Implantação do Processo de Acreditação Hospitalar e Segurança do Paciente em um Hospital Ensino” foi realizado em um hospital filantrópico, credenciado como Hospital de ensino, localizado em Minas Gerais, Brasil.

Para definição do cenário de estudo, levou-se em consideração ser um hospital zeloso pela a qualidade e segurança do paciente, participante da Rede de Hospitais Sentinela, e, portanto, possuir uma comissão de gerenciamento de riscos. Trata-se de um hospital filantrópico, vinculado com hospital de ensino, localizado na Zona da Mata de Minas Gerais, Brasil. Possui 116 leitos e média de 5.232 pacientes-dia ao mês. É um serviço de referência de uma microrregião composta por nove municípios e possui seis alas de internação

As atividades foram realizadas em novembro de 2015, com desenvolvimento de capacitações com os gestores, técnicos, enfermeiros, supervisores de enfermagem, equipe de higienização e farmácia, em parceria com a Enfermeira da CCIH/Qualidade do hospital, voltadas para o Gerenciamento de Risco e notificações de Eventos Adversos.

As capacitações duraram dois dias, em quatro encontros: dois para o plantão

diurno e dois para o noturno; e abordavam a relação dos eventos adversos, segurança, notificação: tecnovigilância, hemovigilância, saneantes, farmacovigilância, com a finalidade de traçar medidas efetivas na resolução dos problemas apresentados pelas notificações e sua implicância para a segurança do paciente e do profissional.

3 | RESULTADO E DISCUSSÃO

Para melhorar a segurança do paciente foi nomeado, pelo diretor administrativo, o Núcleo de Segurança do Paciente – NSP (uma comissão que desenvolve atividades de Segurança do Paciente na instituição) (BRASIL, 2013) composto por: nove enfermeiros, representantes de todos os setores; um técnico de enfermagem; um nutricionista; o coordenador da recepção; coordenador da manutenção; o farmacêutico e o gerente de apoio operacional. O NSP era coordenado pela enfermeira da CCIH e não havia um representante médico. Uma equipe multiprofissional é fundamental para atender o princípio de disseminação sistemática da cultura de segurança. Também não foram identificadas comissões afins atuando como membros consultivos do núcleo (NASCIMENTO, 2016).

As melhorias para alcançar a Acreditação se iniciaram em 2010 e a criação do núcleo ocorreu em 2013. A instituição manteve suas notificações, ações preventivas, educativas com foco nas queixas técnicas, e só em 2015 instituiu a ficha de notificação de EA internos.

A qualidade assistencial deve ser uma meta institucional em hospitais de pequeno e médio porte. Dentro desta perspectiva, o projeto foi desenvolvido em parceria com a enfermeira da gestão da qualidade, que ampliou para a participação de todos os enfermeiros do Hospital, com o objetivo de melhoria a assistência por meio do Processo de Acreditação Hospitalar e implantação do Núcleo de Segurança do Paciente. No momento da pesquisa, o referido hospital estava implantando o Processo de Acreditação pela metodologia ONA, porém enfrentava dificuldades em implantar todas as mudanças e descrição dos processos.

O projeto fortaleceu a implantação do Processo de Acreditação, a partir do relatório de diagnóstico da instituição, realizado pela ONA. As principais ações desenvolvidas foram atividades de capacitação às equipes envolvidas e realização de um plano de ação para a equipe de enfermagem alcançar os padrões de qualidade e segurança; Discussão dos processos junto à equipe e auxílio na implantação dos processos e mudanças solicitados pela ONA; Capacitação da equipe de enfermagem do Hospital em relação aos conceitos da qualidade; erros, ocorrências, eventos adversos e eventos sentinela; Auxílio no gerenciamento de riscos clínicos e não clínicos; Auxílio na descrição dos processos setoriais.

Estimava mais subsídios para o hospital alcançar a acreditação, e assim a melhoria da qualidade gerencial e assistencial, além de segurança ao paciente e ao

trabalhador. Almejava também, enriquecer a formação do aluno envolvido no projeto, para atuar como enfermeiro com princípios da qualidade. Com as ações realizadas houve um avanço em conhecimento e aumento de notificações de eventos adversos.

O gerente de riscos atualiza o registro das notificações no Sistema nacional de Notificação da Vigilância Sanitária (NOTIVISA). Resultados de estudos evidenciaram as instituições estão notificando EA, e a maioria usa sistema eletrônico (FRANÇOLIN, 2015). Além disso, estudo aponta que 50% das notificações de EA e queixas técnicas são provenientes da Rede Sentinela (BRASIL,2010).

Apesar da categoria do profissional notificador não se fazer obrigatória na instituição, o enfermeiro foi responsável por realizar a maior parte delas, o técnico de enfermagem não realizou nenhuma notificação, duas notificações foram realizadas pelo médico, e apenas uma pelo profissional nutricionista. De acordo com outros estudos no Brasil a respeito dessa temática, não houve registro do profissional responsável pela notificação em maioria delas, tendo os enfermeiros realizado (26,3%) das notificações, seguidos dos médicos (5,7%) (GÖTTEMS, 2016).

Das notificações apontadas no gráfico, os erros de medicações foram os eventos adversos de maior incidência, seguidos pela queda do paciente do leito. Em outro estudo de 2019, foi possível evidenciar a ocorrência de EA em medicamentos, sendo também o motivo mais frequente das notificações (FURINI, 2019).

Os erros relacionados à assistência na saúde são frequentes, principalmente no âmbito hospitalar, por isso, devemos reconhecer os riscos e os aportes hospitalares que podem auxiliar para a melhoria da assistência e viabilizar a segurança do paciente (OLIVEIRA, et al, 2014).

Para identificar os riscos e complexidade assistencial, os enfermeiros adotam algumas ferramentas como auditoria clínica, escala de Braden, NAS (Nursing Activities Score), Classificação Perroca, Escala de Norton, Classificação de Fugulin, TISS (Therapeutic Intervention Scoring System) dentre outras (FRANÇOLIN, et al, 2015). Na instituição, cenário do estudo, foram adotadas a escala de Braden, Escala de Norton e a Classificação de Fugulin.

Os resultados evidenciam que existem ações sendo desenvolvidas para melhorar o gerenciamento de risco, a segurança do paciente e a notificação de eventos adversos; uma perspectiva positiva iniciada após a RDC nº 36, a qual elenca o desenvolvimento de ações voltadas para a segurança do paciente (BRASIL, 2013).

4 | CONCLUSÃO

Houve um avanço em conhecimento e aumento de notificações de eventos adversos na instituição cenário do estudo, além de um maior envolvimento da equipe no que se refere à segurança do paciente, qualidade, acreditação e gerenciamento de risco. O gerenciamento de risco permitiu um impacto na melhoria da qualidade da

assistência, introduzindo conhecimentos para notificações de eventos adversos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 529, de 1 de abril de 2013. **Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**. Diário Oficial União. 2013; Seção1:43-4.

FASSINI P, HAHN GV. **Riscos à segurança do paciente em unidade de internação hospitalar: concepções da equipe de enfermagem**. Rev Enferm UFSM. N.2, v.2. p.290-299. 2012.

FRANÇOLIN, L.; GABRIEL, C.S.; BERNARDES, A.; SILVA, A.E.B.C.; BRITO, M.F.P.; MACHADO, J.P. **Gerenciamento da segurança do paciente sob a ótica dos enfermeiros**. Rev Esc Enferm USP. n. 49, v. 2. p. 277-283. 2015.

FURINI, Aline Cristina Andrade; NUNES, Altacílio Aparecido; DALLORA, Maria Eulália Lessa do Valle. **Notificação de eventos adversos: caracterização dos eventos ocorridos em um complexo hospitalar**. Rev. Gaúcha Enferm. v. 40, n. spe, e20180317, 2019.

GÖTTEMS LBD, SANTOS MLG, CARVALHO PA, AMORIM FF. **A study of cases reported as incidents in a public hospital from 2011 to 2014**. Rev Esc Enferm USP. v.50, n.5. p. 861-867. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Estratégias para segurança do paciente em hospitais e clínicas**. Brasília (DF): ANVISA; 2010

NASCIMENTO, S.J.; BARBIERI, A.R.; CHEADE, M.F.M. **Situação dos hospitais de referência para implantação funcionamento do Núcleo de Segurança do Paciente**. Cogitare enferm. v. 21, n.5. p.1-9. 2016.

OLIVEIRA, R.M., et al. **Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências**. Esc Anna Nery.n.18, v.1. p.122-9. 2014.

SOUSA P. **Patient safety: a necessidade de uma estratégia nacional**. Acta Med Port 2006;19:309-18.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Patient Safety. **The conceptual framework for the International Classification for Patient Safety**. Final Technical Report. Geneva: WHO; 2009.

PERFIL DIAGNÓSTICO DE PACIENTES ADMITIDOS EM TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA SEGUNDO A TAXONOMIA NANDA-I

Danilo Marcelo Araújo dos Santos

Universidade Federal do Maranhão
São Luís – Maranhão

Mirtes Valéria Sarmiento Paiva

Universidade Federal do Maranhão
São Luís – Maranhão

Leda Barros de Castro

Universidade Federal do Maranhão
São Luís – Maranhão

Alice Bianca Santana Lima

Universidade Federal do Maranhão
São Luís – Maranhão

Kezia Cristina Batista dos Santos

Universidade Federal do Maranhão
São Luís – Maranhão

RESUMO: Os Diagnósticos de Enfermagem (DE) compõem a segunda etapa do Processo de Enfermagem e consistem no julgamento clínico sobre a resposta de um indivíduo, uma família ou uma comunidade com relação a problemas de saúde reais ou potenciais/processos de vida. A utilização do DE na prática clínica é importante para a individualização do cuidado, possibilitando sua execução e a avaliação da atenção prestada embasada em um raciocínio clínico registrado de forma padronizada. Objetivou-se descrever o perfil dos diagnósticos de enfermagem dos pacientes recém-admitidos

na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, segundo a taxonomia NANDA. Trata-se de um estudo transversal, realizado com 47 crianças e adolescentes, logo após admissão em terapia intensiva. Os dados foram coletados de agosto a novembro de 2017, em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica de um Hospital Universitário. Foram identificados os diagnósticos de enfermagem mais frequentes nas primeiras 24 horas após admissão na UTI: risco de infecção (95,74%), ansiedade (78,72%), risco de úlcera por pressão (76,60%), integridade tissular prejudicada (70,21%), risco de constipação (65,95%), risco de aspiração (63,8%), risco de glicemia instável (63,82%), risco de integridade da pele prejudicada (61,70%), volume de líquidos excessivo (61,70%) e mobilidade no leito prejudicada (53,19%). A pesquisa possibilitou conhecer o perfil dos diagnósticos de enfermagem das primeiras 24 horas em terapia intensiva, o que embasará enfermeiros e gestores no planejamento dos cuidados de enfermagem na unidade desde as primeiras horas de internação na unidade.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica.

ABSTRACT: Nursing Diagnoses (ND) make up the second stage of the Nursing Process and consist of clinical judgment about an individual,

family or community's response to actual or potential health problems/life processes. The use of ND in clinical practice is important for the individualization of care, enabling its execution and the assessment of the care provided based on a standardized clinical reasoning. This study aimed to describe the profile of nursing diagnoses of patients recently admitted to the Pediatric Intensive Care Unit, according to the NANDA taxonomy. This is a cross-sectional study conducted with 47 children and adolescents shortly after admission to intensive care. Data were collected from August to November 2017 at a Pediatric Intensive Care Unit of a University Hospital. The most frequent nursing diagnoses were identified within the first 24 hours after ICU admission: risk of infection (95.74%), anxiety (78.72%), risk of pressure ulcer (76.60%), impaired tissue integrity (70.21%), risk of constipation (65.95%), risk of aspiration (63.8%), risk of unstable blood glucose (63.82%), risk of impaired skin integrity (61.70%), excessive fluid volume (61.70%) and impaired bed mobility (53.19%). The research allowed to know the profile of the nursing diagnoses of the first 24 hours in intensive care, which will support nurses and managers in the planning of nursing care in the unit since the first hours of hospitalization in the unit.

KEYWORDS: Nursing, Nursing Diagnosis, Pediatric Intensive Care Unit.

1 | INTRODUÇÃO

O Processo de Enfermagem (PE) é definido como a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando assistência ao ser humano, que nos possibilita identificar, compreender, descrever, explicar e/ou prever as necessidades humanas de indivíduos, famílias e coletividades, em face de eventos do ciclo vital ou de problemas de saúde, reais ou potenciais, e determinar que aspectos dessas necessidades exigem uma intervenção profissional de enfermagem (HORTA, 1979; GARCIA; NOBREGA, 2009).

O significado atribuído ao PE e o modo como ele é aplicado à prática profissional são dinâmicos, modificando-se ao longo do tempo e de acordo com os diferentes cenários da prática assistencial (GARCIA; NOBREGA, 2009).

Conforme o Conselho federal de Enfermagem, o PE organiza-se em cinco etapas – histórico de enfermagem ou coleta de dados, diagnóstico de enfermagem (DE), planejamento de enfermagem, implementação e avaliação (BRASIL, 2009).

No histórico de enfermagem, é coletado os dados relevantes para o enfermeiro identificar os problemas de enfermagem do paciente, que levam à identificação das necessidades do ser humano (HORTA, 1979). É uma fase que envolve análise, interpretação dos dados coletados, avaliação crítica e tomada de decisão (SOUZA; VALADARES, 2011).

Com base nesses dados serão definidos os diagnósticos de enfermagem, segunda etapa do PE, que consistem no julgamento clínico sobre a resposta de um indivíduo, uma família ou uma comunidade com relação a problemas de saúde reais

ou potenciais/processos de vida que fornecem a base para uma terapia definitiva, que busca alcançar resultados nos quais a enfermagem é necessária (HERDMAN, 2015).

O enfermeiro pode utilizar-se do PE na assistência à criança hospitalizada como um modelo metodológico para o desempenho sistemático de suas ações, por ser esse um instrumento tecnológico que favorece o cuidado, organiza as condições necessárias à sua realização e documentação da prática profissional (GARCIA; NOBREGA, 2009).

Para subsidiar a etapa da definição dos diagnósticos, a Taxonomia II da NANDA – I (North American Nursing Diagnosis Association) possui atualmente 234 diagnósticos de enfermagem, agrupados em 13 domínios e 47 classes. Cada diagnóstico apresenta componentes estruturais: o título, a definição, os fatores relacionados, características definidoras e ou fatores de risco (HERDMAN, 2015).

A identificação de um conjunto de diagnósticos de enfermagem pode direcionar a assistência de enfermagem em UTI e, uma vez traçado o perfil dos diagnósticos de enfermagem, espera-se que os enfermeiros estabeleçam cuidados específicos para cada necessidade identificada, porém individualizados. Um perfil diagnóstico analisa toda a estrutura do ser humano, abrangendo não somente os aspectos biológicos, mas os valores culturais, históricos e sociais, e os aspectos emocionais e espirituais que permeiam o indivíduo que se encontra hospitalizados e seus familiares (CHIANCA; LIMA; SALGADO, 2012).

As Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) foram criadas para prover um cuidado especializado e específico à criança com seu processo de saúde-doença alterado, propiciando um ambiente que busca constantemente o restabelecimento dessa condição, podendo contribuir para o desenvolvimento com qualidade de vida da criança e de sua família, cujo objetivo é salvar a vida de crianças mediante a realização de procedimentos complexos e invasivos aliados à utilização de tecnologias cada vez mais específicas, propiciando a cura de doenças, bem como favorecendo o pleno desenvolvimento de suas potencialidades (MOLINA et al., 2007; MOLINA et al., 2008).

Com base nas assertivas, questiona-se: Qual o perfil diagnóstico de enfermagem de crianças internadas em UTIP? O estudo tem como objetivo descrever o perfil dos diagnósticos de enfermagem, segundo a taxonomia II da NANDA-I dos pacientes recém-admitidos na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão e identificar os diagnósticos de enfermagem mais frequentes nos pacientes recém-admitidos na UTIP.

2 | MÉTODOS

Estudo transversal com abordagem quantitativa, realizado na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital Universitário Unidade Materno Infantil (HUMI) no

estado do Maranhão. Esta unidade possui capacidade instalada de dez leitos para o atendimento de crianças de 29 dias a 16 anos. A seleção deste setor se deu pelo fato do PE ter sido implantado desde o ano 2014 e, ainda, porque essa possui um número menor de leitos (10), o que permitirá trabalhar com a população e não apenas com uma amostra. Participaram da pesquisa 47 pacientes a partir dos critérios de inclusão com idades entre 29 dias até 16 anos e estar acompanhada por um responsável maior de idade.

A coleta de dados foi realizada no período de 24 de agosto de 2017 a 24 de novembro de 2017 após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão nº 2.221.539 do dia 16 de agosto de 2017 com os pacientes admitidos na UTIP, tendo sido realizada pelos pesquisadores.

O convite aos responsáveis dos pacientes para participação da pesquisa foi realizado individualmente a beira leito ou lugar reservado da unidade, respeitando estado emocional fazendo interrupções quando necessário até o estabelecimento emocional de cada indivíduo. Após esclarecimentos sobre a pesquisa, foram informados os objetivos e finalidades da pesquisa, riscos e benefícios, esclarecidas as dúvidas. Concedido o aceite do convite foi realizada a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Convidamos a criança e o adolescente a assentir em participar da pesquisa, por meio da leitura e assinatura do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE). Contudo, para todas as crianças acima de 28 dias até 5 anos, assim como para as crianças e adolescentes de 6 a 16 anos que, devido às condições clínicas ou cognitivas, não puderam assentir em participar da pesquisa, foi solicitado ao responsável legal que assinasse o TALE. Às demais crianças e adolescentes de 6 até 16 anos foi realizada a leitura do TALE e solicitado seu assentimento para participar da pesquisa. A coleta de dados foi realizada somente após a assinatura do TCLE e TALE, ambos em duas vias de igual teor, uma cópia ficou em poder do participante e responsável, onde dispõe o endereço e telefone do pesquisador para possíveis esclarecimentos ou desistência da pesquisa e a outra cópia ficou com a pesquisadora e permanecerá arquivada por 5 anos. A pesquisa garante o caráter sigiloso das respostas bem como o anonimato dos participantes. Foi informado ao participante o direito de retirar-se da pesquisa a qualquer momento, assegurando a inexistência de riscos.

Todos os participantes foram avaliados no próprio leito, por meio de entrevista, exame físico e consulta ao prontuário para obtenção de dados referentes a exames e procedimentos realizados. Foram utilizados como suporte a realização do exame físico: fita métrica, termômetro axilar digital, estetoscópio infantil, além de dados obtidos a partir de monitorização conforme rotina do setor.

Para coleta de dados utilizou-se o Histórico de Enfermagem (HE) da UTIP (SANTOS *et al.*, 2016). Esse instrumento foi construído com base em 14 evidências científicas com formulação dos tópicos e itens do HE embasados na Teoria das

Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta, segundo dimensões psicobiológica, psicossocial e psicoespiritual. Os sinais vitais, assim como o exame físico foram contemplados em cada necessidade, obedecendo ao método céfalopodálico e desenvolvido e estruturado em blocos: 1 Identificação, 2 Antecedentes, 3 História da Doença Atual, 4 Necessidades Psicobiológicas, 5 Necessidades Psicossociais, 6 Necessidades Psicoespirituais e 7 Outros dados relevantes e observações do Enfermeiro (SANTOS et al., 2016).

Os dados coletados e identificados foram avaliados e agrupados conforme julgamento do pesquisador considerando relação entre eles na mesma composição das características definidoras de possíveis diagnósticos, conduzindo para possíveis hipóteses diagnósticas e posterior formulação do DE. As informações sobre os diagnósticos formulados, segundo a publicação brasileira 2015 da classificação NANDA-I, incluindo diagnóstico real (título, definição, características definidoras e fatores relacionados), diagnóstico de risco (título, definição e fatores de risco), e diagnóstico de promoção da saúde e bem-estar (título, definição e característica definidoras) foram anotados em uma ficha individual (HERDMAN, 2015).

3 | RESULTADOS

A caracterização da UTIP refere à idade, sexo, acompanhante, procedência e clínica dos pacientes admitidos. O estudo demonstra mais incidência do sexo feminino 27 (57,50%) sobre o sexo masculino 20 (45,50%). Em relação à idade, a faixa etária que houve maior número de internação foi entre 1 a 4 anos totalizando 18 (38,30%) dos pacientes, seguidos de < 1 ano com 12 (25,50%), com idades 9 a 11 anos 8 (17,00%), 5 a 8 anos foram 6 (12,80%) pacientes e com idade ≥ 12 anos 3 (6,40%) dos pacientes internados. Quanto à patologia clínica ou cirúrgica, foram mais frequentes os pacientes cirúrgicos 29 (61,70%) sobre os clínicos 18 (38,30%). Observamos no estudo que a maioria dos acompanhantes 37 (78,70%) eram mães. Quanto à procedência do estado, a maioria era proveniente de outras cidades do estado 34 (72,30%).

Foram identificados, contando-se as repetições, 818 DE, distribuídos em 67 conceitos diagnósticos diferentes, pertencentes a 10 domínios da Taxonomia II da NANDA-I. Em média, cada paciente apresentou 12,2 diagnósticos no momento da admissão na UTIP.

Quanto ao perfil a unidade possui 25 DE pertencentes a 7 domínios da NANDA-I. Sendo identificados 22 DE nas crianças e 3 diagnósticos de enfermagem aos acompanhantes.

O domínio segurança/proteção foi o que apresentou maior número de DE, 11 no total, sendo os mais frequentes “risco de infecção” presente em 45 (95,7%) dos pacientes, seguidos de “risco de úlcera por pressão” 36 (76,60%), “integridade da

pele prejudicada” 33 (70,21%), “risco de aspiração” 30 (63,82%), “risco de integridade da pele prejudicada” 29 (61,70%).

O domínio 9 “enfrentamento/tolerância ao estresse” apresentou os DE “ansiedade” 37 (78,72%) e “medo” presente em 24 (51,06%) dos pacientes foi o segundo domínio de maior frequência.

O terceiro domínio “nutrição” apresenta como diagnósticos mais frequentes “risco de glicemia instável” presentes em 30 (63,82%) dos pacientes e “volume de líquidos excessivo” em 29 (61,70%) dos pacientes.

O domínio “eliminação e troca” apresentou os diagnósticos mais frequentes “risco de constipação” presentes em 31 (65,95%) dos pacientes.

O diagnóstico “mobilidade no leito prejudicada” 25 (53,19%) encontra-se no domínio “atividade e repouso” sendo o mais frequente dentro do domínio.

4 | DISCUSSÃO

Das 47 crianças e adolescentes estudados, 57,50% são do sexo feminino, porém outros estudos na cidade de Fortaleza e São Paulo, demonstraram que a maioria é do sexo masculino (SILVA, 2017).

Em relação a faixa etária, houve predomínio das idades 1 a 4 ano, dado semelhante foi encontrado em estudo de uma UTIP na cidade de Fortaleza onde observou o predomínio da faixa etária de 1 a 3 anos dos casos analisados (SILVA, 2017).

Em um estudo na UTIP e Neonatal do estado do Paraná em que a maioria dos acompanhantes também eram do sexo feminino, foi reiterado a proposta da permanência da mãe no hospital, que surgiu da necessidade da colaboração no processo de recuperação da saúde do filho, por meio do apoio emocional e segurança sentida pela criança por ter ao seu lado alguém de sua confiança (COLLET; ROCHA, 2004). Assim, entendemos que valorizar o vínculo pais-filho e a participação ativa da família nos cuidados à criança – cuidado centrado na criança e em ambos, na criança e na família é essencial a fim de minimizarem o estresse e os traumas da hospitalização (MELO; SANTOS; DURAM, 2014).

Quanto à patologia clínica, foram mais frequentes os pacientes cirúrgicos, esse dado justifica-se devido a UTIP do hospital estudado caracterizar-se por ser uma unidade mista que recebe pacientes com patologias clínicas e também em pós-operatório de diversas especialidades cirúrgicas em função da inexistência de sala de cuidados pós-operatórios para crianças. A monitorização imediata dos casos mais delicados nas primeiras horas pós-cirurgia é feita, portanto, na UTIP. Corroborando com um estudo de uma UTIP na cidade de Fortaleza onde observou que os motivos de internação das crianças na UTIP foram principalmente devido a procedimentos cirúrgicos dos casos estudados (SILVA, 2017).

A maior parte das internações são provenientes do interior do estado, devido ao HUMI ser um hospital público, de referência para todo o estado do Maranhão com atenção integral a saúde, além de contar com equipes altamente qualificadas.

O paciente crítico internado em UTI é dependente dos cuidados de enfermagem, apresentando necessidades biopsicossociais-espirituais comprometidas, o que torna necessário auxiliá-lo no atendimento às necessidades afetadas a partir do estabelecimento de prioridades, em que a enfermagem cuida do ser humano como um todo e não apenas das suas partes ou da doença que o acomete (SOUZA et al., 2010).

A identificação de um conjunto de diagnósticos de enfermagem pode direcionar a assistência de enfermagem a pacientes internados em UTI, fornecendo subsídios para a elaboração do plano de cuidados individualizado (GUEDES; ROSSATO; OLIVEIRA, 2015).

O domínio segurança/proteção apresentou o maior número de DE, bem como o diagnóstico “risco de infecção” com maior frequência. Dado semelhante foi encontrado em estudo realizado em UTIP de um hospital público em Campina Grande-PB em 2012, cujo DE mais encontrado foi “risco de infecção” (86,67%) (GUEDES; ROSSATO; OLIVEIRA, 2015).

Risco de infecção é definido como a vulnerabilidade à invasão e multiplicação de organismos patogênicos, que pode comprometer a saúde (HERDMAN, 2015). Tal fato se justifica devido a maior parte das admissões na UTIP desse período, ocorrerem após procedimentos cirúrgicos, refletindo os cuidados preventivos em relação ao paciente, outro fator também pode ser explicado face ao paciente internado apresentar exposição ambiental a patógenos aumentada, principalmente em UTI onde grande número de procedimentos invasivos são normalmente realizados (CHIANCA; LIMA; SALGADO, 2015). Os fatores de risco identificados nesse diagnóstico foram: procedimento invasivo, procedimento cirúrgico, leucopenia, diminuição da hemoglobina.

Os fatores de risco são fatores ambientais e elementos fisiológicos, psicobiológicos, genéticos ou químicos que aumentam a vulnerabilidade de indivíduo, família, grupo ou comunidade a um evento saudável (HERDMAN, 2015).

O DE “ansiedade” foi o segundo diagnóstico mais frequente. Localizado dentro do domínio 9 “enfrentamento/tolerância ao estresse”, este diagnóstico está presente, pois a família dos pacientes estavam presentes no processo de coleta de dados. A presença de um acompanhante durante o período de internação da criança é regulamentada pela implementação do Estatuto da Criança e Adolescente através da Lei nº8069/1990. Durante a internação em UTI os pais vivenciam períodos de preocupação, tristeza, insegurança, ansiedade e medo de morte; no entanto, pelo fato de poderem conviver com os filhos nessas unidades, sentem-se mais seguros e gratificados (MOLINA et al., 2007).

O terceiro DE mais frequente “risco de úlcera por pressão” pertence ao domínio segurança e proteção. É a vulnerabilidade à lesão localizada na pele e/ou tecido

subjacente, normalmente sobre saliência óssea, em consequência de pressão, ou pressão combinada com forças de cisalhamento (HERDMAN, 2015). O paciente crítico é mais propenso a desenvolver lesão por pressão, devido sedação, alteração do nível de consciência, suporte ventilatório, uso de drogas vasoativas, restrição de movimentos por um longo período de tempo e instabilidade hemodinâmica (PESTANA; VIEIRA, 2012).

Para facilitar a verificação da influência dos fatores mais comumente associados ao desenvolvimento de lesão por pressão utiliza-se a escala de avaliação de risco Braden com alto valor preditivo para o desenvolvimento de lesão por pressão, que permite uma avaliação de vários fatores relacionados à ocorrência da lesão e sua aplicação exige do avaliador um exame detalhado das condições de estado do paciente (BORGHARDTL et al., 2016). Os fatores de risco presentes nesse diagnóstico foram: escala de Braden $Q \leq 16$, período de imobilidade prolongado.

Na UTIP estudada é utilizada a escala de Braden Q, adaptada à pediatria, que avalia os riscos por meio de dois parâmetros: a intensidade e duração da pressão e a tolerância dos tecidos. A intensidade e a duração da pressão avaliam a mobilidade, a atividade e a percepção sensorial, e a tolerância dos tecidos avalia a umidade, o cisalhamento, a nutrição, a perfusão e a oxigenação dos tecidos (MAIA et al., 2011). Com o uso da escala de Braden, os enfermeiros podem avaliar o risco que o cliente tem em desenvolver a lesão, levando a sistematização da assistência (BORGHARDTL et al., 2016).

O DE “integridade tissular prejudicada” foi o quarto DE mais frequente encontrado, é definida como dano a membrana mucosa, córnea, tecido tegumentar, fáscia muscular, músculo, tendão, osso, cartilagem, capsula articular e/ou ligamento (HERDMAN, 2015). Dado semelhante foi encontrado num estudo numa UTIP de um hospital público em Campina Grande-PB em 2012, sendo um dos diagnósticos mais frequentes (26,27%) caracterizando-se principalmente pelo rompimento da superfície da pele, seja em decorrência de um trauma ou pelo desenvolvimento de úlceras por pressão (GUEDES; ROSSATO; OLIVEIRA, 2015).

O quinto DE mais frequente no estudo foi “risco de constipação” definida como a vulnerabilidade à diminuição na frequência normal de evacuação, acompanhada de eliminação de fezes difícil ou incompleta que pode comprometer a saúde (HERDMAN, 2015). Apresentou como fatores de risco: “motilidade gastrointestinal diminuída” e “agente farmacológico”.

A vulnerabilidade à entrada de secreções gastrintestinais, orofaríngeas, sólidos ou líquidos nas vias traqueobrônquicas, que pode comprometer a saúde, define o sexto DE “risco de aspiração”. Este mesmo diagnóstico também esteve presente em um estudo realizado em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica de um Hospital Universitário no interior do Estado de São Paulo em que esteve presente em 46,66% dos pacientes e justifica-se pela maioria das crianças utilizarem sondas gástricas ou enterais, seja para administração de dieta ou para minimizar o desconforto gástrico

em virtude da ventilação mecânica (MELO; SANTOS; DURAM, 2014).

Pacientes críticos têm maior risco para a entrada de secreções nas vias respiratórias devido a diversos fatores, tais como: gastroparesia, presença de tubo endotraqueal, nível de consciência reduzido e terapia farmacológica complexa. A aspiração de secreções está intimamente ligada à ocorrência de pneumonias aspirativas, que aumentam a mortalidade, o tempo de internação, duração da ventilação mecânica e dos custos do tratamento (BISPO et al., 2016).

O DE “risco de glicemia instável” aparece como o sétimo diagnóstico mais frequente. É definido como a vulnerabilidade à variação dos níveis de glicose/açúcar no sangue em relação a variação normal, que pode comprometer a saúde (HERDMAN, 2015). Apresentou como fatores de risco: “condição de saúde física comprometida” e “estresse excessivo”. O reconhecimento dos fatores de risco de glicemia instável e a instituição de medidas de prevenção podem contribuir para resultados positivos pelos quais os enfermeiros têm responsabilidade (TEIXEIRA et al., 2017).

“Risco de integridade da pele prejudicada” apareceu como o oitavo diagnóstico mais frequente. É definido como a vulnerabilidade à alteração da epiderme e/ou derme, que pode comprometer a saúde (HERDMAN, 2015). Esse diagnóstico apareceu com os fatores de risco: “pressão sobre saliência óssea” e “alteração no turgor da pele”. Dado semelhante foi encontrado em estudo realizado em UTIP de um hospital público em Campina Grande-PB, em que esse diagnóstico esteve presente em 40% dos pacientes estudados. A identificação deste diagnóstico contribui para o planejamento das intervenções de enfermagem necessárias, no intuito de prevenir e reduzir as incapacidades e recuperar a saúde (GUEDES; ROSSATO; OLIVEIRA, 2015).

O nono DE mais frequente foi “volume de líquidos excessivo”, localizado no domínio “nutrição”. É definido como retenção aumentada de líquidos isotônicos (HERDMAN, 2015). Apresentou como características definidoras; “hematócrito diminuído”, “dispneia” e “oligúria” e, como fator relacionado apresentou “mecanismo regulador comprometido”.

O DE “mobilidade no leito prejudicada” foi o décimo diagnóstico mais frequente no estudo, está localizado no domínio atividade/repouso, é definida como a limitação do movimento independente de uma posição para outra no leito (HERDMAN, 2015). Apresentou como característica definidora “capacidade prejudicada de reposicionar” e como fator relacionado o “agente farmacológico”. A mobilidade é um fator decisivo para a manutenção da independência do paciente, mas está frequentemente prejudicada devido as condições ortopédicas, cirurgia, trauma e dor. Entender como o sistema musculoesquelético afeta a mobilidade e como os aspectos psicossociais estão relacionados é crucial para o cuidado do indivíduo. Apesar dos pacientes estarem conscientes e muitas vezes não terem uma limitação aos movimentos impostos por sua capacidade física, em alguns casos o próprio tratamento deles exige o repouso e a limitação de certos movimentos (VOLPATO, CRUZ, 2007).

5 | CONCLUSÃO

Trabalhar com o DE não é tarefa fácil, talvez seja a etapa mais complexa do PE. Exige tempo, disponibilidade e conhecimento para maior precisão do raciocínio crítico permitindo assim que assistência prestada seja direcionada e específicas aos problemas reais ou de risco. Conhecer o perfil diagnóstico de uma unidade permite ao enfermeiro um conhecimento mais detalhado do quadro de saúde das crianças e facilita a utilização do Processo de enfermagem, tão imprescindível para a qualidade da assistência prestada.

A pesquisa possibilitou conhecer o perfil dos diagnósticos de enfermagem das primeiras 24 horas em terapia intensiva, o que embasará enfermeiros e gestores a planejarem os cuidados de enfermagem na unidade.

REFERÊNCIAS

BISPO, M. M. et al. Diagnóstico de enfermagem risco de aspiração em pacientes críticos. Esc. Anna Nery. 2016; n. 20, v. 2, p. 357-362.

BORGHARDT, A. T. et al. Úlcera por pressão em pacientes críticos: incidência e fatores associados. Rev Bras Enferm., n. 69 v.3, p. 460-7, 2016.

BRASIL. **Lei nº869 de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: Ministério saúde. 1 de julho de 1990.

CHIANCA, T. C. M.; LIMA, A. P. S.; SALGADO, P. O. **Diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva Adulto.** Rev Esc Enferm USP., v. 46, n. 5, p. 1102-1108, 2012.

COLLET, N.; ROCHA, S. M. M. **Criança hospitalizada:** mãe e enfermagem compartilhando o cuidado. Rev Latino-am Enfermagem., v. 12, n. 2, p. 191-7, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN-358 de 15 de outubro de 2009, dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem.** Brasília, 2009. Disponível: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 01 jul. 2019.

GUEDES, D. M. B.; ROSSATO, L. M.; OLIVEIRA, E. A. **Diagnósticos de enfermagem mais frequentes em uma unidade de terapia intensiva pediátrica.** Rev Enferm., v. 5, n. 3, p. 476-485, 2015.

GARCIA, T. R.; NOBREGA, M. M. L. **Processo de enfermagem:** da teoria à prática assistencial e de pesquisa. Rev Enferm., v. 13, n. 1, p. 188-193, 2009.

HERDMAN, T. H. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I:** definições e classificação 2015-2017. 10 ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem.** São Paulo: EPU; 1979.

LANETZKI, C. S. et al. **O perfil epidemiológico do Centro de Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital Israelita Albert Einstein.** Einstein., v. 10, n. 1, p. 16-21, 2012.

LUZ, J. H.; MARTINI, J. G. **Compreendendo o significado de estar hospitalizado no cotidiano de crianças e adolescentes com doenças crônicas.** Rev Bras Enferm., v. 65, n. 6, p. 916-921, 2012.

MAIA, A. C. A. R. **Tradução para a língua portuguesa e validação da escala de Braden Q para avaliar o risco de úlcera por pressão em crianças.** Rev Paul Pediatr. v. 29, n. 3, p. 406-414, 2011.

MELO, L. L.; SANTOS, M. S.; DURAN, E. C. M. **Unidade de terapia intensiva pediátrica: diagnósticos e intervenções de enfermagem mais frequentes.** Rev enferm UFPE. v. 8, n. (supl.1), p. 2342-9, 2014.

MOLINA, R. C. M. et al. **Caracterização das internações em uma unidade de terapia intensiva pediátrica, de um hospital-escola da região Sul do Brasil.** Cienc Cuid Saude. v. 7, n. 1, p. 112-120, 2008.

MOLINA, R. C. M. et al. **Presença da família nas unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal: visão da equipe multidisciplinar.** Rev Enferm Ana Nery. v. 11, n. 3, p. 437-444, 2007.

PESTANA, M. P.; VIEIRA, R. S. **Ações de enfermagem na prevenção de úlceras por pressão em UTI.** Revista Recien. v. 2, n. 5, p. 11-18, 2012.

SANTOS, D. M. A. et al. **A implantação do Histórico de Enfermagem em Terapia Intensiva Pediátrica.** Acta paul. enferm. [online]. v. 29, n. 2, p. 136-145, 2016.

SANTOS, D. M. A. et al. **A enfermagem baseada em evidências apoiando a construção do histórico de enfermagem: uma pesquisa bibliográfica.** Ciência, cuidado e saúde. v. 15, n. 3, p. 561-569, 2016.

SILVA, C. J. C. **Caracterização dos pacientes pediátricos internados em unidades de terapia intensiva: pesquisa de campo.** In: Anais da Mostra de Pesquisa em Ciência e Tecnologia 2017. Anais Fortaleza (CE) DeVry Brasil - Damásio - Ibmec, 2017. Disponível em: <<https://www.even3.com.br/anais/mpct2017/43999>>. Acesso em: 1 jul. 2019.

SOUZA, A. S.; VALADARES, G. V. **Desvelando o saber/ fazer sobre diagnósticos de enfermagem: experiência vivida em neurocirurgia oncológica.** Rev Bras Enferm. v. 64, n. 5, p. 890-7, 2011.

SOUZA, M. C. S. et al. **Perfil diagnóstico em Unidades de Terapia Intensiva adulto segundo teoria das Necessidades Humanas Básicas.** Rev Med Minas Gerais., v. 20, n. (supl. 3), p. 24-32, 2010.

TEXEIRA, A. M. **Risco de glicemia instável: revisão integrativa dos fatores de risco do diagnóstico de enfermagem.** Rev. Latino-Am. Enferm., v. 25, n. e2893, p. 1-12, 2017.

VOLPATO, M. P.; CRUZ, D. A. L. M. **Diagnósticos de enfermagem de pacientes internadas em unidade médico-cirúrgica.** Acta Paul. Enferm., v. 20, n. 2, p. 119-124, 2007.

PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS: UMA TECNOLOGIA APLICADA AO CUIDADO DE ENFERMAGEM EM GERONTOLOGIA

Lucimara Sonaglio Rocha

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Farroupilha

Santo Ângelo – Rio Grande do Sul

Andressa Peripolli Rodrigues

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Farroupilha

Santo Ângelo – Rio Grande do Sul

Neiva Claudete Brondani Machado

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Farroupilha

Santo Ângelo – Rio Grande do Sul

Margot Agathe Seiffert

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Farroupilha

Santo Ângelo – Rio Grande do Sul

Rita Fernanda Monteiro Fernandes

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Farroupilha

Santo Ângelo – Rio Grande do Sul

Marieli Terezinha Krampe Machado

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Farroupilha

Santo Ângelo – Rio Grande do Sul

Dóris Helena Farias

Universidade Federal do Rio Grande

Rio Grande – Rio Grande do Sul

Márcia Beatriz Do Carmo Gaita

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Farroupilha

Santo Ângelo – Rio Grande do Sul

Elizabet Marta Krebs

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Farroupilha

Santo Ângelo – Rio Grande do Sul

Edennis Alexandre Da Rosa Barbosa De Moraes

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Farroupilha

Santo Ângelo – Rio Grande do Sul

Marlene Teda Pelzer

Universidade Federal do Rio Grande

Rio Grande – Rio Grande do Sul

RESUMO: Com o aumento da expectativa de vida da população brasileira, torna-se um desafio à enfermagem instituir métodos assistenciais que visem à promoção e manutenção da qualidade de vida destes indivíduos. Assim, a aplicação do Processo de Enfermagem e a elaboração de protocolos assistenciais destacam-se como métodos que podem atender esta demanda. Desta forma, por meio deste, busca-se apresentar os protocolos de enfermagem como instrumentos adequados e válidos a serem utilizados na prática da enfermagem gerontológica, bem como, expor alguns aspectos ligados ao processo de elaboração e validação para que possam ser aplicados na prática clínica. Os protocolos mostram-se como instrumentos capazes de

colaborar com a prática clínica da enfermagem gerontológica norteando a identificação e manejo de aspectos ligados à capacidade funcional do idoso, de modo a preservar a sua autonomia e independência.

PALAVRAS- CHAVE: Pesquisa Metodológica em Enfermagem; Saúde do Idoso; Enfermagem.

ASSISTANT PROTOCOLS: A TECHNOLOGY APPLIED TO NURSING CARE IN GERONTOLOGY

ABSTRACT: With the increasing life expectancy of the Brazilian population, it becomes a challenge for nursing to institute care methods that aim to promote and maintain the quality of life of these individuals. Thus, the application of the Nursing Process and the elaboration of care protocols stand out as methods that can meet this demand. Thus, through this, we seek to present nursing protocols as appropriate and valid instruments to be used in gerontological nursing practice, as well as expose some aspects related to the process of elaboration and validation of them in clinical practice. The protocols are shown as instruments capable of collaborating with the clinical practice of gerontological nursing, guiding the identification and management of aspects related to the functional capacity of the elderly, in order to preserve their autonomy and independence.

KEYWORDS: Daily Activities; Hospitalization; Methodological Research in Nursing; Health of the Elderly; Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

O segmento de idosos na população brasileira apresenta taxas de crescimento de mais de 4% ao ano no período de 2012 a 2022. A população com 60 anos ou mais de idade passa de 14,2 milhões, em 2000, para 19,6 milhões, em 2010, devendo atingir 41,5 milhões, em 2030, e 73,5 milhões, em 2060. Espera-se, para os próximos 10 anos, um incremento médio de mais de 1,0 milhão de idosos anualmente. O rápido envelhecimento da população tem profundas implicações para indivíduos, famílias e sociedade, trazendo importantes desafios. Esse processo não deve ser considerado necessariamente como um problema, mas exige atenção para a discussão das formas de lidar com o fenômeno. Nesse contexto, a preocupação com as condições necessárias à manutenção da qualidade de vida das pessoas idosas tem crescido, e os temas relacionados a políticas públicas e a ações de proteção e cuidado específicos à pessoa idosa vêm adquirindo relevância (BORGES; CAMPOS; SILVA, 2015; BRASIL, 2016).

No documento Enfermagem gerontológica: conceitos para a prática (1993), a Organização Pan-Americana de Saúde define a enfermagem gerontológica como um serviço de saúde que incorpora conhecimentos de enfermagem especializados sobre o processo de envelhecimento, a fim de aumentar as condutas saudáveis e diminuir as perdas e limitações de saúde relacionadas ao ser idoso. Com o aumento

da expectativa de vida, torna-se um desafio, instituir métodos assistenciais que visem à promoção e manutenção da qualidade de vida da população idosa (LEMES; BACHION, 2016).

A aplicação do Processo de Enfermagem e a elaboração de protocolos assistenciais que auxiliem na organização das ações no processo de trabalho em enfermagem constituem-se em métodos que atendem essa proposta. Desta forma, por meio deste, busca-se apresentar os protocolos de enfermagem como instrumentos adequados e válidos a serem utilizados na prática da enfermagem gerontológica, bem como, expor alguns aspectos ligados ao processo de elaboração e validação para que possam ser aplicados na prática clínica.

2 | PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS: UMA TECNOLOGIA APLICADA AO CUIDADO

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) desponta com o objetivo de propor um modelo de assistência integral, contínuo, participativo, individualizado, documentado e avaliado, tendo o paciente como sujeito central do cuidado. O Processo de Enfermagem (PE) é parte integrante da SAE e pode ser definido como aplicação prática de um instrumento metodológico para organizar a assistência aos pacientes. É utilizado para favorecer o cuidado em relação à organização das condições necessárias para que este aconteça dentro de parâmetros específicos e baseado em conhecimento clínico metodológico (ALMEIDA *et al.*, 2011).

A Resolução nº 358/2009, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) considera o PE um instrumento metodológico que deve ser implantado em instituições de saúde pública e privada, a fim de orientar o cuidado do profissional de enfermagem e a documentação da prática profissional. O PE organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, quais sejam: coleta de dados de enfermagem (ou histórico de enfermagem), diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem. O PE deve estar baseado em um suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem; e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados (COFEN, 2009).

Os diagnósticos de enfermagem foram padronizados internacionalmente pela *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) e proporcionam aos enfermeiros uma linguagem comum, permitindo identificar as necessidades do paciente. Trata-se de um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais. Eles proporcionam a sustentação para a seleção de intervenções de enfermagem, a fim de atingir resultados pelos quais a enfermagem é responsável (SALLUM; SANTOS; LIMA, 2012; CESTARI *et al.*, 2015). Na representação dos conhecimentos

da ciência da enfermagem, a taxonomia oferece uma estrutura para uma linguagem padronizada de comunicação dos diagnósticos. Usando a terminologia da NANDA (os próprios diagnósticos), os enfermeiros conseguem se comunicar entre si e com profissionais de outras disciplinas de atendimento de saúde sobre “aquilo que” torna singular a enfermagem (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

O resultado de enfermagem refere-se a comportamento ou percepção mensurável, demonstrado por indivíduo, família, grupo ou comunidade, que responde à intervenção de enfermagem. A Classificação dos Resultados de Enfermagem (*Nursing Outcomes Classification - NOC*) é um sistema que pode ser usado para selecionar medidas dos resultados relacionadas ao diagnóstico de enfermagem. Define-se uma intervenção como qualquer tratamento baseado no julgamento clínico e nos conhecimentos, que um enfermeiro realiza para melhorar os resultados do paciente/cliente. A Classificação das Intervenções de Enfermagem (*Nursing Interventions Classification - NIC*) é uma taxonomia de intervenções abrangente e baseada em evidências, que os enfermeiros realizam em vários locais de atendimento (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Os protocolos são recomendações estruturadas com o propósito de orientar decisões de profissionais de saúde e/ou usuários a respeito da atenção adequada em circunstâncias clínicas específicas. Tais recomendações devem ter por base evidências científicas, na avaliação tecnológica e econômica dos serviços de saúde e na garantia de qualidade destes (CATUNDA *et al.*, 2017; ROSENFELD; SHIFFMAN; ROBERTSON, 2013). São considerados importantes instrumentos para o enfrentamento de diversos problemas na assistência e na gestão dos serviços (WERNECK, 2009).

Quanto à sua natureza, os protocolos podem ser clínicos e/ou de organização dos serviços. Os protocolos clínicos são instrumentos direcionadores da atenção à saúde dos usuários, apresentando características voltadas para a clínica, às ações preventivas, promocionais e educativas. Já os protocolos de organização dos serviços: são instrumentos a serviço da gestão dos serviços, abrangendo a organização do trabalho em uma unidade e no território, os fluxos administrativos contidos na proposta dos serviços em rede, os processos de avaliação e a constituição do sistema de informação, estabelecendo as interfaces entre as diversas unidades, entre os níveis de atenção (marcação de consultas, referência e contrarreferência) e com outras instituições sociais (WERNECK, 2009).

Protocolos clínicos são instrumentos direcionadores da atenção, voltados para a clínica e ações preventivas, promocionais e educativas. Referem-se ao enfrentamento de determinados problemas de saúde, por meio do emprego de conhecimentos e tecnologias eficientes e eficazes, respaldados nas evidências científicas (WERNECK, 2009). Desta forma, podem prever ações de avaliação/diagnóstica ou de cuidado/tratamento, como o uso de intervenções educacionais, de tratamentos com meios físicos, de intervenções emocionais, sociais e farmacológicas, independentes de

enfermagem ou compartilhadas com outros profissionais da equipe de saúde. Há princípios estabelecidos para construção e validação de protocolos de assistência/cuidado, como a definição clara do foco, da população a que se destinam, quem é o executor das ações, qual a estratégia de revisão da literatura e análise das evidências utilizadas. Um protocolo deve descrever também a forma de validação pelos pares, estratégias de implementação e a construção dos desfechos ou resultados esperados (PIMENTA *et al.*, 2015). Trata-se de uma das formas de utilizar a pesquisa na prática assistencial e pode ser considerado como um dos tipos de tecnologia existentes na área da saúde (BESSA, 2012).

Merhy (2000) classifica as tecnologias em saúde em três tipos: tecnologias leves: são as tecnologias relacionais, como aquelas da produção do vínculo, acolhimento, autonomização dos indivíduos; tecnologias leve-duras: considerada as tecnologias-saberes, representados pelas disciplinas que operam o processo de trabalho em saúde, tais como a clínica médica, a pediátrica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, e outras; e, as tecnologias duras: que são as máquinas-ferramentas, como equipamentos, aparelhos, normas e estruturas organizacionais. A importância que cada uma alcança depende de sua relação com o problema e a saúde do usuário e como esta for utilizada para solucionar a necessidade de saúde. De acordo com o exposto, os protocolos assistenciais de enfermagem e o processo de enfermagem podem ser classificados como tecnologia leve-duras, pois, envolvem todo o conhecimento e metodologias assistenciais na execução do cuidado (BESSA, 2012; THOFEHRN *et al.*, 2014).

De acordo com Pimenta *et al.* (2015), os protocolos são instrumentos legais, assim, dentro dos pressupostos relacionados à sua elaboração e utilização, estão: a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, a Resolução COFEN nº 159/93, a Resolução COFEN nº 195/97, a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 e a Lei nº 12.401 de 28 de abril de 2011.

É crescente a utilização da metodologia de elaboração de protocolos nas pesquisas na área da enfermagem, fato este que demonstra a aceitação e reconhecimento da importância dessa abordagem. Contudo, é importante a discussão sobre como os protocolos vem sendo apresentados e desenvolvidos para que fiquem claros seus percursos metodológicos e assim seja assegurada a qualidade dos mesmos (CATUNDA *et al.*, 2017).

3 | FUNDAMENTOS PARA A ELABORAÇÃO DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS

No estudo de Catunda *et al.* (2017) foi constatada uma diversidade no modo de desenvolver protocolos, porém, tal diversidade não pode interferir na qualidade dos mesmos. Apesar das variações nos métodos utilizados para elaboração de protocolos, há etapas comuns, principalmente a revisão da literatura científica e a validação por

juízes especialistas na temática do protocolo.

Ribeiro (2010) realizou uma busca na literatura com intuito de encontrar a metodologia mais adequada para a elaboração de protocolos. Entretanto deparou-se com a não uniformidade das mesmas e a existência de algumas que não contavam com o devido amparo científico e validação. Assim, imerso nos resultados de suas buscas por respostas na literatura nacional e internacional, o autor elencou passos para o desenvolvimento de protocolos e indicou opções de instrumentos que garantam a avaliação da qualidade destes. De acordo com o Ribeiro, o processo de desenvolvimento de diretriz/protocolo deve seguir oito pontos importantes: (1) refinar os tópicos/questões; (2) realizar uma revisão sistemática; (3) elaborar recomendações para diversos cenários; (4) programar a atualização da diretriz/protocolo; (5) revisão por especialistas, organizações e profissionais; (6) planejar a disseminação da diretriz/protocolo incluindo localização e avaliação; (7) aprovação do texto; (8) implantação.

3.1 Refinar os tópicos/questões

Trata-se de definir o objetivo geral e específicos do protocolo em questão, bem como estabelecer se o protocolo a ser elaborado terá ações de recuperação, reabilitação, promoção ou prevenção da saúde. As ações propostas, direcionadas a esses objetivos, buscarão, além da organização das atividades preventivas e clínicas, a alteração positiva dos condicionantes e determinantes dos problemas a serem enfrentados, bem como deverão considerar a magnitude, transcendência, vulnerabilidade e efeitos dos mesmos (WERNECK, 2009).

3.2 Realizar uma revisão sistemática

A revisão sistemática descreve minuciosamente a dúvida clínica, a estratégia de busca da literatura, os critérios para inclusão e exclusão das mesmas, as pesquisas identificadas e incluídas, a análise da sua qualidade dos estudos, a síntese dos seus resultados e caracteriza a qualidade da evidência dos resultados. O risco de omissões de artigos ou posições tendenciosas fica diminuído. Da síntese de estudos deve-se buscar tirar conclusões. Essa síntese permitirá ao profissional ter elementos para a tomada de decisão sobre utilizar ou não essa intervenção (PIMENTA *et al.*, 2015).

Uma das primeiras revisões de que se tem registro data de 1753, realizada por Sir James Lind sobre a prevenção e o tratamento do escorbuto. As revisões consideradas como sistemáticas surgiram na década de 1950. No entanto, o desenvolvimento metodológico dessas pesquisas na área da saúde só se consolidou ao fim da década de 1980. Foram marcos nesse processo a publicação do livro *Effective care during pregnancy and childbirth* e, na década seguinte, a criação da Colaboração *Cochrane*, em Oxford, Reino Unido (GALVÃO; PEREIRA, 2014).

As revisões sistemáticas são consideradas estudos secundários, que têm nos estudos primários (artigos científicos) sua fonte de dados. Quando se verifica

que os estudos primários incluídos em revisão sistemática seguem procedimentos homogêneos, os seus resultados são combinados, utilizando-se técnicas de metanálise. Os métodos para elaboração de revisões sistemáticas preveem: (1) elaboração da pergunta de pesquisa; (2) busca na literatura; (3) seleção dos artigos; (4) extração dos dados; (5) avaliação da qualidade metodológica; (6) síntese dos dados (metanálise); (7) avaliação da qualidade das evidências; e (8) redação e publicação dos resultados (PIMENTA *et al.*, 2015; GALVÃO; PEREIRA, 2014).

No tocante à fase de elaboração da pergunta de pesquisa Pimenta *et al* (2015) destaca que uma pergunta de pesquisa bem estruturada pode ser obtida por meio da utilização da estratégia denominada PICO. **PICO** representa um acrônimo para **P**aciente, **I**ntervenção, **C**omparação e "**O**utcomes" (desfecho). A estratégia PICO pode ser utilizada para construção de questões de natureza diversas, provenientes do cuidado/assistência, do gerenciamento de recursos humanos e materiais e da busca de instrumentos para avaliação de sintomas, entre outros.

Na fase de busca na literatura são rastreados os termos, descritores ou palavras-chaves para cada um dos componentes do PICO, que podem ser combinados de vários modos. Os vocabulários de descritores controlados (padronizados) mais conhecidos são os do MeSH (MEDLINE/PubMed), do DeCS (BIREME), do EMTREE (EMBASE) e do CINAHL (CINAHL). A conexão entre os termos escolhidos para a estratégia de busca deve ser estabelecida pelos operadores "booleanos" *AND*, *OR* e *NOT*. Esses termos permitem realizar combinações dos descritores que serão utilizados na busca, sendo *AND* uma combinação restritiva, *OR* uma combinação aditiva e *NOT* uma combinação excludente. Após a seleção dos termos de busca e utilização dos operadores "booleanos" para cada um dos quatro componentes de estratégia PICO, esses devem ser interrelacionados na seguinte estratégia final: (P) *AND* (I) *AND* (C) *AND* (O) (PIMENTA *et al.*, 2015).

Definidos os termos para a busca, deverão ser selecionadas as fontes de informação que serão pesquisadas. As principais fontes de informação são os artigos publicados em periódicos e o principal recurso de busca consiste nas bases de dados eletrônicas. Entre as bases de dados eletrônicas estão aquelas em que os trabalhos encontram-se publicados na sua forma original (fontes primárias), por exemplo, CINAHL, Embase, MEDLINE, LILACS, SciELO. Existem ainda aquelas em que as informações originais foram comentadas e avaliadas criticamente, de acordo com a metodologia da Prática Baseada em Evidências (fontes secundárias), como a rede de colaboração Cochrane, o periódico *Evidence Based Nursing*, o Instituto Joanna Briggs de Revisão Sistemática, o periódico *Evidence Based Medicine*. (PIMENTA *et al.*, 2015).

A seleção dos artigos de interesse do pesquisador deve ser realizada por no mínimo dois pesquisadores e fundamentalmente em duas fases, a primeira diz respeito à avaliação dos títulos e dos resumos de todos os estudos identificados; e, a segunda está relacionada à avaliação do texto completo de todas as publicações

selecionada na primeira fase. Para a decisão de quais estudos serão incluídos na revisão sistemática, recomenda-se que sejam obedecidos os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos. A extração dos dados deve ocorrer por meio de instrumentos padronizados com as informações relevantes das publicações pré-selecionadas. Esta organização tem por objetivo garantir a precisão e autenticidade dos dados, bem como, reduzir os vieses do pesquisador. Uma sugestão de modelo de protocolo é o disponível no programa *Review Manager* que estrutura a elaboração de um protocolo de revisão sistemática nos moldes exigidos para publicação na Cochrane Library (PIMENTA *et al.*, 2015; BRASIL, 2014).

Após a obtenção dos artigos relevantes e que respondam à pergunta de pesquisa, avalia-se a qualidade do estudo quanto à validade, importância e aplicabilidade na amostra/população de interesse. Diferentes escalas encontram-se disponíveis para a avaliação da qualidade metodológica dos estudos: JADAD; CONSORT (*Consolidated Standards of Reporting Trials*); CASP (*Critical Appraisal Skills Programme*); Van TULDER; Newcatle-Otawa; STARD (*Standards for the Reporting of Diagnostic Accuracy Studies*); GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation*). O sistema GRADE, foi elaborado com o objetivo de estabelecer critérios claros para avaliar a qualidade de evidências científicas e formular recomendações com base nos achados (PIMENTA *et al.*, 2015; BRASIL, 2014).

No que se refere à metanálise, esta é uma análise estatística que combina os resultados de dois ou mais estudos independentes, gerando uma única estimativa de efeito. Uma revisão sistemática não necessariamente precisa apresentar uma metanálise. Ao contrário, em alguns casos não é apropriado que seja realizada, podendo até mesmo gerar conclusões errôneas (BRASIL, 2014).

3.3 Elaborar recomendações para diversos cenários

De acordo com o documento *Global Programme on Evidence for Health Policy* da Organização Mundial da Saúde (2003), nesta etapa identifica-se qualquer compensação entre o custo da aplicação das recomendações sobre uma base populacional e os impactos na saúde da população. Isso permite, àquele a quem compete a tomada de decisão, possa fazer recomendações como parte integrante do processo de localização

3.4 Programar a atualização da diretriz/protocolo

As diretrizes não devem ser recomendações fechadas, elas devem estar em constante revisão, uma vez que são baseadas nas evidências daquele momento em que o protocolo fora elaborado. A constância na revisão e atualização dos protocolos permite ao grupo que o está aplicando, a percepção de sua eficácia, a identificação precoce de problemas na sua utilização, assim como a adequação do mesmo (BESSA, 2012).

3.5 Revisão por especialistas, organizações e profissionais

Conforme Catunda *et al.* (2017), no processo de validação de tecnologias como os protocolos, a qualificação e o número de juízes que farão a avaliação do instrumento não é consenso. Sabe-se que deve ser levado em conta as características do instrumento, a formação, a qualificação, seja esta relacionada à experiência clínica, à pesquisa e produção de conhecimento na temática e o conhecimento quanto a estrutura conceitual e metodológica do processo de construção de tecnologias, além de disponibilidade dos profissionais necessários (ALEXANDRE, COLUCI, 2011).

Quanto ao número de juízes, Lynn (1986) recomenda um mínimo de cinco e um máximo de dez pessoas. De acordo a ferramenta *Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation* (AGREE), *é recomendado que cada diretriz seja avaliada por pelo menos dois juízes*. Em relação à seleção, deve-se levar em consideração a experiência e a qualificação dos juízes. Recomenda-se, descrever os critérios utilizados nessa seleção. O processo deve ser iniciado com o convite aos juízes. Esses especialistas devem receber uma carta convite explicativa e um questionário desenvolvido especificamente para essa avaliação (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; CATUNDA *et al.*, 2017).

Catunda *et al.* (2017) destacam em seu estudo a utilização do Índice de Validade de Conteúdo (IVC). O IVC mede a proporção ou porcentagem de juízes que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens. Permite inicialmente analisar cada item individualmente e depois o instrumento como um todo. Este método emprega uma escala tipo Likert com pontuação de um a quatro. Para avaliar a relevância/representatividade, as respostas podem incluir: 1 = não relevante ou não representativo; 2 = item necessita de grande revisão para ser representativo; 3 = item necessita de pequena revisão para ser representativo; e, 4 = item relevante ou representativo.

O escore do índice é calculado por meio da soma de concordância dos itens que foram marcados por “3” ou “4” pelos especialistas. Os itens que receberam pontuação “1” ou “2” devem ser revisados ou eliminados (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

3.6 Planejar a disseminação da diretriz/protocolo incluindo localização e avaliação

Dentre os instrumentos mais confiáveis, testados e recomendados para avaliação dos protocolos, encontram-se o AGREE, o *checklist*, elaborado pela OMS e outro elaborado pela Agência de Pesquisa e Qualidade no Cuidado à Saúde – *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) / *National Guideline Clearinghouse* (NGC) (RIBEIRO, 2010; CATUNDA *et al.*, 2017). O Instrumento AGREE, um dos mais utilizados, foi desenvolvido para abordar a variabilidade na qualidade de diretrizes (AGREE NEXT STEPS CONSORTIUM, 2009).

3.7 Aprovação do texto

Após o consenso dos especialistas, é necessário complementar a tecnologia para posterior submissão a um grupo diretivo para aprovação (BESSA, 2012).

(8) Implantação

A OMS (2003) elaborou uma lista de 24 itens que devem ser contemplados na elaboração de protocolos/diretrizes clínicas. O último item diz respeito ao plano de implantação. Um adequado plano de implantação deve prever a adaptação local do instrumento, a existência de recursos financeiros para a adequada disseminação da proposta (realização de treinamentos, capacitações, seminários...) e, finalmente, os critérios para a monitorização do uso nos locais para os quais é destinado.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente ao exposto, ainda que o cuidar em enfermagem seja pautado na promoção da vida, conforto, diálogo e no potencial individual de cada sujeito, faz-se necessário construir eixos teóricos e práticos, os quais tenham por finalidade qualificar a assistência prestada. Assim, a elaboração e a implementação de protocolos atendem essa perspectiva, uma vez que se trata de uma ferramenta de apoio teórico-prático, favorecendo o planejamento do cuidado e, conseqüentemente, corroborando a qualidade da assistência individual e coletiva. Desta forma, os protocolos mostram-se como instrumentos capazes de colaborar com a prática clínica da enfermagem gerontológica norteando a identificação e manejo de aspectos ligados à capacidade funcional do idoso, de modo a preservar a sua autonomia e independência.

REFERÊNCIAS

AGREE NEXT STEPS CONSORTIUM. **The agree II instrument. 2009.** Disponível em: < <https://www.agreetrust.org/agree-ii/> >. Acesso em: 28 jan. 2018.

ALEXANDRE, N.M.C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência e saúde coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011.

ALMEIDA, M.A. *et al.* **Processo de Enfermagem na prática clínica**: estudos clínicos realizados no Hospital de clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre: Artmed; 2011.

BALSHEM, H. *et al.* GRADE guidelines: rating the quality of evidence. **Journal Of Clinical Epidemiology**, Maryland Heights, v. 64, n. 4, p. 401-406, 2011.

BESSA, M. E. P. **Elaboração e validação de conteúdo do protocolo de intervenções de enfermagem para idosos com risco fragilidade.** 2012. 197 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2012.

BORGES, G.M; CAMPOS, M.B.; SILVA, L.G.C. Transição da estrutura etária no Brasil: oportunidades e desafios para a sociedade nas próximas décadas. In: Ervatti, L.R.; BORGES, G.M.; JARDIM, A.P.(orgs.). **Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI: subsídios para as projeções da população.** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio de Janeiro: 2015. p.138-

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes metodológicas. **Sistema GRADE**: manual de graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 72 p.

_____. **Síntese de indicadores sociais** : uma análise das condições de vida da população brasileira : 2016, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro : IBGE, 2016. 146 p. -

CATUNDA, H. L. O. *et al.* Percurso metodológico em pesquisas de enfermagem para construção e validação de protocolos. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 2, 2017.

CESTARI, V. R. F. *et al.* Tecnologias do cuidado utilizadas pela enfermagem na assistência ao paciente politraumatizado: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 4, p. 701-710, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN 358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília: 2009.

GALVÃO, T. F.; PEREIRA, M.G. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, n. 1, p. 183-184, 2014.

HERDMAN, T.H. SHIGEMI, K. **NANDA International Nursing Diagnoses**: definitions and classification, 2018-2020. 11.ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.

LEMES, M.M.D.D.; BACHION, M.M. Hemodialysis nurses rate nursing diagnoses relevant to clinical practice. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 29, n. 2, p 185-190, 2016.

MERHY, E.E. **Reflexões sobre as tecnologias não materiais em saúde e a reestruturação produtiva do setor**: um estudo sobre a micropolítica do trabalho vivo. Campinas. 2000. Tese (Livro Docência) Departamento de Medicina Preventiva e Social. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Enfermería Gerontológica**: conceptos para la practica. Washington: D.C.: 1993.

PIMENTA, C. A.M. *et al.* **Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem**. São Paulo: COREN-SP, 2015. 50 p.

RIBEIRO, R.C. Clinical guidelines: how to evaluate its quality? **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 8 , n. 4, p. 350-355, 2010.

ROSENFELD, R.M.; SHIFFMAN, R.N.; ROBERTSON, P. Clinical Practice Guideline Development Manual, third edition: a quality-driven approach for translating evidence into action. **Otolaryngology Head Neck Surgery**, v. 148, n. 1, p. 1-55, 2013.

SALLUM, A.M.C.; SANTOS, J.L.F.; LIMA, F.D. Diagnósticos de enfermagem em vítimas fatais decorrentes de trauma no cenário da emergência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.20, n. 1, 2012.

SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, M. R. C. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 508-511, 2007.

THOFEHRN, M.B. *et al.* Processo de trabalho dos enfermeiros de um hospital da Espanha: ênfase nas tecnologias de cuidado. **Cogitare Enfermagem**, v.19, n. 1, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guidelines for WHO. **Global Programme on Evidence for Health Policy**. Geneva, Switzerland. 2003

WERNECK, M. A. F. **Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR EM EMERGÊNCIA NA ENFERMAGEM

Andressa Gislanny Nunes Silva

Enfermeira pela UESPI. Especialista em Enfermagem em Urgência e Emergência. Enfermeira do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do Estado do Piauí. Professora e Coordenadora do curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade Superior de Ensino Programus (ISEPRO). Teresina, Piauí, Brasil.

Aika Barros Barbosa Maia

Enfermeira. Mestre em Tecnologia e Inovação em Enfermagem pela UNIFOR. Doutoranda em Saúde pela FIOCRUZ. Teresina, Piauí, Brasil.

Bruna Araújo Vaz

Enfermeira pela UESPI. Enfermeira do Hospital Municipal de União – PI. Teresina, Piauí, Brasil.

Francisco Thiago Batista Pires

Enfermeiro pela UFPI. Especialista em Saúde Pública e em Docência do Ensino Superior. Enfermeiro Emergencista no Hospital Senador Dirceu Mendes Arcoverde em Água Branca – PI. Enfermeiro da Atenção Básica em Timon – MA. Professor no Curso de Bacharelado em Enfermagem na FAMEP. Professor de Estágio do MedioTec pela SEDUC-PI. Teresina, Piauí, Brasil.

Thalita de Moraes Lima

Enfermeira pela UNINASSAU. Especialista em Estomaterapia. Enfermeira do Hospital São Paulo. Teresina, Piauí, Brasil.

Elizabeth Christina Silva Fernandes

Enfermeira pela UESPI. Pós-graduanda em Terapia Intensiva pela UNIPÓS. Enfermeira no Hospital Regional de Chapadinha – MA. Timbiras, Maranhão, Brasil.

Laís Lima de Castro

Enfermeira pela UESPI. Pós-graduanda de Urgência e Emergência na FACID. Enfermeira do Hospital São Paulo. Teresina, Piauí, Brasil.

Viviane Gomes de Macedo

Enfermeira pela UESPI. Pós-graduanda em Urgência e Emergência pela FACID. Teresina, Piauí, Brasil

Marina Oliveira do Nascimento

Enfermeira pela UESPI. Pós-graduanda em Obstetrícia na FACID e em Oncologia na Faculdade SEVEN. Enfermeira do Centro Avançado de Radioncologia-Oncocenter. Teresina, Piauí, Brasil.

Pablo Rafael Araújo Lima

Enfermeiro pela UESPI. Especialista em Cardiologia Intensiva. Teresina, Piauí, Brasil.

Cicero Santos Oliveira Neto

Acadêmico do curso de Bacharelado em Enfermagem pela Faculdade Superior de Ensino Programus (ISEPRO). E-mail: cicerooliveira2013@gmail.com

Jansen Ferreira De Sousa

Acadêmico do curso de Bacharelado em Enfermagem pela Faculdade Superior de Ensino Programus (ISEPRO). E-mail: jansensousa1983@gmail.com

RESUMO: **Considerações** **iniciais:**
Apresenta-se como problema de pesquisa:
Qual a produção técnica-científica da área de

Enfermagem em reanimação cardiopulmonar? Constitui o objetivo de estudo: levantar a produção técnico científica da área de Enfermagem acerca do tema reanimação cardiopulmonar. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão de literatura, onde foram analisado um total de oito artigos encontradas na base de dados BIREME no período de 2006 a 2017, sendo categorizados pelo texto completo, idioma, ano de publicação e tipo de documento, Ao término destas etapas, ordenamento do material e classificação por similaridade semântica, as temáticas foram agrupadas conforme semelhança de conteúdo, as quais foram distribuídas e analisadas nas seguintes categorias temáticas: Conhecimento da equipe multiprofissional sobre Parada Cardiorrespiratória, Atendimento da Enfermagem na Parada Cardiorrespiratória e Visão familiar na Parada Cardiorrespiratória. **Resultados e discussão:** Foi observado que os anos de 2013 e 2017 ocorreram o maior número de publicações, a abordagem metodológica foi a do tipo quantitativa, sendo agrupadas em três categorias. **Considerações finais:** Espera-se com esse estudo, contribuir para a produção de um conhecimento que possibilite o desenvolvimento de práticas educacionais, preventivas e capaz de subsidiar a assistência em Parada Cardiorrespiratória, além de construir um conhecimento compartilhado para uma assistência de enfermagem mais adequada.

PALAVRAS-CHAVE: Reanimação Cardiopulmonar; Emergências; Enfermagem.

CARDIOPULMONARY REACTION IN EMERGENCY IN NURSING

ABSTRACT: Initial considerations: It presents as a research problem: What is the technical-scientific production of the Nursing area in cardiopulmonary resuscitation? It is the objective of the study: to raise the scientific technical production of the Nursing area on the subject of cardiopulmonary resuscitation. **Methodology:** This is a literature review, which analyzed a total of eight articles found in the BIREME database from 2006 to 2017, categorized by the full text, language, year of publication and type of document. From these steps, material ordering and classification by semantic similarity, the themes were grouped according to content similarity, which were distributed and analyzed in the following thematic categories: Knowledge of the multiprofessional team on Cardiopulmonary Arrest, Nursing Care in Cardiopulmonary Arrest and Family Vision in Cardiopulmonary arrest. **Results and discussion:** It was observed that the years of 2013 and 2017 were the largest number of publications, the methodological approach was of the quantitative type, being grouped into three categories. **Final considerations:** This study is expected to contribute to the production of a knowledge that enables the development of educational practices, preventive and able to subsidize the assistance in Cardiopulmonary resuscitation, and to build a shared knowledge for a more adequate nursing care.

KEYWORDS: Cardiopulmonary resuscitation; Emergencies; Nursing.

1 | CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Parada cardiorrespiratória (PCR) é a interrupção súbita, inesperada e catastrófica

da circulação sistêmica, atividade ventricular útil e ventilatória em indivíduo sem expectativa de morte naquele momento, não portador de doença intratável ou em estágio terminal. Neste contexto, define-se a reanimação cardiopulmonar (RCP) como o conjunto de manobras realizadas logo após uma PCR com o objetivo de manter artificialmente o fluxo arterial para o cérebro e para outros órgãos vitais, até que ocorra o retorno da circulação espontânea (TALLO et al., 2012).

Uma RCP eficaz depende de uma sequência de procedimentos que pode ser sistematizada no conceito de corrente de sobrevivência. Esta corrente é composta por elos que refletem em ações essenciais a serem realizadas, cujo impacto na sobrevivência da vítima são demasiadas e que não podem ser considerados isoladamente, pois nenhuma destas atitudes sozinha pode reverter a maioria das PCRs (GONZALEZ et al., 2013).

Quando ocorre a identificação precoce da PCR e ocorre o atendimento a essa vítima com o suporte básico de vida (SBV), as chances de sobrevivência da vítima tendem a aumentar (LYRA et al., 2012). Após 4 minutos de PCR sem qualquer atendimento, as deteriorações aos tecidos cerebrais surgem, e em média 10 minutos de anóxia pode ocorrer à morte cerebral (MENEZES E ROCHA, 2013).

A doença cardiovascular pode ser vista como um relevante problema de saúde pública. O que ocorre de trágico é que o primeiro sinal é a morte súbita desencadeada por PCR (MATOS et al., 2013). No Brasil, mais de 630 mil pessoas são vítimas por ano de morte súbita, provocada por arritmias cardíacas e infarto agudo do miocárdio. Cerca de 50% dos óbitos ocorrem antes da vítima receber atendimento. Segundo alguns autores, o conhecimento da massagem cardíaca com frequência de 100 a 120 compressões por minuto pode ajudar a salvar vidas (DATASUS, 2015).

A PCR foi caracterizada anteriormente como uma morte evidente, pois apenas cerca de 2% das vítimas sobreviviam. Felizmente houve uma modificação desse quadro atualmente, pois 70% da sobrevivência pode ser alcançada quando o socorro é rápido e eficaz. Para isto é relevante à capacitação do socorrista, seja ele um leigo ou profissional da saúde. A PCR é um fenômeno de extrema urgência e requer dos socorristas, adoção rápida de manobras estabelecidas em protocolos e diretrizes específicas para sua execução (MENEZES E ROCHA, 2013).

Cabe mencionar que 50% dos casos de PCR ocorrem diante dos leigos, assim faz-se importante orientar e treinar essa população a forma correta de realizar o reconhecimento e as manobras de RCP precoce (AHA, 2015). Todavia, sabemos ser um grande desafio esta capacitação, uma vez que é necessário que esse treinamento seja eficiente e efetivo, contribuindo para a melhoria das ações e proporcionando que haja menos obstáculos para um atendimento de qualidade à vítima (SOUZA, ROMANELLI E SILVA, 2014).

Essas considerações embasam o interesse em desenvolver uma revisão integrativa sobre a produção científica relacionada a reanimação cardiopulmonar em emergência na Enfermagem. Nesse contexto, à prática baseada em evidências

encoraja a utilização de resultados de pesquisa junto à assistência à saúde, o que reforça a importância da realização desse estudo.

Partindo desse pressuposto, apresenta-se como problema de pesquisa: Qual a produção técnica científica relacionada à área de saúde, em especial, da Enfermagem em reanimação cardiopulmonar? com base nesse questionamento, constitui o objetivo de estudo: levantar a produção técnico científica relacionada à área de enfermagem acerca do tema reanimação cardiopulmonar.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. A revisão integrativa é uma súmula de diversas publicações científicas que permite concluir sobre uma determinada área de estudo. Para tanto fazem necessárias a utilização de seis etapas: estabelecimento de hipóteses ou questão de pesquisa, busca na literatura, categorização dos estudos, avaliação dos estudos incluídos na revisão, interpretação dos resultados, síntese do conhecimento ou apresentação da revisão (OLIVEIRA, DIAS E SOUSA, 2018).

Foi realizado um levantamento da produção científica relacionada a reanimação cardiopulmonar na base de dados BIREME (Biblioteca Virtual em Saúde), referente ao período de 2006 a 2018, onde foi utilizado um período superior aos últimos 5 anos pois existe pouca produção científica sobre o assunto. Para tanto, foram utilizados os seguintes descritores: Reanimação Cardiopulmonar, Emergências, Enfermagem”, encontrados no DeCS/BVS. Na busca, foram detectados 142 artigos relacionados ao tema nesta base de dados.

Após esta etapa, foi executada filtração de dados com os seguintes critérios de inclusão: texto completo disponível, idioma em português, anos de publicação de 2006 a 2018 e tipo de documento como artigo. Desta forma foram excluídos da pesquisa 134 artigos por não atenderem aos critérios de inclusão.

Em seguida foi executada a leitura dos artigos e, por conseguinte, utilizado os critérios de exclusão: texto completo indisponível e artigos repetidos, onde foram analisadas e selecionadas as pesquisas de interesse para esse estudo e nenhum deles foi excluído da pesquisa.

Ao término destas etapas, ordenamento do material e classificação por similaridade semântica, as temáticas foram agrupadas conforme semelhança de conteúdo, as quais foram distribuídas e analisadas nas seguintes categorias temáticas: Conhecimento da equipe multiprofissional sobre Parada Cardiorespiratória, Atendimento da Enfermagem na Parada Cardiorrespiratória e Visão familiar na Parada Cardiorespiratória.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para realização de análise e discussão dos dados identificados após a leitura dos artigos, levou-se em consideração o ano, o cenário, a metodologia, a unidade de federação e a temática. E partindo destas variáveis, foi possível constatar os seguintes resultados, que estão mais bem demonstrados nos Quadros 1 e 2 ilustradas abaixo.

Das oito pesquisas levantadas no banco de dados BIREME, no que dizem respeito a Reanimação Cardiopulmonar, destacam-se os anos de 2013 e 2017 como os de maior produção, considerando-se que dois artigos foram publicados em cada ano, sendo os anos de 2007 a 2010, 2012 e 2014 sem nenhuma produção.

No que concerne ao cenário da publicação adotado pelos pesquisadores, destaca-se, principalmente, hospitais públicos de grandes centros especializados como o local de escolha com seis estudos, os demais cenários de cuidados apontados distribuíram-se da seguinte forma: um em SAMU e outro em um serviço de resgate.

Em relação às abordagens metodológicas utilizadas nas produções científicas, prevaleceu a pesquisa quantitativa, com um total de seis artigos que se utilizaram desse tipo de abordagem, ao passo que prevaleceu o estudo do tipo exploratório-descritivo. As demais, duas pesquisas, empregaram abordagem qualitativa.

De acordo com a análise de dados coletados, a distribuição geográfica por unidade da federação, destacou-se São Paulo - SP como o estado de maior produção científica este, com cinco artigos.

As temáticas focalizadas nestas produções destacam-se: Conhecimento da Enfermagem sobre Parada Cardiorrespiratória, com três publicações; Atendimento da Enfermagem na parada cardiorrespiratória, com três publicações; Visão familiar na Parada Cardiorrespiratória, com duas publicações.

Nº	Nome do artigo	Autores	Ano de publicação	Temática
1	Ressuscitação cardiopulmonar: o trabalho da enfermagem em serviços de resgate	CARDOSO, et al.	2013	A prioridade para o atendimento delimita-se pela gravidade clínica e o risco de óbito, o trabalhador representa o elemento central para a realização do atendimento em uma situação de emergência
2	Avaliação do conhecimento dos enfermeiros sobre os cuidados pós-parada cardiorrespiratória	LISBOA, BORGES, MONTEIRO	2016	Os enfermeiros apresentaram conhecimento insatisfatório sobre cuidados pós-parada cardiorrespiratória, por isso sugere-se ampliar as atividades de educação permanente, bem como a ênfase nos cuidados pós-PCR
3	Conteúdo de domínio da equipe de enfermagem de um pronto socorro sobre o atendimento à parada cardiorrespiratória	SANTOS, et al.	2011	A equipe de enfermagem precisa de capacitação teórica e prática, para não prejudicar a vítima e nem diminuir a qualidade e eficiência da assistência prestada.

4	Serviço de atendimento móvel de urgência: satisfação de usuários	FERREIRA, et al.	2017	Alto grau de satisfação dos usuários em todos os níveis dos serviços oferecidos pelo SAMU 192
5	Conhecimento teórico da enfermagem sobre parada Cardiorrespiratória e reanimação cardiocerebral em unidade de Terapia intensiva	BECCARIA, et al.	2017	Os participantes do estudo relataram desenvolver a reanimação cardiocerebral, embora tenham conhecimento teórico insatisfatório no suporte básico de vida, demonstrando a necessidade educação permanente.
6	O atendimento à parada cardiorrespiratória em unidade coronariana segundo o Protocolo Utstein	CAVALCANTE, LOPES	2006	Os registros apresentavam-se incompletos demonstrando a necessidade de um registro único e sistematizado para RCP, no intuito de melhorar os registros para uma melhor organização do serviço e realização de pesquisas
7	Atuação do Time de Resposta Rápida no processo educativo de atendimento da parada cardiorrespiratória	VEIGA, et al.	2013	Deficiência no conhecimento da equipe multiprofissional diante das situações de parada cardiorrespiratória, sendo importante a realização de programas de educação continuada para a equipe.
8	Presença da família em sala de emergência pediátrica: opiniões dos profissionais de saúde	MEKITARIAN, ANGELO	2015	Para permitir a presença da família em sala de emergência, é necessário sensibilizar profissionais de saúde, especialmente a equipe de enfermagem e os profissionais formados há mais tempo, que são mais resistentes a permitir que a família fique ao lado da criança durante o atendimento de emergência.

QUADRO 1 - Apresentação da síntese de artigos incluídos na revisão integrativa em relação aos autores, ano de publicação e temática

Fonte: pesquisa própria

Nº	Abordagem metodológica	Cenário	Unidade de federação	Título da revista
1	Estudo exploratório-descriptivo e analítico	Dois serviços de resgate	Municípios do Estado do Rio Grande do Sul	Rev. enferm. UFPE on line
2	Estudo descritivo, quantitativa	Unidades de pronto-socorro (PS) da rede pública	Distrito Federal	Rev. enferm. UFPE on line
3	Pesquisa prospectiva quantitativa	Unidade de Pronto-socorro de um hospital privado	Região do vale do Paraíba paulista – SP	Rev. enferm. UFPE on line

4	Estudo descritivo, quantitativa	SAMU	Município de Caicó - RN	Rev. enferm. UFPE on line
5	Pesquisa descritiva, quantitativa	Unidades de Terapia Intensiva de um hospital de ensino	Interior do estado de São Paulo	CuidArte, Enferm
6	Estudo exploratório-descritiva, quantitativa	Unidade Coronariana de um hospital terciário, de grande porte, universitário	Região metropolitana de São Paulo	Acta paul. enferm
7	Estudo de corte transversal	Hospital de alta complexidade	Cidade de São Paulo - SP	Rev. Soc. Bras. Clín. Méd
8	Estudo transversal	Pronto-socorro infantil do Hospital Universitário da USP	São Paulo - SP	Rev Paul Pediatr

QUADRO 2 - Apresentação da síntese de artigos incluídos na revisão integrativa em relação a abordagem metodológica, cenário, unidade de federação e título da revista

Fonte: pesquisa própria

3.1 Conhecimento da equipe multiprofissional sobre a parada cardiorrespiratória

Para ofertar atendimento apropriado à vítima em PCR em ambiente intra-hospitalar, há necessidade de material disponível em bom estado de conservação de uso e equipe treinada, com auxiliares, técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos. Para o êxito no atendimento, há necessidade, também, de infraestrutura adequada, que forneça atendimento com o máximo de eficácia e um mínimo de riscos para o paciente e para a equipe. Além disso, é importante que a equipe trabalhe com sincronia e harmonia, realizando assistência adequada para, se possível, promover a recuperação do paciente (SILVA E PADILHA, 2001).

O atendimento da PCR pode ser dividido em duas etapas, sendo a primeira a avaliação primária e, depois, a secundária. A avaliação primária envolve o SBV associado às manobras para reconhecimento da PCR e o suporte hemodinâmico e respiratório por meio da RCP. A avaliação secundária (Suporte Avançado de Vida - SAV) envolve a emprego de manobras para o SAV, como na utilização de dispositivos de via aérea, punção de acesso venoso, administração de medicamentos, cardioversão e estabilização do paciente após a reversão da PCR (MARTINS et al., 2011).

O atendimento ao PCR, deve ser direcionado com rapidez e eficácia, entende-se que todos os profissionais tenham a informação sobre como aplicar tal manobra. É necessário que esse treinamento seja eficiente e efetivo para que haja menos obstáculos para um atendimento de qualidade à vítima. Um melhor preparo dos profissionais de saúde para os atendimentos prestados para quem sofreu PCR, contribui para melhorar a assistência com potencial de redução da morbimortalidade hospitalar.

Das publicações relacionadas nessa categoria, observou-se uma grande deficiência da equipe multiprofissional diante da PCR, em decorrência do desconhecimento por parte de alguns profissionais pela falta de capacitação. É de

fundamental importância a capacitação desta equipe e do conhecimento não apenas teórico, mas também prático desse procedimento.

3.2 Enfermagem na parada cardiorrespiratória

O enfermeiro configura-se no profissional responsável pela avaliação primária in loco e pelo começo das manobras de RCP e o posterior registro das ações. Estes garantem o respaldo para os profissionais que desenvolveram as ações, como também para a perpetuidade do cuidado do paciente. Logo, o conhecimento teórico-prático das questões anatômicas e fisiológicas e o aporte de recursos materiais são proposições para a qualidade do serviço (FERNANDES et al., 2010).

A Enfermagem, representa o elemento central para a realização do atendimento em uma emergência e suas características, o conhecimento de certas características do paciente que sofre de PCR pode auxiliar no julgamento da validade da implementação do esforço ressuscitatório ou de seu abandono. O uso dessas informações pode ajudar a reduzir a tensão imposta pelo paciente e por sua família, bem como os custos que podem resultar o uso de medidas heroicas a falha.

A existência de um protocolo para subsidiar a atuação dos trabalhadores diante do atendimento em momentos de emergência descrito como ausente em ambas pela maioria dos trabalhadores e quando presente, os mesmos não sabem explicá-lo.

Evidenciou-se nesta categoria grande dificuldade da equipe na realização da RCP em consequência da pouca capacitação teórica e prática, o que ocasiona prejuízo a vítima e diminuição da qualidade e eficiência da assistência prestada.

3.3 Visão familiar na parada cardiorrespiratória

Nesta categoria dados mostraram que os usuários são bastante agradecidos pelo serviço de urgência, apesar das dificuldades existentes, os usuários elogiam os serviços por sua rapidez e qualidade no atendimento.

A equipe médica e profissionais com menos de 10 anos de formação são mais favoráveis a família presente na sala de emergência durante a RCP, os motivos determinantes para que os profissionais excluam as famílias da sala de emergência são relacionados ao desconforto e à insegurança sentidos pelos profissionais ao ter a família ao seu lado durante o atendimento. Já os motivos que os fazem incluir as famílias nesse cenário são ligados, muitas vezes, ao objetivo de facilitar o trabalho dos próprios profissionais e desconsideram as reais necessidades das famílias.

Embora organizações internacionais recomendem uma prática assistencial propício à presença dos familiares durante procedimentos invasivos e RCP na sala de emergência, os parentes ainda são convidados pelos profissionais de saúde a se retirar do atendimento (AHA, 2015). É fundamental que essa realidade seja normatizada por protocolos institucionais, para que essa decisão não dependa exclusivamente da equipe multiprofissional (MC ALVIN E CAREW-LYONS, 2014).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da análise dos estudos selecionados para esta revisão integrativa foi possível obter mais conhecimento sobre reanimação cardiopulmonar, bem como perceber que há grande carência de estudos acerca do tema em estudo enaltecendo assim o pouco conhecimento e interesse dos profissionais de saúde acerca do assunto, onde se propõe com esse estudo uma demonstração da problemática e da importância para treinamento e educação permanente destes profissionais. Não só a equipe de Enfermagem como também a equipe multiprofissional, tanto na capacitação como no trato com seus familiares. Esta situação remete para a necessidade de atenção e suporte a essas pessoas, representando novos desafios para o sistema de saúde no Brasil.

Evidenciou-se também pouca produção científica sobre do tema, enaltecendo assim o pouco conhecimento e interesse dos profissionais de saúde acerca do assunto, onde se propõe com esse estudo uma demonstração da problemática e da importância para treinamento e educação permanente destes profissionais.

Diante disso, torna-se necessário a realização de mais pesquisas sobre o assunto com o intuito de contribuir para o desenvolvimento técnico-científico e principalmente nas intervenções que permeiam o campo da RCP e seus agravos. E assim, espera-se com esse estudo, contribuir para a produção de um conhecimento que possibilite o desenvolvimento de práticas educacionais, preventivas e capaz de subsidiar a assistência além de construir um conhecimento compartilhado para uma assistência de enfermagem mais adequada.

REFERÊNCIAS

AHA. American Heart Association. Highlights of the American Heart Association Guidelines 2015. **Updating of the CPR and ACE Guidelines**. 2015. Disponível em: <<https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Portuguese.pdf>>. Acesso em: 27 de jun. de 2019

DATASUS. Departamento de informática do Sistema Único de Saúde. Departamento de Informática do SUS/MS. **Morbidade Hospitalar do SUS por causas externas - por local de residência - Brasil**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/fruf.def>. Acesso em: 27 de jun. de 2019

FERNANDES, A.P.; et al. **Qualidade das anotações de enfermagem relacionadas à ressuscitação cardiopulmonar comparadas ao modelo Utstein**. Acta paul enferm. v. 23, n. 6, p. 757-63. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000100002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 30 de jun. de 2019

GONZALEZ, M.M.; et al. **I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia**. Bras. Cardiol. v. 101, n. 2. Ago 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2013003600001. Acesso em: 24 de jun. de 2019

LYRA, P.F.; et al. **Programa de educação em reanimação cardiorrespiratória: ensinando a salvar vidas**. Rev bras educ med. v. 36, n. 4, p. 570-573. Out-Dez 2012 Disponível em: <http://www.scielo.br/>

MARTINS, H.S.; et al. **Emergências clínicas: abordagem prática.** 6ª ed. São Paulo: Malone; 2011.

MATOS, R.I.; et al. **Duration of cardiopulmonary resuscitation and illness category impact survival and neurologic outcomes for in-hospital pediatric cardiac arrests.** *Circulation.* v. 127, n. 4, p. 442-451. Jan 2013. Disponível em: <http://circ.ahajournals.org/content/127/4/442.long>. Acesso em: 24 de jun. de 2019

MC ALVIN, S.S.; CAREW-LYONS, A.; **Family presence during resuscitation and invasive procedures in pediatric critical care: a systematic review.** *Am J Crit Care.* v. 23, p. 477-85. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25362671>. Acesso em 30 de jun. de 2019

MENEZES, R.R.; ROCHA, A.K.L.; **Dificuldades enfrentadas pela equipe no atendimento à parada cardiorrespiratória.** *InterScientia.* v. 1, n. 3, p. 2-15. Set-Dez 2013. Disponível em: <https://periodicos.unipe.br/index.php/interscientia/article/view/209/221>. Acesso em: 24 de jun. de 2019

OLIVEIRA, R.L.; DIAS, S.R.S.; SOUSA, J.E.R.B.; **Utilização de escalas na avaliação de lesões por pressão em pacientes críticos.** *Rev. Enferm. UFPI.* v. 7, n. 3, p. 54-60. Jul-Set 2018. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/7511/pdf>. Acesso em 30 de jun. de 2019

SILVA, S.C.; PADILHA, K.G.; **Parada Cardiorrespiratória na unidade de terapia intensiva: considerações teóricas sobre os fatores relacionados à ocorrência iatrogênicas.** *Rev Esc Enferm USP.* v. 35, n. 4, p. 360-5. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n4/v35n4a07.pdf>. Acesso em 30 de jun. de 2019

SOUZA, C.A.B.; ROMANELLI, B.B.; SILVA, K.R.; **Ressuscitação Cardiocerebral Básica Precoce: Considerações sobre o treinamento dos leigos no Brasil.** *Periódico Científico do Núcleo de Biociências.* v. 4, n. 8, p. 36-44. Dez 2014. Disponível em: <http://www3.izabelahendrix.edu.br/ojs/index.php/bio/article/view/787/644>. Acesso em: 27 de jun de 2019

TALLO, S.F.; et al. **Atualização em reanimação cardiopulmonar: uma revisão para o clínico.** *Rev Bras Clin Med.* v. 10, n. 3, p. 194-200. Mai-Jun, 2012. Disponível em: <http://files.acls-aha-com-br.webnode.com/200000141-6e6276f5eb/Revis%C3%A3o%20ACLS.pdf>. Acesso em: 24 de jun de 2019

PROCESSO DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM PÊNFIGO FOLIÁCEO: ESTUDO DE CASO

Roselene Hartz

Enfermeira. Discente do curso de Pós-graduação em Terapia Intensiva da Universidade Feevale, Novo Hamburgo.

Michele Antunes

Enfermeira. Doutoranda do Programa de Informática na Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Docente da Universidade Feevale, Novo Hamburgo.

RESUMO: O pênfigo é um conjunto de patologias de etiologia autoimune, provocando acantólise no epitélio estratificado escamoso da derme e epiderme. Caracteriza-se por bolhas, que quando rompidas, possuem odor fétido, provocando dor intensa devido a sua localização pela presença das terminações nervosas livres. Destaca-se o processo de enfermagem no cuidado a este paciente. Objetivou-se identificar os DEs e as Intervenções de Enfermagem no cuidado a uma paciente acometida por pênfigo foliáceo em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Trata-se de um estudo de caso. O referencial foi a North American Nursing Diagnosis Association (NANDA-I 2015-2017) e Nursing Interventions Classification (NIC-2016). Foram obedecidos os pressupostos da Resolução 466/2012. Relato do caso: Paciente 72 anos, procurou atendimento por lesões bolhosas difusas, algumas rompidas, recobertas

com escamas finas e crostas. Oriunda da internação clínica, sendo tratada com Cefepime 2G. Apresentou encefalopatia, foi transferida para a UTI após rebaixamento de sensório. Foi realizado: entubação orotraqual, passagem de cateter venoso central, sonda nasoenteral e cateterismo vesical de demora. Houve troca de antibiótico e iniciado corticóides. Os DEs considerados prioritários para a paciente foram: Integridade da pele prejudicada; Dor aguda; Síndrome do idoso frágil e Nutrição desequilibrada menor do que as necessidades corporais. As intervenções de enfermagem foram: 1) Cuidados com lesões; 2) Controle da ventilação mecânica invasiva; 3) Controle da Dor. Houve melhora significativa nas lesões, com reepitelização, redução do exsudato e odor. Destacou-se a necessidade de capacitação da equipe ao que se refere aos cuidados com esta patologia.

PALAVRAS-CHAVE: Sistematização de Enfermagem; Pênfigo; Diagnósticos de enfermagem; Intervenções de Enfermagem.

NURSING PROCESS IN PATIENT CARE WITH PEMPHIGUS FOLIACEOUS: CASE STUDY

ABSTRACT: The pemphigus is a set of pathologies of autoimmune etiology, causing acantholysis in the squamous stratified

epithelium of the dermis and epidermis. It is characterized by blisters, which when broken, there is a foul odor, causing intense pain due to its location by the presence of free nerve endings. The nursing process in the care of this patient is highlighted. The objective was to identify the EDs and Nursing Interventions in the care of a patient affected by pemphigus foliaceus in an Intensive Care Unit (ICU). This is a case study. The North American Nursing Diagnosis Association (NANDA-I 2015-2017) and Nursing Interventions Classification (NIC-2016). The assumptions of Resolution 466/2012 were followed. Case report: A 72-year-old patient sought care for diffuse bullous lesions, some of them ruptured, covered with thin scales and scabs. Coming from clinical hospitalization, being treated with Cefepime 2G. The patient had encephalopathy and she was transferred to the ICU after sensory reduction. She underwent orotracheal intubation, central venous catheter passage, nasogastric tube and delayed bladder catheterization. There was an antibiotic exchange and corticosteroids were initiated. The EDs considered a priority for the patient were: impaired skin integrity; acute pain; frail elderly syndrome; and unbalanced nutrition less than body needs. The nursing interventions were: 1) Injury care; 2) Invasive mechanical ventilation control; 3) Pain control. There was significant improvement in lesions, with repetition, reduction of exudate and odor. The need for training of the team regarding the care of this pathology was highlighted.

KEYWORDS: Nursing systematization; Pemphigus; Nursing diagnoses; Nursing interventions.

INTRODUÇÃO

O Pênfigo é uma doença auto-imune, apresenta-se em dois tipos clínicos que são os mais frequentes: o foliáceo e o vulgar, contudo existem ainda o pênfigo paraneoplásico e, ainda o foliáceo brasileiro ou fogo selvagem. Esta patologia se dá pela ação dos anticorpos que atacam as células da derme e epiderme promovendo a acantólise, resultando em lesões bolhosas que podem se localizar tanto em toda a extensão do corpo, como em mucosas, ou ainda, no caso do para neoplásico associado a tumores (AOKI, V. et al, 2005, CUNHA, P. R. ; BARRAVIERA, S. R., 2009).

Considerando as manifestações clínicas da doença no paciente que sofre com Pênfigo, é necessário um olhar diferenciado, que possibilite um planejamento heterogêneo no cuidado, pois são muitas as peculiaridades desta doença que afeta tanto física, quanto psicologicamente, sendo assim a Sistematização da Assistência de Enfermagem vem para somar, pois através da metodologia do Processo de Enfermagem pode-se aplicar um cuidado tendo específico e focado nas prioridades assistenciais da paciente.

Embora esteja determinado pela Resolução COFEN 358/2009, ainda é pouco utilizado como metodologia para a Sistematização da Assistência de Enfermagem, porém neste estudo de caso trataremos o Processo de Enfermagem como elemento diferencial para o cuidado, visto a necessidade do tratamento diferenciado que este

paciente necessitava.

Neste estudo abordamos o cuidado aplicado a uma paciente idosa, em tratamento em uma Unidade de Terapia Intensiva, oriunda da internação clínica, onde havia apresentado piora do quadro das lesões, com importante repercussão clínica infecciosa. Devido ao caráter incomum desta patologia e a pouca incidência hospitalar, fez-se um estudo de caso, para o qual objetivou-se identificar os Diagnósticos de Enfermagem, assim como as Intervenções de Enfermagem, utilizando o Processo de Enfermagem como metodologia de Sistematização da Assistência de Enfermagem, mensurando e registrando assim os achados, assim como evidenciando a utilização desta metodologia para o raciocínio clínico crítico para este paciente.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso, pelo qual se busca analisar informações coletadas sobre um determinado indivíduo, em busca de compreender de forma mais profunda e objetiva, na área da saúde comumente usada para desvelar casos pouco vistos e que necessitam de maior atenção para melhorar a prática clínica. Neste estudo em específico foi possível explicar e compreender o cuidado de enfermagem em um paciente idoso com Pênfigo Foliáceo.

Foram utilizados dados de prontuário, além de cuidado direto deste pesquisador como acadêmico de enfermagem no estágio de Terapia Intensiva, sob supervisão do docente que assistia a disciplina, assim como enfermeira do setor. Vale ressaltar que, após esse caso específico, as intervenções e treinamentos aplicados foram amplamente utilizados na práxis da unidade.

Todos os pressupostos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) foram cumpridos. Esta resolução regulamenta e é norteadora para fins de pesquisas com seres humanos no Brasil. Assegura os o direito dos participantes – indivíduos e coletividade, no que concerne à autonomia, anonimato, privacidade, sem prejuízos às pessoas. É baseada em princípios éticos e morais e atende às premissas de bioética: não maleficência, equidade, respeito e justiça (BRASIL, 2013).

PENFIGO EPIDEMIOLOGIA E ETIOPATOLOGIA

Pênfigo é uma doença auto inume caracterizada pela acantólise do tecido epitelial, causada pela ação dos anticorpos IgG que destroem a desmogleina situada nos pontos e fixação os desmossomos. Esta proteína é responsável pela união entre as células da epiderme, resultando em lesões bolhosas, com alta resposta alérgica devido as terminações nervosas existentes na derme que fica exposta (AOKI, V. et al, 2005, CUNHA, P. R. ; BARRAVIERA,S. R., 2009).

Há duas variações mais comuns do pênfigo o vulgar e o foliáceo. O vulgar é mais raro, com maior prevalência em pessoas acima dos 40 anos, sem distinção

entre sexos, acomete principalmente os tecidos das mucosas e a acantólise ocorre na camada basal, sendo considerado a mais grave, com incidência mundial de 0,75-5/1.000.000 casos ao ano. Já o foliáceo a acantólise é mais superficial, logo abaixo da camada córnea e dificilmente acomete mucosa. A variante vulgar é relativamente rara, ocorre mais frequentemente após os 40 anos, acometendo ambos os sexos (SILVA, D. A. R.; BERNARDES, A. G., 2018).

Esta provoca acantólise no epitélio estratificado escamoso da derme e epiderme, no qual o espaço intercelular induz a produção de auto anticorpos. Caracteriza-se por bolhas, que quando rompidas, possuem odor fétido, provocando dor intensa devido a sua localização (presença das terminações nervosas livres) (CUNHA, P. R. ; BARRAVIERA, S. R., 2009), conforme figuras I e II.



Figuras I e II – Lesões cutâneas e de mucosa oral.

No Brasil o pênfigo possui aspectos endêmicos epidemiológicos distintos, com elevada frequência nas zonas rurais, principalmente nos estados com maior colonização caucasiana, chegando a 12% de origem genética nos casos diagnosticados (SILVA, D. A. R.; BERNARDES, A. G., 2018).

Está mais ligada a pessoas caucasianas, de meia idade ou mais, contudo não é raro acometer crianças, adolescentes e/ou adultos jovens, porém com pequena incidência nesta população sob um contexto mundial (SILVA, D. A. R.; BERNARDES, A. G., 2018).

Há ainda uma variação de extrema relevância no Brasil que é o Pênfigo Foliáceo endêmico o *Fogo selvagem*, assemelha-se ao foliáceo, contudo tem relação genética, manifestando-se em crianças e adultos jovens, esta apresentação imunopatológica ocorre em especial no Brasil (AOKI, V. et al, 2005).

Portanto a etiopatogenia do pênfigo e suas apresentações pode-se dizer que são complexas, multifatoriais e com alta relação genética (BARRAVIERA, S. R., 2009).

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM: APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

A Sistematização da Assistência de Enfermagem vem para qualificar cuidado

através do Processo de Enfermagem que é uma metodologia científica que possibilita uma visão holística, com uma análise crítica, clínica podendo implementar uma assistência de enfermagem heterogênea ao paciente (ALFARO-LEFEVRE, 2010).

O Processo de Enfermagem tem em sua práxis cinco etapas, cíclicas e inter-relacionadas e inter-dependentes, a saber: coleta de dados de enfermagem (histórico de enfermagem), Diagnóstico de Enfermagem (DE), planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem (ALFARO-LEFEVRE, 2010; LIMA, 2015).

Destaca-se a importância da semiologia, a semiotécnica do exame físico, a acurácia da busca das informações na anamnese, conhecimento dos processos de comunicação, inclusive a proxêmica, tanto para com o paciente, como também com os familiares/acompanhantes, tudo em busca do melhor cuidado através de informações fidedignas, além de promover maior confiabilidade por parte do paciente, pois como dito anteriormente o cuidado de enfermagem é holístico, ou seja, considera-se o tripé bio-psico-espiritual do paciente, esse respeito é o cerne do cuidado em enfermagem (LIMA, 2015; SCHMITZ, 2015).

Para condução do exame físico devem ser seguidos passos propedêuticos; deve ser realizado de forma sistemática, no sentido céfalo-plantar ou céfalo-caudal, buscando revisar minuciosamente todos os segmentos e identificar todas as características do paciente, sinais e sintomas que possam estar relacionados à patologia. Para tanto, é essencial que o enfermeiro possua conhecimentos científicos sobre anatomia, fisiologia, fisiopatologia, diagnósticos por imagem, análises laboratoriais, patologia clínica e a semiologia com a semiotécnica necessária para avaliação, somente desta forma se poderá obter subsídios para o planejamento do cuidado (SANTOS; VEIGA; ANDRADE, 2011).

Na semiotécnica destacamos os sinais que se tornam o elemento diferencial no exame físico, como o Sinal de Murphy em pacientes com suspeita de colecistite, Sinal de Rosving e Blumberg para suspeita de apendicite, Sinal de Giordano para patologias renais, ou mesmo o Sinal de Nikolski para identificar a perda da adesão das camadas da pele (LEITE, 2002; BARRAVIERA, S. R., 2009). Este último foi o diferencial no exame físico do caso clínico apresentado neste estudo.

ESTUDO DE CASO

Relato do caso: Paciente M.B., idosa, 72 anos, sequela de AVC prévio há dois anos, com deficit motor (não deambulando desde o evento), institucionalizada há aproximadamente 1 ano, vem para o atendimento por lesões no tronco, membros superiores e inferiores com bolhas superficiais, algumas rompidas, outras com áreas de erosão recobertas com escamas finas e crostas hemáticas. Passou 24 horas em um leito de emergência, sendo encaminhada à Unidade Clínica. Iniciou com tratamento de antibioticoterapia Cefepime 2G, no 2º dia de tratamento apresentou sinais de encefalopatia hepática, segundo corpo clínico, possivelmente causada pelo

uso do antibiótico.

Evoluiu com quadro de rebaixamento de sensório e alteração das características das lesões, com hipotensão persistente, foi transferida para a UTI. Na admissão foi realizado a estabilização da paciente e monitorização, a mesma foi submetida a entubação orotraqueal, passagem de cateter venoso central em subclávia direita duplo lúmen, sondagem nasoenteral e cateterismo vesical de demora. Seguiu-se de um minucioso exame físico, com posterior conversa com a família em busca de mais informações sobre o histórico da paciente.

Ressalta-se os achados no exame físico: Glasgow 6, irresponsiva, gemente, hipotensa, taquicárdica, Flapping positivo, relacionado a encefalopatia hepática, Sina de Nikolski positivo, deslize das camadas da pele, o que foi o diferencial na discussão do caso com equipe multidisciplinar, juntamente com os achados do histórico do paciente. Além disso, algumas lesões apresentavam exsudato seropurulento (levemente amarelo-esverdeado) em pequena quantidade e com odor fétido, principalmente em região dorsal, contudo tal característica das lesões não estava presente na entrada do paciente na emergência, segundo registro no prontuário e familiares.

Informações coletadas com a família revelaram que paciente apresentou crises com lesões bolhosas recorrentes no último ano, principalmente após institucionalização da mesma em um lar de longa permanência, porém piora se deu apenas na última semana, tornando-se necessário a busca pelo serviço de saúde; segundo os filhos, algumas vezes a paciente apresentara algumas dessas lesões, mas nada grave, nem tão extenso.

Histórico: a paciente não apresentava lesões por pressão, mantinha uma boa perfusão sanguínea para a idade; de comorbidades: AVC prévio há 2 anos – déficit motor: não deambulava, Obesidade grau III, Dislipidemia, Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensão tratando há mais de 15 anos, Insuficiência Cardíaca e depressão. Fazia uso de polifarmácia, sendo por dia: Sinvastatina 20mg (2 comprimidos), Fluxetina 20mg (2 comprimidos), Succinato de Metoprolol 100mg dia, Digoxina 0,25 (1 comprimido), Metformina 850 mg (3 comprimidos), Omeprazol (1 comprimido), Citalopran 20mg (2 comprimidos), Furosemida 40mg (2 comprimidos), Espironolactona 25mg (2 comprimidos), Clopidogrel 75mg (1 comprimido), Ácido Acetilsalicílico (2 comprimidos), Insulina NPH 35 ui- manhã, 25 ui- tarde.

Foram coletados laboratoriais e antibiograma, após resultados dos exames de sangue e urina, levantamento do histórico, juntamente com achados de exame físico, equipe médica realizou a troca para Imipenem 250mg e iniciado tratamento com corticóides.

Utilizou-se como taxonomia para o Processo de Enfermagem: Diagnósticos de Enfermagem (North American Nursing Diagnosis Association Internacional (NANDA – 2015/2017) e o Nursing Interventions Classification (NIC – 2016) para as intervenções de enfermagem.

Elencou-se como prioritários para a paciente os seguintes Diagnósticos de

Enfermagem: 1) Integridade da pele prejudicada relacionada a alteração no metabolismo evidenciada pelo tecido destruído e lesado; 2) Dor aguda relacionada agente lesivo biológico evidenciado por expressão facial de dor e mudanças no parâmetro fisiológico; 3) Síndrome do idoso frágil relacionada a hospitalização prolongada, doença crônica evidenciada por deambulação prejudicada, déficit no autocuidado (alimentação, banho, vestir-se, higiene íntima) e 4) Nutrição desequilibrada menor do que as necessidades corporais.

Já para as intervenções foram estabelecidos: 1) Cuidados com lesões – prevenção de complicações e promoção da cicatrização, manter técnica asséptica durante a realização do curativo; 2) Controle da ventilação mecânica invasiva – usar técnica asséptica nos procedimentos de aspiração, monitorar efeitos adversos da ventilação mecânica; 3) Controle da dor – observar sinais não verbais de desconforto, controlar fatores ambientais que possam influenciar a resposta do paciente a dor.

A equipe assistencial multidisciplinar foi acionada e, além das intervenções específicas de cada área, houve treinamento sobre o manuseio para com a paciente e cuidados necessários. Vale ressaltar que na equipe de enfermagem, apesar de cotidiano, alguns treinamentos foram necessários: como aquecimento da paciente, exposição e cuidado com as lesões, reduzir tempo de mudanças de decúbito e alívio de pressão, logística do banho e cuidado no manuseio para evitar formar novas lesões, visto as características específicas do pênfigo. Para cobrir a paciente foi realizado uma cabana com lençol, usando as grades do leito para evitar que o lençol tocasse na paciente, além de cuidados assépticos em toda a assistência prestada, não apenas pela equipe de enfermagem, como também pelos fisioterapeutas, nutricionista e médicos. Houve um registro diário das lesões por uma ficha de lesões de pele padronizada pela instituição.

Não houve uso de coberturas tecnológicas, apenas cuidado direcionado e heterogêneo, melhora do aporte nutricional e terapêutica medicamentosa adequada.

No cuidado com as lesões foi utilizado no banho sabonete líquido neutro, uso de ácidos graxos essenciais para hidratação da pele, cobertura com gaze e umedecida com ácidos graxos essenciais, nas lesões com necrose hemática papaína a 10% com trocas a cada turno de 6 horas, banhos eram diários e as mudanças de decúbito a cada duas horas. A Papaína foi retirada em três dias, pois desbridamento enzimático fora bem-sucedido; após mantido apenas os ácidos graxos essenciais para hidratação, além dos demais cuidados elencados.

O período em que ocorreram as intervenções até a transferência foi de 8 dias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Pênfigo, apesar de uma doença autoimune, deve ser diagnosticado com brevidade, visto o quanto pode apresentar piora, dependendo do perfil clínico do paciente que sofre com esta patologia. Destaca-se a semiologia como fator fundamental para o diagnóstico, que embora atualmente hajam vários recursos tecnológicos e

laboratoriais, nada supera o exame clínico do profissional, principalmente o enfermeiro, que está mais próximo do paciente, neste caso em especial foi efetivo para o correto diagnóstico clínico junto a equipe multidisciplinar.

Este estudo de caso possibilitou uma maior reflexão sobre a importância do uso de uma metodologia onde o raciocínio clínico crítico tornou-se mais profundo e heterogêneo, saindo do empirismo, empreendendo no cuidado, através da sistematização de enfermagem pelo processo de enfermagem.

Observou-se que, embora a equipe de enfermagem estivesse acostumada a alguns dos cuidados, foi necessário retomar e realizar um treinamento para com estes, estendendo a equipe multidisciplinar, principalmente em relação ao banho: como mover o paciente e realizar os cuidados, otimizar esses momentos e envolver a equipe multidisciplinar para avaliações, evitando manejo desnecessário, o que geraria fricção/cisalhamento e, possivelmente, novas lesões na pele.

Obteve-se adesão e melhor reflexão da equipe multidisciplinar sobre a necessidade dos cuidados específicos, houve ainda relatos de satisfação junto a membros da equipe de enfermagem salientando o respeito pelo trabalho realizado, oriundo dos demais membros da equipe multidisciplinar.

Comprovou-se que, através do Processo de Enfermagem, pôde-se ter um acompanhamento fidedigno da evolução do caso, com registros adequados, melhoria do manejo da dor, redução do odor e exsudato, além de melhora significativa das lesões com reepitelização, durante o período em que esteve na Unidade de Terapia Intensiva.

REFERÊNCIAS

ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do Processo de Enfermagem**: Uma ferramenta para o pensamento crítico. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. Tradução: Ana Thorrel.

AOKI, V. et al. Perfil histórico da imunopatogenia do pêfingo foliáceo endêmico (fogo selvagem). **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, 2005, v. 80, n. 3. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v80n3/v80n3a10>>. Acesso em 08/2019.

BARROS, A. L. B. L. **Anamnese e exame físico**: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016

BERNARDES, Anita Guazzelli. Pemphigus: cartography on the coordination of health policies. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 2631-2640, ago. 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000802631&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07/2019.

BRANDÃO, E. S.; et al. Evolução do Cuidado de Enfermagem ao Cliente com Pêfingo: Revisão Integrativa de Literatura. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2011. Jul/Set; v. 19, n. 3, p.479-84. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n3/v19n3a24.pdf>>. Acesso em: 07/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 12, 13 jun. 2013b. Seção 1, p. 59. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 07/2019.

BULECHEK, G. M. et al. **Classificação das Intervenções de Enfermagem – NIC**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016. Tradução de: Denise Costa Rodrigues.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN. Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 out. 2009. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen3582009_4384.html>. Acesso em: 08/2019.

CUNHA, P. R. ; BARRAVIERA, S. R.. Dermatoses bolhosas auto-imunes. **An Bras Dermatol**. Rio de Janeiro, 2009; v. 84, n. 2, p.111-24. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v84n2/v84n2a03.pdf>>. Acesso em: 07/2019.

HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017**. 10. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015. Tradução de: Regina Machado Garcez.

LIMA, A. A. A. **Modelo teórico de pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem: análise à luz do modelo de Meleis**. 2015. 163 f. Tese (Doutor em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2015.

SANTOS, N.; VEIGA, P.; ANDRADE, R. Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 355-358, abr. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672011000200021&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07/2019.

SCHMITZ E. L. **Filosofia e marco conceitual: Estruturando coletivamente a Sistematização da Assistência em Enfermagem**. 2015, 155 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de pós-graduação em Gestão e Gerência em Saúde e Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2015. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/160658/337970.pdf?sequenc e=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 07/2019.

SILVA, D. A. R.; BERNARDES, A. G. Pênfigo: uma cartografia sobre as articulações das políticas em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2018, v.23, n. 8, p.2631-2640. SILVA, Diego Alexandre Rozendo da;

ILUSTRAÇÕES

II. Figura 1- PERAZA, D. M. Manual MSD – Manual para Saúde da Família: Pênfigo vulgar. Geisel School of Medicine at Dartmouth University. Disponível em<<https://www.msdmanuals.com/pt/casa/dist%C3%BArbios-da-pele/doen%C3%A7as-que-provocam-bolhas/p%C3%AAnfigo-vulgar>>. Acesso em: 08/2019.

II. Figura 2 – Sociedade Brasileira de Dermatologia. Disponível em: <<https://www.sbd.org.br/dermatologia/pele/doencas-e-problemas/penfigo/17/>>. Acesso em: 07/2019.

SEGURANÇA DO PACIENTE NA PERSPECTIVA DA FORMAÇÃO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA ESCOLA TÉCNICA DO ENSINO MÉDIO

Alessandro Gabriel Macedo Veiga

Hospital Amaral Carvalho / Departamento de Educação Permanente / Jaú – SP

Faculdades Integradas de Jaú / Departamento de Enfermagem e Educação Física / Jaú – SP

Faculdade Gran Tietê / Departamento de Enfermagem / Barra Bonita - SP

Ana Letícia Sgaviolli Serignolli

Senac Jaú / Departamento de Saúde e Bem-estar / Jaú - SP

Ana Maria Galvão de Carvalho Pianucci

Senac São Paulo / Gestora de Produtos Educacionais / São Paulo - SP

RESUMO: É visto que o ensino em saúde gera novos desafios, tanto do educador quanto do aluno, pois é preciso ocupar um papel ativo, fortalecendo a necessidade de ter a constante elaboração de métodos pedagógicos que proporcionem reflexão e aprendizagem teórico-prático, voltados para a prática da enfermagem. Proporcionar uma formação com metodologia de acordo com a realidade, estreitará os desafios do profissional. O profissional de enfermagem precisa desenvolver a sua prática, levando a uma associação da teoria, pois no seu desempenho profissional, exigirá habilidades manuais para realização de procedimentos e raciocínio crítico para atender as peculiaridades de seus pacientes. O profissional de enfermagem

precisa ser pensante, entendendo o porquê de cada atividade que venha desempenhar, priorizando a segurança do paciente e qualidade da assistência.

PALAVRAS-CHAVE: Educação. Assistência de Enfermagem. Segurança do paciente.

PATIENT SAFETY FROM THE PERSPECTIVE OF NURSING TECHNICIAN TRAINING: EXPERIENCE REPORT OF A HIGH SCHOOL TECHNICAL SCHOOL

ABSTRACT: It is seen that health education generates new challenges for both the educator and the student, as it is necessary to occupy an active role, strengthening the need to have the constant elaboration of pedagogical methods that provide reflection and practical-oriented learning, focused on the practice. of nursing. Providing a training with methodology according to reality, will narrow the challenges of the professional. Nursing professionals need to develop their practice, leading to an association of theory, because in their professional performance, they will require manual skills to perform procedures and critical thinking to meet the peculiarities of their patients. The nursing professional needs to be thinking, understanding why each activity they perform, prioritizing patient safety and quality of care.

KEYWORDS: Education. Nursing care. Patient

safety.

INTRODUÇÃO

A qualidade do cuidado é primordial para segurança do paciente (NEUFELD, 2009). Toda formação de nível técnico em enfermagem, exige aulas práticas em laboratório com a manipulação de manequins e equipamentos de acordo com a realidade profissional. Durante as aulas práticas são desenvolvidas situações práticas de estágio, trabalhando-se as reais necessidades do ser humano em todos os níveis de atenção à saúde, desde primário, secundário e terciário.

A avaliação técnica do aluno para poder iniciar os estágios, é realizada através do *check list* que proporciona o passo a passo no desenvolvimento do procedimento, de acordo com as habilidades e competências exigidas, o que possibilita ao aluno executar os procedimentos de forma crítica e reflexiva.

O *feedback* se torna essencial após a realização do procedimento prático avaliativo, uma vez que este aluno em formação precisa saber dos seus erros, necessidades de melhorias e adequações na realização do procedimento e atendimento do paciente, uma vez que a humanização deve fazer parte da assistência.

O plano pedagógico objetiva as competências estabelecidas no currículo do curso, de modo que o aluno tenha autonomia, responsabilidade e compromisso com as premissas essenciais de sua profissão.

A educação no nível médio profissionalizante deve contemplar o raciocínio crítico e prático na atitude de tomada de decisões (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2009).

OBJETIVOS

Apresentar a metodologia de ensino e recursos de aprendizagem na formação do nível médio profissionalizante, priorizando a segurança do paciente e qualidade em saúde.

MÉTODO

Estudo descritivo, qualitativo, desenvolvido através da experiência dos autores na formação do profissional técnico de enfermagem, de acordo com o referencial científico acerca da temática.

Para a busca por referências, foi realizada pesquisa em bases de dados, através das palavras-chave: Educação. Assistência de Enfermagem. Segurança do paciente. Em seguida, realizada leitura do título e resumo, que após serem selecionados de acordo os objetivos do estudo, foi realizada leitura em sua íntegra. A pesquisa priorizou referências dos últimos cinco anos, porém sendo utilizadas com data superior devido à importância científica. O estudo foi desenvolvido nas dependências

da escola de formação técnica de nível médio profissionalizante do interior do estado de São Paulo nos meses de novembro de 2015 a fevereiro de 2016. A preocupação no desenvolvimento do estudo foi com a metodologia de formação e avaliação teórico prático a fim de instigar o aluno ser crítico e embasado cientificamente.

RESULTADOS

Na formação do técnico de enfermagem é extremamente necessário que o mesmo entenda a sua inserção dentro das necessidades e competências da realização do procedimento de enfermagem, respeitando a sua atuação técnica científica.

Para uma formação de excelência de um técnico de enfermagem, é necessário que ele entenda a sua inserção durante a realização do procedimento de enfermagem relacionadas aos cuidados e segurança do paciente, respeitando a sua atuação técnica científica.

Nas aulas práticas, o aluno, dentro das necessidades e competências, é instigado a pensar e, dentre outras, desenvolver capacidades de iniciativa, raciocínio, pensamento crítico e empreendedorismo, o que lhe possibilitarão atender suas demandas profissionais, tanto teóricas quanto práticas, fortalecendo a segurança do paciente e humanização da assistência.

O profissional não pode ser apenas “passivo” em seu exercício profissional, pois ele faz parte da equipe de enfermagem, e de acordo com a sua capacitação e legalidade, deve ser atuante na forma do pensar e fazer, priorizando a assistência livre de danos.

CONCLUSÃO

A presença do educador é fundamental no processo de ensino e aprendizagem, pois estimula o raciocínio, a responsabilidade e atitudes proativas do aluno, minimizando eventuais equívocos em campo de estágio.

A formação deve ser de qualidade para o aluno do curso de técnico em enfermagem, proporcionando o conhecimento e reflexão nos princípios da segurança do paciente e da humanização do serviço em saúde.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Parecer CNE/CEB n. 16/99**. Dispõe sobre as Diretrizes Curriculares para a Educação Profissional de Nível. Brasília; 1999.

Neufeld K. **The safety imperative**. Canadian Nurse. 2009 Oct;105(8):2.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Monyka Brito Lima dos Santos

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão – UniFacema, Caxias-MA.

Nathália Carvalho Bezerra

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão – UniFacema, Caxias-MA.

Marilene Silva Alves

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão – UniFacema, Caxias-MA.

Marlúcia Oliveira Lima de Caldas

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão – UniFacema, Caxias-MA.

Rosevalda Cristine Silva Bezerra

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão – UniFacema, Caxias-MA.

Yvana Maria Camelo Furtado

Universidade Federal do Maranhão - UFMA, São Luís - MA.

Milena Cristina Santos Souto

Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina - PI.

Dayane Vitória da Silva Santos

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão - UniFacema, Caxias - MA.

Magda Wacemberg Silva Santos Souza

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão - UniFacema, Caxias - MA.

Raysa Emanuela Beleza da Silva

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão - UniFacema, Caxias - MA.

Irene Sousa da Silva

Universidade Estadual do Maranhão - UEMA, Caxias-MA.

Paulliny de Araujo Oliveira

Faculdade Santo Agostinho - FSA, Teresina - PI.

RESUMO: Os profissionais enfermeiros necessitam de conhecimento técnico científico sobre o processo de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) para que possam praticar e consolidar o cuidado de enfermagem, principalmente na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) que exige dos profissionais um cuidado rigoroso. Objetivou-se analisar as produções científicas sobre a execução da SAE na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), identificando os aspectos positivos da execução e características que desfavorecem sua aplicação na UTI, demonstrando o conhecimento da equipe de enfermagem sobre a SAE, já que os cuidados prestados na UTI devem ser diferenciados. Trata-se de uma revisão de literatura com caráter descritivo, a busca ocorreu nas bases de dados BIREME e PubMed em fevereiro e março de 2019. Selecionou-se apenas artigos disponíveis na íntegra, publicados em inglês e português, publicados nos últimos dez anos, que atendessem aos objetivos propostos. A execução da SAE na UTI é desfavorecida em sua aplicação pela a deficiência nos registros de enfermagem, a não realização desses registros torna a SAE incompleta e inoperante.

Há necessidade de recursos humanos, capacitação de profissionais, incentivos institucionais e investimentos em recursos materiais para otimizar a prática de SAE na UTI, assim como em todos os setores de saúde. Observou-se que as principais características que desfavorecem a SAE na UTI, são a sobrecarga de trabalho da equipe de enfermagem, devido ao baixo quantitativo de profissionais, alta demanda de funções gerenciais dentro da UTI, falta de compromisso ou de conhecimento dos enfermeiros na execução integral das etapas da SAE.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência. Enfermagem. Terapia Intensiva.

SYSTEMATIZATION NURSING CARE IN THE INTENSIVE CARE UNIT

ABSTRACT: Nursing professionals need scientific and technical knowledge about the Nursing Care Systematization (SAE) process so that they can practice and consolidate nursing care, especially in the Intensive Care Unit (ICU), which requires rigorous care from professionals. The objective of this study was to analyze the scientific productions about the execution of the SAE in the Intensive Care Unit (ICU), identifying the positive aspects of the performance and characteristics that undermine its application in the ICU, demonstrating the knowledge of the nursing team about the SAE, as the ICU care should be differentiated. This is a descriptive literature review. The search took place in the BIREME and PubMed databases in February and March 2019. Only articles available in full, published in English and Portuguese, published in the last ten years, were selected. that met the proposed objectives. The implementation of SAE in the ICU is disadvantaged in its application because of the deficiency in nursing records, the failure to perform these records makes the SAE incomplete and inoperative. There is a need for human resources, training of professionals, institutional incentives and investments in material resources to optimize SAE practice in the ICU, as well as in all health sectors. It was observed that the main characteristics that undermine SAE in the ICU are the workload of the nursing staff, due to the low number of professionals, high demand for management functions within the ICU, lack of commitment or knowledge of nurses in the execution SAE stages.

KEYWORDS: Care. Nursing. Intensive Therapy.

1 | INTRODUÇÃO

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um método de organização, planejamento e execução dos cuidados de enfermagem, a implementação desse processo exige avaliações detalhadas e a aplicação íntegra de todas as etapas: histórico, diagnóstico, prescrição, evolução e anotação de enfermagem, que viabilizam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação do paciente sob os cuidados da enfermagem (NEVES; SHIMIZU, 2010).

Com isso, a resolução COFEN nº 272/2002 afirma que a implantação da SAE deve ocorrer em todas as instituições de saúde, sejam elas públicas ou privadas,

sendo esta uma atividade privativa dos profissionais enfermeiros, onde deveram atuar mediante execução da SAE, e utilizar-se do processo de enfermagem que compreende as seguintes fases: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, prescrição de enfermagem e avaliação (COFEN, 2002).

Todavia, os profissionais enfermeiros necessitam de conhecimento técnico científico sobre esse processo de sistematização para que possam praticar e consolidar o cuidado de enfermagem a partir da aplicação rigorosa da SAE, principalmente na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) que exige dos profissionais um cuidado muito rigoroso. Apesar de todas as tecnologias presentes na UTI, a prática da enfermagem deve estar pautada no processo de sistematização da assistência, obedecendo as etapas e condutas corretas da SAE (RAMALHO NETO; FONTES; NÓBREGA, 2013).

A SAE só pode ser empregada desde que haja disponibilidade de tempo, conhecimento técnico científico, recurso humano suficiente, materiais e disposição da equipe de enfermagem para desenvolver as etapas integralmente. Alguns dos aspectos positivos da SAE é viabilidade no cuidado de enfermagem que fortalece e desenvolve conhecimento, humanização e excelência na qualidade da assistência, beneficiando assim, os pacientes da UTI (SALOMÉ, 2011).

Mesmo que hajam grandes dificuldades no cotidiano dos profissionais enfermeiros da UTI para se desenvolver a SAE, deve-se esclarecer que o conhecimento teórico científico é a principal ferramenta para superar essas dificuldades da enfermagem na UTI, que é uma área complexa e exige conhecimentos diversos, profissionais especializados, discernimento e perspicácia para atuar e enfrentar as dificuldades diárias fortalecendo a identidade profissional e excelência do serviço com a execução da SAE (MASSAROLI et al., 2015).

Além de ser um método seguro e vantajoso para equipe de enfermagem e pacientes, a SAE garante organização e prestação de cuidados diferenciados na UTI, o que justifica este estudo. No entanto, a falta de investimentos desfavorece a aplicação da SAE, a nítida necessidade de investimentos na área da saúde que garantam condições adequadas de trabalho e a apropriação do enfermeiro sobre seu papel no processo de execução da SAE devem ser levados em consideração pelas instituições de saúde e gestores públicos (RAMALHO; FONTES; NÓBREGA, 2013).

Diante do exposto, objetivou-se analisar as produções científicas sobre a execução da Sistematização da Assistência de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva, em específico, identificar aspectos positivos da execução da sistematização e características que desfavorecem sua aplicação na UTI; identificar o conhecimento da equipe de enfermagem sobre a SAE e do quão importante é este método de cuidado para nortear as práticas de enfermagem, pois viabilizam a recuperação do paciente e a qualidade da assistência.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura com caráter descritivo, tal estudo possibilita uma análise ampla sobre a temática, ofertando informações e conhecimento que proporcionaram maior compreensão e clareza das informações, principalmente no que é mais relevante dentro do assunto abordado (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

Para a busca dos estudos utilizou-se de descritores (palavras-chave) nos idiomas português, inglês e espanhol nas bases de dados PubMed da National Library of Medicine e BVS (Biblioteca Virtual da Saúde), coordenada pela BIREME e composta de bases de dados como LILACS, Medline e SciELO.

A busca do material ocorreu entre os meses de fevereiro e março de 2019, os critérios de inclusão definidos para a seleção dos estudos foram artigos publicados em inglês e português, disponíveis na íntegra, publicados nos últimos dez anos. Na exclusão, descartou-se inicialmente qualquer forma de publicação que não fosse artigos científicos completos.

Após a pré-seleção dos estudos, a análise e a síntese, pautou-se no potencial de participação, objetivos e resultados dos estudos. Na seleção, a amostra final foi composto por seis estudos, possibilitando descreve-los e classifica-los, com o intuito de reunir o conhecimento produzido, indicando os dados mais relevantes para este estudo.

3 | RESULTADOS

Autor/Ano	Objetivo	Resultados	Base	Periódico
Casafus, Dell'Acqua e Bocchi (2013)	Compreender o processo planejamento-implementação da SAE.	A SAE necessita de recursos humanos como componente determinante para a visibilidade do enfermeiro no processo de trabalho.	SciELO	Esc. Anna Nery Rev. Enferm.
Massaroli et al. (2015)	Compreender as vivências de enfermeiros de uma unidade terapia intensiva adulto no desenvolvimento da SAE.	Os enfermeiros reconheceram o conhecimento limitado acerca da SAE, ainda valorizavam o desenvolvimento de procedimentos técnicos e manipulação do aparato tecnológico.	SciELO	Esc. Anna Nery Rev. Enferm.
Oliveira et al. (2012)	Verificar o conhecimento dos enfermeiros sobre a SAE na rede hospitalar de Uberaba e implantar a SAE num hospital privado do município.	Identificou-se que 60,29% dos enfermeiros tinha incentivo institucional na SAE, 91,18% referiram conhecê-la, embora houvesse uma desconexão entre o conhecer a SAE e praticá-la, apontado dificuldade na realização do exame físico (47,06%), diagnóstico de enfermagem (36,76%), e acesso a capacitação (85,71%).	SciELO	Rev. Enf. Ref.

Penedo e Spiri (2014)	Compreender o significado que os enfermeiros gerentes atribuem a SAE, desenvolvido em seu cotidiano de trabalho.	As dificuldades que os enfermeiros encontram na Instituição, dificultam a implantação integrada, da SAE e isso frustra os profissionais. A capacitação foi percebida pelos enfermeiros como elemento crucial.	Scielo	Acta Paulista de Enferm.
Silva et al. (2011)	Analisar o conhecimento dos enfermeiros sobre a SAE.	Verificou-se que 69% dos enfermeiros não tinham conhecimentos sobre a SAE, especialmente diagnósticos de enfermagem. Justificaram diversas razões para não trabalharem com a SAE: a sobrecarga de trabalho e escassez de formulários.	Scielo	Rev. Esc. Enferm. USP
Soares et al. (2015)	Analisar as facilidades e os desafios do enfermeiro na gerência da assistência instrumentalizado pela SAE.	A SAE é facilitadora no planejamento e na organização da assistência, porém, existem aspectos internos nas instituições que servem como entraves ao enfermeiro.	Scielo	Esc. Anna Nery Rev. Enferm.

Quadro 01: Distribuição das publicações incluídas segundo o autor, anos, objetivo do estudo, resultados do estudo, base de dados e periódico.

Fonte: Pesquisa direta, 2019.

4 | DISCUSSÕES

Os resultados analisados demonstraram que a execução da SAE na UTI é praticada de forma alheia, consolidado a necessidade de implementações no setor, como é o caso do gerenciamento adequado de profissionais para a viabilizar o processo de trabalho, alguns enfermeiros reconhecem que seus conhecimentos são limitados acerca da SAE e que a inexperiência nos cuidados intensivos interfere negativamente na efetivação da sistematização (MASSAROLI et al., 2015; CASAFUS; DELL'ACQUA; BOCCHI, 2013).

Uma pesquisa realizada com enfermeiros de Rede Hospitalar em Minas Gerais, identificou que o percentual de enfermeiros que conheciam claramente todas as etapas da SAE estava entre 92,65% a 100%, embora, 91,18% afirmam ter aprendido a realizar a SAE, apenas 20,59% dos profissionais utilizavam a SAE em sua prática e atuação diária, outros 20,59% confirmaram utilizar a SAE mais não todas as etapas, o que remete o desconhecimento destes profissionais sobre a relação e a necessidade de cada etapa entre si. Ademais, 85,71% dos enfermeiros alegaram não executar a SAE pelo mal dimensionamento de profissionais, troca frequente de enfermeiros no setor e atividades administrativas em excesso (OLIVEIRA et al., 2012).

Penedo e Spiri (2014), Soares et al. (2015), corroboram apontando que a SAE é desfavorecida em sua aplicação pela a deficiência dos registros dos enfermeiros que prestam assistência e não realizam anotação alguma, este ato displicente impede a implementação e continuidade da assistência pelos os outros profissionais, pois a

não realização dos registros de enfermagem, tornam a SAE incompleta e inoperante.

Embora os enfermeiros tenham pleno conhecimento da SAE, sua importância para organização da assistência e como está benéfica a recuperação do paciente, alguns enfermeiros ainda não utilizam este conhecimento nas suas práticas diárias, justificando a não execução ou a fragmentação da SAE a vários fatores, o que infelizmente prejudica diretamente o paciente. É obrigatório para os enfermeiros o uso da SAE como ferramenta de trabalho, entretanto, essa prática depende do bom senso do enfermeiro para atuar de forma sistematizada tendo em vista que nem todas as instituições de saúde tornaram o uso obrigatório (CASAFUS; DELL'ACQUA; BOCCHI, 2013).

A intensiva assistência de enfermagem desempenhada na UTI, de certa forma, é um obstáculo para a execução da SAE, podendo interferir negativamente na tomada de decisão, o cotidiano da UTI exige competências e habilidades específicas com ações de cuidados contínuos aos pacientes. Mesmo com tantas dificuldades a SAE pode minimizar muitas limitações, possibilitando a organização das atividades cotidianas, favorecendo a identificação de ações resolutivas e tomada das melhores decisões para o paciente (MASSAROLI et al., 2015).

Entretanto, outros autores discordam, afirmando que independente das dificuldades que os enfermeiros de UTI encontram para implementar e executar a SAE, essa ferramenta pode sim ser aplicada em sua totalidade, facilitando a troca de informações entre os profissionais de saúde, já que os dados são registrados de forma sistematizada e individualizada, favorecendo todas as ações da equipe de enfermagem e contribuindo para uma assistência de qualidade, uma vez que este processo beneficia diretamente o paciente (OLIVEIRA et al., 2012; SILVA et al., 2011).

A SAE efetiva a proposta de promover a saúde do paciente na UTI, somando e sincronizando todas as suas etapas para que o resultado final beneficie o paciente em sua totalidade, não é um processo de simples desenvolvimento, ao tentar facilitar a operacionalização da SAE, muitas vezes, o enfermeiro fragmenta a assistência, embora esta fragmentação seja um reflexo das inúmeras tarefas com alto grau de exigências e responsabilidades as quais o enfermeiro está sujeito (SOARES et al., 2011).

Ao planejar a assistência, o enfermeiro garante o diagnóstico exato das necessidades do cliente, as prescrições e os cuidados pertinentes, além de nortear as decisões a partir de conhecimentos teóricos científicos, a SAE é um instrumento indispensável para o exercício profissional do enfermeiro, unifica a linguagem entre profissionais, qualifica os cuidados, traz valorização e autonomia profissional, facilitando o desempenho prático do trabalho diário (SILVA et al., 2011).

Em pesquisas realizadas com enfermeiros, observou-se relatos de que a falta de capacitação é uma característica que desfavorece ou dificulta a aplicação da SAE. Em contrapartida, outros enfermeiros revelam que recebem total apoio da instituição para a execução e implementação da SAE, sendo-lhes fornecido todos os impressos

necessários para cada etapa da SAE, com padronização de acordo com o setor de saúde (SOARES et al., 2015; PENEDO; SPIRI, 2014).

Se a graduação em enfermagem não oferece aporte necessário de conhecimento para que os enfermeiros desenvolvam a SAE, o profissional que se sente incapacitado de executar a SAE durante sua assistência deve buscar conhecimento e capacitação profissional, é um dever da enfermagem executar a SAE em sua totalidade, principalmente em locais onde os pacientes necessitam de cuidados rigorosos como a UTI.

Ademais ao capacitar os profissionais enfermeiros, a instituição ajuda a aperfeiçoar a assistência de enfermagem, promove autonomia da classe, dando continuidade à assistência e qualificando o serviço prestado tornando-se cada vez mais eficazes e eficientes. A capacitação é um aspecto positivo que contribui diretamente para o aumento da autoestima e valorização do profissional enfermeiro, bem como para o bem estar do paciente que será assistido de modo diferenciado (CASAFUS; DELL'ACQUA; BOCCHI, 2012).

Além deste, a outros aspectos positivos da sistematização da assistência, dentre eles, a excelência e qualidade dos cuidados de enfermagem prestada aos pacientes, respaldo das práticas executadas e tomada de decisão, independência profissional e segurança de suas ações, enfim, a SAE é uma ferramenta facilitadora do processo de trabalho da enfermagem e tem uma resposta rápida e positiva às necessidades do paciente e atuação dos enfermeiros (SILVA et al., 2011).

5 | CONCLUSÃO

Ao analisar as produções científicas sobre a execução da SAE na UTI, concluiu-se que está ainda se mostrar falha, o que demonstrar a necessidade de investimentos por parte das instituições no quesito de capacitar os enfermeiros da UTI. É importante que as instituições ofertem cursos específicos para o conhecimento e implementação da SAE dentro dessas unidades intensivas, e após as capacitações é considerável avaliar o a equipe quanto a prática na utilização da SAE, assim, a instituição poderá perceber o nível de conhecimento adquirido pelos profissionais durante as capacitações.

Observou-se que as principais características que desfavorecem a aplicação da SAE na UTI, são a sobrecarga de trabalho da equipe de enfermagem, devido ao baixo quantitativo de profissionais, alta demanda de funções gerenciais dentro da UTI, dentre elas as burocráticas, falta de compromisso e conhecimento dos enfermeiros na execução íntegra das etapas da SAE. Os enfermeiros devem ser preparados para a aplicação da SAE, no entanto, é necessário o dimensionamento correto de profissionais dentro da UTI de acordo com as demandas e necessidade do setor, para que a prática e execução SAE sejam desempenhadas com tempo e perfeição.

A SAE é a ferramenta que norteia os cuidados de enfermagem e viabiliza uma recuperação positiva do paciente, neste contexto, o êxito da sistematização depende dos profissionais de enfermagem que devem mostrar compromisso, discernimento e disposição para aprender e executar esse método, contudo, se os profissionais desconhecem ou apresentam dificuldade e as instituições não ofertarem cursos de aperfeiçoamento, cabe aos profissionais enfermeiros buscarem meios de aprender, reciclar seus conhecimentos e especializar seus cuidados.

REFERÊNCIAS

BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais, **Gestão e Sociedade**, v.05, n.11, 2011.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 272 de 27 de agosto de 2002**. Brasília. 2002.

CASAFUS, K.C.U.; DELL'ACQUA, M.C.Q.; BOCCHI, S.C.M. Between success and frustration about nursing care systematization. **Esc. Anna Nery**, v.17 n.2 p.313-321,2013.

MASSAROLI, R. Nursing work in the intensive care unit and its interface with care systematization. **Esc Anna Nery**, v.19 n.2 p. 252-258,2015.

NEVES, R. S.; SHIMIZU, H. E. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma unidade de reabilitação. *Rev. bras. Enferm.*, v.63 n. 2, p. 222-229, 2010.

OLIVEIRA, K. F. de et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem na Rede Hospitalar de Uberaba-MG. **Rev. Enf. Ref.**, v.3 n.8 p.105-114, 2012.

PENEDO, R. M.; SPIRI, W. C. Significado da Sistematização da Assistência de Enfermagem para enfermeiros gerentes. **Acta Paul Enferm.**, v.27 n.1 p.86-92, 2014.

RAMALHO NETO, J. M.; FONTES, W. D.; NÓBREGA, M. M. L. Instrument to collect nursing data in General Intensive Care Unit. **Rev Bras Enferm.**, v.66 n.4 p.535-42, 2013.

SALOMÉ, G.M. Diagnóstico de enfermagem dos pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva. **Ciênc. Saúde coletiva**. V.8 n.47 p.24-28, 2011.

SILVA, E. G. C. et al. Nurses' knowledge about nursing care systematization: from theory to practice. **Rev Esc Enferm USP.**, v.45 n.6 p.1380-6, 2011.

SOARES, M.I. et al. Systematization of nursing care: challenges and features to nurses in the care management. **Esc Anna Nery.**, v.19 n.1 p.47-53, 2015.

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO COMO ESTRATÉGIA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Meisiherlle da Silva Bento

Hospital Pasteur, Rio de Janeiro/RJ, Brazil.

Rafaela Ferreira Teixeira

Marinha do Brasil, Rio de Janeiro/RJ, Brazil.

Luciana Guimarães Assad

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Enfermagem, Rio de Janeiro/RJ,
Brasil

Silvia Maria de Sá Basilio Lins

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Enfermagem, Rio de Janeiro/RJ,
Brasil

Cláudia Maria Silva Sá (in memoriam)

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Hospital Universitário Pedro Ernesto, Rio de
Janeiro/RJ, Brasil

CAAE 41225715.0.0000.5259. **Resultados:** os serviços de quimioterapia e anestesia não utilizam um TCI; os serviços de cirurgia e hemoterapia apresentam 24(88,9%) TCI com o nome do paciente ou responsável e o tratamento a ser adotado; 7(25,9%) TCI apresentam o local para a assinatura do profissional que realizará o procedimento. **Conclusão:** não existe TCI padrão na instituição e as informações contidas não estão completas, faltando orientações imprescindíveis para um cuidado de qualidade e seguro.

PALAVRAS-CHAVE: Consentimento Informado; Autonomia Pessoal; Segurança do Paciente; Bioética.

INFORMED CONSENT FORM AS PATIENT SAFETY STRATEGY

ABSTRACT: Objective: Identify the Informed Consent Forms (ICF) used by the specialized services of a university hospital and check its content in relation to information about professional and patient identifications, procedure and ethical issues. **Methods:** a descriptive, exploratory documentary and quantitative study made on 18 sections of the hospital with 27 ICF analyses. The information was organized into graphs and charts, and investigated using descriptive statistics. It was approved in the Brazilian research ethics

RESUMO: Objetivo: identificar os Termos de Consentimento Informado (TCI) empregados pelos serviços especializados de um hospital universitário e verificar o conteúdo desses em relação às informações sobre as identificações do profissional e do paciente, procedimento e questões éticas. **Método:** descritivo, exploratório, documental e de natureza quantitativa, em 18 setores do referido hospital, com análise de 27 TCI. As informações foram organizadas em gráficos e tabelas e analisadas pela estatística descritiva. Aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa,

committee, with the number CAAE 41225715.0.0000.5259. **Results:** the chemotherapy and anesthesia services do not use ICF; the surgery and transfusion medicine services feature 24 (88.9%) ICF with the patient or guardian's name and the treatment to be adopted; 7(25.9%) ICF have a place for the signature of the professional who performs the procedure. **Conclusion:** There is no standard model of ICF in the institution and its items are incomplete, requiring essential guidelines for quality care and safe.

KEYWORDS: Informed Consent; Personal Autonomy; Patient Safety; Bioethics.

INTRODUÇÃO

Este trabalho possui como tema a segurança do paciente, definida como a redução do risco de danos desnecessários relacionados à atenção à saúde, até um mínimo aceitável. (Brasil, 2014). Incorporado nessa temática, optou-se por estudar o Termo de Consentimento Informado (TCI) que é um documento assinado pelo paciente ou responsável, no qual cabe ao profissional de saúde a realização de determinado procedimento diagnóstico ou terapêutico, após o paciente obter informações imprescindíveis sobre a sua execução. Assegura a autonomia do paciente, respeitando sua vontade, e faz com que o profissional tenha mais responsabilidade e cumpra seu dever de bem informar (Minossi, 2011).

Assim sendo, delimitou-se o seguinte problema do estudo: Quais as informações contidas nos Termos de Consentimento Informado (TCI) utilizados para procedimentos especializados de um hospital universitário do Rio de Janeiro?

O consentimento informado tem como objetivo principal dar autonomia aos indivíduos que se submetem a um tratamento de saúde ou a algum experimento científico. Além disso, tem como meta proteger o paciente contra danos provenientes de um tratamento mal sucedido e incentivar uma maior responsabilidade por parte dos profissionais que atuam a favor da vida e da saúde humana (Heringer, 2010).

As informações contidas no TCI, sugerem-se incluir: as condições de saúde do paciente; o(s) tratamento(s) proposto(s); o nome da pessoa que prestou o tratamento; os potenciais benefícios e desvantagens; alternativas possíveis; probabilidade de sucesso; possíveis problemas relacionados à recuperação; possíveis consequências da não realização do tratamento (Joint Commission International, 2011).

Considera-se que o documento em estudo deve respeitar um princípio importante da bioética que é a autonomia, que diz respeito à vontade do paciente e/ou do seu representante legal. Sendo assim:

A vida cotidiana, de médicos e pacientes, é repleta de influências sociais sobre os atos de cada pessoa, suas crenças e seu modo de pensar. Entretanto, essas influências não podem se sobrepor à autonomia de cada indivíduo. Médicos podem influenciar seus pacientes por meio de argumentos racionais, apelos emocionais ou mesmo autoridade científica. Em qualquer destas situações, a linha que separa o consentimento voluntário do involuntário é muito tênue. De forma ideal, consentir é muito mais que assentir. Quando um paciente autoriza seu médico a realizar procedimentos terapêuticos/ diagnósticos, "ele não está dizendo apenas sim", mas,

de maneira autônoma e com entendimento dos fatos, está se tornando, também, responsável pela decisão assumida. É muito diferente do simples ato de assinar um papel que mal leu. E, ao se tornar partícipe do processo decisório, aumenta e muito suas chances de sucesso (Miziara, 2013; Heringer, 2010)

Acredita-se ser relevante o conhecimento por parte dos profissionais de saúde e, particularmente dos enfermeiros por estarem diretamente na assistência e junto ao paciente a todo momento, da importância do termo de consentimento informado, pois, seus cuidados devem estar direcionados à segurança do paciente e a um atendimento de qualidade. Além disso, essa medida permite resguardo ao profissional em relação ao seu dever de prestar informação adequada ao cliente. (Arrudas; Diogo e Freitas, 2014)

Sendo assim, é necessário que as informações e esclarecimentos acerca do procedimento proposto sejam transmitidas de forma clara e precisa numa linguagem de fácil compreensão do paciente para que não pare nenhuma dúvida, deixando-o livre e à vontade para fazer qualquer pergunta que julgar conveniente (Junior; Oliveira e Oliveira, 2013).

De tal modo, a hipótese que sustenta o estudo é:

- Os TCI utilizados nas enfermarias cirúrgicas e setores de anestesia, quimioterapia e hemoterapia do hospital apresentam insuficiência das informações básicas, necessárias para serem transmitidas aos pacientes e familiares.

Sabe-se que “no Brasil, não há leis específicas que tratem do consentimento informado. Porém, há várias normas gerais do ordenamento jurídico que tratam indiretamente do assunto e permitem afirmar que há fundamentação legal de sua exigência no país (Pithan, 2012).

Perante este cenário, almeja-se que o estudo traga contribuições para a pesquisa em enfermagem, fomentando a realização de trabalhos com a temática visando aumentar a produção científica na área de segurança do paciente. Na assistência de enfermagem, é importante para guiar o plano de cuidado a fim de minimizar os riscos e agravos e promover a autonomia do paciente e um cuidado seguro. No âmbito de ensino de enfermagem, contribui para a formação de acadêmicos, considerando um tema pouco discutido durante a graduação.

Além disso, permite um maior enfoque na prevenção de agravos na saúde do cliente, bem como no direito que esses e seus familiares possuem ao buscar um serviço de saúde, já que esperam e acreditam que os profissionais desta área lhes fornecerão um cuidado apropriado e seguro conforme as suas necessidades.

Como contribuição para as unidades de estudo, foi elaborado uma proposta de TCI universal aplicável aos setores de cirurgia, anestesia, quimioterapia e hemoterapia do hospital universitário com base na análise e apoio bibliográfico.

Desse modo, foi definido como objetivos do estudo:

1. Identificar os TCI aplicados pelos serviços de cirurgia, anestesia,

quimioterapia e hemoterapia do hospital universitário;

2. Verificar o conteúdo dos TCI aplicados em serviços quanto às informações relacionadas ao paciente e sua saúde, aos profissionais envolvidos e aos aspectos éticos utilizados pelos serviços de cirurgia, anestesia, quimioterapia e hemoterapia do hospital universitário.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, documental e de natureza quantitativa que buscou obter os TCI aplicados pela equipe médica e não preenchidos utilizados nos serviços de cirurgia, anestesiologia, quimioterapia e hemoterapia de um hospital universitário da zona norte do Rio de Janeiro.

Foram rastreados oitenta e seis (86) termos e após os critérios de exclusão, utilizados vinte e sete (27) para o presente trabalho. Os motivos do descarte foram: a presença de TCI repetidos em diferentes unidades, o não entendimento por parte dos profissionais que nos forneceram de que um TCI é diferente de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, por fim, ao final da leitura flutuante, identificou-se que muitos setores utilizam um mesmo modelo de TCI e apenas substituem o título do procedimento, com isso, foram explorados apenas alguns documentos de uma mesma unidade.

Não foram encontrados TCI aplicados pela enfermagem para procedimentos em nenhum dos setores escolhidos para a coleta de dados. Ressalta-se que não foi localizado na literatura e nem no Código de Ética e Legislação de Enfermagem a aplicação de TCI pela categoria.

A coleta dos dados ocorreu por três (3) semanas, em dezoito (18) setores de um hospital universitário da zona norte do Rio de Janeiro. Setores esses onde diversos procedimentos invasivos ocorrem, sendo alguns deles responsáveis por comportar pacientes em pré e pós-operatórios.

Após essa etapa, foi efetivada a leitura do material coletado verificando se as informações contidas no TCI possuíam relação com o objetivo da pesquisa e se estavam completas a partir do *checklist* utilizado como instrumento de coleta de dados.

O checklist foi composto por 40 variáveis (Figura 1) e para formulá-lo, utilizou-se como padrão informações estabelecidas pela *Joint Commission International* para Hospitais, além de TCI escolhidos aleatoriamente e disponíveis na internet pelos hospitais e planos de saúde: Hospital Israelita, Hospital Santa Paula em São Paulo, Plano de Saúde Unimed, Hospital Copacabana no Rio de Janeiro e Hospital Vila da Serra em Minas Gerais. (Hospital Santa Paula, 2015; Unimed, 2015; Albert Eistein, 2014; Hospital São Lucas, 2014)

Check List com as Variáveis do estudo	
Nome do paciente ou responsável	Data do procedimento
RG do paciente ou responsável	Nome do médico que realizará o procedimento
Grau de parentesco no caso de responsável	CRM do médico
Telefone para contato	Endereço do médico que realizará o procedimento
Sexo do paciente	Telefone de contato do médico que realizará o procedimento
Idade do paciente	Assinatura da testemunha
Estado civil do paciente	Complicações do procedimento
Profissão do paciente	Probabilidade de sucesso
Endereço do paciente	Tratamentos alternativos
Leito do paciente	Possíveis problemas relacionados à recuperação
Cartão do SUS do paciente	Nome da pessoa que aplicou o TCI
Prontuário do paciente	Endereço do médico que aplicou o TCI
Informações sobre as condições de saúde do paciente	Telefone do médico que aplicou o TCI
Tratamento a ser realizado	Nome da testemunha
Problemas relacionados a não adesão do tratamento	Assinatura do paciente ou responsável
Informações sobre infecção hospitalar	Porque realizar o procedimento?
Legislações em que baseiam as informações	Local de realização do procedimento
Data da assinatura do termo	Quanto custará o procedimento ou tratamento?
RG da testemunha	Assinatura do médico
Assinatura de quem aplicou o termo	Como será o tratamento ou procedimento?

Figura 1 – Variáveis do estudo apresentadas no instrumento de coleta de dados utilizados. RJ, Brasil, 2015

O TCI foi escolhido considerando ser um documento importante para a segurança do paciente, pois eles trazem informações adicionais e relevantes conforme o artigo 34 do Código de Ética Médica:

“[É vedado ao médico] Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal (2010).”

Em relação a enfermagem, segundo o Código de Ética e Legislação que assegura os profissionais da área, em seu artigo n.20, cabe a categoria : “Colaborar com a equipe de saúde no esclarecimento da pessoa, família e coletividade a respeito dos direitos, riscos, benefícios e intercorrências acerca de seu estado de saúde e tratamento.”

É válido ressaltar que não existe legislação específica que informe precisamente

o padrão de conteúdo de um termo de consentimento informado. Em vista disso, julga-se necessário criar um modelo de TCI com o objetivo de homogeneizar o conteúdo das informações fornecidas aos pacientes pelos profissionais de saúde, cuja principal finalidade é orientar.

As informações escolhidas para a criação do instrumento de coleta de dados foram analisadas e comparadas entre si e, depois, verificaram-se quais dados se complementavam e quais seriam desnecessários para o presente trabalho.

Esses dados foram inseridos no programa Epi Info versão 3.5.2 para que pudessem ser quantificados e futuramente transferidos para o Excel Starter 2010 com a finalidade de gerar uma planilha e, por fim, os dados serem apresentados em forma gráfica.

A análise dos dados foi organizada a partir de quatro (4) grupos de variáveis: “informações sobre o paciente”, “informações dos contatos da equipe de saúde”, “informações acerca do estado de saúde do paciente e procedimentos” e “formalização do termo de consentimento”. A partir dessa classificação, os gráficos foram gerados.

Foi solicitada ao comitê de ética e pesquisa a dispensa para a não obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), por ser uma pesquisa documental. O projeto foi aprovado e gerado o seguinte número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 41225715.0.0000.5259.

RESULTADOS

Foram analisados os TCIs dos seguintes procedimentos: cirurgia de catarata; prostatectomia radical aberta ou videolaparoscopia com ou sem linfadenectomia pélvica regional; orquiectomia bilateral e neocolpovulvoplastia; retoque de neovagina; tireoidectomia; craniotomia com anastomose microcirúrgica; hemilaminectomia com disactomia lombar e artrodese lombar; gastrostomia; ooforoplastia bilateral; histerectomia total vaginal; laqueadura tubária; miomectomia; histeroscopia cirúrgica; conização; colpoperineoplastia; histerectomia total abdominal radical tipo III; vasectomia; ligadura tubária; implantação de dispositivo intra uterino (DIU); adenoidectomia com ou sem amigdalectomia, termo geral do hospital; ortopedia cirurgia 1; ortopedia cirurgia 2; termo de amputação; termo geral do setor de neonatologia; termo geral do setor de CTI cardíaco ; doação de sangue.

Obteve-se um (1) TCI do serviço de hemoterapia sobre doação de sangue. Os serviços de anestesia e quimioterapia do hospital universitário não possuem um TCI. Os setores de neonatologia, CTI cardíaco e ortopedia utilizam um TCI elaborado pelo próprio setor.

Setores de cirurgia, como a enfermaria de neurocirurgia e em uma enfermaria de cirurgia geral, utilizam um mesmo documento fornecido pelo hospital, cujo título é “Termo de consentimento livre e esclarecido”. Ela trata de informações apenas sobre o risco de acidentes com material biológico e da realização de exames para HIV e

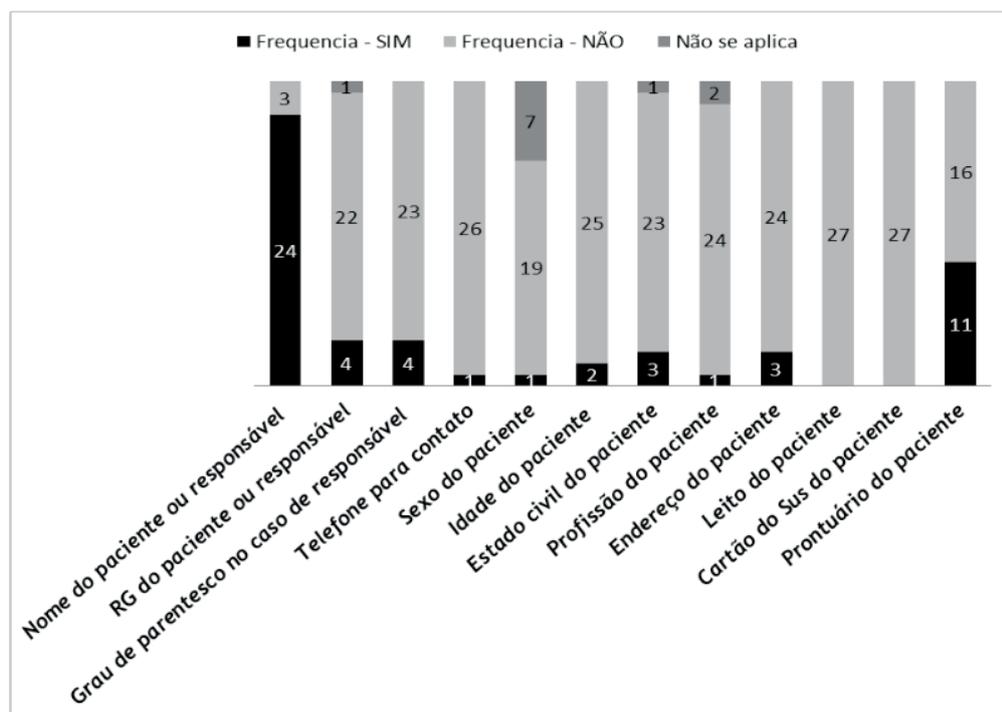


Figura 2. Dados relativos à identificação do paciente presentes nos TCI. Rj, Brasil, 2015.

A Figura 2 apresenta as informações contidas nos TCI relacionadas à identificação do paciente. Foi possível perceber que a maioria não está presente nos termos, sendo as variáveis que mais se destacam nessa ausência são “leito do paciente” e “cartão do Sistema Único de Saúde (SUS) do paciente”, pois não aparecem em 27(100%) dos TCI analisados.

Ressalta-se que o cartão do SUS é exigido nos documentos reunidos, uma vez que, o hospital onde foi realizada a coleta de dados é conveniado com o Sistema Único de Saúde. Assim, esta informação não é exclusiva do TCI, mas também complementa outros documentos relativos ao paciente.

A variável mais predominante é “nome do paciente ou responsável”, que aparece em 24(88,9%) TCI.

Variáveis	Frequência de sim	Frequência de não	Frequência de não se aplica	Total
Nome do Médico que realizará o procedimento	6	21	0	27
Endereço do local de atendimento do médico que realizará o procedimento	9	18	0	27
Telefone do médico que aplicou o TCI	0	27	0	27
Telefone de contato do médico que realizará o procedimento	0	27	0	27
Endereço do médico que aplicou o TCI	0	27	0	27
CRM do médico	3	24	0	27

Tabela 1. Dados relativos aos contatos da equipe que realizará o procedimento ou aplicará o TCI. RJ, Brasil, 2015

A tabela 1 expõe os dados relativos à equipe que realizará o procedimento ou aplicará o TCI. A média obtida dos TCI que não apresentam as variáveis selecionadas para essa categoria é de 88.9%. As variáveis que mais se acentuam por não estarem presentes em nenhum dos termos 27(100%) são “telefone do médico que aplicou o TCI”, “telefone do médico que realizará o procedimento” e, por último, “endereço do médico que aplicou o TCI”. Ressaltando que esta última refere-se ao local de atendimento do médico.

Variáveis	Frequência de sim	Frequência de não	Frequência de não se aplica	Total
Informações sobre as condições de saúde do paciente	4	23	0	27
Tratamento a ser realizado	24	2	1	27
Data do procedimento	1	25	1	27
Complicações do procedimento	21	5	1	27
Probabilidade de sucesso	14	11	2	27
Tratamentos alternativos	5	20	2	27
Possíveis problemas relacionados à recuperação	14	13	0	27
Problemas relacionados a não adesão do tratamento	0	27	0	27
Informações sobre infecção hospitalar	8	19	0	27
Legislações citadas em que se baseiam as informações	9	18	0	27
Por que realizar o procedimento?	15	12	0	27
Local da realização do procedimento	1	26	0	27
Quanto custará o procedimento ou tratamento?	0	27	0	27
Como será o tratamento ou procedimento?	15	17	0	27

Tabela 2. Dados relativos às informações acerca do estado de saúde do paciente e procedimentos presentes nos TCI .RJ, Brasil, 2015.

A tabela 2 apresenta as informações sobre as condições de saúde do paciente e procedimentos. A variável “tratamento a ser realizado” é a que mais destaca sendo 24(88,9%) TCI. As variáveis “problemas relacionados a não adesão do tratamento” e “quanto custará o procedimento” não constam em nenhum dos 27(100%) TCI.

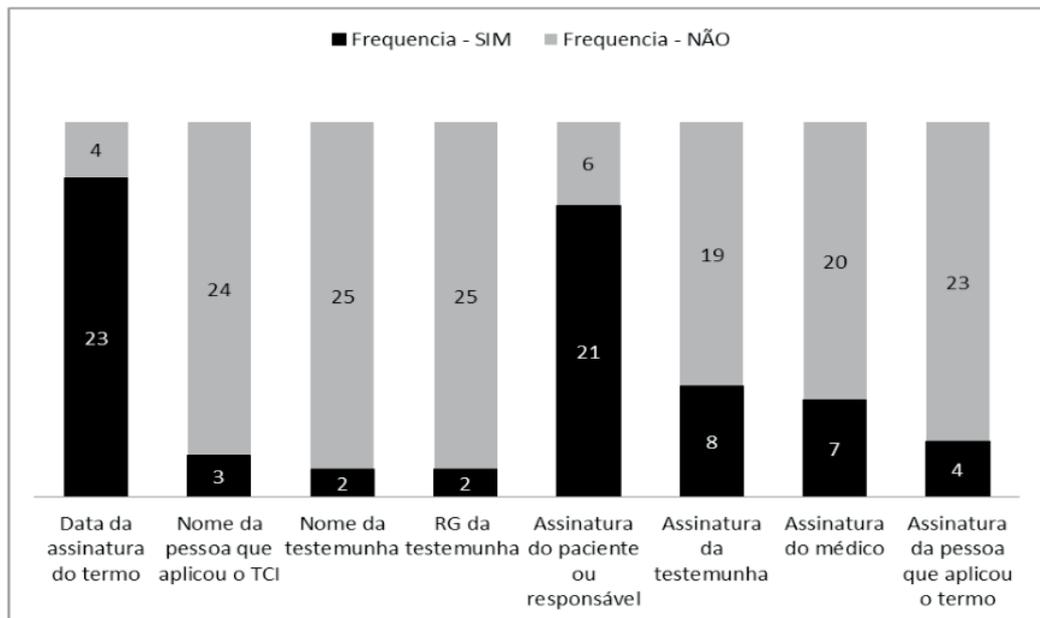


Figura 3. Dados relativos à formalização do termo presente nos TCI coletados. RJ, Brasil, 2015

A Figura 3 apresenta as informações de finalização do termo, expondo, que em 23(85,2%) documentos apresentam data de assinatura seguido, da assinatura do paciente ou responsável com 21(77,8%) termos. Os que menos são evidenciados nos TCI são “nome da testemunha” e “RG da testemunha”, 25(92,6%).

DISCUSSÃO

Identificação do paciente

Foram encontrados em 24(88,9%) dos TCI um local para que o nome do paciente fosse escrito, o que está em concordância com a literatura quando é possível afirmar que uma correta identificação do paciente pode evitar o aparecimento de inúmeros eventos adversos, como na administração de medicamentos, de sangue e hemoderivados, nos exames diagnósticos, nos procedimentos cirúrgicos e na entrega de recém-nascidos.

A identificação correta do doente possui dois propósitos principais. O primeiro busca confirmar se o paciente está sendo o receptor legítimo do tratamento ou procedimento e em segundo lugar, busca propiciar a realização de um procedimento de forma eficaz as necessidades do paciente (Brasil, 2015).

Sabe-se que ao chegar ao serviço de saúde, o paciente deve ser identificado principalmente, se ele for submetido a qualquer procedimento ou tratamento. Para que isso ocorra corretamente, sabe-se que a instituição deverá estabelecer pelo menos três (3) identificadores para serem utilizados nesse processo. O nome do paciente, normalmente, é o primeiro identificador a ser eleito (Brasil, 2009).

Diante dessa afirmação, enfatiza-se que o não preenchimento do nome do paciente pode fomentar o surgimento de erros e eventos adversos, que podem ou

não causar danos afetando todos os envolvidos: cliente, familiares, profissionais e instituição.

Dados relativos aos contatos da equipe que realizará o procedimento ou aplicará o TCI

Na amostra analisada, constatou-se que 21(77,8%) TCI não expõem o nome do médico que executará o procedimento. E em 24(88,9%) desses documentos não apresentam o número de registro no Conselho Regional de Medicina (CRM) desses profissionais.

Diante dessas informações, sabe-se que qualquer prescrição médica é composta de dados essenciais. Esse impresso deve possuir em seu cabeçalho informações sobre o profissional, como: nome, endereço do profissional ou da instituição onde trabalha (clínica ou hospital), registro profissional e número de cadastro de pessoa física ou jurídica; pode ainda apresentar a especialidade do profissional, uma vez que registrada em um CRM (Madruga, Souza, 2011).

O Código de Ética Médica, em seu Art. 11, afirma que é vedado ao médico: “receitar, atestar ou emitir laudos de forma secreta ou ilegível, sem a devida identificação de seu número de registro no Conselho Regional de Medicina da sua jurisdição, bem como assinar em branco folhas de receituários, atestados, laudos ou quaisquer outros documentos médicos (Código de ética médica, 2010).

Assim como o TCLE, concorda-se que o TCI deve ser desenvolvido em duas vias, sendo que uma para o paciente e outra para o médico (essa deve ser anexada ao prontuário do cliente). Em ambas, deverão estar inclusos o endereço e o contato dos responsáveis pelo procedimento e tratamento, a fim de garantir uma comunicação efetiva entre as partes envolvidas. Essa garantia deve ser expressa no próprio termo a ser assinado.

Uma comunicação efetiva e um bom trabalho em equipe evitam falhas no tratamento e eventos adversos. Logo as principais consequências na falha de comunicação são: o uso ineficaz de recursos, maior tempo de hospitalização e danos. Diante desse fato, o TCI também pode ser utilizado como uma estratégia de comunicação entre equipe, paciente e familiares.

Informações sobre as condições de saúde do paciente e procedimento

Dos 27(100%) termos analisados, a variável “tratamento a ser realizado” consta em 24(88,9%) termos. Acredita-se que o tratamento ao qual o paciente se submeterá deve ser expresso de forma clara em todo TCI, para que o paciente possa ter as informações completas de todo o procedimento, e a partir disso, consentir ou não com o tratamento a que será submetido.

O código de ética médica, em seu Art. 22, confirma que é vedado ao médico “deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após

esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte (Código de ética médica, 2010).

Outra variável a se destacar na análise dos termos é “como será o tratamento ou procedimento”, presente em 15(55,5%) TCI analisados. Sabe-se que o paciente tem o direito de saber sobre todas as etapas do procedimento que será submetido, tendo consciência de todos os riscos e benefícios

Segundo a Portaria nº 1.820, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários de saúde, parágrafo II único, o paciente deve ter “informações sobre o seu estado de saúde, de maneira clara, objetiva, respeitosa, compreensível (Public Health and Clinical Systems, 2014).

E ainda, a partir do Código de Ética médica, Art.34, é vedado ao médico “deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal (Código de ética médica, 2010).

É responsabilidade e dever dos profissionais de enfermagem fornecer informações ao paciente, coletividade e família a respeito dos direitos, riscos, benefícios e intercorrências relativas a assistência de enfermagem, bem como auxiliar os mesmos a tomar decisões sobre sua saúde, tratamento, bem estar e conforto.

Formalização do termo

Nos termos analisados foram observado que a variável “nome da pessoa que aplicou o TCI” não consta em 24(88,8%) termos.

Ainda, a partir dos dados analisados, o nome da testemunha não consta em 25(92,5%) dos termos. Segundo a Portaria nº 1.820, Art.4º IX, é direito do paciente “a informação a respeito de diferentes possibilidades terapêuticas de acordo com sua condição clínica, baseado nas evidências científicas e a relação custo-benefício das alternativas de tratamento, com direito à recusa, atestado na presença de testemunha (Public Health and Clinical Systems, 2014).

Em relação à variável “assinatura do paciente ou responsável” presente em 21(77,7%) dos termos analisados, espera-se que ao assinar o TCI, após ter lido e assentido, o paciente confirma que recebeu todos os informes necessários. A partir desse momento, fica compilada sua ciência a respeito do tratamento que será submetido. De acordo com a Resolução 466/12, ao consentir, “o paciente assegura a sua vontade, dignidade e autonomia.

A variável “assinatura do médico” consta em 7(25,9%) TCI analisados, tendo um percentual relativamente baixo. Diante dos dados gerados, salienta-se a necessidade dos termos de consentimento informado apresentar informações sobre a identificação e a assinatura do profissional médico, pois, além de transmitir informes primordiais assegura legitimidade e validade ao documento.

Segundo a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.974 Art. 11 parágrafo 2º “Os documentos médicos, nos casos de pacientes internados em estabelecimentos de saúde, deverão, sempre, ser assinados pelo médico assistente e subscritos pelo diretor técnico médico da instituição ou, em sua falta, por seu substituto.

CONCLUSÃO

Foi possível perceber que nem todos os serviços utilizam um termo de consentimento informado para os procedimentos assim como também não existe um documento padrão para a instituição. Percebe-se ainda que as informações contidas nos TCI analisados não estão completas, faltando orientações imprescindíveis para se estabelecer um cuidado de qualidade e seguro ao paciente e também garantir sua autonomia e o direito de receber todos os dados sobre sua doença.

Considera-se que a enfermagem esteja numa posição privilegiada, participando integralmente no cuidado do paciente. Acredita-se que o conhecimento do TCI por esses profissionais auxilie no planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos cuidados e contribua na segurança do paciente prevenindo danos à sua saúde.

A partir do presente trabalho, pretende-se colaborar com a instituição para a criação de um termo padrão para o hospital, tornando-o de extrema importância na realização dos procedimentos invasivos, e na prática de todos os profissionais de saúde envolvidos no cuidado do paciente.

Será entregue uma cópia do estudo a cada setor onde se coletou os TCI e apresentar os resultados obtidos ao Núcleo de Segurança do Paciente, com o objetivo de apresentar a situação do hospital em relação ao uso dos documentos estudados para que possam ser criadas soluções para reverter o atual quadro.

REFERÊNCIAS

Albert Einstein.org [Internet]. São Paulo: **Hospital Albert Eisten: Sociedade beneficente israelita brasileira**; data de publicação/registo [atualizada em 2014. Disponível em: <http://medicalsuite.einstein.br/Servicos/Paginas/consentimentos-informados.aspx>

Aragão J. **Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas**. Revista práxis. 2011 Ago;6:59-62.

Arrudas LP,Gomes EB,Diogo JL,Freitas CHA.**Evidências científicas do cuidado de enfermagem acerca da segurança do paciente: revisão integrativa**.UFPE.2014 Jul; 8(7):2107-14.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. Brasília: Anvisa. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/aef73f804025bfd1a2edf2dc5a12ff52/Modulo_1_Assistencia_Segura.pdf?MOD=AJPERES

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/12**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://www.bioetica.ufrgs.br/res19696.htm>

Brasil. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente** / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Legis [Internet]. **Portaria nº 1.820 de 13 Ago 2009**. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde; 2009 Ago 14; Seção I:80 [acesso em 2014 Dec 12]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html

Código de ética médica. Res.(1931/2009)-Cap: **Relação com o médico e o paciente**. (2010).

Conselho federal de medicina. **Resolução nº 1.974/2011**. Estabelece os critérios norteadores da propaganda em Medicina, conceituando os anúncios, a divulgação de assuntos médicos, o sensacionalismo, a autopromoção e as proibições referentes à matéria; 2011 Aug 19; Seção I:241-4 Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2011/1974_2011.htm

GIL AC. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas; 1991.

Heringer A. O respeito às deliberações do paciente através do consentimento informado. **Revista NEJ**. [Internet]. 2010 Jan/Apr [acesso em 2015 Mar 20];15(1):[aproximadamente 13 p.]. Disponível em: <http://www6.univali.br/seer/index.php/nej/article/view/2305/1620>

Hospital Santa Paula.org [Internet]. São Paulo: **Hospital Santa Paula**; data de publicação/009.v.002 [atualizada em 2015. Disponível em: <http://www.santapaula.com.br/Files/Termo-de-consentimento.pdf>

Hospital São Lucas.org [Internet]. Rio de Janeiro: **Hospital São Lucas**; [atualizada em 2014. Disponível em: <http://www.gruposao Lucas.com.br/orientacoes/termo-de-consentimento/>

Hospital Vila da Serra.org [Internet]. Nova Lima: **Hospital Vila da Serra**: Instituto Materno infantil; [atualizada em 2012. Disponível em: <http://www.hospitalviladaserra.com.br/area-medica-e-assistencial/consentimento-informado/>

Joint Commission International. **Padrões de acreditação da Joint Commission International para hospitais**. Oak Brook: Joint Commission International; 2011.

Júnior EQO, Oliveira EQ, Oliveira PBQ. Autonomia da vontade do paciente X autonomia profissional do médico. **Relampa[online]**. 2013[acesso em 2015 mar 14],vol. 26,n.2,pp.89-97.Disponível em: http://www.relampa.org.br/detalhe_artigo.asp?id=886

Madrugada CMD,Souza ESM.**Manual de orientações básicas para prescrição médica**[Internet] Brasília:2011.2ed.Disponível em : <http://www.sbrafh.org.br/site/public/temp/5161e8fa1263c.pdf>

Marconi MA, Lakatos EM. **Fundamentos da metodologia científica**. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 2003.

Minossi JG. O consentimento informado: Qual o seu real valor na prática médica? **Rev. Col. Bras. Cir.** [Internet]. 2011 May/Jun [acesso em 2014 Nov 14];38(3):[aproximadamente 3 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912011000300011

Miziara ID. Ética para clínicos e cirurgiões: consentimento. Rev Assoc Med Bras. 2013 Jul 10;59(4):312-15.

Pithan LH. **O consentimento informado no Poder Judiciário brasileiro**. Rev. AMRIGS[online].2012[acesso em 2015 set 14],vol.56,n.1,pp.87-92.Disponível em: http://www.amrigs.com.br/revista/56-1/0000095683-17_1000.pdf

Polit DF, Beck CT, Hungler BP. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação e Utilização**. 5ª ed. Porto Alegre: ARTMED; 2004.

Public Health and Clinical Systems. **Patient identification guideline** [Internet]. Adelaide(Austrália):Department for Health and Ageing, Government of South Australia; 2014:1-8. Disponível em: <http://proqualis.net/guideline/protocolo-de-identifica%C3%A7%C3%A3o-de-pacientes#.VXdbmM9Vikp>

Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. **Estratégias para a segurança do paciente: Manual para Profissionais da Saúde**. Porto Alegre: Edipucrs; 2013.

Unimed.org [Internet]. Chapecó: **Unimed**; Sep 2011 [atualizada em 2015. Disponível em: http://www.unimed.coop.br/pct/index.jsp?cd_canal=52220&cd_secao=60595&cd_materia=303077

IMPLEMENTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO ENTENDIMENTO E PERSPECTIVAS DOS ENFERMEIROS

Jéssica de Melo Moreira

Enfermeira. Residente. Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.

Elizabeth Rose Costa Martins

Professora Associada da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.

Raphaela Nunes Alves

Professora Assistente da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.

Andressa da Silva Medeiros

Graduanda da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.

Karoline Lacerda de Oliveira

Graduanda da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.

Suellen de Andrade Ambrósio

Enfermeira. Residente. Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.

RESUMO: **Objetivos:** Descrever o entendimento do enfermeiro sobre a sistematização da assistência de enfermagem e discutir as dificuldades de aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem no cotidiano dos enfermeiros. **Metodologia:**

Pesquisa qualitativa, descritiva, exploratória, mediante entrevista semiestruturada, em unidades de clínica médica, de um hospital universitário, situado no município do Rio de Janeiro, com 15 participantes entre enfermeiros e residentes de enfermagem, em 2018. Respeitados os requisitos éticos e legais da Resolução 466/12-CNS, aprovado por Comitê de Ética em pesquisa da instituição nº 84670317.5.0000.5282. **Resultados:** Os discursos levaram a duas categorias: Sistematização da assistência de enfermagem e cuidar de enfermagem e os desafios enfrentados para implementação da Sistematização da assistência de enfermagem na prática profissional. **Conclusão:** São necessárias discussões sobre a temática, considerando que o cotidiano profissional apresenta muitos desafios a serem enfrentados no que se refere à aplicabilidade da sistematização. Apesar de preconizada legalmente, a Sistematização da Assistência de Enfermagem não é desenvolvida em todas as suas etapas.

PALAVRAS-CHAVE: Sistematização da Assistência de Enfermagem. Qualidade do cuidar. Enfermeiro.

IMPLEMENTATION OF THE
SYSTEMATIZATION OF NURSING
ASSISTANCE IN THE UNDERSTANDING

ABSTRACT: To describe nurses' understanding of SAE and to discuss the difficulties of applying SAE to nurses' daily routine. **Methodology:** qualitative, descriptive, exploratory study, by means of a semi-structured interview, in medical clinic units, of a university hospital, located in the city of Rio de Janeiro, with 15 participants among nurses and nursing residents in 2018. Respecting the ethical and legal requirements of Resolution 466/12-CNS, approved by the Research Ethics Committee of the institution nº 84670317.5.0000.5282. **Results:** the discourses led to two categories: Systematization of nursing care and nursing care and the challenges faced to implement the Systematization of nursing care in professional practice. **Conclusion:** It is necessary to have discussions on the subject, considering that the professional daily life presents many challenges to be faced with regard to the applicability of systematization. Although legally recommended the SAE is not developed in all its stages.

KEYWORDS: Systematization of nursing care. Quality of care. Nurse.

1 | INTRODUÇÃO

O estudo tem como objeto o entendimento e perspectivas da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) pelos enfermeiros.

A SAE é uma ferramenta essencial ao trabalho do enfermeiro, pois proporciona recursos técnicos, científicos e humanos. Seu objetivo é oferecer uma melhor qualidade de assistência ao cliente e possibilitar o seu reconhecimento e valorização (KEMIZOSKI; ROCHA; VALL, 2010). Esta ferramenta é uma imposição legal, de acordo com a resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 358 de 2009, que dispõe sobre a SAE nas instituições de saúde no Brasil e determina que sua implementação ocorra em todas as instituições de saúde, tanto públicas quanto privadas (COFEN, 2009).

Para a implantação da SAE, teoria de enfermagem e processo de enfermagem devem caminhar lado a lado. A primeira serve de alicerce para a implementação da SAE. Já o processo de enfermagem (PE) é a ferramenta para a sua construção, o que favorece o trabalho do profissional de enfermagem nos quesitos método, pessoal e instrumental.

Segundo Maria, Quadros e Grassi (2012), o PE possibilita o desenvolvimento e organização do trabalho da equipe pela qual o enfermeiro é responsável, detectando as prioridades de cada paciente quanto às suas necessidades, abrindo direção para possíveis intervenções.

A SAE qualifica a assistência prestada às pessoas humanas, visto que favorece o atendimento de qualidade, respeita a individualidade de cada paciente, contribui na sistematização de diagnósticos e intervenções de enfermagem e, também, na avaliação dos resultados. Possibilita, então, que as intervenções de enfermagem

à clientela estejam embasadas em evidência científica (CAVALCANTI; CORREIA; QUELUCI, 2009).

Para que ocorra uma implantação efetiva da SAE, de acordo com Reis et al. (2016), é necessário que haja um planejamento e reconhecimento da realidade da instituição no tocante à sua estrutura e recursos.

Do mesmo modo, no que refere à estrutura, os referidos autores observam a importância de avaliar a política e a gestão institucional, o interesse institucional pela proposta e sua viabilidade prática e a estrutura organizacional (missão, filosofia e objetivos). Quanto aos recursos disponíveis, deve-se observar a estrutura física das unidades, número de enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, os impressos, a capacitação de profissionais e a clientela (REIS et al., 2016).

A motivação pela temática surgiu por se entender que SAE nos serviços da saúde é de extrema relevância, pois favorece todo o processo de cuidar para o cliente, assim como organiza as condições para que este seja plenamente implementado. Entretanto, apesar deste entendimento ser praticamente um consenso entre os enfermeiros, a SAE ainda está no âmbito da quimera, sendo poucos os lugares que já a absorveram em sua cultura organizacional.

Para nortear o estudo, foram direcionadas as seguintes questões: O que o enfermeiro entende por SAE? O enfermeiro aplica a SAE? Quais são as dificuldades cotidianas para a realização da SAE?

Considerando as questões norteadoras, visando elucidar o objeto de estudo, derivaram-se como objetivos: a) Descrever o entendimento do enfermeiro sobre a SAE; b) Discutir as dificuldades de aplicação da SAE no cotidiano dos enfermeiros.

Entendeu-se como justificativa do estudo a problemática em si, acrescida da dificuldade em discutir e refletir sobre a temática implementação da SAE, como fundamental no processo de cuidar para a qualidade da assistência prestada. Acredita-se que os enfermeiros, ao enfrentarem adversidades, podem se sentir desestimulados para implementar a SAE. Tais empecilhos podem estar relacionados à falta de conhecimento necessário, aos poucos recursos a serem aplicados na implementação e pela dificuldade de seu próprio exercício prático. Dessa forma, este estudo poderá proporcionar meios para que os enfermeiros compreendam melhor a SAE no exercício de sua profissão, bem como observar como ela está sendo implantada no país, destacando pontos positivos e negativos na implementação.

2 | REVISÃO DE LITERATURA

De acordo com Marinelli, Silva e Silva (2015), a SAE foi introduzida no Brasil na década de 1970, por Wanda de Aguiar Horta. De início, baseava-se a assistência de enfermagem na teoria das necessidades humanas, que objetivava propor um novo processo de enfermagem.

A SAE é regulamentada no Brasil como um método que organiza o trabalho profissional, possibilitando a implementação do PE, instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de enfermagem, organizado em cinco etapas inter-relacionadas: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem (MALUCELLI et al., 2010).

A melhoria na excelência da qualidade da assistência de enfermagem tem conformato uma necessidade de modificar a prática e o papel do profissional enfermeiro no sentido de imprimir uma nova característica à sua atuação. Sendo assim, por meio da SAE, o enfermeiro direciona o planejamento e a organização das atividades assistenciais e das funções dos membros da equipe de enfermagem (SOARES et al., 2015).

Em 2009, foi formado um grupo de trabalho, composto por membros da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN) e do COFEN. O objetivo desse grupo foi o de revisar a resolução nº 272/2002 do referido Conselho (COFEN, 2012), que dispunha sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem nas instituições de saúde brasileiras, por julgá-la ultrapassada, em face do avanço do conhecimento sobre o tema. As atividades desenvolvidas pelo grupo culminaram com a proposição de uma minuta de norma jurídica, aprovada, na íntegra, em 15 de outubro de 2009, pelo Plenário da autarquia, com a resolução COFEN nº 358/2009 (GARCIA, 2016).

A resolução COFEN nº 272/2002 dispôs que a implementação da SAE deveria ocorrer em toda instituição da saúde, sendo ações privativas do enfermeiro, a saber: implantação, planejamento, organização, execução e avaliação do processo de enfermagem (COFEN, 2002).

O Plenário do COFEN aprovou a resolução nº 429/2012 (COFEN, 2012) por considerar, entre outros aspectos, o imperativo ético de registro de informações referente ao processo de cuidar da pessoa, família ou coletividade humana. Nesse sentido, o prontuário do paciente e outros documentos próprios da Enfermagem são fonte de informações clínicas e administrativas para tomada de decisão, além de um meio de comunicação compartilhado entre os profissionais da equipe de saúde. A resolução aprovada, de nº 429/2012 (COFEN, 2012), dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente e em outros documentos próprios da Enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico (GARCIA, 2016).

Em 2016, com base na resolução nº 514/2016, o COFEN (2016a) aprovou o Guia de Recomendações para os registros de Enfermagem no prontuário do paciente, com a finalidade de nortear os profissionais de Enfermagem, garantindo, assim, a qualidade das informações que serão utilizadas por toda a equipe de saúde da instituição.

Os registros de enfermagem são elementos imprescindíveis ao processo do cuidar. Quando redigidos de maneira que retratem a realidade a ser documentada, possibilitam a comunicação entre a equipe de saúde, além de servir a diversas outras

finalidades, tais como ensino, pesquisas, auditorias, processos jurídicos, planejamento, fins estatísticos e outros. Os registros de enfermagem consistem no mais importante instrumento de avaliação da qualidade de atuação da enfermagem, representando 50% das informações inerentes ao cuidado do paciente registradas no prontuário. Tais registros são considerados como um documento legal, devendo, portanto, estar imbuídos de autenticidade. Refletem todo empenho e força de trabalho da equipe de enfermagem, valorizando, assim, suas ações e a segurança do paciente (COFEN, 2016b).

A resolução nº 358/2009, em seu artigo 1º, declara que o PE deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem.

Para Soares et al. (2015), a sistematização da assistência de enfermagem vem para somar e conformar o planejamento, a execução, o controle e a avaliação das ações de cuidados direta e indiretamente relacionadas aos pacientes. Desse modo, torna-se um desafio o desenvolvimento do processo de trabalho da enfermagem para concretizar a proposta de promover, manter ou restaurar o nível de saúde do paciente.

Entretanto, a SAE ainda está longe de ser uma unanimidade nas unidades de saúde. Conforme afirmam Silva et al. (2011), os enfermeiros enfrentam várias dificuldades para a execução da SAE, que são relacionadas a condições inadequadas de trabalho, o que acaba por desmotivá-los. Deve ser desenvolvido um projeto para facilitar sua implantação, mas, para tal, é essencial a vontade política, o envolvimento institucional e a melhoria das condições de trabalho (SILVA et al., 2011).

3 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa.

O estudo foi realizado num hospital universitário situado no Município do Rio de Janeiro, em três unidades de internação de clínica médica, sendo duas enfermarias por unidade: uma feminina e uma masculina (enf. A e B; C e D e E e F). Os participantes do estudo foram quatro enfermeiros e 12 residentes de enfermagem que atuavam nessas unidades no período da coleta de dados e aceitaram participar do estudo.

A coleta dos dados ocorreu no período de março a junho de 2018, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), por meio de entrevistas semiestruturadas de questões abertas, permitindo a livre expressão do participante da pesquisa. A entrevista semiestruturada parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas (MINAYO, 2007; TRIVIÑOS, 2010; BARDIN, 2016). A entrevista foi gravada para posterior transcrição dos dados, permitindo a avaliação qualitativa dos dados obtidos. Para garantia do anonimato dos participantes, foi utilizado o seguinte código: a letra E, seguida do número de ordem das entrevistas.

A pesquisa foi encaminhada para apreciação e aprovada por Comitê de Ética e Pesquisa da instituição – Parecer nº 84670317.5.0000.5282.

O objeto da análise de conteúdo, segundo Bardin (2016), é a palavra, aspecto individual da linguagem; seu objetivo são os significados dos vocábulos, tentando compreender os atores e o ambiente no qual estão inseridos; é organizada em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2016). Para a sistematização dos achados, realizou-se leitura flutuante, recorte das unidades de registro (UR), verificação das unidades de contexto; classificação das UR e codificação para agregá-las, com geração das categorias. As UR foram submetidas à análise estatística, mediante os cálculos de frequência absoluta e percentual (BARDIN, 2016).

Com base nos dados obtidos e posterior avaliação, foi possível organizá-los em duas categorias, sendo elas: Sistematização da Assistência de Enfermagem e o cuidar de enfermagem e Desafios enfrentados da implementação da SAE na prática profissional.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Sistematização da Assistência de Enfermagem e o cuidar de enfermagem

A SAE é a marca da atuação do enfermeiro na aplicação de seus conhecimentos técnico-científicos para a efetivação de um serviço autônomo e de qualidade no âmbito da assistência em saúde. A aplicação da SAE, no contexto do exercício profissional do enfermeiro, confere-lhe um direcionamento emblemático à sua prática de formulador, promotor e de provedor de cuidados, visando à legitimidade técnica e acadêmica. Tal perspectiva lhe permite a instrumentalização investigativa dos problemas e seus determinantes, bem como o desenho ou a elaboração de um plano de ação focado na superação desses obstáculos (PÉREZ JÚNIOR et al., 2015).

Neste estudo, o entendimento sobre a Sistematização e o cuidar de enfermagem permitiram introduzir a discussão de forma mais contextualizada entendendo que a compreensão do fenômeno pode, de alguma forma, contribuir para a implementação da sistematização da assistência de enfermagem.

A organização e o direcionamento do processo de trabalho proporcionado pela implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem tornam-se fundamentais para uma assistência de enfermagem qualificada e humanizada, uma vez que permite a realização do PE (OLIVEIRA et al., 2012).

A fala a seguir aponta o entendimento da SAE no que se refere à sua utilização por toda a equipe nas unidades de saúde.

É um processo em que o enfermeiro é responsável, mas ele não é o único que faz.
É uma demanda de toda a equipe, técnicos e auxiliares de enfermagem [...]. (E.1)

A SAE é uma atividade privativa do enfermeiro, o qual norteia as atividades de toda a equipe de enfermagem, já que técnicos de enfermagem desempenham suas funções a partir da prescrição do enfermeiro. É importante a adesão de toda a equipe para que a implementação da SAE seja executada de forma correta em todas as etapas.

Outra descrição aponta para sua aplicação prática relacionada aos cuidados de enfermagem:

São os cuidados aplicados nos pacientes. Todos os serviços implementados que o enfermeiro faz no paciente, desde a primeira avaliação até a prescrição; a implementação e a avaliação dos cuidados implementados. (E.4)

A SAE configura-se como uma metodologia baseada em conhecimentos técnico-científicos sólidos. É alicerçada em uma teoria escolhida aplicada ao PE e suas respectivas fases como método fundamental para a sua aplicabilidade. Por meio da SAE, há o planejamento padronizado e a organização das atividades assistenciais e das funções de todos os membros da equipe de enfermagem. Outros participantes ressaltam a SAE como um instrumento para a organização do trabalho da equipe de enfermagem:

Eu vejo como uma organização de todo o trabalho desenvolvido pela enfermagem. Eu acho que é um instrumento muito válido, na medida em que organiza todo o trabalho que é desenvolvido pela equipe junto ao paciente. (E.3)

É um método de você organizar o cuidado com o paciente desde a hora que ele chega até os objetivos que você tem que ter quando ele for para casa. (E.7)

A SAE é um instrumento que auxilia o enfermeiro a desenvolver as funções dele, dentro de qualquer setor ou unidade e a realizar as tarefas dele de forma organizada. Então foi um instrumento, que eu acredito que tenha sido criado com o objetivo de auxiliar a assistência e organizar. (E.9)

Eu entendo que é uma maneira de melhorar o cuidado do enfermeiro e da equipe de enfermagem e também uma forma de organizar o processo de trabalho da equipe. (E.10)

Se realmente fosse feito em sua totalidade, ajudaria o trabalho não só para equipe em relação a ser mais organizado, mais funcional e mais rápido, e economizaria tempo dos profissionais [...]. (E1)

Com a implementação da SAE, todos se beneficiam: a equipe de enfermagem, por ter uma organização no cuidado, e o paciente, por ter um plano de cuidados individualizado, conforme suas necessidades.

A organização é uma das funções básicas da gestão/administração em todas as instituições, empresas ou organizações da sociedade, juntamente com o planejamento, coordenação, liderança e avaliação. A atribuição de organizar consiste na atividade complexa de formatação da estrutura organizacional, envolvendo a

definição das pessoas, tecnologias, materiais e demais recursos necessários para o alcance dos objetivos de uma determinada instituição, empresa ou organização. Implica a divisão do trabalho, responsabilidades, níveis de autoridade e tipo de concepção de gestão a ser adotada. A formatação das estruturas organizacionais tem sua representação gráfica nos organogramas. A gestão da assistência de enfermagem aplica estes elementos do processo de organização para a realização da sua missão de assegurar cuidado seguro e de qualidade nas situações de saúde e doença. Conforme preconizam Andrade e Amboni (2010), a enfermagem, no seu âmbito de atuação, adota escolhas de concepção gerencial, de dimensionamento de pessoal, uso de materiais e tecnologias, tipo de divisão do trabalho, estrutura hierárquica e relações de poder.

Com a SAE, é possível prover cuidados individualizados e holísticos, realizados com respaldo científico, segurança e direcionamento das atividades. Sua aplicabilidade contribui para a credibilidade, a competência, a autonomia, a força e a visibilidade da profissão.

Observou-se, com base nas falas dos participantes da pesquisa, o conhecimento teórico dos enfermeiros sobre a temática e o reconhecimento de sua importância na prática assistencial de enfermagem para a organização do processo de trabalho.

4.2 Desafios enfrentados na implementação da SAE na prática profissional

De acordo com Oliveira et al. (2012), apesar dos benefícios da SAE para a qualidade do cuidado prestado, bem como para o avanço científico da profissão e da autonomia profissional, existem, ainda, muitos desafios a serem enfrentados.

Ao relacionar a teoria com a prática, os enfermeiros destacam alguns desafios para a sua aplicabilidade, como a rotina imposta pela instituição, a falta de tempo devido a outras atividades desenvolvidas e a escassez de recursos humanos.

Os participantes revelaram, em suas falas, que a SAE é um método que contribui para a qualificação da assistência de enfermagem, deve ser realizado rotineiramente, mas, pela forma como se expressaram, parece ser algo distante de sua prática profissional.

[...] a SAE organizaria bastante a nossa assistência e para o paciente seria um benefício muito grande, porque a gente iria colher a história, prever os diagnósticos de enfermagem; iria poder traçar condutas em cima dos diagnósticos e ainda ver os resultados de todo um trabalho desenvolvido no final, quando esse paciente fosse de alta. O paciente seria mais bem assistido e ele seria o mais beneficiado. (E.3)

[...] mas também para o paciente, pois ele vai ter uma recuperação melhor, uma alta mais cedo [...]. (E.1)

A identificação do nível de conhecimento dos enfermeiros sobre as etapas da SAE e de um modelo a ser adotado demonstra a intenção de aumentar a qualidade

da assistência prestada ao paciente internado e enriquecer a prática das enfermeiras, elevando o desempenho profissional neste processo (GUTIÉRREZ; MORAIS, 2017).

Muitos enfermeiros têm deixado de sistematizar a assistência de enfermagem. Com isso, passam a fragmentar os cuidados e os problemas do cliente, deixando de vê-lo como um todo e, muitas vezes, adotando cuidados que não têm relação com suas necessidades. Assim sendo, pressupõe-se que a não aplicação do processo de enfermagem, de uma forma integral, origina uma assistência de enfermagem inadequada, não individualizada e não sistematizada ao cliente (NASCIMENTO et al., 2012).

Uma dificuldade apontada para a implementação da SAE é a falta de recursos humanos de enfermeiros e técnicos de enfermagem e, conseqüentemente, a sobrecarga de trabalho, conforme as falas a seguir.

A demanda do setor e dos pacientes, a sobrecarga de trabalho como também o fato de ninguém cobrar sua realização é um fator dificultador. (E.6)

O que dificulta é a falta de pessoal, como eu falei, quem faz são as residentes, então quando eles não estão e como não tem enfermeiro aos finais de semana e no período noturno fica um pouco mais complicado. Também acho que a adesão dos técnicos em realizar a prescrição que o enfermeiro faz, dificulta também. (E.8)

Compreende-se que o enfermeiro, em âmbito hospitalar, desenvolve inúmeras tarefas com alto grau de exigência e responsabilidade. A gerência e a assistência de enfermagem são funções primordiais no cotidiano do enfermeiro, visando à excelência da qualidade na atenção à saúde oferecida ao paciente, à família e à coletividade com intervenção no processo saúde-doença.

O enfermeiro depara-se, em muitos momentos, com modelos gerenciais não definidos, com problemas de recursos humanos, físicos e financeiros. Por esse motivo, suas ações acabam sendo direcionadas para a resolutividade imediata de problemas, o que nem sempre pode resultar em trabalho eficaz. Desse modo, o trabalho do enfermeiro na gerência dos serviços deve ter uma abordagem ampliada, que vai além de ações direcionadas para o imediato, mas que tenha um potencial transformador da prática no contexto em que atua (SILVA et al., 2011) .

Outra situação é o desconhecimento das etapas da SAE. O participante aponta como proposta que a instituição crie um modelo de Sistematização e capacite o profissional a desenvolvê-la de forma a atender às necessidades do cliente sem causar problemas à equipe de enfermagem, conforme a fala a seguir.

O que atrapalha é tempo, ambiente não favorável, desconhecer mesmo todo o processo da SAE. Se você não souber, não consegue fazer. Eu acho também que deve ser explicado para a equipe, porque muitas as vezes, eles não sabem como funciona, fazer uma educação continuada para quem está no setor saber também para utilizar. (E.5)

Segundo Medeiros, Santos e Cabral (2013), apesar de a SAE ser de competência

do enfermeiro, sua aplicação e as etapas do processo de enfermagem podem não ser realizados de forma adequada, devido à sobrecarga de trabalho imposta a esse profissional, que acaba se detendo em atividades burocráticas e administrativas, que também fazem parte de suas atribuições profissionais.

Cabe destacar que as atividades dos enfermeiros são divididas por turno de trabalho e a comunicação entre as equipes dos distintos turnos ocorre, na realidade hospitalar, por meio do livro de ocorrências, que, frequentemente, substitui a passagem de plantão e, também, na maioria das vezes, os registros nos prontuários dos pacientes e outras formas legais de informação e comunicação (SOARES et al., 2015).

No entanto, a passagem de plantão, que deveria ser considerada como uma etapa importante para a continuidade da SAE é, em muitos casos, deficiente, o que torna inviável sua prática, conforme ressalta o entrevistado E14:

O principal fator que prejudica é a falta de continuidade da enfermagem nos setores. Então quando você não tem para quem passar o plantão, por exemplo, você tem a descontinuidade da assistência. (E14)

Essa discussão traz à tona um dos problemas evidenciados neste estudo: a deficiência dos registros de enfermagem. A falta de registro torna a SAE informal, o que atrapalha a realização de todas as etapas. A não realização do histórico compromete a identificação e levantamento dos problemas dos clientes, o que compromete a realização da prescrição e, posteriormente, da evolução de enfermagem. Isso acaba por tornar a SAE incompleta e inoperante e revela a contradição entre o que se preconiza e o que se pratica (LUIZ et al., 2010; TORRES et al., 2011; CAMELO et al., 2016).

5 | CONCLUSÃO

O estudo pode constatar que o enfermeiro tem o entendimento sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem como um método de trabalho que fornece a identificação das condições de saúde/ problema, que embasa a assistência de enfermagem e contribui para a promoção, prevenção e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade.

No cotidiano profissional, fica evidente que a aplicabilidade da SAE esbarra em muitos desafios do cotidiano profissional. Apesar de ser preconizada, a SAE não é desenvolvida em todas as suas etapas. Os enfermeiros revelam, em suas descrições, que existem diferenças no tocante ao entendimento e às perspectivas para a implementação da SAE.

Tais profissionais sinalizam que a SAE é uma importante ferramenta para a organização dos serviços, pois melhora a qualidade do atendimento e dá autonomia às ações do enfermeiro. Entretanto, ainda existem desafios a serem enfrentados

na aplicabilidade para que os objetivos possam ser alcançados e para que haja cooperação entre todos, de forma a melhorar a qualidade da assistência.

Entre os desafios a serem enfrentados para sua implementação, pode-se elencar a escassez de recursos humanos, que leva à sobrecarga e à descontinuidade do trabalho, além da falta de qualificação dos profissionais específica para a realização da SAE. O conhecimento técnico-científico e a ciência dos protocolos de atendimento são ferramentas e qualidades de referência para que a prática profissional seja desenvolvida de maneira competente. Os enfermeiros reconhecem a importância de conhecer as particularidades do setor, a fim de que o método escolhido seja compatível com a realidade, viabilizando uma meta que possa ser alcançada.

Entre as limitações deste estudo, constatou-se o número reduzido de enfermeiros. Nesse sentido, o residente, na maior parte do tempo, assume o papel de chefia de unidade. Este fato leva à sobrecarga de trabalho ao residente, pois tem outras responsabilidades pertinentes. Outra limitação é o fato de ter sido realizado em apenas um hospital universitário, o que impede a generalização dos seus achados.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, R. O. B.; AMBONI, N. **Estratégias de gestão**: processos e funções do administrador. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2016.

CAMELO, S. H. H. et al. Enfermeiros gerentes de um hospital de ensino: formação profissional, responsabilidades e desafios. **Rev enferm UERJ**, v. 24, n. 3, p. e11637, 2016.

CAVALCANTI, A. C.; CORREIA, D. M.; QUELUCI, G. C. A implantação da consulta de enfermagem ao paciente com insuficiência cardíaca. **Rev Eletr enf**, v. 11, n. 1, p. 194-199, 2009.

COFEN. **Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem**. 2016a. Disponível em: <<http://ms.corens.portalcofen.gov.br/wpcontent/uploads/2016/06/Anexo-Resolu%C3%A7%C3%A3o-Cofen-n.-5142016.pdf>>. Acesso em: 26 jan. 2019.

COFEN. **Resolução COFEN nº 272/2002**, de 27 de agosto de 2002. Revogada pela Resolução Cofen nº 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE – nas Instituições de Saúde Brasileiras. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-2722002-revogada-pelaresoluao-cofen-n-3582009_4309.html>. Acesso em: 20 jan. 2019.

COFEN. **Resolução COFEN nº 429/2012**, de 11 de junho de 2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n4292012_9263.html>. Acesso em: 23 jan. 2019.

COFEN. **Resolução COFEN nº 514/2016**, de 10 de junho de 2016. Aprova o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente, com a finalidade de nortear os profissionais de Enfermagem. 2016b. Disponível em: <http://se.corens.portalcofen.gov.br/cofen-aprova-em-resolucao-o-guia-derecomendacoes-para-os-registros-de-enfermagem-no-prontuario-dopaciente_10285.html>. Acesso em: 26 jan. 2019.

COFEN. **Resolução COFEN nº 358/2009**, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, e que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 20 jan. 2019.

GARCIA, T. R. Sistematização da assistência de enfermagem: aspecto substantivo da prática profissional. **Esc Anna Nery**, v. 20, n. 1, p. 5-10, 2016.

GUTIÉRREZ, M. G.; MORAIS, S. C. R. V. Sistematização da Assistência de Enfermagem e a formação da identidade profissional. **Rev bras enferm**, v. 70, n. 2, p. 436-441, 2017.

LUIZ, F. F. et al. A sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva da equipe de um hospital de ensino. **Rev eletrônica enferm**, v. 12, n. 4, p. 655-659, 2010.

MALUCELLI, A. et al. Sistema de informação para apoio à Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Rev bras enferm**, v. 63, n. 4, p. 629-636, 2010.

MARIA, M. A.; QUADROS, F. A. A.; GRASSI, M. F. O. Sistematização da assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência: viabilidade de implantação. **Rev bras enferm**, v. 65, n. 2, p. 297-303, 2012.

MARINELLI, N. P.; SILVA, A. R. A.; SILVA, D. N. O. S. Sistematização da assistência de enfermagem. **Rev Enferm Contemp**. v. 4, n. 2, p. 254-263, 2015.

MEDEIROS, A. L.; SANTOS, S. R.; CABRAL, R. W. L. Sistematização da assistência de enfermagem: dificuldades evidenciadas pela teoria fundamentada nos dados. **Rev enferm UERJ**, v. 21, n. 1, p. 47-53, 2013.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

NASCIMENTO, L. K. A. S. et al. Sistematização da assistência de enfermagem a pacientes oncológicos: uma revisão integrativa da literatura. **Rev gaúcha enferm**, v. 33, n. 1, p. 177-185, 2012.

OLIVEIRA, C. M. et al. Percepção da equipe de enfermagem sobre a implementação do processo de enfermagem em uma unidade de um hospital universitário. **REME rev. Min. enferm.**, v. 16, n. 2, p. 258-263, 2012.

PÉREZ JÚNIOR, E. F. et al. Sistematização da assistência de enfermagem aplicada a um adolescente hospitalizado por paracoccidiodomicose. **Rev Enferm UERJ**, v. 23, n. 6, p. 767-772, 2015.

REIS, G. S. et al. Sistematização da assistência de enfermagem: vantagens e dificuldades na implantação. **Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo**, v. 61, n. 3, p. 128-132, 2016.

REMIZOSKI, J.; ROCHA, M. M.; VALL, J. Dificuldades na implantação da sistematização da assistência de enfermagem - SAE: uma revisão teórica. **Cad Esc Saúde**, v. 1, n. 3, p. 1-14, 2010.

SILVA, E. G. C. et al. O conhecimento do enfermeiro sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem: da teoria à prática. **Rev Esc Enferm USP**, 2011; v. 45, n. 6, p. 1376-1382. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/40848>. Acesso em: 14 out. 2018.

SOARES, M. I. et al. Sistematização da assistência de enfermagem: facilidades e desafios do enfermeiro na gerência da assistência. **Esc Anna Nery**, v. 19, n. 1, p. 47-53, 2015.

TORRES, E. et al. Sistematização da assistência de enfermagem como ferramenta da gerência do

cuidado: estudo de caso. **Esc. Anna Nery**, v. 15, n. 4, p. 730-736, 2011.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 2010.

SOBRE A ORGANIZADORA

Isabelle Cordeiro De Nojosa Sombra - Enfermeira pelas Faculdades Nordeste - FANOR (Bolsista pelo PROUNI). Doutoranda em Obstetrícia (DINTER UFC/UNIFESP). Mestre em Saúde Coletiva - PPSAC/UECE. Especialização em Enfermagem Obstétrica - (4 Saberes). Especialista em Saúde Pública - UECE. Atua como consultora materno-infantil. Enfermeira Obstetra na clínica Colo. Atuou como docente do curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Estácio do Ceará e do Centro Universitário Pitágoras de Fortaleza. Atuou como professora do Grupo de Pesquisa em Avaliação da Saúde da Mulher - GPASM/ESTÁCIO. Atuou como docente do Curso Técnico em Cuidado de Idosos - PRONATEC/ Unichristus. Atuou como supervisora pedagógica do Curso Técnico em Enfermagem da Diretoria de Educação Profissional em Saúde (DIEPS) da Escola de Saúde Pública do Ceará - ESP/CE. Atuou como enfermeira assistencial no Hospital Distrital Dr. Fernandes Távora (HFT). Atuou na preceptoria de estágio das Faculdades Nordeste - FANOR. Atuou como pesquisadora de campo da Universidade Federal do Ceará (UFC) - Faculdade de Medicina - no Projeto vinculado ao Departamento de Saúde Materno Infantil. Atuou no Projeto de Práticas Interdisciplinares no Contexto de Promoção da Saúde sendo integrante do grupo de pesquisa “Cuidando e Promovendo a Saúde da Criança e do Adolescente” - FANOR;. Atuou como Membro do Grupo de Pesquisa em Estudos Quantitativos da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Atua principalmente nos seguintes temas: saúde da mulher, saúde materno-infantil e saúde coletiva.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Administração 73, 95, 100, 101, 103, 104, 120, 121, 149, 151, 178, 179, 181, 182, 188, 206, 207, 211, 259, 281, 313, 325

Adolescente 30, 32, 33, 34, 36, 38, 255, 258, 261, 330, 332

Apego 192, 194, 195, 196, 197, 198, 201, 202, 203, 204

Assistência 1, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 14, 15, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 35, 37, 46, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 62, 64, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 89, 92, 94, 95, 96, 103, 104, 106, 107, 108, 112, 114, 117, 121, 122, 123, 136, 140, 145, 148, 150, 151, 152, 155, 156, 159, 163, 167, 168, 169, 174, 175, 180, 181, 194, 196, 198, 200, 204, 207, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 218, 219, 221, 225, 231, 236, 239, 240, 241, 244, 246, 249, 250, 251, 253, 254, 258, 259, 261, 265, 266, 267, 269, 272, 273, 276, 278, 279, 281, 282, 283, 285, 286, 287, 288, 289, 291, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 301, 302, 303, 304, 307, 315, 316, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330

Assistência ao paciente 26, 27, 94, 95, 136, 210, 273, 285

Assistência de enfermagem 1, 4, 8, 10, 12, 23, 30, 37, 55, 58, 59, 60, 62, 69, 70, 71, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 108, 112, 114, 140, 150, 155, 156, 159, 200, 204, 207, 211, 214, 215, 254, 258, 261, 265, 273, 276, 283, 286, 287, 288, 289, 293, 294, 295, 297, 298, 299, 302, 303, 304, 307, 315, 319, 320, 321, 322, 324, 326, 327, 328, 329, 330

Atenção primária à saúde 34, 73, 75, 80, 81, 84, 85, 89, 92, 93, 116, 117, 123, 124, 125, 134, 244

Autonomia pessoal 305

Avaliação em saúde 125

B

Bioética 60, 61, 287, 305, 306

Bombas de infusão 94, 95, 96, 98, 99, 100, 101, 102, 103

C

Cardiopatias 63

Cateterismo urinário 155, 156, 160

Cistostomia 136, 138, 139, 140, 141

Comunicação efetiva 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 103, 169, 200, 314

Consentimento informado 305, 306, 307, 310, 315, 316, 317

Consulta de enfermagem 75, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 84, 85, 88, 92, 93, 119, 120, 329

Controle de infecções 14, 16, 19, 20

Cuidados de enfermagem 38, 55, 63, 73, 76, 77, 80, 94, 96, 112, 113, 154, 158, 207, 213, 214, 215, 252, 258, 261, 298, 303, 304, 325

Cuidados paliativos 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 150, 151, 152, 153

Cuidados pós-operatórios 207, 210, 257

Cultura organizacional 161, 168, 215, 321

D

Deterioração clínica 184, 185, 186, 187, 189, 190

Diagnóstico de enfermagem 62, 63, 65, 66, 155, 252, 253, 254, 261, 262, 265, 266, 289, 299, 300, 304, 322

Doenças crônicas 39, 40, 41, 42, 47, 48, 56, 57, 71, 126, 129, 144, 229, 240, 242, 262

Dor 56, 57, 65, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 156, 187, 208, 213, 214, 235, 260, 285, 288, 291, 292

E

Educação 3, 6, 7, 9, 10, 19, 20, 25, 28, 29, 31, 36, 40, 55, 58, 59, 60, 71, 81, 86, 90, 91, 103, 106, 114, 119, 122, 126, 134, 135, 138, 141, 142, 155, 160, 169, 170, 213, 215, 217, 218, 221, 222, 224, 225, 226, 227, 229, 231, 233, 234, 244, 263, 279, 280, 283, 285, 294, 295, 296, 327, 331, 332

Educação em enfermagem 155

Efetividade 8, 10, 28, 46, 71, 94, 96, 98, 101, 102, 103, 129, 130, 240

Emergências 157, 276, 278, 284

Enfermagem neonatal 192, 195, 204

Enfermagem pediátrica 81, 184, 204

Enfermeiro 3, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 19, 21, 22, 24, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 34, 36, 46, 55, 60, 65, 67, 70, 71, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 83, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 100, 106, 107, 108, 109, 112, 113, 114, 115, 117, 119, 121, 123, 124, 129, 135, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 145, 146, 148, 149, 150, 154, 155, 156, 157, 159, 166, 173, 176, 177, 180, 182, 192, 196, 202, 206, 207, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 237, 240, 245, 250, 253, 254, 256, 261, 266, 275, 282, 289, 292, 293, 299, 300, 301, 302, 303, 319, 320, 321, 322, 324, 325, 327, 328, 330

Estratégia de saúde da família 73, 80, 116, 117, 123, 125, 221

Ética 4, 41, 49, 109, 116, 119, 128, 135, 136, 138, 139, 140, 164, 178, 255, 305, 308, 309, 310, 314, 315, 317, 319, 323, 324

G

Gerenciamento de risco 162, 174, 246, 248, 250

Gestão da qualidade 173, 176, 249

H

Hábitos de vida 39, 42, 46, 48

Hipertensão arterial sistêmica 39, 40, 41, 44, 45, 46, 47, 48, 54, 65, 129, 144

HIV 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 219, 230, 231, 233, 234, 241, 242, 310

I

Indicador de saúde 125

Intervenções de enfermagem 62, 68, 98, 113, 195, 203, 214, 217, 222, 224, 226, 227, 228, 229, 230, 260, 262, 265, 266, 272, 285, 287, 290, 293, 320

L

Legislação de enfermagem 136, 308

Lesão por pressão 1, 5, 11, 12, 106, 107, 108, 109, 114, 115, 213, 259

O

Organização 26, 40, 47, 56, 63, 68, 95, 99, 121, 131, 144, 180, 181, 196, 207, 210, 211, 224, 227, 229, 247, 264, 265, 266, 268, 270, 274, 280, 298, 299, 301, 302, 316, 320, 322, 324, 325, 326, 328

P

Paciente 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 16, 18, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 32, 55, 56, 57, 58, 60, 62, 63, 65, 66, 67, 68, 94, 95, 98, 100, 102, 103, 104, 107, 112, 113, 114, 115, 136, 137, 138, 139, 140, 143, 144, 145, 146, 148, 149, 150, 151, 152, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 168, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 186, 198, 200, 201, 203, 204, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 216, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 253, 256, 258, 259, 260, 265, 266, 269, 273, 281, 282, 285, 286, 287, 289, 290, 291, 292, 294, 295, 296, 298, 299, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 320, 322, 323, 325, 326, 327, 329

Papel do profissional de enfermagem 116, 122

Pediatria 55, 60, 61, 92, 185, 196, 259

Pênfigo 285, 286, 287, 288, 291, 292, 293

Pesquisa em administração de enfermagem 207

Pesquisa metodológica em enfermagem 264

Prematuridade 192, 193, 195, 202, 203

Q

Qualidade de vida 3, 18, 32, 39, 40, 41, 46, 56, 57, 59, 63, 64, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 90, 126, 131, 132, 143, 144, 145, 146, 148, 149, 150, 152, 218, 225, 226, 227, 229, 230, 231, 236, 237, 241, 254, 263, 264, 265

Qualidade do cuidar 319

R

Reanimação cardiopulmonar 275, 276, 277, 278, 279, 283, 284

Recém-nascido 20, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 201, 202, 203, 204

Recuperação anestésica 22, 23, 24, 25, 26

Relações mãe-filho 192, 195

Revascularização miocárdica 207, 210

S

Saúde da criança 81, 84, 86, 92, 332

Saúde do homem 218, 220, 223, 235, 236, 237, 240, 242, 243, 244, 245

Saúde do idoso 64, 70, 71, 264

Segurança do paciente 11, 18, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 29, 100, 103, 104, 115, 136, 140, 160, 161, 162, 163, 168, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 211, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 294, 295, 296, 305, 306, 307, 309, 316, 317, 318, 323

Sistematização da assistência de enfermagem 211, 215, 297, 319, 324, 330

Sistematização de enfermagem 285, 292

Supervisão de enfermagem 246

T

Terapia intensiva 15, 16, 18, 21, 60, 94, 96, 102, 106, 108, 114, 115, 159, 161, 162, 193, 196, 204, 216, 252, 261, 262, 280, 284, 297, 300

U

Unidade de terapia intensiva 15, 16, 18, 21, 106, 108, 114, 115, 161, 193, 196, 204, 261, 262, 284, 297

Unidade de terapia intensiva neonatal 16, 18, 21, 196, 204

Unidade de terapia intensiva pediátrica 261, 262

V

Visita domiciliar 5, 8, 9, 87, 120

Agência Brasileira do ISBN

ISBN 978-85-7247-811-3



9 788572 478113