

Benedito Rodrigues da Silva Neto  
(Organizador)



# Prevenção e Promoção de Saúde 2

Benedito Rodrigues da Silva Neto  
(Organizador)



Prevenção e  
Promoção de Saúde 2

2019 by Atena Editora  
Copyright © Atena Editora  
Copyright do Texto © 2019 Os Autores  
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora  
Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira  
Diagramação: Natália Sandrini  
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**

Profª Drª 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  
Profª Drª 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  
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie de Maria Ausiliatrice  
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense  
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso  
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão  
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará  
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobom – Universidade Estadual do Centro-Oeste  
Profª Drª 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  
Profª Drª 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  
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná  
Profª Drª 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  
Profª Drª 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  
Profª Drª 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

<b>Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)</b>	
P944	Prevenção e promoção de saúde 2 [recurso eletrônico] / Organizador Benedito Rodrigues da Silva Neto. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019. – (Prevenção e promoção de saúde; v. 2)  Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-85-7247-828-1 DOI 10.22533/at.ed.281190912  1. Política de saúde. 2. Saúde pública. I. Silva Neto, Benedito Rodrigues da. II. Série.  CDD 362.1
<b>Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422</b>	

Atena Editora  
Ponta Grossa – Paraná - Brasil  
[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)  
contato@atenaeditora.com.br

## APRESENTAÇÃO

A coleção “Prevenção e Promoção de Saúde” é uma obra composta de onze volumes que apresenta de forma multidisciplinar artigos e trabalhos desenvolvidos em todo o território nacional estruturados de forma à oferecer ao leitor conhecimentos nos diversos campos da prevenção como educação, epidemiologia e novas tecnologias, assim como no aspecto da promoção à saúde girando em torno da saúde física e mental, das pesquisas básicas e das áreas fundamentais da promoção tais como a medicina, enfermagem dentre outras.

O segundo volume desta coleção tem como direcionamento uma área fundamental que se destaca entre a mais importante quando o assunto é prevenção em saúde e/ou promoção de saúde. A enfermagem, desde o seu surgimento até os dias atuais diante da grande evolução técnico-científica, carrega consigo a responsabilidade de imprimir em seus profissionais todos os aspectos inerentes à prevenção e promoção de saúde.

Portanto apresentaremos neste material um agregado organizado de forma estruturada e lógica produzido por profissionais da enfermagem, ou que se relacionam diretamente às sub-áreas onde esses profissionais estão inseridos. Cada capítulo possui seu aspecto singular e inerente, mas que coopera de forma direta com a obra em seu amplo aspecto.

Assim, a coleção “Prevenção e Promoção de Saúde” apresenta uma teoria bem fundamentada seja nas revisões, estudos de caso ou nos resultados práticos obtidos pelos pesquisadores, técnicos, docentes e discentes que desenvolveram seus trabalhos aqui apresentados. Ressaltamos mais uma vez o quão importante é a divulgação científica para o avanço da educação, e a Atena Editora torna esse processo acessível oferecendo uma plataforma consolidada e confiável para que diversos pesquisadores exponham e divulguem seus resultados.

Benedito Rodrigues da Silva Neto

## SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO 1</b> .....	<b>1</b>
A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DA URGÊNCIA OBSTÉTRICA	
Ellizama Belem de Sousa Mesquita	
Tatyanne Silva Rodrigues	
Elliady Belem de Sousa Mesquita	
Edson Belem de Sousa Mesquita	
Elanea Brito dos Santos	
Michelly Gomes da Silva	
Marcos Vinicius de Sousa Fonseca	
Larissa Bezerra Maciel Pereira	
Avilnete Belem de Souza Mesquita	
Artur Flamengo dos Santos Oliveira	
Carla Adriana Rodrigues de Sousa Brito	
<b>DOI 10.22533/at.ed.2811909121</b>	
<b>CAPÍTULO 2</b> .....	<b>12</b>
A ENFERMAGEM NO PROCESSO DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR	
Márcio Soares de Almeida	
Fernanda Cajuhy dos Santos	
Pedro Henrique Costa Silva	
Verônica Oliveira da Silva Heleno	
Mariana Pitanga Carvalhal de Oliveira	
Fernanda Rocha Costa Lima	
Lucille Andrade Paiva Espinheira	
<b>DOI 10.22533/at.ed.2811909122</b>	
<b>CAPÍTULO 3</b> .....	<b>23</b>
ACOLHIMENTO DO ENFERMEIRO A MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA: REVISÃO INTEGRATIVA	
Luzia Neri dos Reis	
Leonilson Neri dos Reis	
Ernando Silva de Sousa	
Isabel Luísa Rodrigues de Sousa Viana	
Juliana Falcão da Silva	
Jucélia de Brito Lima	
Lindamaria de Oliveira Miranda	
Jailson Pereira de Sousa	
Priscila Geise Gomes	
Erinalva de Araújo Silva	
Brígida Mendes dos Santos	
Cleidiomar da Conceição Sousa Freitas	
Ana Carolina Amorim de Sousa	
Naiane de Sousa Silva	
Sayonnara Ferreira Maia.	
<b>DOI 10.22533/at.ed.2811909123</b>	
<b>CAPÍTULO 4</b> .....	<b>39</b>
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO	
Jéssica Santos Cândido da Silva	
Claudia Fabiana Lucena Spindola	
Julia Taynan Etelvino de Barros	
Maryane Martins Barros	
Alexsandro Rodrigues de Sena	
Ana Maria Tavares de Melo	

**CAPÍTULO 5 ..... 43**

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PARADA CARDIORESPIRATÓRIA NO PERÍODO GESTACIONAL:  
REVISÃO INTEGRATIVA**

Tatiana Carneiro de Resende  
Leonardo dos Santos Moreira  
Mônica Bimbatti Nogueira Cesar  
Mayla Silva Borges  
Richarlisson Borges de Moraes  
Kleber Gontijo de Deus  
Bárbara Dias Rezende Gontijo

DOI 10.22533/at.ed.2811909125

**CAPÍTULO 6 ..... 52**

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO E NO TRATAMENTO DO PÉ DIABÉTICO**

Iolete Araujo da Silva  
Márcia Fernanda de Sousa Abreu  
Michelle Diana Leal Pinheiro Matos  
Francisco Lucas de Lima Fontes  
Luan da Silva Moraes  
Alexsandra Maria Ferreira de Araújo Bezerra  
Anderson de Assis Ferreira  
Teresa Raquel de Carvalho Castro Sousa  
Eduardo de Lacerda Aguiar  
Luanna Sousa de Moraes Lima  
Danniel Rogger Almeida Teixeira  
Flaviana Mutran da Silva Barros

DOI 10.22533/at.ed.2811909126

**CAPÍTULO 7 ..... 60**

**ATUAÇÃO DO MÉDICO E ENFERMEIRO NAS ORIENTAÇÕES ALIMENTARES PARA  
HIPERTENSOS E DIABÉTICOS**

Mariana Farias Gomes  
Rebecca Soares de Andrade Fonseca dos Santos  
Annick Fontbonne  
Eduarda Ângela Pessoa Cesse

DOI 10.22533/at.ed.2811909127

**CAPÍTULO 8 ..... 72**

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM A PACIENTE PORTADORA DA SÍNDROME DE SJÖGREN**

AdrielleTayany de Souza Pedrosa  
Alana Laleska Azevedo Cavalcanti  
Amanda Lourena Moraes Arruda  
Andreia Lopes Ferreira de Lima  
Andreza Cabral da Silva  
Bárbara Gabriela Galdino dos Santos

DOI 10.22533/at.ed.2811909128

**CAPÍTULO 9 ..... 81**

**DOULAS VOLUNTÁRIAS EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA: RESGATE E HUMANIZAÇÃO DO  
PARTO NATURAL**

Vilma Maria de Santana  
Mauricélia Ferreira Mendes

Kelly de Albuquerque Medeiros  
Rosália Maria Ribeiro  
DOI 10.22533/at.ed.2811909129

**CAPÍTULO 10 ..... 88**

ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E O PARTO HUMANIZADO: CONTRIBUIÇÕES PARA VIVÊNCIA DO PROCESSO DE PARTURIÇÃO

Vilma Maria de Santana  
Tatiana Ferreira do Nascimento  
Rosália Maria Ribeiro  
Beatriz Michaelle Cavalcanti dos Santos  
Wanessa Marcella Barros Firmino  
Mauricélia Ferreira Mendes

DOI 10.22533/at.ed.28119091210

**CAPÍTULO 11 ..... 99**

LESÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS RELACIONADAS AO TRABALHO DA ENFERMAGEM

Francisco das Chagas Araújo Sousa  
Kadja Fernanda Tinoco  
Lennara de Siqueira Coelho  
Alessandra Kelly Freire Bezerra  
Bianara Raelly Duarte Ibiapina dos Santos  
Francirraimy Sousa Silva  
Lorena Rocha Batista Carvalho  
Marcelo de Moura Carvalho  
Eduardo Vidal de Melo  
Emmanuel Alves Soares

DOI 10.22533/at.ed.28119091211

**CAPÍTULO 12 ..... 114**

O ATENDIMENTO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE E O CUIDADO DE HOMENS COM ÚLCERAS VENOSAS

Patrícia Alves dos Santos Silva  
Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza  
Roberto Carlos Lyra da Silva  
Déborah Machado dos Santos  
Dayse Carvalho do Nascimento  
Thays da Silva Gomes Lima

DOI 10.22533/at.ed.28119091212

**CAPÍTULO 13 ..... 129**

OS EFEITOS NA FORMAÇÃO DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM E MEDICINA AO VIVENCIAREM O GRUPO “PUCALHAÇOS”

Valquíria Neves Perin  
Fernanda de Oliveira Barros  
Dirce Setsuko Tacahashi

DOI 10.22533/at.ed.28119091213

**CAPÍTULO 14 ..... 145**

PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS QUANTO AO AMBIENTE ESTRUTURAL DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DE BELÉM

Hellen de Paula Silva da Rocha

DOI 10.22533/at.ed.28119091214

<b>CAPÍTULO 15</b> .....	<b>152</b>
PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS QUANTO AO PROTOCOLO DE HIPOTERMIA TERAPÊUTICA PÓS PARADA CARDIOPULMONAR	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Julia Taynan Etelvino de Barros</li> <li>Claudia Fabiana Lucena Spindola</li> <li>Jéssica Santos Cândido da Silva</li> <li>Maryane Martins Barros</li> </ul>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.28119091215</b>	
<b>CAPÍTULO 16</b> .....	<b>164</b>
PROTOCOLO DE CUIDADOS PALIATIVOS EM ENFERMARIA	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Juliana Rodrigues Teixeira</li> <li>Madeleine Sales de Alencar</li> <li>Fabiana Vasconcelos do Nascimento</li> <li>Ianna Lacerda Sampaio Braga</li> <li>Tadeu Gonçalves de Lima</li> </ul>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.28119091216</b>	
<b>CAPÍTULO 17</b> .....	<b>197</b>
RELATO DE EXPERIÊNCIA DAS ATIVIDADES EDUCACIONAIS DE ENFERMAGEM EM UMA CRECHE FILANTRÓPICA DE MANAUS	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Roselaine Brum da Silva Soares</li> <li>Arinete Veras Fontes Esteves</li> <li>Elaine de Oliveira Vieira Caneco</li> <li>Itelvina Ribeiro Barreiros</li> <li>Aldenira de Carvalho Caetano</li> </ul>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.28119091217</b>	
<b>CAPÍTULO 18</b> .....	<b>204</b>
SEGURANÇA DO PACIENTE: REVISÃO INTEGRATIVA DAS AÇÕES DE CUIDADO PROMOVIDAS PELA ENFERMAGEM	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Leticia Silveira Cardoso</li> <li>Francielle Morais de Paula</li> <li>Josefine Busanello</li> <li>Bruna Roberta Kummer</li> </ul>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.28119091218</b>	
<b>CAPÍTULO 19</b> .....	<b>215</b>
SOFRIMENTO MORAL: TENDÊNCIAS DAS PESQUISAS DE ENFERMAGEM	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Maicon Facco</li> <li>Daíse dos Santos Vargas</li> <li>Marcos Antonio de Azevedo de Campos</li> <li>Cleber Bisognin</li> </ul>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.28119091219</b>	
<b>CAPÍTULO 20</b> .....	<b>222</b>
TEORIA DO CONFORTO COMO SUBSÍDIO PARA O CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM À PARTURIENTE	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ana Maria Martins Pereira</li> <li>Antonia de Maria Gomes Paiva</li> <li>Sibele Lima Costa</li> <li>Janaína da Silva Feitoza Palácio</li> <li>Laura Pinto Torres de Melo</li> <li>Ana Beatriz Diógenes Cavalcante</li> </ul>	

Lanna Maria Faustino de Sousa Batista

Sayonara Aquino de Almeida

DOI 10.22533/at.ed.28119091220

**CAPÍTULO 21 ..... 234**

TRABALHO EM EQUIPE DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: PRÁTICAS ESPECÍFICAS DO CAMPO DE ATUAÇÃO E PRÁTICAS EXTRAFUNCIONAIS

Rute Lopes Bezerra

Arcanjo de Sousa Silva Junior

Aline Mesquita Lemos

Francisco Daniel Brito Mendes

Helder de Pádua Lima

Maria Salete Bessa Jorge

Raianne de Sousa Pereira

Sarah Raquel Rebouças Fernandes Campos

Suianne Braga de Sousa

Vanessa Almeida Pinheiro

DOI 10.22533/at.ed.28119091221

**SOBRE O ORGANIZADOR..... 239**

**ÍNDICE REMISSIVO ..... 240**

## A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DA URGÊNCIA OBSTÉTRICA

### **Ellizama Belem de Sousa Mesquita**

Pós-Graduada em Urgência e Emergência –  
Instituto de Ensino Superior Múltiplo – IESM,  
Teresina – Piauí

### **Tatyanne Silva Rodrigues**

Mestre em Enfermagem – Universidade Federal  
do Piauí - UFPI, Teresina – Piauí

### **Elliady Belem de Sousa Mesquita**

Graduanda em Farmácia – Associação de Ensino  
Superior do Piauí – AESPI, Teresina – Piauí

### **Edson Belem de Sousa Mesquita**

Graduado em Fisioterapia - Associação de Ensino  
Superior do Piauí – AESPI, Teresina – Piauí

### **Elanea Brito dos Santos**

Graduada em Enfermagem - Faculdade do Piauí  
– FAPI, Teresina - Piauí

### **Michelly Gomes da Silva**

Pós-Graduada em Saúde Família e Saúde Mental  
pela UNIPÓS, Teresina – Piauí

### **Marcos Vinicius de Sousa Fonseca**

Pós-Graduado em Urgência e Emergência –  
Instituto de Ensino Superior Múltiplo – IESM,  
Teresina – Piauí

### **Larissa Bezerra Maciel Pereira**

Graduada em Enfermagem - Faculdade do Piauí  
– FAPI, Teresina - Piauí

### **Avilnete Belem de Souza Mesquita**

Mestre em Ciência dos Materiais – Universidade  
Federal do Piauí – UFPI, Teresina – Piauí

### **Artur Flamengo dos Santos Oliveira**

Pós-Graduado em Saúde da Família com  
Docência no Ensino Superior - FAEME, Teresina  
– Piauí

### **Carla Adriana Rodrigues de Sousa Brito**

Mestre em Ciências dos Materiais - UFPI,  
Teresina – Piauí

**RESUMO:** A implementação do serviço de “Acolhimento com Classificação de Risco”, servi para quando a gestante ou a puérpera procurar pelo serviço de urgência/emergência, possa ser atendida de acordo com a complexidade do seu caso. Objetivou-se analisar, na literatura nacional, a atuação do enfermeiro na classificação de risco das urgências obstétricas. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, onde as fontes de busca foram de dados do Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino - Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e a Base de Dados de Enfermagem (BDENF), publicados no período 2008 a 2018. Os resultados revelaram que vários foram os motivos de procurar por atendimento em serviços de urgência obstétrica com maior destaque a pré-eclâmpsia. O enfermeiro foi apontado como profissional importante no acolhimento e classificação de riscos destas gestantes, onde a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) deve fazer parte desta atuação. Portanto, a limitação do estudo foi a escassez de artigos envolvendo

o tema.

**PALAVRAS-CHAVE:** Urgência obstétrica. Atuação. Enfermagem.

## THE NURSE'S ROLE IN THE RISK CLASSIFICATION OF OBSTETRIC URGENCY

**ABSTRACT:** The implementation of the “Reception with Risk Classification” service, serves for when the pregnant woman or the puerpera seeks the emergency / emergency service, can be taken care of according to the complexity of your case. The objective of this study was to analyze, in the national literature, the nurse’s role in the risk classification of obstetric emergencies. It is a bibliographical research, the sources of search were data from the Scientific Eletronic Library Online (SciELO), Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS) and the Nursing Database (BDENF), published in the period 2008 to 2018. The results revealed that several were the reasons to seek care in obstetric emergency services with a higher emphasis on preeclampsia. The nurse was identified as an important professional in the reception and risk classification of these pregnant women, where Nursing Care Systematization (SAE) should be part of this action. Therefore, the limitation of the study was the scarcity of articles involving the theme.

**KEYWORDS:** Obstetric urgency. Acting. Nursing.

## 1 | INTRODUÇÃO

Morte Materna (MM) é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2014), como a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais. A mortalidade materna se apresenta como um dos grandes desafios para a saúde pública, especialmente para os países em desenvolvimento (MORSE et al., 2011)

Segundo a OMS, somente no ano de 2013, ocorreram aproximadamente 287.000 óbitos maternos no mundo (OMS, 2014). No Brasil, dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM, 2016) informaram que ocorreram 1.670 óbitos maternos no ano de 2016, sendo a região Sudeste a que apresentou maior percentual de casos, 605, e a região Nordeste vindo em segundo lugar com 538.

Em relação ao tipo de causa, a MM pode ser classificada em obstétrica direta e indireta. As causas obstétricas diretas são aquelas resultantes de complicações obstétricas na gestação, parto ou puerpério (período correspondente até 42 dias após o parto) provocadas por tratamento incorreto, intervenções, omissões ou por uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas. As indiretas são as que resultam de doenças já existentes antes da gestação ou que se desenvolveram

durante a mesma (sem ter causa obstétrica) e que foram agravadas pelo estado fisiológico da gravidez (HERCULANO et al., 2012; MARTINS; SILVA, 2018).

O entendimento de urgência e emergência deve ser pautado nas definições estabelecidas pelo Ministério da Saúde, quando enfatiza que os prontos-socorros públicos e particulares devem se estruturar para prestar atendimento às situações caracterizadas nestes termos, garantindo todas as manobras de sustentação da vida e condições para dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado (BRASIL, 2012).

Deste modo, a rede trouxe, dentre os inúmeros benefícios para o binômio mãe-filho, a implementação do serviço de “Acolhimento com Classificação de Risco”, para que, assim, quando a gestante ou a puérpera procurar pelo serviço de urgência e emergência, possa ser atendida de acordo com a complexidade do seu caso. A implementação do Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco nos setores de emergência obstétrica dos hospitais brasileiros é recente, o que reforça a necessidade de avaliação dessa implementação (BRASIL, 2014 b).

Assim, considerando o crescente número de gestantes no país, torna-se relevante identificar a atuação do enfermeiro nas emergências obstétricas, para, assim, propor ações de prevenção e atendimento eficiente e eficaz que reduzam as ocorrências obstétricas fatais, justificando com isso o interesse em desenvolver este estudo.

Portanto, o objetivo geral deste estudo foi identificar, na literatura nacional, a atuação do enfermeiro na classificação de risco das urgências obstétricas, e como objetivos específicos: identificar as principais urgências obstétricas; descrever a importância à atuação do enfermeiro nas urgências obstétricas; conhecer as principais dificuldades do enfermeiro nas urgências obstétricas e demonstrar as estratégias de intervenção do enfermeiro nas urgências obstétricas.

## 2 | MATERIAL E MÉTODO

Levando em consideração os objetivos propostos optou-se por uma pesquisa bibliográfica de Revisão Integrativa proposta por Mendes, Silveira e Galvão (2008), que caracteriza esse tipo de pesquisa em cinco etapas: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos; definição das informações a serem extraídas dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; interpretação dos resultados apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

Desta maneira, a questão de pesquisa que norteou a presente pesquisa foi: Qual a atuação do enfermeiro na classificação de risco da urgência obstétrica? A

pergunta foi estrutura na técnica PICo, em que P (população) são os enfermeiros; I (interesse) é a classificação de risco; e Co (Contexto), o setor de Urgência obstétrica.

As fontes de busca as bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino - Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e a Base de Dados de Enfermagem (BDENF), por meio da combinação dos seguintes descritores: “Emergência”; “Obstetrícia”; “Enfermagem” (de acordo com DeCS).

Foram incluídas no estudo pesquisas primárias, relatos de experiência e estudos de caso publicados no período 2008 a 2018, as quais encontram-se em língua portuguesa e pesquisas que abordaram a importância da atuação do enfermeiro na classificação de risco em obstetrícia. Foram excluídos as repetições, aquelas que se encontrarem fora do período selecionado e pesquisas de revisão ou revisão sistemática.

A combinação Emergência and Obstetrícia and Enfermagem possibilitou a identificação de três artigos (LILACS=15; BDENF=5; SCIELO=0), dos quais todos cinco do BDENF e quatro do LILACS foram analisados, totalizando nove pesquisas selecionadas para compor o estudo.

A análise foi construída por meio dos preceitos propostos por Gil (2009) que possibilitaram a construção de dois momentos. No primeiro momento, os dados coletados foram submetidos a uma leitura minuciosa para seleção, em seguida, os resultados foram apresentados em forma de quadros. No segundo momento, os resultados foram distribuídos de forma discursiva, fazendo uma comparação entre os diferentes achados por meio de uma padronização dos conteúdos, que foram agrupados em categorias.

## **3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **3.1 Caracterização dos artigos utilizados**

A tabela 1 demonstra a autoria e ano de publicação, o periódico e base de dados dos artigos analisados neste estudo. Foi possível identificar que o ano de 2016 obteve maior número de publicações, com quatro artigos, a BDENF também se sobressaiu com cinco artigos e a Revista Gaúcha de enfermagem com três artigos. Não foram localizados artigos que respondessem aos objetivos propostos nos anos de 2008, 2009, 2011, 2014 e 2015.

N	AUTOR	ANO	BASE DE DADOS	PERIÓDICO
1	ACOSTA; DURO; LIMA	2012	BDEFN	Rev. Gaúcha Enferm.
2	AGUIAR et al.	2010	BDEFN	Rev. Gaúcha Enferm.
3	BRILHANTE et al.	2015	BDEFN	Rev. Rene
4	FIGUEIROA et al.	2017	LILACS	Esc. Anna. Nery
5	MEDEIROS et al.	2016	BDEFN	Rev. Gaúcha Enferm.
6	MICHILIN et al.	2016	LILACS	Rev. Bras. Enferm.
7	MORAIS FILHO et al.	2016	LILACS	Enfermagem Foco
8	SILVA et al.	2013	BDEFN	Rev. Enferm.
9	SILVA; NÓBREGA; MACEDO	2012	LILACS	Rev. Eletr. Enferm.

Tabela 1: Apresentação da autoria, ano de publicação, base de dados e período. Teresina-PI. 2019.

Fonte: BVS (LILACS e BDEFN)

AUTOR/ANO	Principais urgências obstétricas	Atuação do enfermeiro
ACOSTA; DURO; LIMA (2012)	Dor e o sangramento vaginal as principais queixa	Administrar, em avaliar clinicamente, habilidade de comunicação e intuição.
AGUIAR et al. (2010)	Pré-eclâmpsia.	Identificar as necessidades de cuidados de saúde, determinar as prioridades, planejar, implementar e avaliar ações apropriadas de enfermagem, visando promover uma assistência de enfermagem qualificada e humanizada.
BRILHANTE et al. (2015)	Dor e o sangramento vaginal as principais queixa	O enfermeiro deve estar preparado para classificar e, se necessário, reclassificar a prioridade de atendimento do usuário ao longo do período de espera.
FIGUEIROA et al. (2017)	Pré-eclâmpsia.	Identificar as necessidades de cuidados de saúde, determinar as prioridades, planejar, implementar e avaliar ações apropriadas de enfermagem, visando promover uma assistência de enfermagem qualificada e humanizada.
MEDEIROS et al. (2016)	Pré-eclâmpsia e descolamento prévio de placenta.	Verificar prioridade desde assistência à saúde, através de uma visão holística escuta qualificada e dos sinais vitais para a devida classificação e encaminhamento da usuária em questão, de acordo com a gravidade, risco, baseado em cores.
MICHILIN et al. (2016)	Contração uterina, perda do tampão mucoso ou de conteúdo vaginal, perda de líquido amniótico pela via vaginal, sangramento vaginal e dor no baixo ventre ou suprapúbica.	Organização do atendimento, buscando classificar os atendimentos de forma mais humanizada.

MORAIS FILHO et al. (2016)	Pré-eclâmpsia.	Trouxe um atendimento satisfatório, promovendo melhoria e diminuindo a prática de exclusão aos usuários. Os próprios profissionais de enfermagem reconheceram que a sua importância.
SILVA et al. (2013)	Pré-eclâmpsia e descolamento prévio de placenta.	Acolhimento e classificação de risco.
SILVA; NÓBREGA; MACEDO (2012)	Pré-eclâmpsia.	Aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Quadro 1: Síntese dos resultados. Teresina-PI. 2019.

Fonte: BVS (LILACS e BDEF)

### 3.2 Principais Urgências Obstétricas

Em dois estudos foi possível evidenciar a mesma urgência obstétrica para levar a procura de atendimento, sendo mencionada a dor e o sangramento vaginal as principais queixa (ACOSTA; DURO; LIMA, 2012; BRILHANTE et al., 2015). Os demais mencionaram como principal motivo a pré-eclâmpsia.

Em Botucatu-SP as principais chamadas para SAMU em obstetrícia estão relacionadas a contração uterina, perda do tampão mucoso ou de conteúdo vaginal, perda de líquido amniótico pela via vaginal, sangramento vaginal e dor no baixo ventre ou suprapúbica; essas são, de maneira geral, situações que poderiam e deveriam ser atendidas na atenção básica (MICHILIN et al., 2016).

Em Fortaleza-CE, foram avaliadas 736 fixas de atendimento na classificação de risco, em um serviço de referência, onde há busca maior por atendimento de mulheres gestantes no terceiro trimestre, sendo a dor e o sangramento vaginal as principais queixas. Verificou-se também o número significativo de pacientes que procuraram o atendimento fora do ciclo gravídico-puerperal. Como classificação de risco, prevaleceu a cor verde e o tempo de espera de 51 minutos (BRILHANTE et al., 2016).

Em outra pesquisa realizada em Fortaleza foi possível identificar como principal intercorrência a pré-eclâmpsia, que gerou como principais diagnóstico de enfermagem: risco de infecção, dor aguda, baixa auto-estima situacional, volume de líquidos excessivo, náusea, privação do sono e risco de função hepática prejudicada (AGUIAR et al., 2010).

Em João Pessoa-PB, em uma maternidade pública foram avaliados 1000 prontuários, onde as principais intercorrências de urgência evidenciada foram a pré-eclâmpsia e descolamento prévio de placenta (MEDEIROS et al., 2016). Em outra pesquisa realizada na Paraíba foi possível identificar outras intercorrências, tais como: dor aguda e sangramento. Silva et al. (2013) no Rio de Janeiro avaliaram 16 gestantes e também identificaram que a pré-eclâmpsia e descolamento prévio

de placenta foram os principais motivos para a procura de urgência obstétrica.

Em Recife-PE foi avaliado o funcionamento de um serviço de acolhimento e classificação de risco em uma maternidade-escola, composta por 377 usuárias e seis enfermeiros, onde a demanda espontânea demonstrou que 56% das usuárias foram classificadas como prioridade verde, 60% das usuárias relataram insatisfação com o atendimento e 67% procuraram a urgência e foram diagnosticadas com pré-eclâmpsia (FIGUEIROA et al., 2017).

### **3.3 Classificação de Risco e Acolhimento de enfermagem a urgência obstétrica X Estratégias de melhorias no atendimento**

Os estudos mostram que é fundamental que os enfermeiros que atuam na avaliação e classificação do risco obstétrico tomem decisões precisas, pois trata-se de identificar e diferenciar aquelas pessoas que não podem esperar por atendimento médico daquelas que podem, portanto, influenciando a dinâmica do serviço de urgência.

Em Botucatu – SP, foi realizada uma pesquisa com profissionais enfermeiros a respeito do atendimento do Serviço de Atendimento de Urgência Móvel (SAMU) as urgências obstétricas, onde a atuação conferida a profissionais de saúde, com destaque ao enfermeiro; está envolvida com a organização do atendimento, buscando classificar os atendimentos de forma mais humanizada, no entanto, evidenciou-se elevada proporção de demanda não pertinente tanto entre primíparas quanto entre múltiparas, quando se tomou por base a classificação por critérios de risco (MICHILIN et al., 2016).

Segundo Brilhante et al. (2016) a clientela que busca atendimento ginecológico e obstétrico de urgência precisa ser melhor informada na atenção básica sobre os sinais e sintomas que caracterizam emergência e urgência, pois a grande procura pelo serviço de forma desnecessária e a falta de treinamento dos profissionais da própria emergência obstétrica acarretou tempo de espera acima do preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil. O enfermeiro deve estar preparado para classificar e, se necessário, reclassificar a prioridade de atendimento do usuário ao longo do período de espera. Para isso, a avaliação do enfermeiro deve ser cíclica, ou seja, requer contínuo planejamento e reavaliações dos usuários.

Morais Filho et al. (2016) realizaram uma pesquisa documental com 248 resoluções, 840 pareceres e 705 decisões disponíveis no site do Conselho Federal de Enfermagem e Conselho Regional de Enfermagem (COFEN/COREN) e identificaram que atuação do enfermeiro na classificação de risco trouxe um atendimento satisfatório, promovendo melhoria e diminuindo a prática de exclusão aos usuários. Os próprios profissionais de enfermagem reconheceram que a sua importância.

Entretanto, em um estudo realizado no estado da Paraíba nos serviços de obstetrícia, evidenciou que entre os fatores que têm dificultado operacionalização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), apontados pelos enfermeiros, se destacaram a falta de fundamentação teórica sobre o processo de enfermagem, levando a uma deficiência na formulação dos instrumentos de coleta de dados, no estabelecimento de diagnósticos serrados e incompletos para os setores específicos, na construção das intervenções de enfermagem diferentes das necessidades do processo de parturição e dos problemas clínicos nas gestações de risco, na falta de credibilidade dos técnicos de enfermagem frente à SAE, a sobre carga de trabalho do enfermeiro e a pouca vontade dos gestores sem implantar a SAE (SILVA; NÓBREGA; MACEDO, 2012).

Aguiar et al. (2010) ressaltam que a prática em obstetrícia faz-se necessário a utilização de uma sistematização de enfermagem direcionada à gestante com Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação (SHEG), com o propósito de identificar as necessidades de cuidados de saúde, determinar as prioridades, planejar, implementar e avaliar ações apropriadas de enfermagem, visando promover uma assistência de enfermagem qualificada e humanizada.

Um estudo, que buscou identificar e avaliar as evidências sobre as atividades do enfermeiro na classificação de risco nos serviços de urgência/emergência, o qual aponta que o enfermeiro possui conhecimentos e habilidades na definição da prioridade do atendimento, incluindo-se capacidade em administrar, em avaliar clinicamente, habilidade de comunicação e intuição, contribuindo, assim, para a diminuição da morbi-mortalidade no fluxo da demanda destes serviços. Contudo, evidenciou a insegurança deste profissional relacionada a mudanças clínicas do usuário que aguarda o atendimento e as tensões oriundas da hostilidade daqueles que não concordam com a classificação efetuada (ACOSTA; DURO; LIMA, 2012).

Como estratégia de melhoria o estudo a cima destacou a necessidade da experiência do profissional a educação permanente com o intuito de qualificar o atendimento (ACOSTA; DURO; LIMA, 2012). Em outro estudo o enfermeiro foi considerado mais capacitado do que outros profissionais de saúde para realizar classificação de risco, pois na sua formação é enfatizada à valorização das necessidades do paciente, não só as biológicas, como também as sociais e psicológicas. E, além disto, destaca que esse profissional está preparado para exercer a liderança, o que o conduz a ter uma visão abrangente do setor, incluindo os recursos humanos, área física e fluxo de pacientes (MICHILIN et al., 2016).

De acordo com Medeiros et al. (2016) o enfermeiro realizou o primeiro contato com as mulheres em foram admitidas em um maternidade de João Pessoa-PB, os quais tiveram como finalidade verificar prioridade desde assistência à saúde, através de uma visão holística, ou seja, saber ouvir as queixas que o levaram a

procurar esse serviço sejam elas físicas, psíquicas ou sociais, por meio da escuta qualificada e dos sinais vitais para a devida classificação e encaminhamento da usuária em questão, de acordo com a gravidade, risco, baseado em cores.

Desta maneira, o enfermeiro deve se responsabilizar ativamente pela escuta a usuária, compreendendo como deve posicionar suas ações nessa atividade para garantir a integralidade, universalidade e princípios defendidos pelo Sistema Único de Saúde. Desta maneira, as ações do profissional de enfermagem em uma unidade de emergência obstétrica precisam ser eficientes e eficazes; contudo, também precisam valorizar a subjetividade do ser humano (MEDEIROS et al., 2016).

Silva et al. (2013) retrataram em seus resultados a importância do acolhimento e classificação de risco realizada para mulheres com gestação de alto risco, pois elas passam por conflitos referentes a sua consciência que sua gestação não é considerada normal e necessita de atendimentos especiais, onde o enfermeiro pode ser considerado facilitador neste processo.

Em outra pesquisa foi possível identificar que o enfermeiro foi o profissional mais indicado para proporcionar a classificação de risco de forma adequada as gestantes atendidas. No entanto, dentre os profissionais que se dedicam à classificação, 33% receberam treinamento em serviço, valor considerado insatisfatório, uma vez que o processo de enfermagem e a educação permanente são primordiais para garantir a qualidade da assistência ao paciente e aos seus familiares e a segurança da equipe de saúde (FIGUEIROA et al., 2017).

#### 4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio do levantamento desta pesquisa foi possível alcançar os objetivos propostos e identificar que vários foram os motivos de procurar por atendimento em serviços de urgência obstétrica com maior destaque a pré-eclâmpsia. O enfermeiro foi apontado como profissional importante no acolhimento e classificação de riscos destas gestantes, devendo a SAE fazer parte desta atuação.

A atuação do enfermeiro, segundo os artigos avaliados, deve ser respaldada por constantes cursos de atualização para garantir a qualidade da assistência ao paciente e aos seus familiares e a segurança da equipe de saúde, pois a falta de conhecimento foi apontada como uma das principais dificuldades nesta atuação.

Diante do exposto, teve-se como limitação do estudo, a escassez de artigos envolvendo o tema. Ressalta-se a relevância deste trabalho no sentido de apontar para a necessidade de realização de outras pesquisas relacionadas a atuação do enfermeiro na classificação de risco da urgência obstétrica para aprofundamento do tema e aplicação de prática que desenvolva as demais etapas do processo de enfermagem, com implementação dos cuidados e avaliação dos resultados,

tornando possível estendê-lo a uma maior clientela.

Portanto, os resultados apresentados pelas pesquisas analisadas também sugerem que o funcionamento do serviço de urgência/emergência obstétrica, no que diz respeito à classificação de risco, requer reavaliações constantes, com monitoramento de periodicidade mensal, no qual os resultados deverão ser discutidos com a gestão e os trabalhadores para compartilhar as dificuldades e criar estratégias de enfrentamento.

## REFERÊNCIAS

ACOSTA, A. M.; DURO, C. L. M.; LIMA, M. A. D. S. Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 33, n. 4, p. 181-90, set. 2012.

AGUIAR, M. I. F. et al. Sistematização da assistência de enfermagem a paciente com síndrome hipertensiva específica da gestação. **Rev. Rene**. Belo Horizonte, v. 11, n. 4, p. 66-75, set. 2010.

BRAVIDELLI, M. M.; DOMENICO, E. B. **Trabalho de conclusão de curso**: guia prático para docentes e alunos da área da saúde. 2 ed. São Paulo: Látrea. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos**. Brasília (DF): DATASUS; 2013.

BRILHANTE, A. F. et al. Implementação do protocolo de acolhimento com classificação de risco em uma emergência obstétrica. **Rev. Rene**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 569-75, jul-ago. 2016.

FIGUEIROA, M<sup>a</sup>. N. et al. Acolhimento do usuário e classificação de risco em emergência obstétrica: avaliação da operacionalização em maternidade-escola. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 34-43, mai. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos**. Brasília (DF): DATASUS; 2012.

\_\_\_\_\_. **Manual do Atendimento Pré-Hospitalar – SIATE /CBPR – Urgências e Emergências Maternas**: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna / Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia**. Brasília: Ministério da Saúde; 2014b.

HERCULANO, M. M. S. et al. Óbitos maternos em uma maternidade pública de Fortaleza: um estudo epidemiológico. **Rev. Esc. Enferm**. São Paulo, v. 46, n. 2, p. 295-301, set. 2012. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/a05v46n2.pdf>>.

MARTINS, A. C. S.; SILVA, L. S. Perfil epidemiológico de mortalidade materna **Rev. Bras. Enferm**. Brasília, v. 71, supl. 1, 2018. Disponível em:< [http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/pt\\_0034-7167-reben-71-s1-0677.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/pt_0034-7167-reben-71-s1-0677.pdf)>.

MICHILIN, N. S. et al. Análise dos atendimentos obstétricos realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.69, n.4, jul--ago. 2016

MEDEIROS, A.L. et al. Avaliando diagnósticos e intervenções de enfermagem no trabalho de parto e na gestação de risco. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v.37, n. 3, p. 23-33, set. 2016.

MORSE, M. L. et al. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? **Cad. Saúde Pública.** São Paulo, v. 27, n. 4, p. 623-38, set. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n4/02.pdf>>.

MORAIS FILHO, L. A. et al. Competência legal do Enfermeiro na urgência/Emergência. **Enferm. Foco**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 18-23, set. 2016.

REZENDE, J. **Obstetrícia Fundamental.** 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SILVA, M. R. C. et al. A percepção de gestantes de alto risco acerca do processo de hospitalização. **Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 792-97, mai. 2013.

SILVA, A. F.; NÓBREGA, M. M. L.; MACEDO, W. C. M. Diagnósticos/resultados de enfermagem para parturientes e puérperas utilizando a Classificação Internacional para Prática de Enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 267-76, ago. 2012.

SOUZA, F. M. **Emergências em obstetrícia:** curso de capacitação em urgências e emergências. 2015. Disponível em: <[www.dendimim.com.br/public/./Apresentação%20Pélvica.doc](http://www.dendimim.com.br/public/./Apresentação%20Pélvica.doc)>.

WHO. **Trends in Maternal Mortality:** 1990 to 2013. Estimatives by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division; 2014. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112682/2/97>>.

## A ENFERMAGEM NO PROCESSO DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR

### **Márcio Soares de Almeida**

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Membro do Grupo de Estudos Sobre o Cuidado em Saúde. Salvador, Bahia.

### **Fernanda Cajuhy dos Santos**

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisa do Idoso. Salvador, Bahia.

### **Pedro Henrique Costa Silva**

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisa do Idoso. Salvador, Bahia.

### **Verônica Oliveira da Silva Heleno**

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Administração e Serviços de Enfermagem. Salvador, Bahia.

### **Mariana Pitanga Carvalhal de Oliveira**

Hospital Português da Bahia. Salvador, Bahia.

### **Fernanda Rocha Costa Lima**

Hospital Português da Bahia. Salvador, Bahia.

### **Lucille Andrade Paiva Espinheira**

Hospital Português da Bahia. Salvador, Bahia.

**RESUMO:** Este capítulo tem como objetivo discutir a atuação da enfermagem no processo de acreditação hospitalar a partir dos seguintes

aspectos: a enfermagem como lugar de evidência para a instituição ser ou manter-se acreditada; a enfermagem como elo das ações multiprofissionais; a sobrecarga de trabalho para atingir metas estabelecidas; e, o reconhecimento e valorização profissional. A acreditação é um procedimento cada vez mais comum na realidade dos serviços hospitalares. Nesse sentido, tendo em vista que os profissionais de enfermagem estão presentes em número expressivo e atuam ininterruptamente na assistência direta ao paciente, tornam-se fundamentais para um desempenho satisfatório desses programas de qualidade. Assim, participam no programa de acreditação em vários níveis hierárquicos, e em parceria com a equipe multiprofissional, desenvolve ativa e continuamente uma diversidade de atividades operacionais e estratégicas que enlaçam todos os aspectos da qualidade das instituições.

**PALAVRAS-CHAVE:** Acreditação hospitalar. Enfermagem. Segurança do Paciente. Hospital.

### NURSING IN THE HOSPITAL

### ACCREDITATION PROCESS

**ABSTRACT:** This chapter aims to discuss the role of nursing in the hospital accreditation process, based on the following aspects: nursing

as a place of evidence for the institution to be or remain accredited; nursing as a link of multiprofessional actions; work overload to achieve set goals; and, professional recognition and appreciation. Accreditation is an increasingly common procedure in the reality of hospital services. In this sense, considering that nursing professionals are present in significant numbers and act continuously in direct patient care, they become essential for the satisfactory performance of these quality programs. Thus, they participate in the accreditation program at various hierarchical levels and, in partnership with the multiprofessional team, actively and continuously develops a diversity of operational and strategic activities that link all aspects of the quality of institutions.

**KEYWORDS:** Hospital accreditation. Nursing. Patient safety. Hospital.

## 1 | INTRODUÇÃO

Tem-se notado que as organizações prestadoras de serviços de saúde têm buscado aprimorar a qualidade assistencial, implicando na procura de melhorias contínua de suas práticas, principalmente no que diz respeito aos colaboradores e os processos de trabalho.

Desta maneira, visando melhorar a qualidade dos serviços de saúde, a acreditação é um procedimento cada vez mais presente na realidade dos serviços hospitalares. Sabe-se, portanto, que a conexão em rede dos setores e colaboradores nessas instituições é indispensável para a adesão eficaz à acreditação. Tendo em vista que os profissionais de enfermagem estão presentes em número expressivo e atuam continuamente na assistência direta ao paciente, estes tornam-se fundamentais para um desempenho satisfatório desses programas de qualidade (MANZO et. al., 2012).

A acreditação hospitalar refere-se a um processo no qual uma entidade, geralmente não governamental, separada e independente da instituição a avalia para determinar se ela obedece a uma série de requisitos e padrões criados com o objetivo de aperfeiçoar a qualidade e segurança do cuidado. Assim, pode ser entendida como um processo que abrange a todos os que compõem o hospital, e formaliza o compromisso em melhorar a segurança no âmbito institucional. Nesse sentido, versa em avaliação sistemática, periódica, reservada, e possivelmente voluntária, que pode resultar em certificação de qualidade (COROPES, et. al., 2016).

No entanto, pode-se dizer que o programa de acreditação hospitalar surgiu a partir de um grupo de cirurgiões americanos, denominado Colégio Americano de Cirurgiões (CEC) nos EUA, por volta de 1924, com a criação de um modelo que favorecia padronização hospitalar, com fins na garantia da qualidade assistencial. Preconizava então, a organização do corpo médico, preenchimento de prontuário,

incluindo história e exame de paciente, bem como as condições de alta e os recursos de diagnóstico e terapêutico (FELDMAN, GATTO, CUNHA, 2005).

Com as dificuldades encontradas pelo CEC em manter-se, em parte devido à elevação dos custos, à sofisticação crescente da assistência médica, o aumento do número de instituições, a complexidade, e a grande procura de especialidades não cirúrgicas após a segunda guerra mundial, buscou-se parcerias com associações médicas americanas, canadenses, hospitais e organizações inteiramente dedicadas à melhoria e promoção da acreditação voluntária. Com isso criou-se a Comissão Conjunta de Acreditação dos Hospitais (CCAH) que logo, em dezembro de 1952, delegou oficialmente o programa de Acreditação a *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (ALONSO, et al., 2014).

No Brasil, as primeiras iniciativas de avaliação da qualidade dos serviços de saúde só foram feitas na década de setenta, mas, foi só com a criação do Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar (PBAH) na década de noventa, que a acreditação ganhou maior projeção e visibilidade (SHIESARI, KISIL, 2003). Todavia, foi a partir da Portaria GM/MS nº 538, de 17 de abril de 2001, que o Ministério da Saúde reconheceu a Organização Nacional de Acreditação (ONA) como instituição responsável a operacionalizar o desenvolvimento do Processo de Acreditação Hospitalar (BRASIL, 2001).

Desta maneira, em que incida a relevância da qualidade no atendimento direcionado pela acreditação hospitalar, vale ressaltar a atuação da equipe de enfermagem na conquista de tais méritos, pois esses profissionais assistem os usuários no hospital de forma ininterrupta. Nesse contexto, o (a) enfermeiro (a) busca um cuidado com qualidade, estabelecendo atuação direta na organização da estrutura e segurança, dos processos e resultados (OLIVEIRA, 2017; SIMAN; BRITO; CARRASCO, 2014)

Ante o exposto, este capítulo tem como objetivo discutir a atuação da enfermagem no processo de acreditação hospitalar. Para tanto, foi abordado os seguintes aspectos: a enfermagem como lugar de evidência para a instituição ser ou manter-se acreditada; a enfermagem como elo das ações multiprofissionais; a sobrecarga de trabalho para atingir metas estabelecidas; e, o reconhecimento e valorização profissional.

### **1.1 A enfermagem como lugar de evidência para a instituição ser ou manter-se acreditada**

Ao longo dos anos o profissional de enfermagem tem conquistado experiência suficiente para assumir cada vez mais espaços dentro das organizações de saúde, perpassando o cuidado direto ao paciente e se apropriando de outras questões

administrativas que envolvem principalmente gestão do cuidado, gerenciamento de riscos e educação permanente, promovendo a continuidade da qualidade assistencial e institucional, requerido pelas organizações acreditadoras (MAZEIRO; SPIRI, 2013).

Nesse sentido, a liderança é uma competência essencial dentro do processo de trabalho da enfermagem. Durante a formação profissional, os aspectos técnicos são mais valorizados em detrimento de aspectos gerenciais, mas na prática ocupacional, o enfermeiro necessita dessa habilidade todo o tempo para auxiliar nos processos decisórios, estratégicos e operacionais que vão interferir diretamente na qualidade do cuidado e no resultado institucional. (OLIVEIRA et al, 2017).

Desta maneira, os processos decisórios têm a finalidade de alcance dos padrões de qualidade, enquanto os processos estratégicos preparam a equipe para atingir a meta estabelecida em tempo. O processo operacional, supervisiona a equipe de enfermagem de maneira sistematizada. O sucesso da acreditação não está somente em adquirir o selo, mas principalmente em criar uma cultura de segurança junto à rede de colaboradores para que naturalmente sejam realizadas as boas práticas organizacionais como foco na qualidade e segurança (MAZEIRO; SPIRI, 2013).

O fato da equipe de enfermagem cuidar do indivíduo em todos os aspectos, cria nos enfermeiros uma capacidade única de se comunicar com as demais profissões, tal característica é tida como positiva dentro do processo de acreditação hospitalar pois a comunicação eficaz é junto da educação permanente um dos pilares na definição de estratégias para as mudanças necessárias no processo assistencial e de modelos operacionais para a prestação do cuidado (FERNANDES; PENICHE, 2015).

Ao mesmo tempo que a acreditação hospitalar traz para os enfermeiros a responsabilidade do desenvolvimento de uma enfermagem de qualidade, através de incentivo a busca de conhecimentos, crescimento pessoal e reconhecimento da população, o processo de acreditação também é vivenciado de forma estressante, com excesso de burocracias e cobrança, o que podem interferir em diversos aspectos, inclusive na saúde mental do trabalhador (SAADATI et al, 2018).

No entanto, como peça fundamental, a enfermagem ocupa lugar de evidência na aquisição ou manutenção da acreditação hospitalar ao modo que desses profissionais é cobrado aperfeiçoamento contínuo na capacidade organizacional de tomar decisões, articular gerência, assistência, educação, planejamento de ações, liderança, comunicação e trabalho em equipe (SIMAN et al, 2014).

É importante haver mais pesquisas com foco no trabalho do enfermeiro no processo de acreditação, pois além de prover informações aos gestores para que operacionalizem diferentes estratégia, cria maiores possibilidades de atuação

do enfermeiro voltadas ao desenvolvimento para o alcance e/ou manutenção da certificação (OLIVEIRA et al, 2017).

## 1.2 A enfermagem como elo das ações multiprofissionais

Para exercer o trabalho em equipe são necessários atributos sociais importantes como a coletividade, compromisso, responsabilidade, sendo que estas características estimulam a articulação, harmonia, respeito e comunicação entre os profissionais (DUARTE; ALVES, 2014).

Percebe-se, então, que o trabalho interdisciplinar é bastante complexo, especialmente no âmbito hospitalar, pelas próprias características deste ambiente e pela necessidade da interação e integração entre as mais diversas profissões. Para a execução destes cuidados articulados, os profissionais precisam desenvolver habilidades e competências na transmissão e fluxo das informações, com o intuito de produzir cuidados de forma segura ao paciente (SCHERER, PIRES, 2013; DUARTE; BOECK, 2015).

Com isso, a integração da equipe multidisciplinar no âmbito hospitalar é de suma importância para que o cuidado ao paciente seja realizado de forma holística. A prática interdisciplinar pode ser visualizada como um elemento fundamental para a problematização da organização dos serviços de saúde e como ponto chave para que a assistência à saúde seja executada de maneira articulada e integrada. A partir dessa articulação, surgem barreiras que dificultam a omissão ou duplicação de cuidados, evitam esperas e prorrogações desnecessárias e aperfeiçoam a comunicação entre os profissionais, levando o serviço a tornarem-se mais resolutivos e qualificados (PEDUZZI et. al., 2013).

A enfermagem, na sua rotina, estabelece uma interação com todas as áreas de apoio, de maneira autônoma e responsável, por meio de instrumentos que fazem parte do arcabouço organizacional do serviço, como regimento interno, organograma, rotinas, sistemas de comunicação e controle. É importante enfatizar, que desde a formação, o enfermeiro deve ser preparado para atuar em funções gerenciais, de liderança e auditoria clínica, não esquecendo suas ações como educador e pesquisador (MANZO et. al., 2012).

Assim, os enfermeiros fazem parte concomitantemente das equipes de enfermagem e multiprofissional, sendo essenciais na articulação e mediação das ações desenvolvidas por ambas. A partir do uso da tecnologia leve, como o diálogo, a mediação e negociação entre os integrantes da equipe multidisciplinar, os enfermeiros potencializam o trabalho em equipe, a fim de adquirir a colaboração dos demais membros, para atenderem de forma segura e qualificada as necessidades dos pacientes (SANTOS et. al., 2016).

Um aspecto fundamental que precisa existir entre a equipe multiprofissional

para a manutenção da segurança do paciente no ambiente hospitalar é a comunicação efetiva, a qual também favorece um espaço harmonioso de trabalho e conseqüentemente, menor riscos de danos ao paciente. Além disso, a comunicação é um elo de integração que torna o vínculo entre a equipe interdisciplinar propriamente dita e também com os pacientes, mais fortalecido (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

Pode-se exemplificar a importância deste elo entre a equipe multidisciplinar a partir do sistema de medicação que é colocado em prática por meio de muitas etapas, com a participação de diversos profissionais, onde a enfermagem tem participação fundamental para evitar erros. É importante salientar que o serviço de farmácia é de suma importância, com o objetivo de prover de forma segura - além de medicamentos - produtos para a prática assistencial, por meio da assistência farmacêutica, participando da seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, dispensação de medicamentos e presença de serviços especializados (NASCIMENTO, et. al., 2013).

Neste processo, a falha na comunicação é vista como uma das principais causas de erros, envolvendo a comunicação inadequada entre o profissional da farmácia que dispensa a medicação, o médico prescritor e a equipe de enfermagem responsável pelo aprazamento e administração, tendo, também, o farmacêutico um papel fundamental neste processo (OLIVEIRA, et. al., 2014).

Desta forma, não há dúvidas de que a atuação da equipe multiprofissional seja de extrema relevância no âmbito hospitalar, no entanto estes profissionais precisam trabalhar de forma integrada e articulada para que a assistência seja pautada na segurança do paciente. O enfermeiro além do seu papel na assistência direta ao paciente, tem uma atuação como agente articulador nessa equipe, mediando os diversos fluxos e participando das conexões entre os múltiplos profissionais como um verdadeiro elo na prática multiprofissional.

### **1.3 Sobrecarga de trabalho para atingir metas estabelecidas**

Atualmente, o mundo corporativo vem passando por uma série de mudanças e transformações que têm culminado com uma cultura empresarial focada em resultados, onde os funcionários trabalham mais horas e de forma intensa em prol do reconhecimento profissional e pessoal. Entretanto, este cenário pode ocasionar sobrecarga de trabalho e, conseqüentemente, vir a comprometer a qualidade e segurança da assistência prestada pelos profissionais de saúde.

É válido salientar que o excesso de atividades administrativas muitas vezes, em detrimento das atividades assistenciais - como preenchimento de vários impressos organizacionais e administrativos, criação de novos protocolos e alterações nas

rotinas em tempo não hábil para adaptação pela equipe - são considerados fatores determinantes para a sobrecarga de trabalho da equipe de enfermagem ligada diretamente à assistência (MAZIERO; SPIRI, 2013).

Nesse sentido, no intuito de garantir um melhor nível de segurança ao paciente, faz-se necessário maior investimento em capacitação profissional. Com isso, abarcar novas propostas, requer maior interesse por parte dos profissionais envolvidos para reconhecer a missão da instituição, destinada ao cuidado de saúde e conseqüente alcance no modelo na qualidade da assistência e cumprimento das metas estabelecidas (VELHO; TREVISTO, 2013).

Dito isto, é importante mencionar que, por suas características próprias, o processo de acreditação exige empenho de toda a equipe, porém a equipe assistencial demonstra sentir-se sobrecarregada diante das adequações impostas pelo processo de mudança estabelecidos, com a formalização de registros vinculados as atividades diárias e padronização do trabalho. (FERNANDES; PENICHE, 2015).

Desta forma, o desgaste físico e mental vivenciado pelo estresse no ambiente laboral pode acarretar a Síndrome de Burnout ou Síndrome do Esgotamento Profissional. Essa síndrome gera sensações de exaustão física, psíquica e emocional, como também alterações de personalidade (ALMEIDA, et al., 2016). Assim, para evitar tal esgotamento e minimizar o estresse da equipe, é de suma importância a compreensão dos gestores de cada unidade envolvida no processo (FERNANDES; PENICHE, 2015).

De tal modo, é notório que a busca e alcance da qualidade é um processo contínuo, ininterrupto, e exige educação continuada da equipe bem como constante revisão dos padrões estabelecidos. Assim, a participação dos trabalhadores é papel fundamental para a manutenção do processo, sendo o profissional de enfermagem fundamentais na construção da qualidade assistencial (MAZIERO; SPIRI, 2013).

#### **1.4 Reconhecimento e valorização profissional**

Os profissionais de enfermagem participam ativamente do processo que visa melhoria na qualidade da assistência prestada, assumindo um papel essencial na garantia e na manutenção dos padrões, onde se dedicam e reforçam a cultura de melhoria centrada no cliente e na determinação de executar serviços que atendam aos requisitos das instituições acreditadoras. Esse movimento em direção à qualidade requer mudanças fundamentais nas organizações, uma vez que a valorização dos indivíduos e a atenção às relações sociais tornam-se imprescindíveis para alcance dos resultados (MANZO, 2009).

Nesse aspecto, a enfermagem alcança lugar de destaque, pois dedica-se na gestão do cuidado, ao gerenciar os processos e metas na busca e manutenção da certificação. Assim, o reconhecimento profissional advém da responsabilidade

da conquista e pela valorização do hospital. Desta forma, deve haver valorização do aspecto humano, melhorias das relações entre as pessoas, envolvimento e comprometimento dos profissionais e dos padrões éticos de atendimento para o processo da acreditação (OLIVEIRA, 2017; REGO; PORTO, 2004).

No entanto, cabe ressaltar que os profissionais de enfermagem não visualizam de maneira uniforme a influência do processo de acreditação no seu cotidiano de trabalho, pois alguns conseguem perceber o processo apenas de forma positiva, onde a acreditação traz orgulho e satisfação, tendo em vista a sensação de responsabilidade pela conquista do título. Noutra perspectiva, observa-se a falta de valorização por sentirem-se pouco prestigiados diante do grande desafio que passam no dia a dia, uma vez que os erros são notados e criticados, ao passo que os elogios diante das metas e das vitórias conquistadas não apresentam grandes repercussões (MANZO, 2009). Nesse sentido, é essencial ressaltar a importância do fortalecimento da cultura educativa em detrimento da punitiva no contexto das organizações de saúde.

As pessoas fazem o diferencial de qualquer organização, pois são responsáveis pela produção da qualidade, e todo esforço de melhoria de uma organização deve começar por meio do enfoque dos profissionais, cultivando a educação, desenvolvimento de habilidades, formação de consciência responsável, treinamentos para o trabalho em equipe e criação da visão ética do trabalho. Ademais, ninguém fará modificações na qualidade de sua assistência prestada se antes não estiver convencido de sua importância. Portanto, é fundamental ter claro conhecimento do porquê de sua ação como profissional dentro da instituição (MEZOMO, 2001).

Nesse aspecto, a valorização profissional servirá como base para a satisfação do trabalhador, importante indicador de qualidade no contexto da gestão de pessoas. Diante disso, o processo de acreditação pode ser um elo entre a valorização e satisfação da equipe de enfermagem, notadamente porque existe alto nível de cobranças para o alcance da certificação. Assim, por intermédio, também, da liderança estabelecida, há valorização do profissional de enfermagem no tocante ao processo de acreditação hospitalar (OLIVEIRA et al., 2017).

## 2 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A enfermagem participa no programa de acreditação em vários níveis hierárquicos, como estratégico, intermediário e operacional. No tocante aos aspectos negativos, possivelmente pelo aumento de trabalho, a valorização profissional deve ser melhor discutida, uma vez que é inviável o alcance de melhorias na assistência sem o aumento das responsabilidades.

Neste ínterim, a enfermagem em parceria com a equipe multiprofissional,

desenvolve ativa e continuamente uma diversidade de atividades operacionais e estratégicas que enlaçam todos os aspectos da qualidade das instituições, estando, portanto, intimamente relacionadas às práticas de segurança e, conseqüentemente, ao processo de acreditação.

Contudo, para funcionar de modo sinérgico, este processo precisa ser estruturado de modo organizado e consistente, levando em consideração aspectos importantes, como o nível de maturidade institucional, clima organizacional favorável, envolvimento e participação dos profissionais e suporte adequado durante toda a sua condução.

Além disso, entendendo a relevância da atuação dos profissionais no processo de acreditação, é preciso considerar as características e condições de trabalho dos envolvidos, uma vez que muitos deles já atuam em condições desafiadoras e podem sentir-se sobrecarregados ou mesmo adoecerem haja vista as influências da acreditação no cotidiano de trabalho, na qualidade de atendimento e na satisfação de clientes internos e externos da organização. Ainda, o fortalecimento do caráter educativo das ações em detrimento do punitivo é uma estratégia de fundamental importância para a consolidação das melhores práticas e para o reconhecimento e valorização profissional.

Por fim, é necessário considerar que um dos principais desafios para o desenvolvimento de um processo de acreditação bem sucedido, é a construção de um panorama onde o mesmo seja compreendido como algo que “fará parte” do cotidiano de trabalho dos profissionais - sobretudo da enfermagem - com o objetivo de agregar valor ao cuidado e à gestão, e não algo “à parte”, de cunho estritamente verticalizado sem a sensibilização e envolvimento devido dos profissionais.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, et al. **Fatores geradores da Síndrome de Burnout em profissionais da saúde**. Rev Fund Care (online). v. 8, n. 3, jul./ set. 2016. Disponível em: < <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3469> > Acesso em 01 de set. 2019.

ALONSO, Luiza Beth Nunes et al. **Acreditação hospitalar e a gestão da qualidade dos processos assistenciais**. Perspectivas em Gestão & Conhecimento. João Pessoa, v. 4, n. 2, p. 34-49, jul./dez. 2014. < Disponível em: <file:///C:/Users/Marcio/Downloads/Dialnet-AcreditacaoHospitalarEAGestaoDaQualidadeDosProcess-4929762.pdf> > Acesso em: 07 de set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 538, de 17 de abril de 2001**. Reconhece a Organização Nacional de Acreditação como instituição competente e autorizada a operacionalizar o desenvolvimento do Processo de Acreditação. Ministério da Saúde. 2001.

COROPES, et. al. **A educação permanente no cotidiano das chefias de enfermagem no processo de acreditação hospitalar**. Rev Enferm UFPE (on line). Recife, v. 10, n. 3, p. 1088-1093, out./mar. 2016.

DUARTE, Gustavo de Mello; ALVES, Marcelo da Silva. **Trabalho em equipe/proximidade do paciente: elementos da práxis de enfermeiras na terapia intensiva.** Rev Enferm UFSM., v. 4, n. 1, p. 144-51, 2014.

DUARTE, Maria de Lourdes Custódio; BOECK, Jocemara Neves. **O trabalho em equipe na enfermagem e os limites e possibilidades da estratégia saúde da família.** Trab. educ. saúde, v. 13, n. 3, p. 709-720, Dec. 2015.

FELDMAN, Liliane Bauer; GATTO, Maria Alice Fortes; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. **História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação.** Acta paul. enferm. São Paulo. v.18, n.2, p. 2013-2019, abr./jun. 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n2/a15v18n2.pdf>> Acesso em: 07 de set. 2019.

FERNANDES, Hellen Maria de Lima Graf; PENICHE Aparecida de Cássia Giani. **Percepção da equipe de enfermagem do Centro Cirúrgico acerca da Acreditação Hospitalar em um Hospital Universitário.** Rev Esc Enferm USP. São Paulo, v. 49. n. esp, p. 22-28, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49nspe/1980-220X-reeusp-49-spe-0022.pdf>>. Acesso em: 05 set. 2019.

MANZO, Bruna Figueiredo et.Al. **A enfermagem no processo de acreditação hospitalar: atuação e implicações no cotidiano de trabalho.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, v. 20, n. 1, p. 151-158, Feb. 2012

MANZO, Bruna Figueiredo. **O processo de acreditação hospitalar na perspectiva de profissionais de saúde.**2009. 98 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Belo Horizonte (MG): Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, 2009.

MAZIERO, Vanessa Gomes; SPIRI, Wilza Carla. **Significado do processo de acreditação hospitalar para enfermeiros de um hospital público estadual.** Rev. Eletr. Enf. v. 15. n. 1, p. 121-9, jan/mar 2013. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v15/n1/pdf/v15n1a14.pdf>>. Acesso em: 05 set. 2019.

MEZOMO, João Catarin. **Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos.** 1. ed. São Paulo: Loyola, 2001. 301 p.

NASCIMENTO, Aline do et al. **Análise de correspondência múltipla na avaliação de serviços de farmácia hospitalar no Brasil.** Cad. Saúde Pública, v. 29, n. 6, p. 1161-1172, June 2013

NOGUEIRA, Jane Walkiria da Silva; RODRIGUES, Maria Cristina Soares. **Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: um desafio para a segurança do paciente.** Cogitare Enfermagem, v.20, n.3, 2015

OLIVEIRA, João Lucas Campos et al. **Atuação do enfermeiro no processo de acreditação: percepções da equipe multiprofissional hospitalar.** Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, v. 31. n. 2, out. 2017. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/17394/14625>>. Acesso em: 05 set. 2019.

OLIVEIRA, Roberta Meneses et al. **Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências.** Esc. Anna Nery, v. 18, n. 1, p. 122-129, Mar. 2014.

PEDUZZI, Marina et.al. **Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários.** Rev. esc. enferm. USP, v. 47, n. 4, p. 977-983, aug. 2013.

REGO, Margarethe Maria Santiago; PORTO, Isaura Setente. **Implantação de sistemas da qualidade em instituições hospitalares: implicações para enfermagem.** ACTA Paul Enfermagem, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 434-438, mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n4/a13v18n4.pdf>. Acesso em: 30 ago. .2019

SAADATI, Mohammad et al. **Accreditation in one teaching hospital: a phenomenology study among Iranian nurses**. *Internacional Journal of Health Care Quality Assurance*, Tehran, v. 31. n. 7, p. 855-63, 2018. Disponível em: <<https://www-emerald.ez10.periodicos.capes.gov.br/insight/content/doi/10.1108/IJHCQA-08-2017-0150/full/html>>. Acesso em: 06 set. 2019.

SANTOS, José Luís Guedes dos et al. **Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para promover o trabalho em equipe em um serviço de emergência**. *Rev. Gaúcha Enferm.*, v. 37, n. 1, e. 50178, 2016.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; PIRES, Denise Elvira Pires de; JEAN, Rémy. **A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família**. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 18, n. 11, p. 3203-3212, nov. 2013.

SHIESARI, Laura Maria Cesar; KISIL, Marcos. **A avaliação da qualidade nos hospitais brasileiros**. *RAS*. v. 5, n. 18, Jan./Mar. 2003. Disponível em: <[https://pesquisa-eaesp.fgv.br/sites/gvpesquisa.fgv.br/files/arquivos/a\\_avaliacao\\_da\\_qualidade\\_nos\\_hospitais\\_brasileiros.pdf](https://pesquisa-eaesp.fgv.br/sites/gvpesquisa.fgv.br/files/arquivos/a_avaliacao_da_qualidade_nos_hospitais_brasileiros.pdf)> Acesso em: 07 de set. 2019.

SIMAN, Andréia Guerra; BRITO, Maria José Menezes; CARRASCO, Melissa Evelyn Lopez; **Participation of the nurse manager in the process of hospital accreditation**. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 35. n. 2, p. 93-99, jun. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v35n2/pt\\_1983-1447-rgenf-35-02-00093.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v35n2/pt_1983-1447-rgenf-35-02-00093.pdf)>. Acesso em: 06 set. 2019.

VELHO, Juliano Moreira; TREVISTO, Patrícia. **Implantação de programa de qualidade e acreditação: contribuições para a segurança do paciente e do trabalhador**. *RAS*, v. 15, n. 60, jul./set, 2013. < Disponível em: [file:///C:/Users/Marcio/Downloads/RAS\\_60\\_90-94%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Marcio/Downloads/RAS_60_90-94%20(1).pdf) > Acesso em: 08 de set. 2019.

## ACOLHIMENTO DO ENFERMEIRO A MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA: REVISÃO INTEGRATIVA

### **Luzia Neri dos Reis**

Enfermeira pela Associação de Ensino Superior do Piauí-AESPI, Teresina-PI.

### **Leonilson Neri dos Reis**

Enfermeiro, Preceptor de Estágio em Enfermagem na IESM, Discente de Pós-graduação em Saúde da Família com Docência do Ensino Superior da Faculdade Evangélica do Meio Norte-FAEME, Teresina-PI.

### **Ernando Silva de Sousa**

Enfermeiro, Discente Pós-graduação em Obstetrícia da Faculdade do Médio Parnaíba-FAMEP, Teresina-PI.

### **Isabel Luísa Rodrigues de Sousa Viana**

Enfermeira, Docente e Coordenadora de Estágio da Faculdade IESM, Timon-MA.

### **Juliana Falcão da Silva**

Enfermeira pelo Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina-PI.

### **Jucélia de Brito Lima**

Enfermeira Plantonista na Neo Clínica, Preceptora Colégio SAGRA, Teresina-PI.

### **Lindamaria de Oliveira Miranda**

Enfermeira pela faculdade do Piauí-FAPI, Teresina-PI.

### **Jailson Pereira de Sousa**

Enfermeiro pela faculdade do Piauí-FAPI, Teresina-PI.

### **Priscila Geise Gomes**

Acadêmica de Enfermagem pelo Colégio Universal/UNI Faculdades do Piauí -PI.

### **Erinalva de Araújo Silva**

Acadêmica de Enfermagem pelo Colégio Universal/UNI Faculdades do Piauí -PI.

### **Brígida Mendes dos Santos**

Enfermeira, Teresina-PI.

### **Cleidiomar da Conceição Sousa Freitas**

Enfermeira, Teresina-PI.

### **Ana Carolina Amorim de Sousa**

Enfermeira, Coordenadora de Atenção Básica na cidade de Joaquim Pires-PI, Discente de Pós-graduação em Urgência e Emergência pelo Centro Universitário UNIFSA, Teresina-PI.

### **Naiane de Sousa Silva**

Enfermeira pela Associação de Ensino Superior do Piauí-AESPI, Pós-graduanda em Enfermagem Estética, Teresina-PI.

### **Sayonnara Ferreira Maia**

Enfermeira Especialista em Enfermagem em Nefrologia pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) e Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí. Docente na Associação de Ensino Superior do Piauí (AESPI), Enfermeira da Estratégia Saúde da Família do município de Beneditinos-PI, enfermeira assistencial e responsável técnica do Centro de Terapia Renal de Timon.

**RESUMO: INTRODUÇÃO:** A violência contra o ser humano pode estar na vida da maioria das pessoas em todas as idades e em intensidades variadas, sem distinção de sexo, raça, cultura,

doutrina e classe social. É classificada como um dos eventos de maior importância, pois além dos danos físicos e psicológicos que provoca, precisa de um grande número de intervenções para a sua prevenção e tratamento. **OBJETIVOS:** Descrever a assistência do enfermeiro a mulher vítima de violência doméstica, por meio de revisão de literaturam e identificar as principais intervenções de enfermagem no tema estudado. **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura referente à produção científica nacional da enfermagem na assistência à mulher vítima de violência. A busca foi realizada utilizando os descritores: Violência Doméstica, Mulher, Enfermagem, usados isolados e em combinação com operador boleano and. **RESULTADOS:** Foram encontrados 20 artigos que abordaram a assistência de enfermagem às mulheres violentadas, que apresentaram, que apresentam tipos diferentes de violência, sendo: violência de gênero, sexual, física, psicológica e doméstica. **DISCURSSÃO:** Os enfermeiros devem articular o cuidado como prioridade, os demais profissionais e serviços prestados e manter o controle de ações em cuidado, embora o principal desempenho tenha sido o acolhimento às vítimas da violência. **CONCLUSÃO:** Observou-se que entre os problemas profissionais encontrados na assistência da enfermagem à mulher vítima da violência, assim como da equipe multiprofissional, foi a falta de conhecimento/capacitação para realizar o cuidado com eficiência e não ter suporte necessário para intervir de forma mais satisfatória. **PALAVRAS-CHAVE:** Violência Doméstica, Mulher, Enfermagem.

#### NURSING WELCOME TO WOMEN VICTIM VICTIM: INTEGRATIVE REVIEW

**ABSTRACT: INTRODUCTION:** Violence against humans can be in the lives of most people of all ages and in varying intensities, regardless of gender, race, culture, doctrine and social class. It is classified as one of the most important events, because in addition to the physical and psychological damage it causes, it needs a large number of interventions for its prevention and treatment. **OBJECTIVES:** To describe the assistance of nurses to women who are victims of domestic violence through literature review and to identify the main nursing interventions in the studied theme. **METHODS:** This is an integrative literature review study on the national scientific production of nursing in the care of women victims of violence. The search was performed using the keywords: Domestic Violence, Women, Nursing, used alone and in combination with Boolean operator and. **RESULTS:** We found 20 articles that addressed nursing care to abused women who presented with different types of violence: gender, sexual, physical, psychological and domestic violence. **DISCUSSION:** Nurses should articulate care as a priority, other professionals and services provided and maintain control of actions under care, although the main performance was welcoming victims of violence. **CONCLUSION:** It was observed that among the professional problems encountered in nursing care for women victims of violence, as well as the multiprofessional team, was

the lack of knowledge / training to perform care efficiently and lack the support needed to intervene more. satisfactory.

**KEYWORDS:** Domestic Violence, Women, Nursing.

## 1 | INTRODUÇÃO

A violência contra o ser humano pode estar na vida da maioria das pessoas em todas as idades e em intensidades variadas, sem distinção de sexo, raça, cultura, doutrina e classe social. É classificada como um dos eventos de maior importância, pois além dos danos físicos e psicológicos que provoca, precisa de um grande número de intervenções para a sua prevenção e tratamento (AGUIAR., 2013).

Segundo SANTOS et al (2014), a violência doméstica contra a mulher é um acontecimento que está associado ao desenvolvimento da raça humana, afetando a saúde individual e coletiva, o que requer a criação de políticas públicas e a atuação do estado voltadas para uma possível redução do problema.

Violência doméstica é um padrão de comportamento que envolve violência ou outro tipo de abuso por parte de uma pessoa contra outra num contexto doméstico. A violência contra a mulher é uma violação dos direitos humanos e estima-se que esse tipo de violência cause mais mortes às mulheres de 15 a 44 anos que o câncer, a malária, os acidentes de trânsito e as guerras. Como forma de agressão se incluem assassinatos, estupros, abusos físicos, sexuais, verbal e emocionais, prostituição forçada, mutilação genital, violência racial, entre outras. Importante destacar que a violência vivenciada pela mulher deixa marcas físicas e consequências psicológicas (ZANCAN, WASSERMANN, LIMA, 2013 ).

De acordo com AGUIAR (2013), nos últimos anos, a saúde pública no Brasil está incorporando ao seu cotidiano a temática como uma questão de ampla complexidade uma vez que é considerada um fenômeno social desencadeado por uma gama de fatores que afetam não somente as vítimas, mas também os familiares e a sociedade.

Em meio a todos os tipos de violência existentes contra a mulher no mundo, um dos mais terríveis e desumanos, junto a confusões de emoções e relações afetivas, a violência doméstica contra a mulher mantém-se, até hoje, como uma sombra em nossa sociedade. No Brasil cerca de 2,1 milhões de mulheres são espancadas por ano, sendo 175 mil por mês, 5,8 mil por dia, 4 por minutos e uma a cada 15 segundos. Destes casos, 70% dos agressores é uma pessoa que ela manteve ou mantém alguma ligação afetiva (LIMA et al., 2017).

Considerando que as mulheres vítimas de violência têm sua qualidade de vida (QV) deteriorada pela situação de agressão, torna-se fundamental que as ações de enfermagem no segmento ao cuidado as pessoas envolvidas em caso de violência

sejam vistas como fator importante para a saúde dessa população (MORAIS, GERK, NUNES, 2018).

Diante da magnitude da violência doméstica, que inicialmente era classificada como problema social, passou a ser considerada problema mundial de saúde pública, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), com recomendações de medidas epidêmicas para o diminuir a sua ocorrência. A mulher, por ser alvo preferencial desse tipo de violência, tem merecido a atenção por parte de profissionais, principalmente os de enfermagem que, na sua trajetória prática e em qualquer ambiente de trabalho, podem defrontar-se com essa situação, exigindo conhecimento específico e habilidade para realizar esse cuidar como expressão humanizadora da enfermagem, com poder transformador, que deve ser sentido e vivido por parte de quem cuida e de quem é cuidado (ACOSTA et al., 2017).

Nessa concepção, o primeiro contato da mulher no serviço de saúde deve acontecer com os profissionais de enfermagem, que farão um acolhimento humanizado, a realização da anamnese, exame físico, agendamento de retorno e administração de medicações. Esses são alguns passos que garantem a aderência ao seguimento para um tratamento, no entanto, a prática tem mostrado que ainda se faz necessário discutir os modos de cuidar em enfermagem à mulher vítima de violência, para buscar aprofundar conhecimentos que reflitam o exercício de modo que esse atendimento se faça de forma singular e específica (MORAES et al., 2010).

É neste sentido que o profissional de enfermagem deve atuar, orientando as mulheres vítimas de violência. Convém aos mesmos manter a descrição e proporcionar o acolhimento, o encorajamento, a segurança e a satisfação das necessidades desta vítima, levando-a a conhecer a rede que promove e a proteção e reintegra vítimas, como as delegacias especializadas ou não, e os núcleos de apoio à saúde da família (NASF) e outros. Essas têm de atuar de aspecto integrado para que a vítima receba um auxílio humanizado, completo e de qualidade (LIMA et al., 2017).

Portanto, baseado nesses argumentos, pretende-se realizar uma análise a cerca da produção científica relacionada a seguinte temática: Acolhimento de enfermagem a mulher vítima de violência doméstica.

### **1.1 Questão de pesquisa**

Como se dá a assistência do enfermeiro à mulher vítima de violência doméstica?

### **1.2 Objetivos da Pesquisa**

- Descrever a assistência do enfermeiro a mulher vítima de violência doméstica, por meio de revisão de literatura.

- Identificar as principais intervenções de enfermagem no tema estudado

## 2 | METODOLOGIA

A revisão integrativa é definida como método de pesquisa de dados secundários, na qual os estudos relacionados a um determinado assunto são sumarizados, permitindo-se obter conclusões gerais devido à reunião de vários estudos. Por meio do processo de análise sistemática e síntese da literatura de pesquisa, a revisão integrativa bem elaborada pode precisamente representar o estado atual da literatura de pesquisa (GALVÃO, MENDES, SILVEIRA., 2010).

O presente estudo trata de uma Revisão Integrativa da Literatura, caracterizada como uma metodologia específica em saúde que viabiliza a análise de pesquisas científicas de modo sistemático e amplo, favorecendo a caracterização e a divulgação do conhecimento produzido de um dado tema e entendimento de uma questão. O método identifica lacunas do conhecimento que por vezes podem ser preenchidas com a realização de novas pesquisas (MOREIRA et al., 2015).

Na construção desta revisão integrativa foram percorridas as seguintes etapas: definição do tema e elaboração da pergunta norteadora, amostragem ou busca na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão e interpretação dos resultados e apresentação da revisão. A questão norteadora para a elaboração da revisão integrativa foi: Como se dá a assistência do enfermeiro à mulher vítima de violência doméstica nos serviços de saúde ?

Foi realizada uma busca dos artigos na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de dados de enfermagem (BDENF), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) Brasil, via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), referente as produções científicas relacionadas ao acolhimento de enfermagem a mulher vítima de violência doméstica no período de publicação de 2013 a 2018.

Foram utilizados os seguintes Descritores encontrados após uma consulta realizada em Ciência da Saúde (DECS): violencia domestica, mulher, enfermagem, foram usados associados com o operador booleano *and*.

Seguiu-se a busca dos três descritores combinados nas bases de dados com o operador Booleano *and*. Inicialmente para a realização da pesquisa foram utilizados os descritores sem a utilização dos filtros, obtendo-se 311 referências de artigos. Como critérios de inclusão e a fim de refinar a amostra determinou-se: trabalhos disponíveis na íntegra, em formato de artigo científico, com acesso gratuito, no idioma português, indexados nas referidas bases de dados citadas, em bases de dados especializados, publicados nos últimos 5 anos (2013-2018) e que retratassem a temática em estudo, restando 35 publicações com possibilidade de análise.

Foram analisados os resumos e elegidos para leitura do artigo na íntegra

aqueles que estavam relacionados com a temática em estudo. Em suma, foram lidos todos os 35 artigos, títulos e resumos dos artigos, sendo necessário refinar a amostra, excluiu-se 10 publicações de artigos que se encontraram repetidos entre os demais, 5 publicações que não retratavam a temática, restando no total 20 artigos que foram selecionados por responderem à questão condutora do estudo e se encaixavam nos critérios de inclusão da revisão integrativa.

A seguir, um fluxograma sintetiza a busca dos 20 artigos que compuseram a amostra final da revisão (Figura 1).

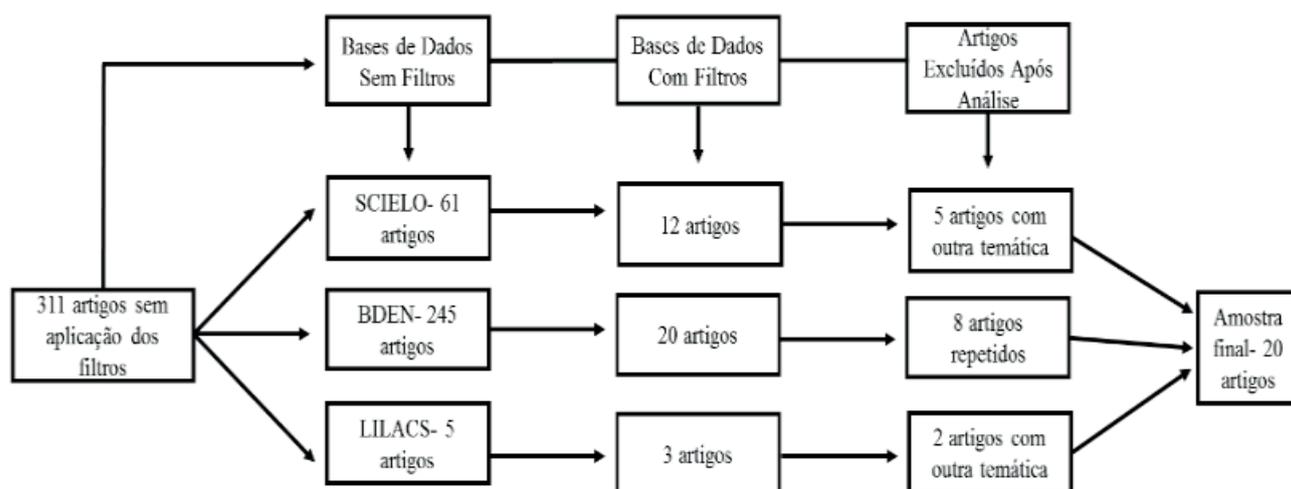


Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção dos artigos, segundo as bases de dados.

A partir dos resultados encontrados após a busca dos estudos na íntegra, foi realizada a análise dos dados em três etapas. Na primeira, foi utilizado um instrumento elaborado para este estudo (APÊNDICE A), que permitiu a investigação e identificação de dados como: base de dados indexada; ano de publicação; nome do periódico; título; nome dos autores; tipo de pesquisa; objetivo de estudo e conclusões. Na segunda etapa, realizou-se uma análise interpretativa e síntese dos artigos de modo a captar a essência do tema e a real ideia dos autores de forma a atingir o objetivo previsto. Em uma última etapa foram apresentados os resultados através de uma análise dos artigos incluídos, com a descrição das etapas percorridas.

### 3 | RESULTADOS

Após criterioso refinamento e análise, contemplando os critérios de inclusão delineados, chegou-se a 20 artigos, dos quais como expõem a tabela 1, verificou-se que os maiores números de publicações ocorreram no ano de 2013, com 9 publicações (45%) ao ano, obtendo-se esse resultado após a aplicação dos critérios

de inclusão. A base de dados mais utilizada para publicação foi aBase de dados de enfermagem (BDENF) onde se tiveram 12 (60%) artigos, o método descritivo obteve o maior predomínio 7 (35%) dentre as tipologias, qualitativo com 6 (30%) e o quantitativo com 4 (20%) e estudo transversal com 3 (15%). Observou-se que as pesquisas com mais de 3 autores tiveram a maior prevalência 14 (70%).

<b>Variáveis</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Ano de Publicação</b>		
2013	9	45
2014	4	20
2015	2	10
2016	2	10
2017	2	10
2018	1	5
<b>Base de Dados</b>		
LILACS	1	5
BDENF	12	60
SCIELO	7	35
<b>Método abordado</b>		
Descritivo	7	35
Quantitativo	4	20
Qualitativo	6	30
Estudo Transversal	3	15
<b>Nº de Autores</b>		
1	0	0
2	1	5
3	5	25
Mais de 3	14	70

Tabela 1 - Distribuição dos estudos segundo ano de publicação, base de dados, métodos abordados para fins da pesquisa e número de autores.

Fonte: Base de Dados

Em relação aos principais aspectos metodológicos das pesquisas analisadas, observou-se através da tabela 2 os que tiveram maior prevalência, a entrevista foi o instrumento mais utilizado para coleta de dados com 10 artigos (50%), as mulheres tiveram maior prevalência como escolha do sujeito da pesquisa (50%), o local de pesquisa com maior prevalência foi a Unidade Básica de Saúde (UBS) com 10 manuscritos(50%).

<b>Variáveis</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Metodo de coleta de dados</b>		
Entrevistas	10	50
Outros	10	50
<b>Sujeitos da Pesquisa</b>		

Mulheres	10	50
Outros	10	50
<b>Local da Pesquisa</b>		
Unidade Básica Saúde	10	50
Centro R. Atendimento	5	25
Outros Locais	5	25

Tabela 2 - Classificação dos aspectos metodológicos subdividindo em instrumento de coleta de dados, sujeitos da pesquisa e local da pesquisa.

Fonte: Base de Dados

Observou-se que quase todos os artigos selecionados, abordam e tem relação com a temática de acolhimento de enfermagem a mulher vítima de violência doméstica. Ainda na análise desses artigos presentes, percebeu-se que os tipos de violência contra a mulher e sua saúde apresentam um maior predomínio na elaboração de estudos, sendo um assunto bastante relevante, pois torna-se importante para elaborar estratégias de prevenção e promoção da saúde da mulher vítima de violência.

Os artigos encontrados nos bancos de dados que constituíram a amostra do estudo foram analisados e inseridos dentro da discussão, para que se possa responder melhor os objetivos e a questão norteadora que foram propostos na pesquisa.

## 4 | DISCUSSÃO

### 4.1 Contexto e caracterização da violência contra a mulher

A violência doméstica apresenta distribuição social em todo o mundo, sendo apontada como um tipo de violência universal e praticada preeminentemente por parceiros ou pessoas muito próximas das mulheres. De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde, em 2013, a violência contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo apresentou uma prevalência de 30,0%, verifica-se que a violência doméstica possui associação com a qualidade de vida das mulheres (LUCENA et al., 2017).

Configurando-se como um problema de magnitude epidêmica, despertando interesse tanto na ordem pública quanto na comunidade científica. Observa-se uma representação negativa com elementos nucleares aludindo às formas de violência e ao seu julgamento, expresso em agressão física e desrespeito, o medo revela tanto o sentimento dos profissionais quanto das vítimas frente ao agressor, e submissão é pontuada como causa da violência (ACOSTA et al., 2018).

Quando uma unidade saúde recebe uma paciente com história de violência

doméstica, os profissionais acolhem a vítima de forma a tentar minimizar o sofrimento, na maioria das vezes acabam ficando acuados pela gravidade do fato e também por medo de serem invasivos, pois muitos profissionais não sabem a quem recorrer no sentido de ajudar a vítima além dos cuidados físicos.

A violência configura um fenômeno de múltiplas determinações. Refere-se a hierarquia de poder, conflitos de autoridade e desejo de domínio do outro. Apesar de não ser um problema específico da saúde, a violência traz impactos diretos sobre ela por meio de lesões, traumas e mortes, sejam físicas ou emocionais, representando um grave problema de saúde pública, observou-se que os profissionais caracterizam a violência doméstica contra a mulher como um problema sério, grave e importante na sociedade; no entanto, alguns se sentem impotentes para prestar assistência às mulheres nessa situação (QUADROS et al., 2013).

Essa diferenciação resulta nas relações de poder, de força e de dominação, que podem culminar nas diversas formas de violência contra mulher. Tais relações, desiguais e assimétricas, se expressam nas normas e condutas esperadas para homens e mulheres, fazendo que certos comportamentos violentos sejam naturalizados pelo senso comum. A visão centralizada nos agravos físicos e na culpabilização da vítima pode limitar as ações de cuidado, portanto é fundamental problematizar este objeto com profissionais da saúde. (ACOSTA et al., 2018).

É notável que as mulheres sofrem violência diária por homens de pensamento machista que fazem qualquer situação banal se transformar em motivos para agredilas, homens que deixam o preconceito falar mais alto e não aceitam que a mulher seja independente, que cresçam e tenham uma carreira e profissão de sucesso, tornando-se independentes. Por isso usam da violência e força para humilhar e diminuir as mesmas, pelo simples fato de não aceitarem uma mulher empoderada.

É fundamental compreender que a violência cometida contra as mulheres é construída histórica e culturalmente, já que a própria construção da identidade masculina se faz, muitas vezes, em meio a uma educação autoritária recebida dos pais, que os educaram com punições, como surras, não permitindo o diálogo, ou mesmo quando presenciaram situações de violência entre seus pais em que suas mães recebiam as agressões (SANTOS et al., 2014).

A violência de gênero apresenta-se como problema social que influencia diretamente no viver, adoecer e morrer das mulheres. Está intrínseco que há vários fatores que se inter-relacionam no seu vínculo com a origem da família patriarcal, que envolve gênero, educação e sociedade. Por conseguinte, reconhece-se como violência contra as mulheres qualquer ação ou omissão fundamentada no gênero que cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial à mulher, nota-se que os agressores são homens jovens, vivem união estável com as vítimas, sendo estes o marido ou companheiro conjugal (53,4%, p

(VASCONCELOS, HOLANDA, ALBUQUERQUE., 2016).

Observa-se que a VD não é um problema de hoje, mas que desde muito tempo as mulheres vem sofrendo diversos tipos de violências por seus parceiros, para isso requer uma melhor qualidade no acolhimento e na assistência prestada as vítimas que são agredidas. É relevante que o profissional esteja prearado de modo em greal para que se possa tomar as medidas cabiveis para melhor satisfação da vítima.

A violência conta mulher (VCM) tem sido pauta de discussões feministas e, após muitas pressões, foram obtidos alguns avanços na legislação referentes à notificação compulsória, à tipificação da violência doméstica contra as mulheres e à punição dos agressores. Com isso, a ampliação da rede de enfrentamento à VCM vem atender às demandas das mulheres que buscam auxílio, além de dar suporte e orientação, o que ocorre muitas vezes nos Centros de Referência e Atendimento às Mulheres em Situação de Violência. O principal agressor na maioria das vezes é o companheiro ou ex-companheiro, podendo ser observadas diversos tipos violências associadas, sendo a física mais perpetrada (OLIVEIRA, LEAL., 2016).

Visando coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, foi sancionada no Brasil a Lei nº 11.340/2006, conhecida como Lei Maria da Penha (LMP), que define a violência familiar como aquela praticada por pessoa com laço consanguíneo ou que se considere aparentada e como violência doméstica a praticada no espaço de convívio permanente de pessoas, independentemente de vínculo familiar. A referida Lei reconhece a violência em suas formas: física, psicológica, sexual, patrimonial e moral (SILVA et al., 2015).

Em relação aos conhecimentos sobre as leis e os decretos fundamentais para proteção à mulher vítima de violência, percebe-se um grande déficit de conhecimento. Por conseguinte, identifica-se a necessidade urgente de esses profissionais adquirirem maiores informações. Significa também que é preciso fortalecer a política de assistência por meio dos treinamentos e das capacitações em violência contra a mulher. Entende-se que essas ferramentas possam subsidiar ações eficazes com base no conhecimento apropriado dos documentos que regem essa mesma política (SANTOS et al., 2014).

É necessário que o problema de violência contra a mulher seja abordado como pauta entre os profissionais da saúde, eles precisam ter conhecimentos em relação a temática, para que diante da vítima possa prestar o cuidado e acolhimento com qualidade, abrangendo as necessidades da vítima de forma em geral. Orientando sobre seus direitos legais, como lei Maria da penha, que lhe da todo o apoio e segurança quando denunciado um de violência sofrido.

Em virtude das repercussões que a violência causa na qualidade de vida das vítimas, este tema torna-se relevante para o setor de saúde e está muitas vezes associada ao uso de álcool e outras drogas, como maconha, cocaína, ácido e

ecstasy, pelos parceiros íntimos, mantém relação direta com o risco de a mulher se tornar uma vítima de violência sexual e física, bem como da exposição a Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) e ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (SILVA et al., 2015).

A violência é uma realidade presente no cotidiano de qualquer cidadão e, atualmente, é exacerbada pela transmissão diária na mídia televisiva e escrita, com certa banalização em sua propagação. Porém, além dessa violência visível, ela apresenta-se, também, de forma dissimulada, na aceitação passiva das imposições diárias, às quais as mulheres encontram-se expostas. Denominada como violência simbólica, advém das relações sociais que não pressupõem uma coerção física e ocorrem até mesmo com certo consentimento por parte de quem a sofre (PALHONI, AMARAL, PENNA., 2014).

Observa-se que a violência acomete as mulheres desde sua forma física até as mais graves, gerando nelas sofrimento, medo, insegurança e indignação. Conclusão: A violência afetando sua qualidade de vida, necessitando de criação de estratégias para enfrentamento do fenômeno, considerando a especificidade e a complexidade de cada situação vivenciada. O enfermeiro deve desempenhar fundamental papel para identificar e acolher às vítimas. Para tanto, é preciso que esse profissional da saúde e sua equipe possam detectar sinais de violência e atuar tanto preventivamente quanto no apoio à vítima.

No cenário brasileiro, a implementação de políticas públicas específicas que incluam a prevenção e a atenção integral podem proporcionar o empoderamento, isto é, o fortalecimento das práticas autopositivas e do protagonismo feminino no enfrentamento da violência, segundo o estudo, a violência física e psicológica contra a mulher com adoecimento físico e mental, na relação conjugal; a denúncia ao agressor por parte de algumas mulheres decorreu do conhecimento da Lei Maria da Penha e o silêncio das mulheres deveu-se à intimidação e medo da morte. (GOMES et al., 2014).

As altas taxas de violência contra a mulher impulsionaram a criação de legislações específicas, resultando na criação da lei federal 10.778/2003 que estabelece a notificação compulsória dos casos de violência contra a mulher, seja ela atendida em serviços de saúde públicos ou privados. A lei 11.340/2006, conhecida como Lei Maria da Penha recomenda mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal (BAPTISTA et al., 2015).

Deve-se entender que a violência não pode ser invisível, por tanto, cabe ao profissional acolhedor notificar os casos de violência, tomar as possíveis soluções para solucionar ou amenizar tal situação. Para isso tem-se as leis que garantem todos os direitos a promoção e prevenção de agravos a saúde da vítima, a uma

necessidade da estruturação da rede de serviços pela gestão pública para propiciar assistência e empoderamento às mulheres após a agressão.

#### 4.2 Acolhimento do enfermeiro as mulheres vítimas de violência

A violência contra a mulher envolve atos repetitivos que tendem a se agravar com frequência e intensidade e podem apresentar-se sob a forma de estupros, homicídios, prostituição forçada, abuso de meninas, tráfico de mulheres, entre outras. Evidencia-se que, ao se apresentar em suas variadas manifestações, a violência afeta a qualidade de vida da população (PALHONI, AMARAL, PENNA., 2014).

Na assistência à saúde da mulher vítima de violência doméstica, a equipe de enfermagem está presente desde o primeiro contato, respondendo ao seu pedido de ajuda. Os enfermeiros, mostrando disponibilidade e aceitação para ouvi-la e estimulando a sua expressão sobre o vivido, abrem espaço para que ela se assuma como protagonista do próprio cuidado. Dessa forma, o enfermeiro, quando acolhe sua usuária, deve ter sensibilidade para perceber sinais de violência, mesmo que de forma sutil, principalmente a violência psicológica que apesar de não se evidenciar fisicamente, é capaz de deixar longas e severas sequelas na mulher (VALE et al., 2013).

Neste momento é importante contar com o apoio de uma equipe multidisciplinar, encaminhando a vítima para atendimento específico de acordo com sua necessidade, para que todos da equipe possam desenvolver ações individuais e coletivas, afim de reduzir e melhorar tais problemas que afetam a qualidade de vida das vítimas de violência, levando a tristeza, raiva e depressão. Os serviços de saúde devem servir como locais de alerta na detecção de eventos violentos, promovendo ações que facilitem a identificação do problema e seu enfrentamento.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) pretende ser uma reorientação do modelo assistencial em saúde e para tanto busca a prevenção de doenças, agravos ou violências e a promoção da saúde como um alicerce. De acordo com o Ministério da Saúde, uma equipe de ESF composta por diversos profissionais de saúde, deve buscar a construção de um trabalho em conjunto para o benefício da população, entre eles a prevenção da violência doméstica contra a mulher (QUADROS et al., 2013).

Sabe-se que os dados divulgados acerca da VDCM são subestimados, pois muitas mulheres omitem a vitimização, até mesmo quando recorrem aos serviços de saúde. Outro fator que mascara os dados reais é a limitação do conhecimento dos profissionais acerca do fenômeno, o qual pode advir de falhas na formação acadêmica, de educação continuada ou permanente. O desconhecimento acerca da obrigatoriedade da notificação compulsória constitui um exemplo desse déficit,

lêvando os profissionais a não efetivá-la (ACOSTA, 2017).

As unidades básicas de saúde funcionam como porta de entrada para o atendimento a mulher vítima de violência doméstica. Observa-se que é necessário trabalhar estratégias de promoção em saúde com relação a VDCM, é necessário esplanar como problemática a violência doméstica contra a mulher, para que esta situação passe a ser compreendida como um problema que é social e também de saúde pública que precisa ser resolvido.

Com o objetivo é ampliar a capacidade de intervenção nas ações de promoção da saúde, foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), onde se inclui o enfrentamento da violência doméstica. A gestão da ESF para o cuidado da mulher deve valorizar o bate-papo dos usuários, a formação de vínculo, a criação de espaços para discutir sobre articulação temática e intersetorial e com a universidade. Para isso, é imprescindível que a equipe de saúde entenda a violência conjugal, seu impacto sobre a mulher, a família e a saúde da comunidade e se articule na busca da prevenção e do enfrentamento desse fenômeno nos diversos níveis de complexidade. do sistema de saúde (PEREIRA et al., 2013).

Nesse sentido, procura-se compreender se a Consulta de Enfermagem promove a autonomia das mulheres em um Centro de Saúde com Estratégia Saúde da Família (ESF). Reconhecer as ações de Promoção da Saúde advindas do profissional enfermeiro em prol das mulheres, destacando dispositivos como autonomia e diálogo, e propiciar espaços para que a comunicação e a escuta qualificada façam-se presentes. Isso é destacado ao se salientar o papel do profissional de saúde como instrumento que alavanca a autonomia no agir dos partícipes, fortalecendo suas capacidades de enfrentamento ao estresse, as crises e tomadas de atitude sobre suas vidas e saúde (DURAND, HEIDEMANN., 2013).

A consulta pode constituir-se como espaço para o desenvolvimento de ações de promoção, que ocorrem ainda timidamente no centro de saúde. Essa problemática torna-se importante porque a mulher tem direito ao acolhimento humanizado e diferenciado pelo trauma sofrido; e também ao acompanhamento mesmo depois do retorno ao seu lar. Por isso a necessidade de se identificar e determinar se o acolhimento humanizado está presente no atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica que procuram os serviços de saúde.

Nesse sentido, pode-se dizer que a violência contra a mulher apresenta um caráter endêmico, podendo se manifestar em todo o mundo de diferentes formas e nos mais variados espaços da sociedade, não restrita a certo meio, não escolhendo etnia, idade ou condição social. Após a aprovação da Lei Maria da Penha, estimulou a inserção do tema violência contra as mulheres no cotidiano, e os meios de comunicação passaram a divulgar, de forma mais sistemática e qualificada, os casos de violência e os direitos das mulheres, fato que deu visibilidade à violência e

maior segurança às vítimas para denunciar seus agressores (AMARAL et al., 2013).

O enfermeiro deve refletir sobre o planejamento do cuidado às vítimas de violência, pautando-se nos instrumentos básicos de Enfermagem, nas políticas públicas de saúde e na legislação vigente. Este deve ser planejado com vistas a promover segurança, acolhimento, respeito e satisfação das necessidades individuais e sociais desta população (RAIMONDO; LABRONICI; LARocca, 2013).

Portanto, é importante o acolhimento qualificado à mulher vítima de violência doméstica, orientação em relação aos seus direitos, cabe ao enfermeiro ter conhecimento e compreender que tal violência vem crescendo na última década, e que os principais agressores são na maioria das vezes seus maridos, companheiros e namorados.

Ao longo de suas vidas, as mulheres que vivenciam violência na relação conjugal apresentam mais problemas de saúde, de diversas dimensões e complexidade, que vai desde lesões físicas, como hematomas, até aquelas relacionadas aos aspectos psicoemocionais, tal como depressão e suicídio, fazendo com que elas busquem cada vez mais os serviços de saúde, em especial os de atenção primária.<sup>8</sup> Deste modo, o setor saúde representa locus privilegiado para identificação destas situações (GOMES et al., 2013).

De acordo com Acosta et al. (2013), os motivos citados por vítimas, como desencadeadores da violência, encontra-se, frequentemente, o ciúme pelo parceiro, que pode ser decorrente do fato das mulheres serem jovens, bonitas e em busca da sua independência financeira.

A violência contra a mulher é um fenômeno complexo, que tem sido abordado nos últimos anos como uma situação que requer ações interdisciplinares. Desse modo, necessita de profundas reflexões acerca da sua dinâmica familiar e social, não somente pelo impacto que ocasiona na qualidade de vida da vítima, mas também na dos filhos e da sociedade.

Segundo Silva et al. (2013), evidencia que a violência física e a psicológica, praticadas por homens de 35 a 40 anos, em sua maioria por parceiros íntimos ou mesmo ex-companheiros, são as mais recorrentes. Essa modalidade de violência aumenta, na vítima, a propensão a doenças como: hipertensão, tabagismo e sobrepeso. Assim, sob as mais variadas alegações, o ato violento atinge a vítima de maneira biológica, psicológica e socialmente.

É importante que os profissionais de enfermagem, atuantes diretamente na identificação e acolhimento de pessoas em situações de violência, renovem constantemente seus conhecimentos, para melhor aprimoramento da prática do cuidados e elaboração de cuidados as vítimas de violência doméstica.

## 5 | CONCLUSÃO

O estudo teve como objetivo descrever a assistência do enfermeiro a mulher vítima de violência doméstica por meio de revisão de literatura. Percebeu-se que a área de assistência voltada às mulheres que sofreram algum tipo de agressão é muito abrangente, o enfermeiro pode atuar tanto na prevenção quanto na realização de procedimentos para melhor qualidade de vida das vítimas, seguindo os princípios da ética e da humanização no seu acolhimento.

O trabalho mostrou que a identificação da violência se dá durante o atendimento profissional, e que seu aprendizado sobre as ações para melhor assistência é bastante importante para as mulheres vítimas de violência. Em relação às vítimas de violência, o estudo mostrou que existe uma desestruturação familiar e a vítima vive com medos, angústias e outros transtornos.

Uma das dificuldades encontradas pela enfermagem e outros profissionais na assistência à mulher vitimada foi a falta de conhecimento ou capacitação para o cuidado holístico a essa cliente e não se concentrar apenas em problemas físicos, pois os psicológicos são os que mais afetam o íntimo e deixam em baixa a estima feminina, dos familiares e às vezes dos próprios profissionais.

A realidade constatada no estudo revela que apesar dos avanços e conquistas, em relação aos direitos das mulheres, uma importante parcela ainda vive na condição de domesticação imposto no período colonial brasileiro. No entanto, o estudo aponta muita a necessidade de gestão no campo de atendimento em saúde, que revela a importância do preparo profissional para reconhecer suas necessidades e cuidar das mulheres, no sentido de fortalecê-las para romper o ciclo de violência.

É importante que sejam realizadas as atividades de educação em saúde junto à comunidade, como também escutar as mulheres como estratégia de toda e qualquer barreira, no que diz respeito às ações de educação em saúde, com o objetivo que as mulheres apresentem suas histórias de violência.

Sugere-se a necessidade de novos estudos científicos e capacitação dos profissionais, visto que é fundamental para a efetivação do diagnóstico de enfermagem, assim como desenvolver um trabalho efetivo, ainda que não se esgote o acolhimento proporcionado a cada mulher isoladamente. A capacitação pode favorecer o desenvolvimento de estratégias para o auxílio das mulheres em situações de violência.

## REFERÊNCIAS

ACOSTA, Daniele Ferreira et al. Representações sociais de enfermeiras acerca da violência doméstica contra a mulher: estudo com abordagem estrutural. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 39, e61308, 2018. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472018000100417&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100417&lng=en&nrm=iso)>. access on 11 Dec. 2018. Epub July 23,

2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.61308>.

ACOSTA, Daniele Ferreira et al . ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS NO CUIDADO DE ENFERMAGEM ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 26, n. 3, e6770015, 2017 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072017000300311&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000300311&lng=en&nrm=iso)>. access on 11 Dec. 2018. Epub Aug 17, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017006770015>.

ACOSTA, Daniele Ferreira; GOMES, Vera Lucia de Oliveira; BARLEM, Edison Luiz Devos. Perfil das ocorrências policiais de violência contra uma mulher. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 26, n. 6, p. 547-553, dezembro de 2013. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002013000600007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000600007&lng=en&nrm=iso)>. acesso em 11 de dezembro de 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000600007>.

LUCENA, Kerle Dayana Tavares de et al . Association between domestic violence and women's quality of life. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 25, e2901, 2017 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692017000100348&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100348&lng=en&nrm=iso)>. access on 11 Dec. 2018. Epub June 05, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1535.2901>.

AMARAL, Nádia de Araújo; AMARAL, Cledir de Araújo; AMARAL, Thatiana Lameira Maciel. Mortalidade feminina e anos de vida perdidos por homicídio/agressão em capital brasileira após promulgação da Lei Maria da Penha. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 22, n. 4, p. 980-988, Dec. 2013 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072013000400014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400014&lng=en&nrm=iso)>. access on 11 Dec. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000400014>.

GOMES, Nadirlene Pereira et al . Identificação da violência na relação conjugal a partir da Estratégia Saúde da Família. **Textocotexto - enferm.**, Florianópolis , v. 22, n. 3, p. 789-796, Sept. 2013 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072013000300027&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000300027&lng=en&nrm=iso)>. access PALHONI, Amanda Rodrigues Garcia; AMARAL, Marta Araújo e PENNA, Cláudia Maria de Mattos. Representações de mulheres sobre violência e sua relação com qualidade de vida. *Online braz j nurs*[online]. 2014, vol.13, n.1, pp.15-24. ISSN 1676-4285. on 11 Dec. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000300027>.

GOMES, Nadirlene Pereira et al. Cuidando de mulheres que enfrentam violência doméstica: Grounded Theory. **Revista Brasileira de Enfermagem on-line** , [S.l.], v. 12, n. 4, p. 782-93, dec. 2013. ISSN 1676-4285. Disponível em: < <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4138> >. Data de acesso: 11 de dezembro 2018. doi: <https://doi.org/10.5935/1676-4285.20134138> .

DE OLIVEIRA, Larissa Alessandra Stockmanns; LEAL, Sandra Maria Cezar. MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA QUE BUSCARAM APOIO NO CENTRO DE REFERÊNCIA GENY LEHNEN/RS. **Enfermagem em Foco**, [S.l.], v. 7, n. 2, ago. 2016. ISSN 2357-707X. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/800>>. Acesso em: 11 dez. 2018. doi:<https://doi.org/10.21675/2357-707X.2016.v7.n2.800>.

VASCONCELOS, Marilena Silva; HOLANDA, Viviane Rolim; ALBUQUERQUE, Thaíse Torres. PERFIL DO AGRESSOR E FATORES ASSOCIADOS À VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 21, n. 1, mar. 2016. ISSN 2176-9133. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/41960>>. Acesso em: 11 dez. 2018. doi:<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i1.41960>.

SILVA, Camila Daiane et al. Violence against women: aggressors drug users. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.], v. 7, n. 2, p. 2494-2504, apr. 2015. ISSN 2175-5361. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3880>>. Acesso em: 11 dec. 2018. doi:<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i2.2494-2504>.

BAPTISTA, Rosilene Santos et al. Violência sexual contra mulheres: a prática de enfermeiros: Sexual violence against women: nurses' practice. 16. ed. Campina Grande, PB: **Rev Rene**, 2015. 210-217 p. v. 02. Acesso em: 06 dez. 2018. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/2710/2094>

## ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO

**Jéssica Santos Cândido da Silva**

Faculdade do Recife (FAREC), Recife, PE.

**Claudia Fabiana Lucena Spindola**

Faculdade do Recife (FAREC), Recife, PE.

**Julia Taynan Etelvino de Barros**

Faculdade do Recife (FAREC), Recife, PE.

**Maryane Martins Barros**

Faculdade do Recife (FAREC), Recife, PE.

**Alexsandro Rodrigues de Sena**

Faculdade do Recife (FAREC), Recife, PE.

**Ana Maria Tavares de Melo**

Faculdade do Recife (FAREC), Recife, PE.

**Regina Kelly de Albuquerque Mota Rocha**

Faculdade do Recife (FAREC), Recife, PE.

**RESUMO: Objetivo(s):** O presado estudo teve o objetivo realizar uma revisão integrativa dos artigos, com o proposito de analisar as condutas de enfermagem na assistência ao aleitamento materno, como também identificar quais são as maiores dificuldades enfrentadas pela mãe nesse processo. **Metodologia:** Trata-se de um artigo de revisão integrativa, onde foi realizada a coleta de dados na biblioteca virtual de saúde (BIREME, BVS), consultado na base de dados (Lilacs, Medilane, Scielo, Bdenf), contendo os critérios de inclusão: idioma português, publicações dentre os anos de 2010 - 2016. **Resultados:** Pode-se verificar

como a atuação da enfermagem em conjunto com os pacientes ajudam no cuidado com a amamentação e os seus benefícios para a criança, e aumenta a expectativa de se ter o maior numero de mães a alimentar o seu filho através do leite materno. **Conclusão:** Tem se visto que pelo cotidiano não se tem realizado o processo de alimentar á criança de 0 a 6 meses de forma exclusiva com o leite materno devido a muitos fatores que envolvem famílias, porem falta de amamentação exclusiva deve ser orientada e abordada de forma acolhedora para que possa ser revertida em benefícios para a criança. Neste contexto a atuação da enfermagem devera se fazer presente trazendo uma linguagem ampla sobre o assunto, levando a mãe a assumir o seu papel, e ajudando nesse acolhimento.

**PALAVRAS-CHAVE:** Leite materno, benefícios, amamentação.

### NURSING CARE IN EXCLUSIVE BREASTFEEDING

**ABSTRACT: Objective (s):** The objective of this study was to conduct an integrative review of the articles, with the purpose of analyzing nursing behaviors in breastfeeding care, as well as identifying which are the greatest difficulties

faced by the mother in this process. **Methodology:** This is an integrative review article, where data were collected from the virtual health library (BIREME, VHL), consulted in the database (Lilacs, Medilane, Scielo, Bdenf), containing the inclusion criteria. : portuguese language, publications between the years 2010 - 2016. **Results:** It can be seen how the nursing performance together with the patients help in the care with breastfeeding and its benefits for the child, and increases the expectation of having the largest number of mothers feeding their child through breast milk. **Conclusion:** It has been seen that the daily process of feeding the child from 0 to 6 months has not been performed exclusively with breast milk due to many factors involving families, but lack of exclusive breastfeeding should be oriented and addressed so that it can be reversed in benefits for the child. In this context, nursing performance should be present bringing a broad language on the subject, leading the mother to assume her role, and helping in this welcoming.

**KEYWORDS:** Breast milk, benefits, breastfeeding.

## 1 | INTRODUÇÃO

Segundo (Caetano, Heckler, 2016), A amamentação é algo comum e fisiológico, sendo a forma mais adequada de alimentação na fase inicial de vida da criança e contém todo o suporte de nutrientes necessários para o desenvolvimento do recém-nascido.

No aleitamento materno existem fases, podendo ser a fase inicial chamada de colostro que é o primeiro líquido que será sugado pelo bebê que ocorre na primeira semana após o parto. A segunda fase chamada de transição onde ira agir como elo entre o colostro e o leite na segunda quinzena após o parto. ( Caetano, Heckler 2016).

A pratica do aleitamento materno é bastante complexo, pois deve contemplar não apenas os aspectos biológicos mas também os psicológicos e sócio culturais neles envolvidos. ( Vilhena, Gaby, Fatima 2012).

Há muito tempo notou-se que crianças amamentadas ao seio adoecem menos que crianças em aleitamento artificial, demonstrando efeito protetor contra algumas doenças. (Karina, Francine, Regina, Paula, Claudia, 2010).

Na fase inicial pós-parto no período em que a lactação começa é difícil para um aleitamento materno com sucesso e constitui-se como um período de aprendizado para a mãe e de adaptação para o recém-nascido. Nesse inicio é importante o acompanhamento dos profissionais de saúde, pois surgiram duvidas e problemas, podendo deixar a mãe insegura. É nesse período que a mãe ira precisar de ajuda e orientação no processo de cuidar da criança.

Este estudo poderá contribuir para levar informação a respeito da amamentação

continuada e seus benefícios a criança, tirando dúvidas e orientando sobre a maternidade.

## **2 | OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivos Geral**

Avaliar o conhecimento dos acadêmicos sobre o benefício da amamentação exclusiva.

### **2.2 Objetivos Específicos**

Identificar o grau de conhecimento das mães sobre os nutrientes fornecidos na amamentação.

Apresentar argumentos para amamentação exclusiva no período de 0 - 6 meses de vida.

## **3 | METODOLOGIA**

Trata-se de um artigo de revisão integrativa, onde foi realizada a coleta de dados na biblioteca virtual de saúde (BIREME, BVS), onde foi feita o cruzamento de dos descritores: Aleitamento Materno, Enfermagem, Assistência, usando o conectivo booleano (AND), consultado na base de dados (Lilacs, Medilane, Scielo, Bdenf), contendo os critérios de inclusão: idioma português, publicações dentre os anos de 2010 a 2016.

### **3.1 Localização do Estudo**

A pesquisa será realizada na Faculdade do Recife - Farec, localizada no centro do Recife, rua Dom Bosco, numero 1329, Bairro da Boa Vista - PE.

A Farec foi fundada em 2002, com o intuito de formar alunos em cursos em diversas áreas no ensino superior disponibilizando um corpo docente com alto grau de qualificação com mestrados e doutorados o que os torna aptos no processo de formar graduandos e ajudam a torna Farec em uma das melhores faculdades do recife.

### **3.2 Tratamento dos dados**

Tendo-se completado a coleta de informação tanto bibliográfica quanto a coleta de dados será iniciada a fase de análise e identificação, construindo as informações sobre o conhecimento dos graduandos a respeito da amamentação exclusiva.

## 4 | RISCOS E BENEFÍCIOS

A pesquisa atendeu a resolução 466/2012 do conselho nacional de saúde que diz, que as pesquisas e teste envolvendo seres humanos terá que considerar o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes das pesquisas científicas; (Brasil 2012).

Foi solicitada a autorização dos responsáveis da instituição de ensino a ser pesquisada.

Esta pesquisa teve como benefício levar conhecimento a população à respeito do aleitamento materno e verificar o acompanhamento que é oferecido pelos enfermeiros a mãe e ao bebê, tirando dúvidas e ajudando na qualidade de vida das crianças.

Toda pesquisa apresenta riscos que são identificados no decorrer do processo de análise. É possível que alguns dados não sejam revelados tanto pela equipe de enfermagem quanto pelos entrevistados. Por isso foi construído um relatório simples com objetivo de se ter maior confiabilidade.

## 5 | RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se que a pesquisa sobre assistência de enfermagem no aleitamento materno exclusivo sirva para contribuir em novas pesquisas nessa área onde o conhecimento sobre a situação atual referente ao tema servirá para melhorar a qualidade de vida e capacitação dos graduandos de enfermagem.

## REFERÊNCIA

ABRÃO, Ana Cristina F. Vilhena; GUTIÉRREZ, Maria Gaby R. de; MARIN, Heimar de Fátima. **UTILIZAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO DA NANDA, PARA A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM ALEITAMENTO MATERNO**. 1997. 11 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

BARROS, Sonia Maria Oliveira de. **Enfermagem no Ciclo Gravídico puerperal**. Sao Paulo: Manole Ltda, 2006. 259 p.

CUNHA, Élide Caetano da; SIQUEIRAB, Hedi Crecencia Heckler de. **Aleitamento Materno: Contribuições da Enfermagem**. 2016. 7 f. Monografia (Especialização) - Curso de Enfermagem, A Faculdade Educacional Anhanguera/pelotas2016, Anhanguera/pelotas, 2016.

FRANÇA, Ana Flávia Soares dos Santos; MAXIMINO, Danielle Aurília Ferreira Macêdo; SOUTO, Cláudia Germana Virgínio de Souto; Nereide de Andrade Virgínio. **CONTRIBUIÇÕES DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE POR ENFERMEIROS NA ADESÃO AO ALEITAMENTO MATERNO**. 2016. 6 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Faculdades de Enfermagem e de Medicina Nova Esperança, João Pessoa, 2016.

RESOLUÇÃO Nº466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012

## ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PARADA CARDIORESPIRATÓRIA NO PERÍODO GESTACIONAL: REVISÃO INTEGRATIVA

### **Tatiana Carneiro de Resende**

Enfermeira. Doutoranda da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, Docente Universidade Federal e Uberlândia.

### **Leonardo dos Santos Moreira**

Enfermeiro. Pós-graduado em Enfermagem Obstétrica e Ginecológica - Instituto de Ensino e Pesquisa Albert Einstein.

### **Mônica Bimbatti Nogueira Cesar**

Doutoranda em Enfermagem - UNIFESP e Docente da Pós-graduação em Enfermagem Obstétrica e Ginecológica - Instituto de Ensino e Pesquisa Albert Einstein.

### **Mayla Silva Borges**

Enfermeira Doutoranda em Ciências da Saúde, Docente Universidade Federal de Uberlândia.

### **Richarlisson Borges de Morais**

Enfermeiro. Doutorando UNIFESP, Docente Universidade Federal de Uberlândia.

### **Kleber Gontijo de Deus**

Enfermeiro. Mestre em Ciências da Saúde. Enfermeiro do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

### **Bárbara Dias Rezende Gontijo**

Enfermeira. Enfermeira. Doutoranda em Ciências da Saúde; Docente Universidade Federal de Uberlândia.

favorece de forma positiva a mulher durante esse processo, visto que, contribui e baseia-se em ações bem adotadas para resolutividade do problema e minimização de sequelas e agravamento no estado de saúde, tanto materno e/ou fetal quando viável. Este estudo obteve-se como objetivo, verificar por meio da literatura, o conhecimento do enfermeiro para o atendimento durante a parada cardiorrespiratória na gestação. Foi realizada uma busca entre janeiro e fevereiro de 2019, nas bases de dados: LILACS, SciElo e Base de Dados em Enfermagem (BDENF). Para direcionar essa pesquisa, foram reunidos os descritores (DeCs), sendo eles: Parada Cardiorrespiratória; Enfermagem; Gestante. As publicações selecionadas, concentraram-se no período de 2013 a 2018 e todos estavam na língua portuguesa e com origem no Brasil. Os resultados apontam de maneira favorável importância da atuação do enfermeiro na PCR. No entanto, refere-se também a fragilidade em alguns processos durante a assistência prestada no ato do atendimento da vítima em parada cardiorrespiratória. Sugerem-se assim, a necessidade de capacitação e aprimoramento acerca do tema.

**PALAVRAS-CHAVE:** Parada Cardiorrespiratória; Enfermagem; Gestante.

**RESUMO:** As medidas direcionadas para assistência de enfermagem durante a Parada Cardiorrespiratória (PCR) na gestação,

## NURSE'S PERFORMANCE AT THE CARDIORESPIRATORY PARADE IN THE GESTACIONAL PERIOD: INTEGRATIVE REVIEW

**ABSTRACT:** The measures directed to nursing care during cardiopulmonar arrest (CRP) during pregnancy positively favors women during this porcess, as it contributes and is based on well-adoped actions to solve the problem and minimized sequelae and aggravation in the pregnancy. Health status, both maternal and/or fetal when feasible. This study aimed to verify, through literature, the knowledge of nurses for care during cardioplumonary arrest in pregnancy. A search was preformed between January and February 2019, in the databases: LILACS, SciElo and Nursing database (BDENF). To direct this research, the descriptors (DeCs) were gathered, as follows: Cardioplumonary arrest; Nursing; Pregnant. The selected publications were concentrated from 2013 to 2018 and all were in Portugese and originated in Bazil. The results favorably point out the role of nurses in CRP. However, it also refers to the fragility in some processesduring rhe assistance provided in the act of caring for the victim in cardipulmonary arrest. Thus, the need for training and improvement on the subject is suggested.

**KEYWORDS:** Cardiopulmonary arrest; Nursing; Pregnant.

### INTRODUÇÃO

A parada cardiorrespiratória (PCR), é definida como a ausência de atividade mecânica cardíaca, sendo constatada pela confirmação de alguns sinais, sendo eles: ausência de pulso detectável, irresponsividade e apneia ou respiração agônica, ofegante (Aehlert B., 2017).

De acordo com a diretriz de 2013 da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), a PCR prevalece como um problema mundial de saúde pública e sua incidência no Brasil continua frequente, ceifando várias pessoas anualmente. Estima-se por volta de 200.000 mil PCRs ao ano no Brasil, sendo que 50% de sua totalidade ocorrem em ambiente hospitalar e a outra metade em diversas localizações, como: residências, shopping centers, aeroportos, estádios entre outros. Ainda não se tem uma estatística vigorosa com relação a dimensão da PCR no Brasil, mas os dados relatados, indicam um número acentuado de um problema sério de saúde, que embora tenhamos vários recursos para prevenção e tratamento, ainda assim, continua com desfechos negativos diante das vítimas acometidas por essa ocorrência (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2013).

Em contrapartida, a parada cardiorrespiratória durante a gestação, é uma das ocorrências mais comoventes em um ambiente de emergência, devido o envolvimento não apenas à uma, mais à duas vítimas. Segundo a SBC, a ocorrência de PCR na gravidez é de 1. 30.000 mil / gestações, e na maioria das gestantes padecentes desse evento, a taxa de sobrevivência ainda são baixas e comumente

de sequelas (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2013).

As causas mais frequentes da PCR em gestantes são de etiologia cardíaca, porém outras associações têm preponderância para a parada cardiorrespiratória, com maiores recorrências, sendo elas: toxicidade pelo uso do magnésio, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, embolia amniótica, tromboembolismo pulmonar e distúrbios hidroeletrólíticos (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2013).

Conforme o Guidelines da American Heart Association (AHA), o reconhecimento e conhecimento, propicia uma qualidade de extrema importância de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) durante a gravidez. Várias medidas são tomadas diante desta ocorrência e para que isso aconteça é necessário manter um seguimento adequado e de total rigor, para que tenhamos resultados positivos durante o atendimento na PCR (American Heart Association, 2015). No entanto, não há na literatura estudos que comprovem ou estabeleça atendimento diversificado para RCP nas gestantes, mas considera-se a agilidade e treinamento da equipe atendente, como ponto crucial para viabilização, estabilização e resolutividade do caso (American Heart Association, 2015).

A PCR durante o período gravídico é um evento raro, porém desafiador, e é necessária agilidade, reconhecimento prévio dos sinais e sintomas e habilidade profissional para atuação de forma ágil, cautelosa e imediata. Sendo assim, o objetivo dessa pesquisa é verificar por meio da literatura, o conhecimento do enfermeiro para o atendimento durante a parada cardiorrespiratória na gestação.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma revisão integrativa. Este método inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, (Benfield LE, 2003) possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos (Polit DF, Beck CT., 2006; Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM., 2008). O trajeto metodológico seguiu as seguintes etapas: identificação do tema e elaboração da questão norteadora, formulação dos critérios de inclusão e exclusão, extração das informações dos estudos selecionados, categorização temática, interpretação dos resultados e apresentação da revisão.

Para conduzir esta revisão, foi formalizada a seguinte questão norteadora: “Qual o conhecimento do enfermeiro no atendimento a parada cardiorrespiratória no período gestacional”? O levantamento bibliográfico, foi realizado pela internet, por meio das seguintes bases de dados: LILACS, SciElo e Base de Dados em

Enfermagem (BDENF). Para direcionar essa pesquisa, foram reunidos os descritores (DeCs), sendo eles; Parada Cardiorrespiratória; Enfermagem; Gestante. Foram considerados como critérios de elegibilidade de inclusão, somente artigos publicados no Brasil, em idioma português, entre 2013 a 2018 e que possuíam informações inerentes sobre a PCR durante a gestação. A busca inicial através dos descritores, possibilitou a obtenção de 22 artigos, posteriormente, após a leitura dos títulos e resumos, permitiu a seleção de 05 artigos, que apresentavam relação concernente ao tema enfatizado.

O conjunto de informações contido nesse estudo, foram direcionados de forma ética, respeitando e reconhecendo seus autores e demais fontes de pesquisa.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na presente revisão integrativa, foram identificados 20 artigos sobre a PCR durante a gestação e 02 sobre o conhecimento e habilidade do enfermeiro sobre a ocorrência citada. Destes, apenas 05 publicações foram selecionadas, pois atendiam aos critérios de elegibilidade e 17 deles foram excluídos por não atenderem a proposta da pesquisa, conforme o Quadro 1.

As publicações selecionados e posteriormente analisados, concentraram-se no período de 2013 a 2018 e todos estavam na língua portuguesa e com origem brasileira. Dos cinco artigos estudados, um foi publicado 2013, dois em 2014, um em 2016 e um no ano de 2017.

A pesquisa em questão, tem uma relevância grandiosa na área da saúde, porém apresenta escassez de estudo relacionado ao assunto abordado. Por isso, a quantidade de artigos utilizados nessa publicação é menor do que se esperava.

É notório salientar, que na maioria das vezes, o enfermeiro é o primeiro membro da equipe de saúde a identificar uma PCR ou alguma intercorrência associada ao paciente e isso se dar devido à proximidade do mesmo no ato do cuidar. Vale ressaltar, que o Conselho Federal de Enfermagem atribui ao enfermeiro de acordo com incumbências descritas no seu código de ética instituída e regulamentada na Lei de nº 7.498, de 25 de junho de 1986, a seguinte função: cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas. A sequência do atendimento e as ações empregadas na abordagem a gestante em PCR, não distingue das medidas prestadas no atendimento ao adulto <sup>(3)</sup>. As únicas recomendações a serem realizadas são as descritas na literatura e de aspectos fisiopatológicos e que são apresentadas na primeira e segunda categoria temática.

Nesta revisão integrativa foram encontrados 22 artigos que após analisados 5 atenderam aos critérios de inclusão, conforme apresentado no Quadro 1.

<b>Código do estudo</b>	<b>Artigo</b>	<b>Ano de publicação</b>	<b>Autores</b>
E1 <sup>5</sup>	Cesariana Perimortem	<b>2014</b>	Godinho, JVVG, Andrade, TS, Pereira, GA, Silva, TRF, Lopes, FC, Oliveira, AL, Ramos OS, Cândido, EB, Filho, ALS.
E2 <sup>6</sup>	Parada cardiorrespiratória durante a gestação: revisão integrativa	<b>2014</b>	Fonseca, ACR, Belfort, AFL, Marques, ALMF, Reis, BS, Paiva, BBM, Pereira, GTR, Nascimento, GWC, Saenz, LAS
E3 <sup>7</sup>	Ressuscitação cardiopulmonar na gestação: uma revisão integrativa	<b>2016</b>	Campanharo, CRV, Okuno, MFP, Lopes, MCBT Assayag, B, Gabrielloni, MC, Campanharo, FF, Lira, CAB, Vancini, RL.
E4 <sup>8</sup>	Conhecimento dos enfermeiros sobre o novo protocolo de ressuscitação cardiopulmonar	<b>2017</b>	Diaz, FBBS, Novais, MEF, Alves, KR, Cortes, LP, Moreira, TR.
E5 <sup>9</sup>	Elaboração de guia teórico de atendimento em parada cardiorrespiratória para enfermeiros	<b>2013</b>	Silva, AB, Machado, RC.

Quadro 1. Identificação dos artigos segundo código, ano da publicação e autores, São Paulo, Brasil, 2019.

Fonte: pesquisadores do estudo, 2019.

Como forma de facilitar o entendimento dos leitores, optou-se por criar uma tabela, na qual pudesse explanar detalhes relevantes sobre os artigos que serão discutidos neste trabalho. Os artigos considerados são apresentados a partir de seus resultados e conclusão, disponível no Quadro 2.

<b>Código do estudo</b>	<b>Resultados</b>	<b>Conclusões</b>
L <sup>1</sup>	Este estudo resultou em uma busca com desfechos positivos na literatura sobre a relevância da cesariana perimorte, apresentando dados concretos onde foram indicadas e realizadas as CPMs e obtiveram excelentes resultados, tendo em vista a taxa de sobrevivência fetal com menores sequelas.	Ressalta a importância de uma abordagem multidisciplinar a gestante em PCR, enfatizando a necessidade da COM como procedimento de extremo valor, considerando-se seus benefícios e recomendações caso seja indicada.
L <sup>2</sup>	Não há resultado no estudo. Porém, os autores contextualizaram o tema de forma global, enfatizando as alterações que levam a PCR e que estão envolvidas com as modificações simultâneas à gravidez.	Salienta-se a importância de uma assistência adequada e embasada com conhecimentos sobre as mudanças no período gestacional e a tomada de decisão frente a PCR. Considerando-se o bem-estar materno-fetal.

L <sup>3</sup>	O presente estudo aborda a temática de maneira crucial, ressaltando a estratégia no atendimento à vítima de PCR e as principais causas envolvidas nesse evento.	Considera-se o treinamento constante da equipe para assistência na PCR, como ponto de maior positividade. Salientando a importância das medidas terapêuticas e recomendações instituídas pela literatura.
L <sup>4</sup>	Esse estudo foi realizado por meio de um projeto de extensão, com intuito de avaliar o conhecimento do enfermeiro sobre a PCR. Foi instituído um protocolo de RCP para para melhor abordagem profissional sobre o tema em questão.	Percebe-se a necessidade da atualização e capacitação dos enfermeiros, com relação aos cuidados e atuação durante uma RCP, com objetivo de ofertar um atendimento com mais segurança e eficácia as vítimas em PCR.
L <sup>5</sup>	Nesse estudo os autores buscaram verificar o conhecimento do enfermeiro com relação a PCR e RCP.  Com propósito de criar um guia de treinamento para os profissionais que participaram da pesquisa, baseando-se nas dúvidas e dificuldades por eles encontradas.	Os resultados encontrados, revela-se a importância de educação continuada sobre a PCR e RCP para equipe  com objetivo de ofertar suporte adequado para um melhor desempenho profissional.

Quadro 2 Identificação da amostra dos estudos segundo resultados e conclusões, São Paulo, Brasil, 2019.

Categoria Temática	Código do Estudo	%
Conhecimento e Habilidade	E1, E2, E3, E4, E5	100,0%
Causas e medidas terapêuticas estabelecidas na PCR durante a Gestaçã	E1, E2, E3	60,0%
Cesárea Perimorte	E2, E3	40,0%

Quadro 3. Disposição das categorias temáticas segundo os códigos de estudos e a porcentagem que cada uma representa, São Paulo, Brasil, 2019.

Fonte: dados do estudo, 2019.

## CONHECIMENTO E HABILIDADE

Nessa categoria, é referenciada a importância do conhecimento e habilidade do enfermeiro, referente a tomada de decisões frente a situações que necessitam de imediata resolutividade ou contribuição para adequada resolução. Dessa forma, é imprescindível enfatizar que o enfermeiro e sua equipe de trabalho, deverão possuir conhecimento e estar devidamente treinados e atualizados, com relação aos cuidados e intervenções diante de ocorrências interligadas ao paciente. Todavia, (Polit DF, Beck CT., 2005) em seus estudos com relação ao conhecimento do enfermeiro durante a PCR, pontua a fragilização do enfermeiro frente à intercorrência abordada.

Em contrapartida, (Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM, 2008) salienta a importância do enfermeiro, suas contribuições e seu desempenho frente a PCR,

porém ressalta a carência em alguns processos do atendimento e sugere treinamento sobre o tema ou em outras situações de emergência onde sua habilidade permita sua inegável atuação.

## **CAUSAS E MEDIDAS TERAPÊUTICAS ESTABELECIDAS NA PCR DURANTE A GESTAÇÃO**

Esta categoria, traz informações inerentes sobre as principais causas da PCR e as formas de tratamento relatadas pelos autores em seus estudos. As principais causas de parada cardiorrespiratória na gestante são: tromboembolismo venoso, hemorragia, sepse, traumas, complicações anestésicas, ruptura uterina, atonia uterina, embolia amniótica, placenta prévia, embolia pulmonar, distúrbios hidroeletrólíticos, pré-eclâmpsia, síndrome HELLP e cardiomiopatia periparto (Diaz, FBBS, Novais, MEF, Alves, KR, Cortes, LP, Moreira, TR; Silva, AB, Machado, RC., 2013; Godinho, JVVG, Andrade, TS, Pereira, GA, Silva, TRF, Lopes, FC, Oliveira, AL, et al., 2014).

E as recomendações primordiais instituídas durante o atendimento a gestante são: deslocamento uterino manual em posição supina ou posicionamento da grávida em decúbito lateral esquerdo com inclinação de 27° a 30° (AHA), com objetivo de descomprimir a veia cava inferior, oferta de oxigênio, instalação de acesso venoso e de preferência acima do diafragma (conforme diretriz da SBC) ventilação com bolsa-valva-máscara (ambú), cerca de 10-12 ventilações, ciclo de 30 compressões torácicas (favorecer a circulação), atingindo uma frequência de 100 a 120/minutos, com profundidade de pelo menos 2 polegadas ou 5 cm, não ultrapassando a 6 cm, uso de drogas vasopressoras para RCP, intubação orotraqueal (suporte respiratório) e desfibrilação precoce se necessário de acordo com o ritmo cardíaco (Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. , 2008; Silva, AB, Machado, RC., 2013).

## **CESÁREA PERIMORTE**

Na presente categoria, aborda umas das medidas cruciais e de suma importância durante a PCR de uma gestante, denominado cesariana de emergência ou cesárea perimorte. A realização deste procedimento de acordo com o Guidelines da AHA, é restrito ao profissional médico, e deverá ser realizada com alguns critérios, sendo eles: ausência de pulso materno prolongada, em que os esforços de RCP da mãe são obviamente inúteis, deverá ser considerada após 4 minutos de PCR ou após tentativas de RCP nesse mesmo período, decisão clínica para realizada cesárea perimorte (CPM), nível de conhecimento e treinamento da equipe atendente e

fatores relacionados à gestação (idade fetal, origem da PCR) ou dos recursos do sistema. O ideal é que o feto seja retirado a partir de 24 semanas (American Heart Association, 2015).

Já, conforme (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2013) o procedimento enfatizado, deverá ser realizado nos primeiros 4 minutos de atendimento, porém, não necessariamente precisará aguardar rigidamente por esse tempo, podendo, dependendo da situação, realizar a CPM de maneira mais precoce. A SBC, recomenda que seja avaliada com atenção a viabilidade fetal e enfatiza que entre 24 a 25 semanas de gestação, as taxas de sobrevivência do feto são maiores e por isso quanto mais precoce for a intervenção, maior será a chance de boa resolutividade, por isso recomenda-se agilidade no atendimento, pois uma vez melhorando a taxa de sobrevivência materna, automaticamente favorece o feto, possibilitando melhor chance de sobrevivência para o bebê. Gestação abaixo de 24 semanas é inviável, sendo que todos os esforços voltados deverão ser no sentido da salvação da vida da gestante (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2013; Silva, AB, Machado, RC., 2013).

Em contrapartida, (Diaz, FBBS, Novais, MEF, Alves, KR, Cortes, LP, Moreira, TR., 1922) em seus estudos, relatam que a CPM resulta em uma série de benefícios durante a RCP, pois favorece a descompressão/redução da compressão aortocava devido o esvaziamento uterino, aumenta o retorno sanguíneo e o débito cardíaco, aumento da volemia, capacidade funcional residual e oxigenação, conseqüentemente redução do consumo de oxigênio, que é de fundamental importância para sobrevivência materna, e isso independentemente da idade gestacional.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluir-se que, os resultados encontrados com relação a atuação do enfermeiro frente a parada cardiorrespiratória, apontaram a sua importância como crucial no processo de reconhecimento da PCR, tendo em vista que na maioria das vezes o primeiro atendimento a vítima, é realizado pelo enfermeiro. No entanto, foi observado nos estudos selecionados, que há carências em alguns processos do conhecimento desse profissional, necessitando assim, de aprimoramento e atualização para melhor assistência a gestante, junto a equipe de saúde. Sendo assim, pode-se afirmar que a atuação do enfermeiro é de notória e real relevância durante a PCR.

## REFERÊNCIAS

Aehlert B. Advanced Cardiac Life Support (ACLS). 3a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2007; p.591.

American Heart Association. Destaques das diretrizes da AHA 2015 para RCP e ACE.

Benefield LE. Implementando prática baseada em evidências em atendimento domiciliar. *Home Healthc Nurse* 2003 Dec; 21(12):804-11.

Campanharo, CRV, Okuno, MFP, Lopes, MCBT, Assayag, B, Gabrielloni, MC, Campanharo, FF, et al. Ressuscitação cardiopulmonar na gestação: uma revisão integrativa. *ABCS Health*; 41 (3): 181-187.

Diaz, FBBS, Novais, MEF, Alves, KR, Cortes, LP, Moreira, TR. Conhecimento dos enfermeiros sobre o novo protocolo de ressuscitação cardiopulmonar. *RECOM*; 7: 1822.

Fonseca, ACR, Belfort, AFL, Marques, ALMF, Reis, BS, Paiva, BBM, Pereira, et al. Parada cardiorrespiratória durante a gestação: revisão da literatura. *Rev. Med. Minas Gerais*; 2014; 24 (11): S57-S10.

Godinho, JVVG, Andrade, TS, Pereira, GA, Silva, TRF, Lopes, FC, Oliveira, AL, et al. Cesariana perimortem. *FEMINA*; 2014; 42 (1): 41-50.

Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2008 17(4):758-64.

Leite, FMC, Moura, MAV, Penna, LHG. Percepções das mulheres sobre violência contra mulher: uma revisão integrativa da literatura. *Avances en Enfermería*; 2013; XXXI (2): 136 -143.

Polit DF, Beck CT. Usando pesquisas em evidências prática de enfermagem. Em: Polit DF, Beck CT, editores. *Fundamentos da pesquisa em enfermagem. Métodos, avaliação e utilização.* Filadélfia (EUA): Lippincott Williams e Wilkins; 2006. p.457-94

Silva, AB, Machado, RC. Elaboração de guia teórico de atendimento em parada cardiorrespiratória para enfermeiros. *REVRENE*; 2013; 14 (4): 1014 -21.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência. *Arq Bras Cardiol.* 2013; 101(2 supl 3):85-86.

## ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO E NO TRATAMENTO DO PÉ DIABÉTICO

### **Iolete Araujo da Silva**

Faculdade UNINASSAU – Campus Redenção.  
Teresina, Piauí, Brasil.

### **Márcia Fernanda de Sousa Abreu**

Faculdade UNINASSAU – Campus Redenção.  
Teresina, Piauí, Brasil.

### **Michelle Diana Leal Pinheiro Matos**

Faculdade UNINASSAU – Campus Redenção.  
Teresina, Piauí, Brasil.

### **Francisco Lucas de Lima Fontes**

Faculdade UNINASSAU – Campus Redenção.  
Teresina, Piauí, Brasil.

### **Luan da Silva Morais**

Centro Universitário UNINOVAFAPI. Teresina,  
Piauí, Brasil.

### **Alexsandra Maria Ferreira de Araújo Bezerra**

Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí,  
Brasil.

### **Anderson de Assis Ferreira**

Universidade Estadual do Piauí. Floriano, Piauí,  
Brasil.

### **Teresa Raquel de Carvalho Castro Sousa**

Faculdade UNINASSAU – Campus Redenção.  
Teresina, Piauí, Brasil.

### **Eduardo de Lacerda Aguiar**

Centro Universitário UNINOVAFAPI. Teresina,  
Piauí, Brasil.

### **Luanna Sousa de Morais Lima**

Centro Universitário UNINOVAFAPI. Teresina,  
Piauí, Brasil.

### **Dannyel Rogger Almeida Teixeira**

Faculdade Integral Diferencial I DeVry. Teresina,  
Piauí, Brasil.

### **Flaviana Mutran da Silva Barros**

Faculdade UNINASSAU – Campus Redenção.  
Teresina, Piauí, Brasil.

**RESUMO:** Objetivou-se com o presente estudo analisar a atuação do enfermeiro na prevenção e no tratamento do pé diabético. Trata-se de um estudo exploratório descritivo construído por meio de revisão de literatura baseado em artigos científicos ordenados em duas bibliotecas e um buscador virtual. É necessária a adoção de condutas como controle glicêmico rigoroso durante as consultas e incentivo ao controle no domicílio, inspeção dos pés e orientações gerais sobre os cuidados da higiene, norteio sobre calçados adequados e corte correto das unhas, além do tratamento de feridas. O enfermeiro deve manter-se atualizado e utilizar-se das mais diversas técnicas para fazer com que o diabético adote as medidas que ele orienta, de modo a encorajar o autocuidado e a promoção da saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Diabetes mellitus, Fatores de risco, Pé diabético.

**ABSTRACT:** The objective of this study was to analyze the role of nurses in the prevention and treatment of diabetic foot. This is a descriptive exploratory study built through literature review based on scientific articles ordered in two libraries and a virtual search engine. It is necessary to adopt conducts such as strict glycemetic control during consultations and encouraging home control, foot inspection and general guidelines on hygiene care, guidance on proper footwear and proper nail cutting, and wound care. The nurse should keep up to date and use the most diverse techniques to make the diabetic adopt the measures he guides, in order to encourage self-care and health promotion.

**KEYWORDS:** Diabetes mellitus, Risk factors, Diabetic foot.

### 1 | INTRODUÇÃO

A Diabetes Mellitus (DM) é uma doença metabólica que tem como principal característica a hiperglicemia, aumento da glicose na circulação sanguínea. Tal distúrbio ocorre quando a insulina deixa de ser produzida pelo pâncreas ou é produzida de forma insuficiente. A DM é uma epidemia mundial, figurando entre uma das principais causas de mortalidade e hospitalizações, resumindo um problema de saúde pública (D'ANGELO; LEATT; DEFANI, 2015).

Embora a classificação da doença seja importante e tenha implicações para as estratégias de tratamento, essa não é uma tarefa fácil e muitos pacientes não se encaixam facilmente em uma única classe, especialmente adultos mais jovens. A classificação clássica de DM proposta pela *American Diabetes Association* (ADA) em 1997 como tipo 1, tipo 2, outros tipos e diabetes mellitus gestacional (DMG) ainda é a mais aceita e adotada pela ADA. Na DM tipo 1 existe uma deficiência na produção da insulina, ou seja, o corpo do indivíduo não produz insulina por conta da destruição das células beta-pancreáticas (SALES-PERES et al., 2016).

Na DM tipo 2, antigamente chamada de “insulinodependência”, ocorre um processo mais demorado que pode ser causado pelo estilo de vida. Em síntese, as células beta-pancreáticas deixam de produzir insulina suficiente aumentando a glicose no intravascular causando uma hiperglicemia. Relaciona-se principalmente ao sedentarismo, obesidade, má alimentação e traumas (BERTONHI; DIAS, 2018).

A DMG trata-se da hiperglicemia desenvolvida na gravidez que pode ser resolvida após o parto, e pode retornar algum tempo depois como DM tipo 2. Pode se desenvolver em mulheres com histórico familiar de DM, maus hábitos alimentares, sedentarismo, obesidade e distúrbios hormonais durante a gestação (OLIVEIRA et al., 2016).

Uma das principais complicações da DM é o pé diabético, uma consequência fisiopatológica causada por infecções e lesões levando a possível amputação do membro inferior. O principal fator de risco para o pé diabético é a neuropatia, comum em pacientes diabéticos acima de 60 anos. Trata-se da perda de sensibilidade dos membros inferiores deixando o sujeito mais suscetível a infecções, podendo resultar em amputação do membro afetado (OLIVEIRA NETO et al., 2017).

O pé diabético é uma condição que abrange diversas patologias. Pessoas com DM possuem um elevado potencial para que se adquiram as úlceras nos pés, nas quais podem se aprofundar para uma possível amputação de um membro ou de parte dele. Torna-se, portanto, imprescindível a atuação de uma equipe multidisciplinar para o manejo e gestão de pessoas com DM (LUCOVEIS et al., 2018).

Desta forma, a consulta de Enfermagem deve ser realizada para que se identifique os riscos de ulcerações em pessoas com DM. Algumas instruções como o autoexame dos pés e o seu cuidado especial, devem ser apontado durante as consultas com os pacientes diabéticos, fazendo com que estes se atentem às manifestações clínicas que podem evoluir a uma possível úlcera diabética (CARLESSO; GONÇALVES; MORESCHI JÚNIOR, 2017).

O pé diabético possui prevalência crescente em todo o mundo, representando um grave problema de saúde pública. A Organização Mundial da Saúde vem estabelecendo metas para a redução das taxas de amputações por meio de medidas de assistência preventiva, diagnóstico precoce e a instituição de tratamento mais eficaz no estágio inicial da doença (SANTOS et al., 2015).

Face ao exposto, o objetivo do presente estudo foi analisar a atuação do enfermeiro na prevenção e no tratamento do pé diabético.

## 2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório descritivo construído por meio de revisão de literatura baseado em artigos científicos ordenados nas bibliotecas virtuais *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO) e Biblioteca Regional de Medicina (BIREME) e no buscador virtual Google Acadêmico, utilizando-se os descritores “diabetes mellitus”, “fatores de risco” e “pé diabético”.

Para seleção dos estudos foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: artigos publicados entre os anos de 2014 a 2019, disponíveis na íntegra, que abordavam a temática, publicados em português. Excluíram-se monografias, dissertações, teses e resumos em anais de eventos, artigos que não contemplavam diretamente o tema deste estudo e que não estavam indexados no recorte temporal.

Os resultados e discussão foram elaborados de forma organizada e sistematizada por meio da criação de um quadro sinóptico que identificou a principais

variáveis: autores, título do estudo, periódico, ano. Os resultados viabilizaram a discussão que foi baseada em duas categorias.

### 3 | RESULTADOS

Para realização desta revisão os resumos dos estudos foram submetidos a leitura exploratória, analítica e interpretativa, dentre eles 16 estudos que mais estavam de acordo com o tema e com os critérios de inclusão e exclusão foram utilizados para construção da discussão desta revisão.

Para bom entendimento dos resultados encontrados, segue a **Tabela 1**, que traz as características dos 16 artigos incluídos na composição deste estudo, quanto à autoria e apresentação dos trabalhos.

Autor(es)	Título do estudo	Periódico	Ano de publicação
BOELL; RIBEIRO; SILVA	Fatores de risco para o desencadeamento do pé diabético	Revista Eletrônica de Enfermagem	2014
D'ANGELO; LEATTE; DEFANI	O exercício físico como coadjuvante no tratamento do diabetes	Saúde e Pesquisa	2015
SANTOS <i>et al.</i>	Fatores associados a amputações por pé diabético	Jornal Vascular Brasileiro	2015
MENEZES <i>et al.</i>	Estratégias educativas para pessoas diabéticas com pé em risco neuropático: síntese de boas evidências	Revista Eletrônica de Enfermagem	2016
OLIVEIRA <i>et al.</i>	Pé diabético e amputações em pessoas internadas em hospital público: estudo transversal	ABCS Health Sciences	2016
OLIVEIRA <i>et al.</i>	Atuação dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família na prevenção do pé diabético	Revista Online de Pesquisa: Cuidado é Fundamental	2016
OLIVEIRA; MELO; PEREIRA	Diabetes mellitus gestacional: uma revisão da literatura	Revista Científica FacMais	2016
SALES-PERES <i>et al.</i>	Estilo de vida em pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 1: uma revisão sistemática	Ciência & Saúde Coletiva	2016
TEIXEIRA; REIS; MUNIZ	Educação em saúde para idosos com pé diabético hospitalizado em um hospital universitário de Belém: relato de experiência	Interdisciplinary Journal of Health Education	2016
CARLESSO; GONÇALVES; MORESCHI JÚNIOR	Avaliação do conhecimento de pacientes diabéticos sobre medidas preventivas do pé diabético em Maringá (PR)	Jornal Vascular Brasileiro	2017
OLIVEIRA NETO <i>et al.</i>	Avaliação do autocuidado para a prevenção do pé diabético e exame clínico dos pés em um centro de referência em diabetes mellitus	Journal of Health & Biological Sciences	2017

PADILHA <i>et al.</i>	Manual de cuidados às pessoas com diabetes e pé diabético: construção por scoping study	Revista Texto & Contexto: Enfermagem	2017
VARGAS <i>et al.</i>	Condutas dos enfermeiros da atenção primária no cuidado a pessoas com pé diabético	Revista de Enfermagem da UFPE	2017
BERTONHI; DIAS	Diabetes mellitus tipo 2: aspectos clínicos, tratamento e conduta dietoterápica	Revista Ciências Nutricionais Online	2018
LUCOVEIS <i>et al.</i>	Grau de risco para úlceras nos pés por diabetes: avaliação de enfermagem	Revista Brasileira de Enfermagem	2018
NASCIMENTO <i>et al.</i>	Fatores de risco associados ao desenvolvimento do pé diabético e ações executadas na Atenção Primária à Saúde para prevenção do agravo	Revista Eletrônica Acervo Saúde	2019

Tabela 1 – Caracterização dos estudos selecionados. Teresina. Piauí, Brasil, 2019.

Fonte: elaboração dos autores (2019).

Observou-se que dentre as publicações incluídas 31,3% (n=5) eram de revistas de Enfermagem, 31,3% (n=5) de revistas relacionadas à saúde em geral, 18,7% (n=3) de revistas de outras da saúde, e os demais 18,7% (n=3) eram de revistas interdisciplinares. O ano de 2016 apresentou maior frequência de artigos selecionados com 37,5% (n=6).

#### 4 | DISCUSSÃO

Os resultados de D'Angelo, Leatte e Defani (2015) identificaram que a DM abrange desordens metabólicas, com etiologias diversas, apresentando comumente hiperglicemia crônica acompanhada de alterações no metabolismo dos carboidratos, lipídios e proteínas. A hiperglicemia, a longo prazo, associa-se a alterações teciduais, denominadas de complicações crônicas DM. Estes agravos incluem neuropatias periféricas e autônomas, microangiopatias, representadas pela retinopatia e nefropatia diabética, e macroangiopatias, que incluem a doença coronariana, cerebrovascular e a vascular periférica. Os resultados de Sales-Peres *et al.* (2016) e Nascimento *et al.* (2019) evidenciaram que a DM não tratada ou tratada de maneira incorreta aumenta consideravelmente os riscos para o desenvolvimento do pé diabético.

O estudo de Oliveira, Melo e Pereira (2016) ressalta os fatores de risco para o desenvolvimento da DM: vida sedentária, hábitos alimentares inadequados, sobrepeso, obesidade central, problema com hipertensão arterial sistêmica, glicemia plasmática de jejum  $\geq 100$  mg/dL e histórico familiar da doença.

As úlceras do pé diabético podem ser ocasionadas devido ao descontrole da

glicemia que contribui para consequências graves como a neuropatia e doença vascular periférica. O avanço da doença é perceptível quando há verificação de redução da sensibilidade, que diante de uma lesão ou deformidade há ausência de dor. A insensibilidade evolui para fraqueza muscular e conseqüentemente para diminuição de amplitude dos movimentos (BERTONHI; DIAS, 2018).

O estudo de Lucoveis *et al.* (2018) aponta a presença de calosidades na maioria dos indivíduos pesquisados. Primeiramente verifica-se a existência de lesões pré-ulcerativas. Esse estágio é ocasionado devido as alterações musculoesqueléticas que associa-se a um pé insensível, predisposto a ulceração.

Carlesso, Gonçalves e Moreschi Júnior (2017) identificaram a relação do pé diabético com a idade do paciente. No caso de pessoas idosas com DM verificou-se que 50% apresentaram uma perda sensorial durante a realização do exame clínico, fator de risco ao desenvolvimento do agravo. Os resultados despertaram a necessidade da realização de exame periódico dos pés em pacientes diabéticos com alterações neuropáticas em todas as faixas etárias e de maneira mais intensa naquelas mais predispostas.

Dificuldades de controle da glicemia podem ocasionar hospitalização prolongada e risco elevado para amputação de membro, devido dificuldade de manejo de uma úlcera já instalada. É necessária consolidação de intervenções na prevenção do agravo. Percebe-se também um alto déficit de conhecimento sobre os cuidados que devem ser instituídos com os pés (OLIVEIRA NETO *et al.*, 2017). Diante da falta de conhecimento, os resultados de Padilha *et al.* (2017) reforçam para a necessidade de orientação profissional com sanção de dúvidas e incentivo ao autocuidado.

Os fatores de risco para amputação de membro inferior associada ao pé diabético pode relacionar-se as dificuldades de acesso aos serviços de Atenção Básica, o que gera conseqüente falta de assistência do diabético aos serviços básicos de saúde, como dispensação de medicamentos e educação em saúde. O diagnóstico tardio e até mesmo desconhecimento da patologia, no caso a DM, elevação risco para as diversas complicações, incluindo o pé diabético (SANTOS *et al.*, 2015).

A população estudada por Boell, Ribeiro e Silva (2014) teve complicações relativas ao pé, uma situação que pode ser contornada diante de um trabalho de prevenção por parte do enfermeiro da Atenção Básica, ao proporcionar às pessoas com diabetes um cuidado especializado, de forma a promover o autocuidado e contribuir para melhora da qualidade de vida e promoção da saúde das pessoas com DM.

Oliveira *et al.* (2016) ressaltam as repercussões físicas, sociais e econômicas para o sujeito diabético que desenvolve o pé diabético. A ulceração ocasiona

infecção, destruição de tecidos e dificuldade de cicatrização da lesão. Ademais também há o risco de amputação que, por si só, já se torna um processo traumático e oneroso, necessitando reabilitação na maioria dos casos.

Em sua pesquisa, Vargas *et al.* (2017) tecem críticas ao enfermeiro que, por vezes, possui conhecimento parcial, fragmentado e superficial sobre a temática, impedindo dessa forma a prestação de uma assistência eficaz, com verificação dos fatores de risco e exame físico detalhado, em especial dos pés. É necessária a adoção de condutas como controle glicêmico rigoroso durante as consultas e incentivo ao controle no domicílio, inspeção dos pés e orientações gerais sobre os cuidados da higiene, norteio sobre calçados adequados e corte correto das unhas, além do tratamento de feridas.

Ressalta-se também o papel do enfermeiro como mediador do cuidado com diabéticos. O profissional deve promover uma prática educativa por meio das ações de saúde, construindo conhecimentos junto aos pacientes, estimulando a adoção de hábitos saudáveis, visando sempre a prevenção de agravos (TEIXEIRA; REIS; MUNIZ, 2016; MENEZES *et al.*, 2016). O apoio desse profissional ao protagonismo do diabético nas ações de autocuidado é imprescindível para que o paciente se sensibilize e adote as condutas orientadas (OLIVEIRA; BEZERRA; ANDRADE, 2016).

## 5 | CONCLUSÃO

O estudo evidencia que os sujeitos com diabetes mellitus estão predispostos a diversos agravos decorrentes da patologia, sendo o pé diabético apenas um deles. O foco do artigo é ressaltar as condutas do enfermeiro na prevenção e no tratamento dessa complicação, tendo em vista que a detecção precoce de fatores de risco e a instituição de medidas para impedir avanços do agravo é essencial para a garantia de uma melhor qualidade de vida. O enfermeiro deve manter-se atualizado e utilizar-se das mais diversas técnicas para fazer com que o diabético adote as medidas que ele orienta, de modo a encorajar o autocuidado e a promoção da saúde.

## REFERÊNCIAS

BERTONHI, L. G.; DIAS, J. C. R. Diabetes mellitus tipo 2: aspectos clínicos, tratamento e conduta dietoterápica. **Revista Ciências Nutricionais Online**, v. 2, n. 2, p. 1-10, 2018.

BOELL, J. E. W.; RIBEIRO, R. M.; SILVA, D. M. G. V. Fatores de risco para o desencadeamento do pé diabético. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 386-393, 2014.

CARLESSO, G. P; GONCALVES, M. H. B; MORESCHI JÚNIOR, D. Avaliação do conhecimento de

pacientes diabéticos sobre medidas preventivas do pé diabético em Maringá (PR). **Jornal Vascular Brasileiro**, v. 16, n. 2, p. 113-118, 2017.

D'ANGELO, F. A.; LEATTE, E. P.; DEFANI, M.A. O exercício físico como coadjuvante no tratamento do diabetes. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 8, n. 1, p. 157-166, 2015.

LUCOVEIS, M. L. S. *et al.* Grau de risco para úlceras nos pés por diabetes: avaliação de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 6, p. 3217-3223, 2018.

MENEZES, L. C. G. *et al.* Estratégias educativas para pessoas diabéticas com pé em risco neuropático: síntese de boas evidências. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 18, e1197, 2016.

NASCIMENTO, M. T. *et al.* Fatores de risco associados ao desenvolvimento do pé diabético e ações executadas na Atenção Primária à Saúde para prevenção do agravo. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. S33, e1371, 2019. doi.org/10.25248/reas.e1371.2019

OLIVEIRA, J. C. *et al.* Pé diabético e amputações em pessoas internadas em hospital público: estudo transversal. **ABCS Health Sciences**, v. 41, n. 1, p.34-39, 2016.

OLIVEIRA, P. S. *et al.* Atuação dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família na prevenção do pé diabético. **Revista Online de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, v. 8, n. 3, p. 4841-4849, 2016.

OLIVEIRA NETO, M. *et al.* Avaliação do autocuidado para a prevenção do pé diabético e exame clínico dos pés em um centro de referência em diabetes mellitus. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 5, n. 3, p. 265-271, 2017.

PADILHA, A. P. *et al.* Manual de cuidados às pessoas com diabetes e pé diabético: construção por scoping study. **Revista Texto & Contexto: Enfermagem**, v. 26, n. 4, e2190017, 2017.

SALES-PERES, S. H. C. *et al.* Estilo de vida em pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 1: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 4, p.1197-1206, 2016.

SANTOS, I. C. R. V. *et al.* Fatores associados a amputações por pé diabético. **Jornal Vascular Brasileiro**, v. 14, n. 1, p. 37-45, 2015.

TEIXEIRA, R. C.; REIS, V. C.; MUNIZ, J. W. C. Educação em saúde para idosos com pé diabético hospitalizado em um hospital universitário de Belém: relato de experiência. **Interdisciplinary Journal of Health Education**, v. 1, n. 2, p. 131-137, 2016.

VARGAS, C. P. *et al.* Conduas dos enfermeiros da atenção primária no cuidado a pessoas com pé diabético. **Revista de Enfermagem da UFPE**, v. 11, n. S11, p. 4535-4545, 2017.

## ATUAÇÃO DO MÉDICO E ENFERMEIRO NAS ORIENTAÇÕES ALIMENTARES PARA HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

### **Mariana Farias Gomes**

Instituto Aggeu Magalhães, Fiocruz – PE  
Recife- Pernambuco

### **Rebecca Soares de Andrade Fonseca dos Santos**

Instituto Aggeu Magalhães, Fiocruz – PE  
Recife- Pernambuco

### **Annick Fontbonne**

Inserm (Institut National de la Santé et de la  
Recherche Médicale, France)  
Montpellier – França

### **Eduarda Ângela Pessoa Cesse**

Instituto Aggeu Magalhães, Fiocruz – PE  
Recife- Pernambuco

**RESUMO:** Este capítulo discute a atuação dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família - médico e enfermeiro – quanto às orientações alimentares direcionadas aos usuários com Hipertensão e/ou Diabetes Mellitus durante suas consultas na Atenção Básica. São apresentados os resultados de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, que foi realizado nas Unidades de Saúde da Família de Recife-PE. Os dados foram coletados por meio da observação participante das consultas e foram submetidos a análise de conteúdo. Foi verificado que as orientações se davam de maneira simplista, insuficiente, sem

detalhamento das explicações, assim como com orientações proibitivas, sem estabelecer um diálogo participativo e considerar os hábitos cotidianos dos indivíduos. Apesar de surgirem casos mais complexos, os profissionais não encaminhavam os usuários para o acompanhamento com outros especialistas, como o nutricionista, tampouco para outros dispositivos da Rede de Atenção. É urgente o reforço do papel do enfermeiro e do médico em relação ao aconselhamento alimentar de usuários hipertensos e diabéticos, fornecendo orientações apropriadas e pactuadas com a participação dos indivíduos; como também o fortalecimento das atividades nutricionais da Estratégia de Saúde da Família com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família e os outros dispositivos da Rede.

**PALAVRAS-CHAVE:** Educação Alimentar e Nutricional; Estratégia de Saúde da Família; Hipertensão; Diabetes Mellitus.

### PHYSICIAN AND NURSE'S PRACTICE IN NUTRITIONAL ORIENTATIONS FOR HYPERTENSIVE AND DIABETIC PATIENTS

**ABSTRACT:** This chapter discusses the actions of Family Health Strategy professionals - physician and nurse - regarding nutritional

orientations directed to users with Hypertension and / or Diabetes Mellitus during their visits to Primary Care. We present the results of a descriptive study with a qualitative approach, which was conducted in the Family Health Units of Recife-PE. Data were collected through participant observation of the consultations and were subjected to content analysis. It was found that the orientations were simplistic, insufficient, without detailed explanations, as well as prohibitive, without establishing a participatory dialogue and considering the individuals' daily habits. Although more complex cases arose, professionals did not refer users for follow-up with other specialists, such as the nutritionist, nor to other facilities of the Attention Network. It is urgent to reinforce the nurse's and physician's role in relation to food counseling for hypertensive and diabetic users, providing appropriate orientations agreed with the individuals' participation; as well as strengthening the nutritional activities of the Family Health Strategy with the Family Health Support Center and other facilities of the Network.

**KEYWORDS:** Food and nutrition education; Family Health Strategy; Hypertension; Diabetes Mellitus.

## 1 | INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) representam hoje no mundo uma grande parcela da carga em saúde pública ligada às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Estima-se que, contando somente casos diagnosticados, um quarto dos adultos sofrem de HAS e quase um entre dez de DM (NCD RISK FACTOR COLLABORATION 2016, 2017).

Os dois agravos são favorecidos pelo excesso de peso, consequência da modernização dos estilos de vida, com acesso cada vez mais fácil a alimentos de alta densidade energética e redução considerável dos gastos físicos diários (BRASIL, 2013a; 2013b); ambos os agravos, ainda, permanecem assintomáticos por muito tempo, levando assim, se não forem detectados e tratados corretamente, a complicações graves (doenças cardio e cerebrovasculares, amputações, insuficiência renal crônica, entre outras) (FONTBONNE et al., 2015); e ainda continuam sem perspectiva de cura definitiva, o que significa que os cuidados que eles requerem são primeiramente voltados à prevenção das complicações (FONTBONNE et al., 2015; ETTEHAD et al., 2016).

Nesse sentido, a prevenção e o manejo da HAS e do DM requerem ações programáticas prioritárias dos serviços de Atenção Básica (AB), não somente em razão da sua alta prevalência e responsabilidade nas grandes causas de morbimortalidade no país, mas também por serem consideradas condições sensíveis a esse nível de atenção, havendo evidência acumulada de que o bom manejo desses problemas na AB evita hospitalizações e mortes (ALFRADIQUE et

al., 2009).

Nesse nível de atenção, a equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) exerce um papel primordial no cuidado aos doentes crônicos, favorecendo uma aproximação com o território e formação de vínculo com os usuários, garantindo que ações de educação em saúde sejam realizadas continuamente na rotina da unidade de saúde e comunidade (MENDES, 2012; BRASIL, 2014a). Os médicos e os enfermeiros da ESF são os profissionais que realizam a maior parte da atenção à saúde a esses usuários, visto que realizam as consultas clínicas e o acompanhamento dos casos.

O papel desses profissionais deve começar pela prevenção do excesso de peso e adequação alimentar (SILVA et al., 2013). Fatores relacionados à alimentação interferem na prevenção, controle e tratamento desses agravos, cuja inadequação pode resultar em excesso de peso, dislipidemia e controle glicêmico inadequado, devendo haver uma readequação e adesão de uma dieta saudável compreendendo que esta é reconhecidamente benéfica para a saúde (BRASIL, 2013a; 2013b).

É fundamental que esses profissionais estejam preparados para identificar os fatores de risco e realizar orientações alimentares saudáveis para evitar e/ou retardar as complicações dessas doenças. Ressalta-se também que esses aconselhamentos alimentares devem levar em consideração o contexto familiar, educacional, econômico e social, com orientações e metas acessíveis para alcançar uma mudança no estilo de vida (BRASIL, 2014a; ESTRELA et al., 2017).

Diante da complexidade de atuação requerida por esses agravos, merece ser destacado que muitos profissionais de saúde sentem dificuldades no desempenho de suas funções na AB. Parte disso pode ser explicada pela inadequação de suas formações profissionais, ainda voltadas para condições agudas e de cura, num cenário de adoecimento em que prevalecem as condições crônicas (FERREIRA et al., 2018; BISPO JÚNIOR, MOREIRA, 2017).

Este capítulo apresenta os resultados de um estudo descritivo, observacional e que utilizou a abordagem qualitativa, conduzido em Unidades da Saúde de Família, no município de Recife – Pernambuco, que se encontra publicado originalmente na Revista de Atenção Primária a Saúde (APS) [Gomes, MF; Santos, RSAF; Fontbonne, A; Cesse, EAP. Orientações sobre alimentação ofertadas por profissionais da Estratégia de Saúde da Família durante as consultas aos hipertensos e diabéticos. Rev. APS. 2017 abr/jun; 20(2): 203 - 211]. Ademais, ressalta-se que fez parte de uma pesquisa maior intitulada “RedeNut: Avaliação da Inserção do Componente Alimentação e Nutrição na Rede de Atenção aos Hipertensos e Diabéticos em Pernambuco”, do Laboratório de Avaliação, Monitoramento e Vigilância em Saúde – LAM Saúde, do Instituto Aggeu Magalhães – IAM / Fiocruz Pernambuco.

## 2 | ORIENTAÇÕES ALIMENTARES REALIZADAS PELOS MÉDICOS E ENFERMEIROS EM RECIFE-PE

Apresentamos a seguir a análise da atuação do médico e do enfermeiro em três Unidades de Saúde da Família (USF) do Distrito Sanitário III em Recife-PE. As consultas desses profissionais aos usuários com HAS e/ou DM foram acompanhadas por observação participante do pesquisador, no intuito de verificar se eram ofertadas orientações alimentares para o tratamento da doença e prevenção de complicações. Participaram do estudo cinco profissionais de saúde, especificamente dois médicos (as) e três enfermeiros (as), e com vistas a garantir o anonimato dos sujeitos, nas falas descritas os mesmos foram identificados com a sigla “MED”, para os profissionais médicos, “ENF” para os enfermeiros e os usuários por “US”.

A coleta de dados ocorreu de junho a dezembro de 2015 com a gravação das consultas, que posteriormente foram analisadas e submetidas à análise de conteúdo temática proposta por Bardin (2011). A partir da análise das falas e codificações por temas, surgiram quatro categorias: orientações alimentares simplistas ou insuficientes; orientações sobre o preparo dos alimentos/refeições; orientações proibitivas e ausência de diálogo participativo; orientações sobre a utilização de outros dispositivos.

### 2.1 Orientações alimentares simplistas ou insuficientes

Uma das orientações alimentares realizadas para o controle da hipertensão e diabetes está relacionada ao controle ou adequação do peso corporal para que seja alcançado um peso considerado normal (Índice de Massa Corporal – IMC < 25 kg/m<sup>2</sup>). Essa redução do peso corporal traz repercussões positivas, no qual a perda de 5% a 10% já reduz a pressão arterial, e a redução de 7% deste mostra-se capaz de diminuir a resistência à insulina (BRASIL, 2013a; 2013b).

Durante as consultas, evidenciaram-se pacientes com obesidade e as orientações alimentares para perda de peso se davam de maneira muito simplista ou sem informações suficientes para uma mudança alimentar:

“MED 1: Bom seu Gilvan, é, a gente calculou aqui e aí deu obesidade. O peso com a sua altura tá muito alto. Aí vai ter que fazer uma dieta, viu? Melhora até a cicatrização. Aí evite pastel, pão, macarrão, embutidos, fritura, ovo frito, toscana...”

US: Certo doutora.”

“MED 1: O peso tá fora do normal, viu? obesidade grau dois. Tá comendo muito pastel, é? Tá fazendo caminhada? Tem que perder peso.

US: Tou não, mas eu vou começar a fazer.”

Por meio dessas falas, observa-se que as orientações para perda de peso se

deram de forma muito geral, restringindo apenas alguns tipos de alimentos. Não foi informado ao paciente o quanto em quilogramas seria necessário reduzir, bem como não foi estabelecido uma meta para alcançar esses resultados. A mudança de hábito alimentar requer orientações mais específicas sobre os tipos de alimentos, formas de preparo, quantidades, considerando sempre os hábitos dos indivíduos, de forma a garantir a adesão pelos sujeitos (PONTIERI, BACHIN, 2010).

Verificou-se também que os médicos e enfermeiros realizavam o aconselhamento alimentar de forma diretiva no controle do consumo de sal e açúcar, sem suscitar outros tipos de orientações necessárias:

“ENF 3: E o açúcar na comida como é que tá?”

US: Estou maneirando muito.

ENF 3: Tá mesmo, seu João? Por que sua glicose deu tão alta, viu?

US: Ela sempre foi assim.

ENF 3: Corte o açúcar do cafezinho, viu?

US: Certo.”

“MED 2: Essa pressão está um pouco alta. A dieta, como é que tá o sal?”

US: Eu não boto nem um pouquinho de sal na comida.

MED 2: Não tá botando? Pronto. Vamos renovar hoje essa sua receita.”

A restrição isolada do sal não é suficiente para o controle do nível pressórico (BRASIL, 2013a). Soma-se o desconhecimento dos pacientes sobre a quantidade de sódio presente nos alimentos, principalmente os industrializados, como evidenciado no estudo de Ibiapina et al. (2013).

O Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014b) aponta sobre os riscos do consumo desses alimentos ultraprocessados, destacando que no processo de industrialização há muitas vezes a adição de um alto teor de sódio ou açúcares, visando assim a uma maior durabilidade dos produtos ou para mascarar o sabor de algum aditivo.

No caso desses usuários, já acometidos com HAS e/ou DM, é necessário que haja a sensibilização pelos profissionais de saúde, para que os mesmos possam compreender esses riscos e auxiliem na adesão a um maior consumo de alimentos naturais e saudáveis. Nesse tocante, os Cadernos de Atenção Básica (CAB) propostos pelo Ministério da Saúde apontam que os médicos e os enfermeiros na AB devem estar preparados para realizar o aconselhamento sobre alimentação saudável para um adequado controle desses agravos e prevenção de suas

complicações (BRASIL, 2013a; 2013b).

Esses documentos contêm capítulos específicos sobre recomendações nutricionais para a prevenção e manejo da HAS e DM, explicando o papel desses profissionais, as ações a serem realizadas, com detalhamento nutricional e consumo energético, esperando assim que esses profissionais que fazem esse acompanhamento na ESF estejam aptos para realizar as orientações alimentares de maneira apropriada.

Contudo, extensa literatura aponta a inadequada formação profissional de trabalhadores da saúde como causa para suas dificuldades de atuação na AB (FERREIRA et al., 2019; FERREIRA et al., 2018; BISPO JÚNIOR, MOREIRA, 2017; ANDRADE et al., 2016). Cecílio e Reis (2018) consideram existir um vazio de atores para construir a política do SUS em toda a sua complexidade conforme pensada pelo Movimento da Reforma Sanitária.

Algumas iniciativas tomadas pelo Ministério da Saúde, como processos de educação permanente nos serviços, modelos de gestão mais participativos (ancorados na cogestão) e o apoiador terapêutico-pedagógico junto às equipes de saúde, são assinaladas como possíveis intervenções potentes para mudança desse cenário (CECÍLIO, REIS, 2018; BISPO JÚNIOR, MOREIRA, 2017).

## 2.2 Orientações sobre o preparo dos alimentos/refeições

Além das orientações sobre os tipos de alimentos a serem consumidos para garantir a alimentação saudável, o preparo das refeições também é um ponto importante a ser discutido. Em relação a esse preparo, algumas orientações foram observadas durante as consultas:

“ENF 2: [...] Então a senhora pode usar alguns temperos que tem o sabor mais forte pra tentar substituir o sal. A senhora pode fazer uma mistura de ervas secas como manjeriço, orégano, salsa, que são desidratadas e dá um sabor na comida que não precise de tanto sal. Na salada, um tomate que a senhora for comer, coloca um limãozinho, um pouco de azeite, pra não colocar o sal.

US: Eu já tinha escutado falar nisso. Vou ver se dessa vez eu faço.”

A utilização de temperos naturais (como manjeriço, açafrão, alecrim, alho, cebola, orégano, coentro, gengibre, limão, salsinha, dentre outros) é uma alternativa encontrada para se reduzir o consumo de sal adicionado à comida e proporcionar sabor ou o uso de temperos prontos, como caldos de carne e legumes, produtos estes que contêm um alto índice de sódio (BRASIL, 2013a).

Sobre o preparo do feijão há um hábito comum na cultura alimentar nordestina, que é adição de carnes salgadas à preparação. Em relação a isso, foi visto que o profissional realizou este tipo de orientação:

“ENF 2: Charque, calabresa, essas coisas a senhora coloca no feijão?”

US: Todo dia não.

ENF 2: Todo dia não, mas coloca.

US: Só uma vez na vida.

ENF 2: Então não é pra colocar nenhuma vez na vida. No caso do feijão, nada de colocar esses ossos de carnes que já vem salgado, costela. Porque tudo aquilo ali mesmo que você escale, lave, mas aquele sal ele vai ficar dentro da carne, ele vai soltar dentro do alimento quando a senhora consumir ele vai pros seus vasinhos e vai aumentar essa pressão.”

O feijão é um alimento frequente na mesa dos brasileiros, inclusive sendo muito recomendado o consumo por ser de origem vegetal e rico em nutrientes (BRASIL, 2014b). Contudo, deve-se estar atento a essa adição de carnes salgadas, já que aumentam o teor de sódio a ser consumido. Vasconcelos et al. (2010) mostrou que o consumo de charque é um típico costume nordestino mantido inclusive entre os hipertensos e, que, mesmo aplicando a técnica de fervura ou escaldar ainda persiste um quantitativo de sal na carne. Estar atento a essas circunstâncias é dever do profissional de saúde na orientação desses pacientes.

### 2.3 Orientações proibitivas e ausência de diálogo participativo

Cabe ressaltar que não raras vezes foram observadas orientações proibitivas na dieta:

“US: [...] Mas vai melhorar porque eu to comendo mais frutas agora.

ENF 1: Qual fruta?

US: Eu to comendo manga, banana, laranja, pinha... A manga mesmo, eu chupo manga todo dia de manhã.

ENF 1: Manga é um veneno pra diabetes, não pode comer. O índice glicêmico de manga é muito alto. Não é toda fruta que você pode comer.”

“US: Banana comprida a gente come demais.

MED 1: E assim, se for banana no máximo uma viu, por dia. Ou um dia sim dia não.

US: Agora essa banana prata...

MED 1: Essa daí no máximo uma só. E aí escolhe se come uma ou come a outra, não pode as duas não.

US: É muita banana!

MED 1: É muito doce a banana. Banana é mais doce que a manga.”

Esse achado corrobora com os encontrados por Pontieri e Bachion (2010),

no qual as orientações alimentares aos usuários diabéticos eram carregadas de expressões impositivas e proibitivas, como “não pode”. Diante de tais falas proibitivas, as autoras defendem que essas não são bem aceitas pelos usuários e que a alimentação deve ser proposta com um cardápio variado, que deve ser discutido junto ao usuário para facilitar a adesão de uma nova dieta.

Além dessa comunicação proibitiva, percebeu-se também nas falas que os profissionais não se preocuparam em tornar essa adaptação alimentar um processo participativo com os sujeitos. No diálogo abaixo fica notório que o profissional não levou em conta o padrão alimentar usual do usuário, muitas vezes, imbricados aspectos culturais e financeiros:

“MED 1: De manhã pode comer um pãozinho integral.

US: É que eu não gosto de comer de manhã.

MED 1: Mas vai ter que se alimentar. Tomar um suco, comer uma barra de aveia, viu?

US: Não gosto dessas barras de cereais.

[...]

US: É porque eu trabalho na padaria e pego muito cedo lá. Aí eu paro meio dia no trabalho e almoço. E quando chega lá pras duas horas da tarde eu faço o que? Ou eu como sanduíche de queijo, pão outra vez. Eu tenho que cortar esse pão.

MED 1: Pois é, tem que fazer um lanche. Uma saladinha de fruta, leva uma fruta de casa, comer uma barrinha de cereal.”

Nessa conversa foi proposto para usuário fazer uma restrição alimentar mesmo sabendo que ele não gostava do que foi sugerido. Para uma melhor adesão do tratamento dietético, é importante que os profissionais estejam atentos e respeitem os costumes e crenças alimentares já presentes na vida do indivíduo, superando essas propostas de planos dietéticos inflexíveis que não levam em consideração seus aspectos pessoais (ESTRELA et al., 2017). Essa mudança requer um processo de troca e escuta, facilitando o compartilhamento de informações e estabelecimento de confiança, entendendo este processo de forma progressiva e flexível, que resulta em maior empoderamento e autonomia dos usuários nas decisões frente ao seu agravo crônico.

## 2.4 Orientações sobre a utilização de outros dispositivos

Sabe-se que independente do cuidado ser prestado da melhor maneira possível ao usuário na AB, sempre que necessário a equipe deve acionar outros equipamentos disponíveis no território e lançar mão de ferramentas, para qualificar a

atenção prestada aos indivíduos portadores de doenças crônicas (BRASIL, 2014a).

O trecho abaixo exemplifica o acionamento de uma ferramenta presente na própria USF:

“ENF 3: A gente tem também, seu Manoel, um grupo de emagrecimento que é com a nutricionista.

US: Tá certo.

ENF 3: Esse grupo de emagrecimento tem gente que em seis meses perdeu dez quilos. Teve uma que perdeu três, teve uma que perdeu quinze. É toda primeira segunda-feira do mês. Se o senhor quiser ir, primeira reunião do ano vai ser dia quatro.

US: Tá certo.

ENF 3: Porque aí vai perdendo um pesinho...

US: É pela manhã?

ENF 3: É pela manhã. De dez horas da manhã. E vai. Aí a nutricionista vai, conversa, orienta vê alguma coisa lá. Porque cento e dois quilos dá pra baixar um pouquinho.”

Dentre as USF estudadas, nessa foi verificada a existência desse grupo de educação em saúde - “grupo de emagrecimento”, com encontros mensais. Através de práticas e orientações coletivas, esses grupos de educação em saúde se configuram como uma ferramenta importante a se somar nos cuidados clínicos ofertados aos pacientes com HAS e DM, já que propiciam a formação de espaços de diálogo, interação e apoio mútuo entre os integrantes de forma a refletirem criticamente e se tornarem sujeitos ativos e corresponsáveis pela sua situação de saúde (MENDONÇA; NUNES, 2015).

Apesar de vários usuários apresentarem um IMC elevado e um desconhecimento/não seguimento da dieta para o controle de suas doenças, apenas este paciente foi encaminhado ao grupo.

Também foi verificado que todas as USF eram apoiadas pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e tinham a presença de um nutricionista, contudo os médicos (as) e enfermeiros (as) não os acionaram nesses casos acompanhados. A presença do nutricionista na unidade estava mais vinculada às palestras de educação em saúde. A atuação do NASF na temática da alimentação pode ir além das ações de educação em saúde, no qual por meio do apoio matricial os nutricionistas poderiam realizar atividades de atendimento individual em alguns casos ou compartilhado, educação permanente, discussão de caso, articulações intersetoriais, bem como auxiliar nas ações de diagnóstico, planejamento, monitoramento e avaliação das ações nutricionais (GOMES, 2018).

Evidenciou-se ainda que os profissionais não encaminhavam os pacientes para outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS). O Ministério da Saúde aponta que esse acompanhamento do portador de DCNT por um profissional especializado é importante no tratamento de alguns casos mais complexos, visto que o profissional pode solicitar exames, desenhar um plano nutricional e orientar para uma dieta mais direcionada àquele usuário e suas necessidades nutricionais (BRASIL, 2014a).

Enquanto ordenadora e coordenadora dos cuidados aos pacientes portadores de DCNT, os profissionais da AB devem acionar os demais pontos da RAS, sempre que detectada a necessidade, já que este conjunto de ações proporciona um aumento no poder de intervenção para atingir resultados positivos no âmbito do indivíduo, família e comunidade (BRASIL, 2010).

### 3 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais da ESF têm apresentado dificuldades no manejo com os usuários hipertensos e diabéticos em seu papel educativo para realizar as ações de orientação nutricional. Constantemente não consideram os hábitos cotidianos dos sujeitos e família e fornecem orientações simplistas, proibitivas e insuficientes, sem detalhamento nem pactuação de metas. Ademais, poucos acionam ferramentas e dispositivos da RAS de usuários portadores de DCNT, por vezes, sem garantir a atenção mais adequada a cada sujeito e a continuidade do cuidado dessa população. Essa situação pode ser creditada, em parte, à formação desses profissionais, ainda muito pautada no modelo biomédico, em que não são consideradas questões diversas do adoecimento e da cura.

São necessários mais estudos que possibilitem melhor entender o porquê dessa atuação ser tão aquém do que é preconizado pelo Ministério da Saúde, como também verificar em que ponto a gestão e outros pontos da RAS poderiam atuar para dar subsídio a ESF frente ao controle desses agravos crônicos.

É evidente a necessidade de reforçar o papel desses profissionais no aconselhamento nutricional de usuários com HAS e DM, fornecendo orientações apropriadas e com a participação dos indivíduos no hábito de comer. Como também se faz necessário que haja um fortalecimento das atividades nutricionais da ESF com o NASF e os outros pontos da RAS, garantindo o apoio matricial no planejamento, discussões de caso e em intervenções na educação alimentar e nutricional, por meio de trabalho integrado com foco no indivíduo, família e comunidade.

Por fim, destaca-se a importância das ações de enfrentamento às DCNT se darem de maneira coletiva e intersetorial, dado que são doenças complexas e que para serem controladas requerem intervenções de diversos atores e setores da

sociedade civil, do Estado e da população em geral.

## REFERÊNCIAS

- ALFRADIQUE, M.E.; BONOLO, P.F.; DOURADO, I.; LIMA-COSTA, M.F.; MACINKO, J.; MENDONÇA, C.S.; OLIVEIRA, V.B.; SAMPAIO, L.F.R.; SIMONI, C.; TURCI, M.A. **Interações 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. 1337-1349, 2009.
- ANDRADE, R.S.; CALDAS, L.B.S.N.; FALCAO, M.L.P.; GOES, P.S.A. **Processo de trabalho em unidade de saúde da família e a educação permanente**. *Trab. educ. saúde [online]*. 2016, vol.14, n.2, pp.505-521.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo** (3a ed., L. Pinheiro, Trad.). São Paulo: Edições 70; 2011.
- BISPO JUNIOR, J.P.; MOREIRA, D.C. **Educação permanente e apoio matricial**: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. *Cad. Saúde Pública [online]*. 2017, vol.33, n.9, e00108116
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: hipertensão arterial sistêmica/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde; 2013a. 128 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: diabetes mellitus/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde; 2013b. 160 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde; 2014a. 162 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Alimentar para a População Brasileira**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – 2ª ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014b; 156 p.: il.
- CECILIO, L.C.O.; REIS, A.A.C. **Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde**. *Cadernos de Saúde Pública [online]*. 2018, v. 34, n. 8, e00056917.
- ESTRELA, K.C.A.; ALVES, A.C.C.; GOMES, T.T.; ISOSAKI, M. **Adesão às orientações nutricionais: uma revisão de literatura**. *Demetra*; 2017; 12(1); 249-274.
- ETTEHAD, D.; EMDIN, C.A.; KIRAN, A.; ANDERSON, S.G.; CALLENDER, T.; EMBERSON, J.; CHALMERS, J.; RODGERS, A.; RAHIMI, K. **Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death**: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*, v.387, n. 10022, p. 957-967, 2016.
- FERREIRA, L.; BARBOSA, J.S.A.; ESPOSTI, C.D.D.; CRUZ, M.M. **Educação Permanente em Saúde na atenção primária**: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde debate [online]*. 2019, vol.43, n.120, pp.223-239.
- FERREIRA, S.R.S; PÉRICO, L.A.D; DIAS, V.R.G.F. **The complexity of the work of nurses in Primary Health Care**. *Rev. Bras. Enferm. [Internet]*. 2018; 71(Supl 1): 704-9.

FONTBONNE, A.; CESSÉ, E.; FREESE, E. Epidemiologia e classificação do diabetes mellitus. In: BANDEIRA, F.; MANCINI, M.; GRAF, H.; GRIZ, L.; FARIA, M.; LAZARETTI-CASTRO, M. **Endocrinologia e Diabetes**, 3ª edição. Rio de Janeiro: Editora Medbook, 2015, p. 759-67.

GOMES, M.F. **Avaliação do grau de implantação das ações de alimentação e atividade física desenvolvidas pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família na atenção a hipertensão e diabetes em Recife**. 2018. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2018.

IBIAPINA, D.F.N.; SANTOS, A. N.; OLIVEIRA, L.N.R. **Conhecimento dos pacientes com hipertensão arterial sobre a quantidade de sódio presente nos alimentos**. R. Interd. v.6, n.4, p.75-85, out.nov.dez. 2013.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da Saúde da Família/Eugênio Vilaça Mendes**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. 512 p.: il.

MENDONÇA, F.F.; NUNES, E.F.P.A. **Avaliação de grupos de educação em saúde para pessoas com doenças crônicas**. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 13 n. 2, p. 397-409, maio/ago. 2015.

NCD RISK FACTOR COLLABORATION (NCD-RisC). **Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19.1 million participants**. Lancet, v. 389, n. 10064, p. 37-55, 2017.

NCD RISK FACTOR COLLABORATION (NCD-RisC). **Worldwide trends in diabetes since 1980: a pooled analysis of 751 population-based studies with 4.4 million participants**. Lancet, v. 387, n. 10027, p. 1513-1530, 2016.

PONTIERI F.M; BACHIN, M.M. **Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento**. Ciência & Saúde Coletiva. 2010; 15(1):151-160.

SILVA, L.S.; COTTA, R.M.M.; ROSA, C.O.B. **Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática**. Rev Panam Salud Publica, v. 34, n. 5, p. 343-350, 2013.

VASCONCELOS, S.M.L.; VIEIRA, E.D.F; CHAGAS, N.P.M; SILVA, P.M.C.; SANTOS, T.M.P. **Consumo de charque e técnicas de dessalga adotadas por uma população de hipertensos da região nordeste do Brasil**. Rev. Nutr. Campinas. 2010, set./ out.; 23(5):823-830.

## CUIDADOS DE ENFERMAGEM A PACIENTE PORTADORA DA SÍNDROME DE SJÖGREN

### **AdrielleTayany de Souza Pedrosa**

Bacharel em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças/ UPE

### **Alana Laleska Azevedo Cavalcanti**

Bacharel em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças/ UPE

### **Amanda Lourena Moraes Arruda**

Bacharel em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças/ UPE

### **Andreia Lopes Ferreira de Lima**

Bacharel em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças/ UPE

### **Andreza Cabral da Silva**

Bacharel em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças/ UPE

### **Bárbara Gabriela Galdino dos Santos**

Bacharel em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças/ UPE

**RESUMO:** A síndrome de Sjögren (SS) é uma doença sistêmica inflamatória crônica, de provável etiologia auto-imune. Seu quadro clínico é responsável por considerável impacto negativo na qualidade de vida de seus portadores. O propósito deste artigo é um estudo de caso descrevendo os sinais e sintomas da SS para que assim se possa traçar um plano de cuidados através da Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE) para a paciente portadora da síndrome, com o objetivo

de amenizar os danos causados e proporcionar melhora na qualidade de vida da mesma.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cuidados de Enfermagem, Síndrome de Sjögren, Doença de Raynaud.

### NURSING CARE FOR PATIENTS WITH SJOGREN'S SYNDROMES

**ABSTRACT:** The Sjögren's syndrome(SS) is a chronic inflammatory systemic disease of probable autoimmune etiology. Your clinical condition is responsible for a considerable negative impact on the quality of life of its patients. The purpose of this article is a case study describing the signs and symptoms of the Syndrome, so that a plan of care can be drawn through the Systematization of Nursing Care for the patient with the syndrome, with the aim of alleviating the damages caused and improving the quality of life of the same.

**KEYWORDS:** Nursing Care, Sjögren 's Syndrome, Raynaud Disease.

### INTRODUÇÃO

A Síndrome de Sjögren(SS) atualmente é definida como uma doença autoimune, crônica e inflamatória na qual as glândulas lacrimais

e salivares passam por uma destruição progressiva por linfócitos e plasmócitos, resultando na diminuição da produção de saliva e lágrimas e no ressecamento das mucosas<sup>1</sup>, originando disfunções que desencadeiam quadro clássico de xerofthalmia (olhos secos) e xerostomia (boca seca). Outras glândulas exócrinas também podem ser acometidas como o pâncreas, glândulas sudoríparas, glândulas mucosas dos trato respiratório, gastrointestinal e urogenital<sup>2</sup>.

A SS pode existir como doença primária das glândulas exócrinas (Síndrome de Sjögren primária) ou estar associada a outras doenças auto-imunes como artrite reumatóide, lúpus eritematoso sistêmico, esclerose sistêmica progressiva, esclerodermia, doença de Graves, dentre outras (Síndrome de Sjögren secundária)<sup>2</sup>. Atualmente, cerca de nove mulheres são acometidas para cada homem, por este motivo, disfunções hormonais parecem fazer parte da fisiopatologia no desenvolvimento da SS, principalmente as deficiências de andrógenos, estrógeno e de progesterona<sup>2</sup>.

As manifestações que os pacientes acometidos pela SS apresentam, correspondem à chamada “síndrome sicca”, sendo as mais comuns: manifestações oculares, orais, músculo-esqueléticas, respiratórias, genitourinárias, cutâneas, vasculares e psiquiátricas.

Há diversas outras patologias que um paciente afetado pela SS pode a vir desenvolver, e uma delas é o Fenômeno de Raynaud (FRy) que se apresenta como uma desordem relativamente comum, na maioria das vezes é considerado primário ou idiopático, sendo um evento funcional benigno e sem associação a nenhuma doença, mas também pode ser tido como secundário, podendo estar associado a algumas condições, principalmente a doenças reumáticas autoimunes.

O FRy caracteriza-se por episódios reversíveis de vasoespasmos de extremidades, associados a alterações de coloração que são divididas em três fases: palidez devido a falta de oferta de sangue (isquemia), cianose, causada por venostase e desoxigenação, e rubor, causado pela reperusão. Ocorre após exposição ao frio ou a situações de estresse e geralmente acontece nas mãos e nos pés. Em casos mais graves pode também acometer o nariz, orelhas ou língua. O paciente também pode apresentar dor e/ou parestesia<sup>3</sup>.

O estabelecimento do diagnóstico da SS é fundamental para a instituição precoce do tratamento<sup>1</sup>. Não há uma cura para a síndrome, o tratamento tem por objetivo o alívio dos sinais e sintomas, com conseqüente melhora na qualidade de vida dos pacientes, além da modificação no curso da doença a fim de que as sequelas sejam evitadas ou minimizadas<sup>2</sup>.

Este trabalho foi elaborado por acadêmicas do curso de enfermagem da Universidade de Pernambuco, para conclusão do VI módulo. Tendo como ideia primordial o planejamento da assistência de enfermagem aos pacientes afetados

pela síndrome citada anteriormente, através da Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE), que tem como propósito identificar diagnósticos de enfermagem e estabelecer intervenções e prescrições de enfermagem.

O objetivo deste estudo é apresentar um caso clínico, enfatizando a abordagem terapêutica realizada, com o intuito de melhorar a qualidade de vida, através dos cuidados prestados aos pacientes acometidos pela Síndrome de Sjögren, e assim conseguir reduzir os danos causados pela patologia.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo. O exemplo mais simples de um estudo descritivo é o relato de caso, os estudos descritivos descrevem a realidade. Não se destinam a explicá-la ou nela intervir, estudos descritivos são fundamentais quando se sabe pouco sobre um determinado assunto é conhecido. E estudos quantitativos recolhem informações comparáveis<sup>4</sup>.

O estudo foi desenvolvido no Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC), que é um hospital universitário da Universidade de Pernambuco instalado no Recife, a qual pertence ao Distrito Sanitário I. O HUOC presta assistência médica hospitalar à população pernambucana através de atendimento ambulatorial, internamento e procedimento. Dispõe de mais de 400 leitos habilitados, incluindo oncologia adulto e pediátrica, doenças Infecto Parasitárias, UTI e transplantes.

A coleta de dados foi realizada no Pavilhão Júlio de Melo onde foi escolhida uma paciente, foi realizada uma anamnese, exame físico, uma entrevista sobre os antecedentes familiares e hospitalares da paciente e para complementação foi feita uma consulta ao prontuário para verificar os dados e análise da evolução da mesma. A coleta dos dados foi realizada durante o mês de maio do ano de 2017.

Após a coleta foram identificados os problemas apresentados pela paciente e realizado o levantamento bibliográfico, para correlacionar os achados com a produção científica disponível. Foi consultado o Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) para a consulta dos descritores e para a obtenção dos artigos, utilizou-se a base de dados – BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) e utilizados os indexadores LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System on Line) e SCIELO (Scientific Eletronic Library Online). Foram utilizados os seguintes termos para a busca: “Síndrome de Sjogren” e “Fenômeno de Raynaud” cruzados com “Cuidados de Enfermagem”.

Como critério de inclusão foram considerados todos os textos completos disponíveis e em português, em bases de dados nacionais (Brasil), nos anos de 2000 a 2014 e pesquisa limitada a humanos. Mesmo com a escassez de artigos que

falem sobre a doença e suas manifestações, ao todo foram encontrados dezoito artigos, depois de realizada uma minuciosa leitura de tais, sete artigos foram utilizados por se enquadrarem adequadamente com o tema abordado neste estudo. Após a análise e interpretação de dados, foi formulado o plano de cuidados através dos diagnósticos, intervenções e resultados esperados de enfermagem, guiados respectivamente pelos North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Nursing Interventions Classification (NIC) e Nursing Outcomes Classification (NOC).

## RESULTADOS

C.P.C.F., 41 anos, feminina, parda, nega alergias, parou de fumar há 20 anos, ingere bebida alcoólica socialmente (sic), hipotireoidismo (+), hipertensão (-), diabetes (-), porém informa que sua mãe é hipertensa e diabética, sua irmã é hipertensa e seu pai apresentou um câncer de esôfago, é procedente de Serra Talhada – PE. Foi admitida no Pavilhão Júlio de Melo do Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC), no dia 23 de maio de 2017 apresentando um aumento de parótidas associado a febre e dor local há um mês; a paciente queixa-se de “olho seco” como se tivesse “areia nos olhos” (SIC); dor contínua de caráter pulsátil em hemiface direita há três meses que evoluiu para toda a face; artralgia em ombros, cotovelo (mais intensa), punho direito e joelhos; dormência em toda a face, principalmente em região perioral; sensação de língua ocupando toda a cavidade oral; dor em todos os dentes, mesmo naqueles que já foram extraídos da cavidade oral; pirose; tontura em movimentos bruscos; disúria; extremidades cianóticas; nega dor nas glândulas parótidas.

EG Regular, consciente, orientada, hidratada, anictérica, afebril (37°C), couro cabeludo íntegro, pupilas reagentes, RCR em 2T, BNF s/s, MV (+) em AHT, s/RA, PA: 110x70mmHg, FC: 92bpm, FR: 16rpm, abdome semigloboso, flácido, depressível, indolor à palpação, diurese (+), evacuações (+), apresenta extremidades frias e cianóticas.

Inicialmente foram interrogados três possíveis diagnósticos: síndrome de Sjogren, doença de IgG4 e Acrocianose. Sendo solicitados posteriormente os seguintes exames:

Ø RMN Crânio encefálica: foi encontrado um aumento nas dimensões das glândulas parótidas;

Ø USG cervical: tireóide de textura heterogênea, glândulas parótidas e submandibulares simétricas, de dimensões aumentadas com aspecto rendilhado. Alguns linfonodos reativos, fluxo vascular aumentado das glândulas ao doppler. Considerar as hipóteses diagnósticas a possibilidade de processo infeccioso/inflamatório, porém não exclui outras possibilidades;

- Ø Tac de pescoço com contraste: glândulas parótidas com dimensões aumentadas, apresentando pequenas imagens hipoatenuantes e calcificações puntiformes. Lesões linfoepiteliais benignas dentre os diagnósticos diferenciais.
- Ø Sorologias: chikungunya (-), dengue (-), HIV (-), anti HBC (-), anti HCV (-), anti HVA (-), anti HBS (+);
- Ø Exames Laboratoriais: T4 – 0,48 (baixa), T3 – 0,91 (normal), glicose – 59, leuc – 3800, plaq – 205.000, TGO – 103, TGP – 122, Fator reumatoide (-), albumina – 3,42.

## DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Diagnóstico	Intervenção	Resultados esperados
Deglutição prejudicada: relacionado a lesão neuromuscular (força ou contração diminuídas dos músculos envolvidos na mastigação, prejuízo perceptivo), evidenciado por dificuldade para deglutição e mastigação, sensação de língua aumentada, dormência perioral.	Terapia para Deglutição; Assistência no autocuidado: Alimentação; Supervisão.	- Reabilitação da deglutição; - Restabelecer alimentação por V.O.; - Promoção de Cuidados.
Dor aguda relacionado a agentes lesivos (biológicos, físicos), evidenciado por relato verbal de dor nas articulações.	Administrar medicamentos prescritos para controle da dor; Administrar analgésicos; Terapia de relaxamento; Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea (TENS).	- Controlar a dor; - Promover conforto a paciente; - Minimização e/ou erradicação da dor.
Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais relacionado a capacidade prejudicada de ingerir os alimentos, evidenciado por dormência perioral, dificuldade para mastigação.	Controle Nutricional; Alimentação por Sonda Enteral; Aconselhamento Nutricional; Monitoração Nutricional; Assistência no autocuidado: Alimentação; Ensino: Dieta Prescrita; Administração de Nutrição Parental Total.	- Prevenir Desnutrição; - Aceitação da dieta; - Manter alimentação nutricional.

Risco de disfunção neurovascular periférica, evidenciado por tecido lesado (mucosas, pele) extremidades frias, cianose, palidez.	Monitoração das extremidades; Supervisão da pele; Controle Hídrico.	-Promover termorregulação; - Propiciar a recuperação; adequada da pele -Manter a pele íntegra, hidratada e sem lesões; -Manter equilíbrio hídrico.
Risco de quedas evidenciado por tontura, artralgia.	Controle do ambiente: Segurança; Prevenção contra quedas.	-Prevenir complicações; -Prevenir queda.
Alteração na mucosa oral evidenciada por ressecamento da mucosa relacionado à Síndrome de Sjogren.	Controle do ressecamento da mucosa oral; Reidratação da mucosa oral; Prevenção de lesões na mucosa oral.	- Reabilitação da mucosa oral.

## DISCUSSÃO

A etiologia e muitos aspectos da patogênese da síndrome de SS são ainda evasivos. Vários fatores, como a predisposição genética e causas ambientais, influenciam o desenvolvimento da SS, e, somente após ocorrer lesão irreversível do órgão, tornam-se evidentes os sintomas clínicos. Além disso, o diagnóstico é dificultado pela heterogeneidade das manifestações que conduzem à demora do diagnóstico correto. Até o momento, não existe cura para essa doença, e o tratamento é limitado para o alívio dos sintomas<sup>2</sup>.

Clinicamente a paciente demonstra sinais e sintomas que podem ser associados à Síndrome de Sjögren de acordo com os achados na literatura. Quando ela mesma refere ter a sensação de mucosa ressecada e ao exame físico suas parótidas aumentadas. Uma manifestação oral bastante comum (relatada em 20% dos pacientes) é o aumento da parótida e/ou outras glândulas salivares maiores, que é assintomática e autolimitada. A xerostomia pode ser avaliada pela cintilografia, sialografia da glândula parótida, sialometria, sialoendoscopia e biópsia de glândula salivar<sup>2,6</sup>.

A paciente também refere a um ressecamento nos olhos e dificuldades de chorar em resposta a alguma emoção, este acometimento na literatura é descrito

como, diminuição da produção de lágrimas devido à destruição do epitélio conjuntival da córnea e do bulbo, determinando a ceratoconjuntivite seca. Apresenta-se com início insidioso em período de vários anos. Os pacientes queixam-se de sensação de queimação, areia ou prurido abaixo das pálpebras, dificuldade para piscar os olhos, vermelhidão e fotossensibilidade. As complicações incluem ulceração de córnea e blefarite de repetição<sup>2,6,7</sup>.

O acometimento das articulações pode ser visto em 50% dos pacientes com a doença primária desenvolvem artrite durante o curso da doença. A artrite pode preceder as manifestações secas. Os sinais e sintomas incluem artralgia, rigidez matinal, sinovite intermitente e poliartrite crônica que pode levar a artropatia de Jaccoud<sup>6</sup>.

A SS de acordo com a literatura também cursa com distúrbio tireoidiano como hipotireoidismo que têm sido descrito em muitos casos de SS primária. Em estudo, 50% dos pacientes apresentavam anticorpos antitireoideanos e sinais de função tireoidiana alterada, refletidas pelo nível elevado de TSH. A coexistência de tireoidite e SS é frequente e sugere uma genética comum ou fatores ambientais predisponentes com mecanismos patológicos semelhantes<sup>6</sup>.

As Manifestações cutâneas são menos graves que as manifestações orais, oculares e musculoesqueléticas. As principais manifestações cutâneas incluem púrpura, eritema anular e eritema pérmio-símile. O fenômeno de Raynaud é a manifestação cutânea mais comum, ocorre em 35% dos casos da doença primária. Os pacientes apresentam edema das mãos além de anormalidades capilares periungueais não específicas, sem desenvolver telangiectasias ou úlceras digitais que cursa concomitantemente com a SS<sup>3</sup>.

O FRy é uma desordem relativamente comum, acometendo cerca de 25% do sexo feminino. A predominância do sexo feminino e o início tardio da SS dirigiu a atenção para os hormônios sexuais e seu papel potencial na etiologia da SS. Em geral, os hormônios andrógenos têm sido considerados reguladores de doenças autoimunes na grande maioria dos casos, caracteriza-se por ser um evento funcional benigno, não havendo qualquer doença subjacente, sendo assim chamado de FRy primário ou idiopático, que também pode estar relacionado com a história familiar, a paciente C.P.C.F. não soube descrever se já existiu alguém em sua família que apresentasse esta desordem. O FRy pode, no entanto, ser secundário a uma série de condições locais ou sistêmicas, destacando-se as doenças reumáticas<sup>3</sup>.

Como descrito anteriormente, o FRy é dito secundário quando está associado a alguma condição ou doença subjacente, estando presente em 33% daqueles pacientes com síndrome de Sjögren. Sabe-se também que aproximadamente 10% dos pacientes com diagnóstico inicial de FRy primário desenvolvem subsequentemente uma doença reumática autoimune, sendo de fundamental importância a identificação

dos pacientes com risco significativo para o desenvolvimento dessas condições<sup>3</sup>.

Apesar da paciente C.P.C.F não apresentar manifestações pulmonares associadas a SS, a literatura aborda essas manifestações clínicas pulmonares que causam fibrose intersticial pulmonar e xerotraqueia que são mais comuns na SS primária. Sobre o envolvimento renal é clinicamente significativo e é observado em 5% dos casos da doença primária, pode ocorrer nefrite intersticial ou glomerulonefrite, embora o envolvimento glomerular na SS primária seja raro, a mais comum lesão histopatológica é um infiltrado linfocítico intersticial com atrofia tubular e fibrose<sup>5</sup>. Mesmo sendo relevante o acometimento renal na literatura, não observamos no quadro clínico da paciente.

Nas manifestações gastrintestinais e hepatobiliares os pacientes frequentemente queixam-se de disfagia devido à secura da faringe e esôfago ou devido à motilidade esofágica anormal. Náuseas e dor no epigástrico são comuns. A associação com doença hepática crônica é bem estabelecida. Em 25% dos casos há hepatomegalia e em 70% elevação de transaminases e fosfatase alcalina. Há alta incidência da doença secundária em pacientes com cirrose biliar primária, em 50% dos pacientes com esta doença há manifestações “sicca”, com 10% delas graves<sup>6,8</sup>.

Segundo alguns autores descrevem na literatura que os tratamentos prescritos nos dias de hoje, apenas preconizam um alívio sintomático da Síndrome de Sjogren. Não existindo uma cura conhecida para esta síndrome e nem a possibilidade de restauração das glândulas que foram danificadas. A terapia mais utilizada para esta patologia é à base de corticosteróides e imunossupressores<sup>3,8</sup>.

## CONCLUSÃO

Como vimos, a Síndrome de Sjögren não é uma doença comum. Diferente dos profissionais e alunos da área da saúde, aos quais foi direcionado este artigo, cujo conteúdo é bastante enriquecedor, a população não está acostumada com essa patologia e não tem acesso ou informações relacionadas à existência de publicações acadêmicas. É de extrema importância que sejam feitas campanhas de educação em saúde e distribuição de materiais informativos, para que as pessoas, independente de classe social ou qualquer outra situação, tenham acesso ao assunto e que não só os profissionais de saúde e pessoas acometidas saibam que essa patologia existe, mas que através da informação, as pessoas possam entender a gravidade da mesma, pois a falta de esclarecimento pode contribuir para o diagnóstico tardio e conseqüentemente casos bem agravados da doença.

É evidente que isso não diminuiria os casos, considerando que é uma doença

autoimune e não pode ser evitada, mas pode ser tratada de maneira correta e precocemente, e é certo que o conhecimento é um aliado poderoso se colocado em prática. É de extrema importância que os profissionais de enfermagem estejam engajados, a fim de fazer essas ações darem certo, buscando sempre atualização sobre o tema proposto e usar o saber científico com o objetivo de garantir melhor desempenho no seu papel de educador em saúde.

Através da SAE, foi estabelecido um plano de cuidados para a paciente em questão, o que foi alcançado aqui por intermédio dos diagnósticos, intervenções e prescrições de enfermagem. Esperamos por meio da disseminação desses conhecimentos, contribuir para o desenvolvimento da prestação de uma melhor assistência e com isso proporcionar uma melhora na qualidade de vida não só da paciente em questão, mas também, de outras pessoas que possam vir a desenvolver a SS no decorrer da vida.

## REFERÊNCIAS

1. Sousa J, Moraes G, Paes M, Vaz M. A atuação do Enfermeiro na identificação dos sinais e sintomas relacionados à Síndrome de Sjögren. *Rev Pesqui Cuid é Fundam Online*. 2010;2(4):1506–15.
2. Felberg S, Dantas P. Diagnóstico e tratamento da síndrome de Sjögren. *Arq Bras Oftalmol*. 2006;69(6):959–63.
3. Kayser C, Corrêa M, Andrade L. Fenômeno de Raynaud. *Rev Bras Reumatol*. 2009;49(1):48–63.
4. Aragão J. Introdução aos estudos quantitativos utilizado em pesquisas científicas. *Rev Ginecol*. 2011;III(6):59–62.
5. John Wiley & Sons L. *Diagnosticos de enfermagem da NANDA. Nursing Diagnoses - Definitions and Classification 2015-2017*. 2014. 497 p.
6. Gomes R, Renata B, Alba G, Flato U, Júnior J. Síndrome de sjögren primária. 2009;8(3).
7. Santos L, Barbalho J, Bartoli M, Amaral M, Vasconcelos B. Síndrome de Sjogren Primária - relato de caso. *Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac, Camaragibe*. 2013;13(2):63–
8. Alencar C, Rivaldo E, Padilha D, Frasca L. Síndrome de sjögren : relato de caso. *Sci Med (Porto Alegre)*. 2007;17(2):97–100.

## DOULAS VOLUNTÁRIAS EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA: RESGATE E HUMANIZAÇÃO DO PARTO NATURAL

**Vilma Maria de Santana**

Universidade federal de Pernambuco (UFPE)

**Mauricélia Ferreira Mendes**

Centro Universitário Estácio do Recife

**Kelly de Albuquerque Medeiros**

Centro Universitário Estácio do Recife

**Rosália Maria Ribeiro**

Faculdade de Ciências Humanas e Exatas do  
Sertão do São Francisco (FACESF)

**RESUMO:** **Introdução:** a humanização da assistência ao parto e nascimento pretende garantir o direito que toda mulher dispõe de ter no ciclo gravídico-puerperal, uma experiência positiva e satisfatória. **Objetivo:** analisar a importância da inserção das doulas nas maternidades públicas na assistência a mulher durante o processo de parturição. **Metodologia:** relato de experiência de enfermeiras que atuaram como doulas voluntárias, na Maternidade Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros – CISAM-UPE, onde o Projeto Doula Comunitária Voluntária do SUS encontra-se institucionalizado há cinco anos através da Rede Cegonha. As enfermeiras passaram por processo de seleção, realizando treinamento teórico e prático. **Resultados e discussão:** as enfermeiras trabalharam semanalmente, plantão de 12 horas. Acompanharam a

mulher na sala de pré-parto, parto e puerpério, utilizando recursos não invasivos como massagens e técnicas de relaxamento, bola suíça e cavalinho como adjuvante para alívio da dor. Assistiram integralmente a gestante e seu bebê antes, durante e depois do parto, incentivando o aleitamento materno. A experiência foi muito positiva, pois corroborou que o advento da doula no ambiente hospitalar proporciona trabalho de parto mais rápido e seguro, maior tolerância à dor e menos intervenções desnecessárias. **Conclusão:** o projeto de doulas nas maternidades mostrou-se de grande importância na implementação das ações humanizadas, visto que sua presença estimula e reforça a autonomia da mulher devolvendo o seu papel como protagonista do processo de parturição.

**PALAVRAS-CHAVE:** Doulas; Parto Humanizado; Saúde da Mulher.

### VOLUNTARY DOULAS IN A PUBLIC MATERNITY: RESCUE AND HUMANIZATION OF THE NATURAL BIRTH

**ABSTRACT:** Introduction: The humanization of childbirth care aims to guarantee the right that every woman has to have in the pregnancy-puerperal cycle, a positive and satisfactory

experience. **Objective:** To analyze the importance of the insertion of doulas in public maternity hospitals in assisting women during the process of parturition. **Methodology:** experience report of nurses who acted as volunteer doulas, at the Maternidade Amaury de Medeiros Integrated Health Center - CISAM-UPE, where the SUS Voluntary Community Doula Project has been institutionalized for five years through the Stork Network. The nurses went through the selection process, performing theoretical and practical training. **Results and discussion:** The nurses worked weekly, on duty for 12 hours. They accompanied the woman in the delivery, delivery and postpartum room, using non-invasive resources such as massage and relaxation techniques, swiss ball and horse as an adjunct to pain relief. They fully assisted the pregnant woman and her baby before, during and after childbirth, encouraging breastfeeding. The experience was very positive, as it corroborated that the advent of doula in the hospital environment provides faster and safer labor, greater pain tolerance and fewer unnecessary interventions. **Conclusion:** the project of doulas in maternity hospitals proved to be of great importance in the implementation of humanized actions, since its presence stimulates and reinforces the autonomy of women, returning their role as protagonist of the parturition process.

**KEYWORDS:** Doulas; Humanized birth; Women's Health

## 1 | INTRODUÇÃO

Durante os últimos anos, muito temos ouvido falar da humanização na assistência à saúde, no esforço empreendido para a melhoria das instituições hospitalares e da necessidade de políticas públicas que valorizem a condição humana, acolhendo e garantindo mais qualidade de vida ao cidadão. (Brasil, 2001)

No tocante ao cuidado da mulher, a humanização é mais que necessário, é imprescindível, visto que, durante o ciclo gravídico/puerperal, a mesma sofre significantes transformações que a deixa extremamente vulnerável, e a hora do parto é algo imaginado (e talvez já vivenciado), assustador para a maioria delas. (Filgueiras e Farias, 2019)

Neste contexto, pensando na humanização da assistência ao parto e ao nascimento, o Ministério da Saúde lançou programas como a Rede Cegonha, com vistas a implementar um novo modelo de atenção, melhorando a qualidade do atendimento as mulheres durante todo período de gestação e parto, além dos cuidados reprodutivos. Vale ressaltar que Pernambuco foi o primeiro Estado do Brasil a aderir a Rede Cegonha. (Cunha, 2017)

Graças a este programa do governo federal, foi possível o advento das doulas voluntárias nas salas de pré-parto e parto das instituições públicas do Estado. A palavra Doula vem do grego e quer dizer “mulher que serve”, trazida para

a atualidade, significa aquela que acompanha a mulher durante todo o processo de parturição, não fazendo parto, mas fazendo “parte” da equipe que acolhe e ampara a mulher durante este período. (Tempesta, 2018)

Quando as doulas chegaram às maternidades, encontraram certa resistência por parte de alguns profissionais de saúde, que as olhava como um intruso sem utilidade, que atrapalhava o andamento do serviço. As pessoas que achavam isso (ou acham), eram (são) aquelas presas as condutas do passado, onde a mulher era tão violada nesses momentos, que ter um parto vaginal tornava-se sinônimo apenas de dor e sofrimento. (Herculano et al, 2018)

A naturalidade do parto foi devastada desde a institucionalização do assistência ao parto, a mulher foi tirada de sua casa, colocada dentro do hospital, perdendo o direito sobre seu próprio vida. Os médicos (mas não apenas eles), se “apropriaram” do corpo da mulher, ditando regras, impondo práticas absurdas como parir em posição litotômica, não a deixando participar ativamente do nascimento de seu filho, além de ver dilacerado seu períneo com a desculpa de “vou dá um corte pra te ajudar”. (Zanardo et al, 2017)

O parto que, antes acontecia dentro de casa, junto a família, praticamente deixou de existir, restringindo-se a localidades rurais, às populações mais pobres, com suas parteiras, reconhecidas e respeitadas nas comunidades onde vivem pelo valoroso trabalho desempenhado. A tradição de “pegar menino” foi passada de mães e avós, conservado até os dias de hoje nas regiões interioranas do Brasil. (Pereira, 2016)

As doulas não são parteiras, mas junto a mulher, ajuda a trazer a naturalidade do parir, proporcionando suporte físico e emocional, além de ajudar nos primeiros cuidados do recém-nascido. A parturiente é assistida por elas de forma integral, respeitando sua individualidade, sua subjetividade, sua forma de sentir esse momento, de vivenciar de maneira singular. (Filgueiras e Farias, 2019)

A partir disso, o presente estudo busca analisar de que forma a assistência prestada pela doula durante o período de pré-parto, parto e puerpério reflete no bem estar físico e emocional da mulher, e como seu trabalho colabora para o protagonismo da mulher.

## 2 | METODOLOGIA

Este estudo trata-se de um relato de experiência vivenciado no período de maio a agosto de 2018, por enfermeiras que atuaram como doulas voluntárias, na Maternidade Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros – CISAM-UPE, onde o Projeto Doula Comunitária Voluntária do SUS encontra-se institucionalizado há cinco anos onde foi implementado através da Rede Cegonha.

O projeto Doulas Comunitárias Voluntárias do SUS já está em ação há cinco anos, e como o nome já diz, é um trabalho voluntário, sem vínculo profissional, podendo qualquer mulher maior de vinte e um anos, participar do programa.

A formação das doulas do SUS, passa por processo de inscrição e seleção, realizando treinamento teórico e prático, abordando: o trabalho de uma doula, ética profissional; anatomia e fisiologia relacionadas a dinâmica do parto, importância do voluntariado, dentre outros; e só podendo atuar após devida conclusão. As aulas são fornecidas pelas enfermeiras obstetras que trabalham na instituição onde se deu a pesquisa.

Os plantões são semanais de 12 horas, existindo livro de ponto e caderno para relatórios diários das ocorrências no PPP. Além das práticas do cuidado com a parturiente, como técnicas não farmacológicas para alívio da dor, existe orientações quanto aos cuidados ao aleitamento materno, atenção ao recém-nascido e a puérpera. As doulas se reportam a supervisão de enfermagem, e devem seguir a regras da instituição como as medidas para prevenção de infecções, tais como, a correta lavagem das mãos e não uso de adornos durante o serviço.

### 3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Durante a experiência, foi possível verificar o quanto a doula é requisitada pela mulher durante o trabalho de parto, chegando, muitas vezes, a falar que não a “abandone” enquanto seu bebe não nascer. Estudos de Borja et al (2018) mostrou dados semelhantes, o carinho da parturiente que fala: *“Ela (a doula) era um carinho comigo, como se já me conhecesse, eu me senti segura com ela. Eu a tenho como uma pessoa da minha família...”*

A equipe de saúde da sala de pré-parto e parto, mostrou-se muito satisfeito com o trabalho das doulas na instituição, referem que as mulheres sentem-se seguras em tê-las ao seu lado, e que o trabalho de parto, flui mais positivamente. Entretanto, em pesquisas de Barbosa et al (2018) realizadas com doulas voluntárias na cidade de João Pessoa (PB), mostrou que ainda existem conflitos junto a equipe assistencial, e, em sua maioria, as doulas disseram não se sentir a vontade em trabalhar próxima a alguns profissionais do setor.

Entretanto, em análise realizada por Herculano et al ((2018) com profissionais de saúde que atuam em uma outra maternidade localizada no mesmo Estado (PB) revelou que a equipe de saúde admite ser de relevância o apoio dado pelas doulas no PPP, e destacam que, devido à sobrecarga laboral, não podem dedicar-se exclusivamente a uma gestante, por isso, quando tem doulas no plantão, eles sabem que as mulheres receberão o suporte emocional de que tanto necessitam.

Em relação as práticas não farmacológica para alívio da dor, como exemplos,

a massagem lombar, a bola suíça, o estímulo a deambulação, a mudanças de posição, dentre outros, foi visto que a mulher possui melhor aceitação quando são incentivadas pela doula. A relação doula/parturiente simboliza carinho e confiança, respeitando sempre a vontade que a mulher deseje fazer os exercícios. Como na narração de Borja et al (2018) *“Se tivessem (doulas) em todas as maternidades, com certeza, todas as mulheres que estivessem lá iam adorar, igual a mim, amei!!!”*

A partir da dimensão desse relatos, é possível deduzir eficácia no apoio oferecido pela doula, porquanto, as parturientes assistidas por elas, tiveram significativa redução da dor e dos medos do parto, além da redução de tempo de trabalho de parto. Estudos de Lima (2016), apontam a doula como um elo entre os profissionais de saúde e a mulher e familiar, transmitindo informações e orientações por meio do diálogo, promovendo a evolução de um trabalho de parto mais sereno, pois, ao surgirem dúvidas e medos, poder-se-ão ser melhor enfrentados com ajuda da mesma.

A maioria das doulas existentes na instituição de estudo, relata que desejou ser doula por já ter sofrido violência em seus parto, ou vivenciado junto a alguma parente/amiga, dessa forma, estavam ali para ajudar aquelas outras mulheres, evitando essas “maldades”. Em estudo de Ferreira Junior e Barros (2016), foi encontrado semelhante relato em um grupo de formação específica para doulas onde *“O desejo de ajudar outras mulheres parece ser o principal desencadeador de novas adeptas à ocupação de doula. Há também uma necessidade pessoal de superar situações negativas por elas vivenciadas”*.

Sobre o incentivo ao parto natural, é visto que a doula tem papel importante na decisão de muitas mulheres ao desejarem este tipo de parto, porquanto, sabem que as mesmas as ajudarão a cuidar do seu bem-estar físico e emocional, que serão acolhidas com desvelo e segurança, respeitando seu corpo e sua cultura, empoderando-as no protagonismo do processo de parturição. (Souza e Souza, 2018)

Neste contexto, observa-se que a assistência obstétrica, intra ou extrahospitalar (casas de parto/domicílios), pode proporcionar a realidade de um cuidado humanizado, juntos, médicos, enfermeiros, técnicos, e agora, o mais novo membro da equipe, a doula, que supre a demanda de emoção e afeto, que não é preenchida por nenhum outro profissional (por falta de tempo/paciência/sobrecarga funcional), no acolhimento a mulher durante o trabalho de parto. (Barbosa et al, 2018)

#### 4 | CONCLUSÃO

Através desta experiência pode-se concluir que o advento das doulas nas maternidades públicas é de grande relevância, visto que, sua presença durante

o período de parturição promove resultados positivos como bem estar físico e emocional a mulher, resgatando a naturalidade do parto, e colocando-a novamente, como protagonista deste cenário.

Percebeu-se que a presença da doula possibilita, substancialmente, a diminuição o tempo de trabalho de parto, e favorece melhor comunicação entre a equipe de saúde e a parturiente, estendendo a interação ao acompanhante/familiar, fazendo com que o processo de parto e o nascimento decorra em um ambiente de confiança e harmonia.

Dessa forma, a iniciativa de projetos como Programa de Doula Comunitária Voluntária do SUS, viabiliza um cuidado holístico e integral dentro dos princípios da humanização, e precisa ser expandido a todas as instituições do país.

## REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de **Assistência à Saúde Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde.

Barbosa MBB, et al. **Doulas como dispositivos para humanização do parto hospitalar: do voluntariado à mercantilização**. Saúde Debate | Rio de Janeiro, V. 42, N. 117, P. 420-429, abr-jun 2018

Borja TJ, Freitas WMF, Santos LS, et al. **O Cuidado Prestado por Doulas em uma Maternidade Pública: O Olhar das Puérperas**. Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro. 2018;8:e2878

Cunha, MAO. **Análise da política Rede Cegonha: a atenção ao pré-natal e ao parto e nascimento no Recife, 2011 a 2015** / Márcia Andréa Oliveira da Cunha. - Recife: [s.n.], 2017. 306 p.

Ferreira Junior, AR; Barros, NF. **Motivos para atuação e formação profissional: percepção de doulas**. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 26 [ 4 ]: 1395-1407, 2016

Filgueiras, ACC; Faria, HMC. **O Resgate Do Saber Feminino No Parto: O Acompanhamento Da Doula Através De Um Olhar Gestáltico**. Cadernos De Psicologia – CESJF - jun.2019 v.1 n.1 p.533-554

Herculano TB, et al. **Doulas como gatilho de tensões entre modelos de assistência obstétrica: o olhar dos profissionais envolvidos**. Saúde Debate | Rio De Janeiro, V. 42, N. 118, P. 702-713, jul-set 2018

Lima, PO. **A compreensão sobre o trabalho da doula sob diferentes pontos de vista em uma maternidade do Vale do Jequitinhonha** / Patrícia de Oliveira Lima. – Diamantina, 2016.

Pereira, MS. **Associação das Parteiras Tradicionais do Maranhão: relato da assistência ao parto**. Saúde Soc. São Paulo, v.25, n.3, p.589-601, 2016 58

Souza, LC; Souza, OS. **Participação das Doulas Junto às Grávidas e Parturientes**./ Larissa Costa de Souza; Osmaíara Silva de Souza. - Porto Velho – RO 2018

Tempesta, GA. **Trabalhando pelos bons vinculamentos: Reflexões antropológicas sobre o ofício das doulas**. Anuário Antropológico, II 2018, 37-66

Zanardo, GLP et al. **Violência Obstétrica No Brasil: Uma Revisão Narrativa.** Psicologia & Sociedade, vol. 29, 2017, pp. 1-11

## ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E O PARTO HUMANIZADO: CONTRIBUIÇÕES PARA VIVÊNCIA DO PROCESSO DE PARTURIÇÃO

**Wilma Maria de Santana**

Universidade Federal de Pernambuco(UFPE)

**Tatiana Ferreira do Nascimento**

Hospital Universitário Osvaldo Cruz/UPE

**Rosália Maria Ribeiro**

Faculdade de Ciências Humanas e Exatas do Sertão do São Francisco(FACESF)

**Beatriz Michaele Cavalcanti dos Santos**

Centro Universitário Estácio do Recife

**Wanessa Marcella Barros Firmino**

Centro Universitário Estácio do Recife

**Mauricélia Ferreira Mendes**

Centro Universitário Estácio do Recife

**RESUMO: Objetivos:** o presente estudo teve por objetivo identificar na literatura científica brasileira a atuação dos enfermeiros obstetras no parto natural humanizado, analisando suas condutas dentro do trabalho de parto e parto.

**Metodologia:** levantamento bibliográfico realizado nas bases de dados BDEF (Banco de Dados em Enfermagem), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Scielo (Scientific electronic library online). Definição temporal: artigos publicados no período de 2016 a 2019. Foi determinado como critério de seleção dos estudos a atuação do enfermeiro obstetra na assistência a parturiente e as práticas executadas durante o processo

de parturição. A seleção foi realizada por meio de leitura flutuante dos títulos e resumos, seguida pela leitura integral dos artigos. Foram consideradas relevantes em relação à temática deste estudo 14 produções, categorizadas em 2 eixos temáticos. **Resultados:** a pesquisa apontou que a atuação do enfermeiro obstetra na assistência a mulher no trabalho de parto e parto proporciona o resgate da naturalidade deste processo, contribuindo para a qualificação do assistência prestada ao parto e ao nascimento; sobre as práticas realizadas, foi observado que as mesmas são comprovadamente benéficas para mãe e filho, sem intervenções desnecessárias. **Conclusão:** a enfermagem obstétrica tem colaborado para o aumento dos índices de partos normais e a redução significativa na taxas de cirurgia cesariana, devolvendo o protagonismo a mulher, proporcionando uma experiência mais positiva e enriquecedora do processo de parturição.

**PALAVRAS-CHAVE:** Humanização; Trabalho de parto; Enfermagem Obstétrica; Cuidados de Enfermagem

OBSTETRIC NURSING AND HUMANIZED BIRTH: CONTRIBUTIONS TO LIVING WITH

**ABSTRACT:** Objectives: This study aimed to identify in the Brazilian scientific literature the performance of obstetric nurses in humanized natural childbirth, analyzing their conduct within labor and delivery. Methodology: bibliographic survey conducted in the databases BDENF (Nursing Database), LILACS (Latin American and Caribbean Health Sciences Literature) and Scielo (Scientific electronic library online). Temporal definition: articles published from 2016 to 2019. It was determined as a criterion for selection of studies the performance of obstetric nurses in assisting parturient women and the practices performed during the parturition process. The selection was made by fluctuating reading of titles and abstracts, followed by the full reading of articles. Were considered relevant in relation to the theme of this study 14 productions, categorized into 2 thematic axes. Results: the research pointed out that the performance of the obstetric nurse in assisting women in labor and delivery provides the rescue of the naturalness of this process, contributing to the qualification of care provided at childbirth and birth; Regarding the practices performed, it was observed that they are proven beneficial for mother and child, without unnecessary interventions. Conclusion: Obstetric nursing has contributed to the increase in normal birth rates and the significant reduction in cesarean section rates, returning the role to women, providing a more positive and enriching experience of the parturition process.

**KEYWORDS:** Humanization; Labor of giving birth; Obstetric Nursing; Nursing care

### 1 | INTRODUÇÃO

Durante milênios, o partejar era um ritual feminino com suas inúmeras significações e particularidades, um evento que naturalmente acontecia no ambiente familiar que recepcionava o novo membro da família no momento de sua chegada, assistido por parteiras, geralmente uma mulher mais velha, sem saberes científicos, exercendo seu ofício como sacerdócio. (Fabrizzio et al, 2019)

Em meados do século XIX, a medicina ocupou o protagonismo no processo de parturição e institucionalizou a assistência, fazendo com que o atendimento empírico prestado por parteiras perdesse espaço, ficando restrito aquelas mulheres das zonas rurais ou as que não tinham condições financeiras de serem atendidas nos grandes hospitais. (Palharini e Figueirôa, 2018)

Apesar de o modelo hospitalocêntrico ter contribuído com a queda da mortalidade materna e neonatal, as perdas advindas para mulher somou-se ao longo dos anos. O padrão intervencionista de assistência tirou a naturalidade do parto, trouxe a medicalização, impôs regras e condutas, e deixou a mulher subordinada a vontade dos profissionais de saúde das maternidades. (Brasil, 2014)

A mulher perdeu sua individualidade, autonomia e sexualidade, nas esferas

hospitalares. Foi obrigada a separar-se da família, teve suas roupas e pertences sequestrados, passando por rituais de jejum e enemas, além de suportar as dores do parto em uma posição que em nada contribuía para seu alívio. O parto normal tornou-se “anormal”, deixando de ser considerado um fenômeno natural e fisiológico. As mulheres em trabalho de parto tornaram-se “pacientes”, gestação e parto viraram eventos patológicos. (Palma e Donelli, 2017)

O relato traumático das violências obstétricas sofridas por grande parte das mulheres, associada a oferta indiscriminada de partos cesarianos, fizeram com que as mesmas “desaprendesse” a forma de parir via natural. Como consequência, o número de cesarianas nos hospitais privados chegou a quase totalidade dos partos, e o que se verificou, foi um grande contingente de bebês nascendo com insuficiência respiratória grave, necessitando de cuidados intensivos em virtude de serem retirados do útero prematuramente. (Oliveira et al, 2018)

Na tentativa de mudança deste quadro, o Ministério da Saúde vem criando políticas de saúde voltadas à humanização da assistência do Parto e do Nascimento, e os números tem mostrado que, mesmo lentamente, tais ações tem alcançado êxito, visto que, desde o ano de 2009, ocorre decréscimo na taxa de cirurgias cesarianas no país. (Brasil, 2017)

Humanização do parto significa respeito a decisão da mulher, autonomia para escolher o que quer fazer, onde e quando deseja fazer, afinal, ela é a protagonista deste processo, que pode decidir como anseia parir e com quem deseja estar neste momento. Neste contexto, é visto que a enfermagem obstétrica tem papel fundamental para o sucesso da construção de um panorama mais favorável oferecendo uma concepção mais humanista e libertadora para a mulher. (Brasil, 2014)

Assim, este estudo tem o objetivo verificar na literatura científica brasileira qual a relevância da assistência prestada pelo enfermeiro obstetra no parto natural humanizado, as condutas efetuadas durante o período de parturição, e competências que possui para um acolhimento de qualidade.

## 2 | METODOLOGIA

Levantamento bibliográfico realizado nas bases de dados BDEF (Banco de Dados em Enfermagem), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Scielo (Scientific electronic library online). Como critérios de inclusão artigos publicados no período de 2016 a 2019. O estudo foi dividido em: atuação do enfermeiro obstetra na assistência a parturiente e práticas executadas durante este processo.

### 3 | RESULTADOS

Foram selecionadas 14 artigos relacionados ao tema do estudo. Buscou-se verificar resultados e dados de pesquisas que pudessem refletir o estado atual da enfermagem obstétrica no Brasil.

Temática 1 - Atuação da enfermeira obstetra na assistência a mulher durante o trabalho de parto e parto			
Identificação	Metodologia	Objetivo	Resultados
Cordeiro EL, Silva TMDa, Silva LSR da et al. A Humanização na Assistência Ao Parto e ao Nascimento. Rev enferm UFPE on line., Recife, 12(8):2154-62, ago., 2018	Estudo quantitativo, de campo, descritivo e exploratório,	Analisar as ações de humanização realizadas pelos enfermeiros na assistência ao parto e ao nascimento.	Os enfermeiros reconhecem que os programas de humanização trazem benefícios às parturientes, ao recém-nascido e aos seus familiares
Lima PC, Cavalcante MFA, Melo SSS, et al. A Vivência de adolescentes assistidas por enfermeiros obstetras durante o processo de parturição. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro. 2017;7:e1823.	Pesquisa descritiva, exploratória, de natureza qualitativa,	Descrever a vivência de adolescentes durante o processo de parturição e a atuação da enfermagem obstétrica com base nos depoimentos das adolescentes e discutir à luz da literatura pertinente	Permitiu identificar o aflorar de sentimentos e sensações das adolescentes no processo parturitivo como a dor e a satisfação de ver o filho e a inserção de tecnologias não invasivas de alívio da dor utilizadas pelos enfermeiros obstetras
Medeiros RMK, et al. Cuidados humanizados: a inserção de enfermeiras obstétricas em um hospital de ensino. Rev Bras Enferm 2016;69(6):1029-36.	Estudo transversal, realizado em uma unidade de PPP de um hospital de ensino da capital do estado de Mato Grosso.	Analisar a assistência prestada em uma unidade de Pré-parto/ Parto/Pós-parto (PPP) de um hospital de ensino após a inserção de enfermeiras obstétricas	Sugerem que a inserção das enfermeiras obstétricas contribuiu para a qualificação do cuidado prestado ao parto e ao nascimento, uma vez que ocorreu a redução de intervenções, como a episiotomia e as cesarianas
Torres, DG. et al. Percepción social de usuarias atendidas exclusivamente por enfermeras en la etapa perinatal. Revista Enfermería Actual, teléfono 2511-21-18	Pesquisa com abordagem qualitativa, descritiva	Analisar as representações sociais dos usuários sobre a atenção brindada pelas obstetras enfeirujadas na instituição.	Os usuários indicaram que o atendimento recebido fazia parte de um quadro de humanização, confiança, que possibilita atender a um parto de acordo com seus costumes, o que, baseado na teoria, reflete a autonomia profissional
Sousa AMM, et al. Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. Esc Anna Nery 2016;20(2):324-331	Estudo transversal	Discutir práticas na assistência ao parto em instituições de saúde, onde atuam conjuntamente médicos e enfermeiras obstétricas	Práticas úteis: livre movimentação (96%), métodos não farmacológicos para dor (74,2%), práticas prejudiciaisposição deitada (66,8%), Kristeller (9,3%); práticas usadas inapropriadamente: amniotomia (67,1%), ocitocina (41,7%), episiotomia (8,4%).

Possati AB, et al. Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras. Escola Anna Nery 21(4) 2017	Pesquisa qualitativa descritiva.	Conhecer os significados atribuídos ao parto humanizado por enfermeiras de um centro obstétrico	A humanização do parto foi compreendida como um conjunto de práticas e atitudes pautadas no diálogo, empatia e acolhimento; comprovadamente benéficos
Moreira NJMP, Souza NVDO, Progianti JM. Condições de trabalho no hospital: percepções de enfermeiras obstétricas. Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2017; 25:e26999.	Pesquisa qualitativa	Descrever as percepções de enfermeiras obstétricas sobre suas condições de trabalho	As condições de trabalho percebidas pelas enfermeiras foram a instabilidade no vínculo de contrato; a busca por produtividade que descaracteriza o cuidado humanizado e a violência simbólica representada pela desqualificação e divisão sexual do trabalho
Pereira ALF, et al. Percepções das enfermeiras obstetras sobre sua formação na modalidade de residência e prática profissional. REME – Rev Min Enferm. 2018	Pesquisa qualitativa	Descrever as percepções das enfermeiras obstetras sobre a formação na modalidade de residência e suas interfaces com a prática profissional.	Mostraram que as EO têm percepção positiva sobre sua formação em programa de residência, mas mencionam contradições entre o enfoque no cuidado humanizado do ensino teórico e a persistência do modelo medicalizado nos cenários do ensino em serviço

Figura 1. Artigos que após análise do quadro sinóptico foram agrupados na temática 1 - Atuação da enfermeira obstetra na assistência a mulher durante o trabalho de parto e parto.

<b>Temática 2 - Práticas executadas pela enfermeira obstétrica, durante o processo de parturição</b>			
<b>Identificação</b>	<b>Tamanho da Amostra/ Abordagem do estudo/ Metodologia</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Resultados</b>
Guida NFB, et al. Conformidade das práticas assistenciais de enfermagem com as recomendações técnicas para o parto normal. Rev Rene. 2017 jul-ago; 18(4):543-50	Estudo transversal	Descrever a conformidade das práticas assistenciais de enfermagem obstétrica com as recomendações técnicas para o parto normal	Todas as práticas avaliadas têm conformidade adequada com as preconizadas pela OMS
Vargens OMC, Silva ACV, Progianti JM. Contribuição de enfermeiras obstétricas para consolidação do parto humanizado em maternidades no Rio de Janeiro-Brasil. Escola Anna Nery 21(1) 2017	Estudo descritivo, quantitativo, transversal	Identificar as práticas empregadas por enfermeiras obstétricas na assistência ao parto em maternidades públicas e sua contribuição na consolidação da humanização do parto e nascimento.	Na Maternidade A, 68,50% dos partos foram acompanhados por enfermeiras obstétricas. Na Maternidade B, estes foram 43,07%. Predominou a adoção de posições vert (78,95%). episiotomia ocorreu em apenas 4,0% dos partos

Campos BCV, et al. Perfil da assistência hospitalar prestada por enfermeiras residentes em obstetrícia em Brasília, Distrito Federal. Com. Ciências Saúde. 2016; 27(4):291-300	Estudo descritivo de abordagem quantitativa por meio de análise documental	Descrever os resultados de parâmetros de assistência ao parto prestado por enfermeiras residentes de enfermagem obstétrica em um hospital-ensino do Distrito Federal	A maioria dos partos foram conduzidos sem uso de ocitocina (62,7%). A posição litotômica materna foi predominante (73,9%). Na maioria dos partos não foi realizada episiotomia (85,2%)
Reis CSC. et al. Análise de partos acompanhados por enfermeiras obstétricas na perspectiva da humanização do parto e nascimento. J. res.: fundam. care. online 2016. out./dez. 8(4): 4972-4979	Estudo descritivo, retrospectivo, quantitativo, baseado na análise documental	Analisar partos acompanhados pelas enfermeiras obstétricas relacionando sua prática com a política de humanização do parto e nascimento.	A posição horizontal dorsal ocorreu em 12,89% dos partos. A incidência de episiotomia foi de 15,52%. Das que não foram submetidas a episiotomia, 36,42% permaneceram com períneo íntegro.
Romão RS, et al. Qualidade da Assistência Obstétrica Relacionada ao Parto Por Via Vaginal: Estudo Transversal. Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro. 2018;8:e2907	Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa, com delineamento transversal	Identificar a qualidade da assistência durante o parto normal	As maiores frequências identificadas apresentaram pontuação 3 e 4, caracterizando a qualidade da assistência durante o parto normal do referido hospital como de média qualidade
Alvares AS, et al. Práticas humanizadas da enfermeira obstétrica: contribuições no bem-estar materno. Rev Bras Enferm 2018;71(Suppl 6):2620-27.	Estudo de abordagem quantitativa	Analisar a prática de enfermeiras obstétricas atuantes em uma unidade de pré-parto/parto/pós-parto de um hospital universitário	Os resultados indicam que a prática das enfermeiras obstétricas está pautada na humanização do parto e nascimento,.

Figura 2. Artigos que após análise do quadro sinóptico foram agrupados na temática 2-Práticas executadas pela enfermeira obstétrica, durante o processo de parturição

## 4 | DISCUSSÃO

Após a leitura na íntegra das publicações incluídas nesta revisão foi realizado o agrupamento em duas temáticas, considerando a similaridade de conteúdo, a saber: a atuação do enfermeiro obstetra na assistência a parturiente e as práticas executadas durante o processo de parturição.

## Atuação da Enfermeira Obstetra na Assistência a Mulher durante o trabalho de parto e parto

Estudos de Cordeiro et al (2018) no Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros/Universidade de Pernambuco, verificou que a profissional enfermeira obstétrica proporciona às mulheres um maior sentimento de segurança e tranquilidade durante processo de parturição, além de melhorar as condições de nascimento.

Dados semelhantes foram encontrados nos trabalhos de Lima et al (2017), realizado no alojamento conjunto de uma Maternidade de Referência Estadual na cidade de Terezina (PI) onde observou nos relatos das puérperas, imensa satisfação: *“Eu gostei muito da enfermeira que cuidou de mim, ela me deu muita assistência, tava comigo lá o tempo todo, sempre que eu pedi pra chamar ela tava lá, e eu gostei muito da assistência”*.

Em estudos de Medeiros et al (2016) executados em um hospital de ensino de Cuiabá, no estado de Mato Grosso, onde a assistência a parturiente até o ano de 2014 era predominantemente médica, mostrou que a inserção da enfermagem obstétrica reconfigurou a forma de cuidado a mulher, contribuindo para a qualificação do assistência prestada ao parto e ao nascimento, trazendo para o âmbito hospitalar as condutas preconizadas pela OMS para o parto e nascimento.

Trabalhos de Torres et al (2018) em uma maternidade localizada no Estado do México, atendida exclusivamente por enfermeiras obstétricas, as usuárias apontaram que a atenção prestada foi em uma estrutura de humanização, responsabilidade e confiança, segundo seus relatos: *“o tratamento é muito bom, eles tentam tornar tudo natural, são muito quentes, muito próximos (...)”, “... foi a minha primeira experiência que tive e qual a atenção que eles me deram significou muito para mim, era como se eu estivesse em casa com pessoas de confiança”*.

Em análise de Sousa et al (2016) efetivado em Belo Horizonte (MG), os resultados mostram ser incisiva a participação das enfermeiras obstétricas na prática assistencial a mulher durante o processo de parturição, na humanização das maternidades, segundo os preceitos da OMS e MS. Seus estudos ainda revelaram dificuldade para a transformação do modelo tecnocrático, que ainda vigora em muitos hospitais, no qual, a mudança do cenário assistencial ainda é um desafio e requer esforços de todos, através das políticas públicas, profissionais de saúde e da sociedade.

Pesquisa sobre a humanização da assistência, em um Centro Obstétrico (CO) de um hospital de referência do sul do Brasil, com um grupo de enfermeiras

obstetra, revelou que ainda existem dificuldades (e não são poucas) quanto à questão da formação médica em obstetrícia. As condutas médicas são baseadas, em grande parte, na utilização de intervenções desnecessárias, enquanto as da enfermagem se mostram diferenciadas, respeitando a fisiologia do parto. (Possati et al, 2017)

Estudos de Moreira, Souza e Progiante (2017) com 15 enfermeiras obstétricas atuantes em instituições hospitalares da cidade Rio de Janeiro, sobre sua percepção a respeito das condições de trabalho, revelam em seus depoimentos, a existência da hierarquia do campo obstétrico, a hipocrisia maquiada, uma violência simbólica que discrimina e desvaloriza este tão importante grupo profissional.

Outro estudo com enfermeiras obstetras qualificadas em curso de especialização na modalidade de residência na cidade do Rio de Janeiro, verificou que apesar da ideia positiva em relação à formação profissional, as egressas do curso encontraram restrições institucionais e conflitos paradigmáticos nas orientações das práticas assistenciais. Os conteúdos teóricos nas aulas têm enfoque no respeito à autonomia e à integridade física da mulher, mas o que é visto na prática são procedimentos desnecessários (*“Aqui estou como enfermeira obstétrica [sic] e tentamos ter esse perfil humanizado. Mas, dentro do ambiente hospitalar, ainda é muito difícil e tem sempre intervenções de outros profissionais”*). (Pereira et al, 2018)

## **Práticas executadas pela enfermeira obstétrica, durante o processo de parturição**

Pesquisas observadas por Guida et al (2017), em duas maternidades públicas do município do Rio de Janeiro (RJ), que possui equipes de enfermeiras obstétricas lotadas no centro obstétrico, apresentou resultados positivos com grandes avanços em conformidade com as normas técnicas, como a frequência de episiotomia em cerca de 2,0%. Tal resultado contrasta com o que acontece nas maternidades do país, onde é praticado em 53,5% das parturientes.

Investigação realizada por Vargens, Silva e Progiante (2017) em dois hospitais-maternidade da rede pública municipal do Rio de Janeiro, constataram que as práticas mais usadas pelas enfermeiras obstétricas estão de acordo com as diretrizes preconizadas pela OMS. Como exemplo, a episiotomia aconteceu em apenas 3,12% dos partos assistidos pelas enfermeiras obstétricas em uma instituição, e 2,12% no outro hospital, totalizando, apenas 5,24% casos, percentual muito abaixo do tolerável pela OMS, que corresponde a 10%.

Foi observado que em um hospital Regional do Distrito Federal, após o incremento da residência em enfermagem obstétrica no ano de 2012, o número

de intervenções junto a parturiente, caiu consideravelmente onde, em relação à episiotomia, seu uso em 2011 foi de 42,4% durante a assistência ao parto, em 2012 e 2014 obtiveram uma porcentagem muito menor (9,5% e 4,5%, respectivamente); em relação à posição utilizada pelas parturientes durante o período expulsivo, as posições verticalizadas eram pouco usadas (2011 e 2012 - 3% e 4,8%, respectivamente) enquanto em 2014 alcançou 36,4%. (Campos et al, 2016)

Em um hospital de ensino, após a inserção de enfermeiras obstétricas na unidade PPP, observou-se que simultâneo à entrada dessas profissionais, a introdução de métodos não invasivos e não farmacológicos no cuidado à parturiente, estiveram presentes em 83% dos partos, onde anteriormente não havia menção do fato. Na referida instituição, a assistência passou a ser compartilhado com a equipe médica, estabelecendo um processo de transição no modelo tradicional até então predominante. (Medeiros et al, 2016)

Em estudos de Reis et al (2016) foi referida a importância da enfermagem obstétrica na mudança de paradigma quanto ao uso indiscriminado de ocitócitos, ao rompimento prematuro das membranas amnióticas, a redução do colo uterino, a episiotomia, além de ter contribuído para a diminuição dos índices de partos cesarianos.

Estudos realizado por Romão et al (2018) em um hospital em Uberlândia, MG, onde o atendimento à parturiente é, predominantemente, realizado por médicos, mostra intervenções que interferem no processo fisiológico do parto como a episiotomia com percentual de 28%. Isto corrobora que a prática da enfermagem obstétrica atua de maneira diferenciada, baseada em evidências científicas que tem como premissa o melhor para a mãe e filho, interferindo apenas quando se faz necessário.

Análises realizadas em um hospital universitário de Cuiabá, Mato Grosso, mostrou que a enfermeira obstetra despontou como a profissional capacitada a oferecer o cuidado humanizado ao parto e nascimento, ou seja, promover a autonomia e o empoderamento das mulheres durante a parturição. O resultado final do trabalho demonstrou que 76% das entrevistadas que fizeram parte do estudo, tiveram ótimo bem-estar com a assistência recebida, sendo os questões mais pontuadas: o respeito e o apoio que estes profissionais prestaram a parturiente. (Alvares et al, 2018)

## 5 | CONCLUSÃO

A inserção da enfermagem obstétrica no mercado de trabalho ainda é pequena diante da grandiosa necessidade de humanização da assistência no Brasil, mas está predestinada a crescer substancialmente, visto que, a forma de atuação possui

o diferencial humanitário, holístico respeitando a autonomia e individualidade da mulher.

O estudo verificou que a atuação da enfermeira obstetra contribui para o aumento dos índices de partos normais e a redução de cesarianas eletivas, além de evitar as intervenções desnecessárias que tanto penalizam as mulheres.

## REFERÊNCIAS

Alvares AS, et al. **Práticas humanizadas da enfermeira obstétrica: contribuições no bem-estar materno**. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(Suppl 6):2620-27.

Brasil. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento** / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**: Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

Cordeiro EL, Silva TM da, Silva LSR da et al. **A Humanização na Assistência Ao Parto e ao Nascimento**. Rev enferm UFPE on line., Recife, 12(8):2154-62, ago., 2018

Campos BCV, et al. **Perfil da assistência hospitalar prestada por enfermeiras residentes em obstetrícia em Brasília, Distrito Federal**. Com. Ciências Saúde. 2016; 27(4):291-30

Fabrizio GC, Schmalfluss JM, Silveira L, et al. **Práticas Obstétricas de uma Parteira: Contribuições para a Gestão do Cuidado de Enfermagem à Parturiente**. Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro. 2019;9:e2892

Guida NFB, et al. **Conformidade das práticas assistenciais de enfermagem com as recomendações técnicas para o parto normal**. Rev Rene. 2017 jul-ago; 18(4):543-50

Lima PC, Cavalcante MFA, Melo SSS, et al. **A Vivência de adolescentes assistidas por enfermeiros obstetras durante o processo de parturição**. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro. 2017;7:e1823.

Medeiros RMK, et al. **Cuidados humanizados: a inserção de enfermeiras obstétricas em um hospital de ensino**. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016;69(6):1029-36. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0295>

Moreira NJMP, Souza NVDO, Progianti JM. **Condições de trabalho no hospital: percepções de enfermeiras obstétricas**. Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2017; 25:e26999.

Niy DY, Oliveira VC, Oliveira LR, Alonso BD, Diniz CSG. **Como superar a cultura da imobilização física das parturientes?** Resultados parciais de estudo de intervenção em São Paulo, SP, Brasil. Interface (Botucatu). 2019; 23: e180074

PALHARINI, LA; FIGUEIRÔA, SFM. **Gênero, história e medicalização do parto: a exposição “Mulheres e práticas de saúde”**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.25, n.4, out.-dez. 2018, p.1039- 1061.

Palma, C.C., Donelli, T.M.S. **Violência obstétrica em mulheres brasileiras**. Psico (Porto Alegre),

Pereira ALF, et al. **Percepções das enfermeiras obstetras sobre sua formação na modalidade de residência e prática profissional.** REME – Rev Min Enferm. 2018

Possati AB, et al. **Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras.** Escola Anna Nery 21(4) 2017

Reis CSC. et al. **Análise de partos acompanhados por enfermeiras obstétricas na perspectiva da humanização do parto e nascimento.** J. res.: fundam. care. online 2016. out./dez. 8(4): 4972-4979

Romão RS, et al. **Qualidade da Assistência Obstétrica Relacionada ao Parto Por Via Vaginal: Estudo Transversal.** Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro. 2018;8:e2907.

Sousa AMM, et al. **Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais.** Esc Anna Nery 2016;20(2):324-331

Torres, DG. et al. **Percepción social de usuarias atendidas exclusivamente por enfermeras en la etapa perinatal.** Revista Enfermería Actual, teléfono 2511-21-18

Vargens OMC, Silva ACV, Progianti JM. **Contribuição de enfermeiras obstétricas para consolidação do parto humanizado em maternidades no Rio de Janeiro-Brasil.** Escola Anna Nery 21(1) 2017

## LESÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS RELACIONADAS AO TRABALHO DA ENFERMAGEM

**Francisco das Chagas Araújo Sousa**

Universidade Estadual do Piauí, Teresina - PI

**Kadja Fernanda Tinoco**

UniFacema, Caxias – MA

**Lennara de Siqueira Coelho**

Faculdade AESPI-FAPI

**Alessandra Kelly Freire Bezerra**

Faculdade AESPI-FAPI, Teresina - PI

**Bianara Raelly Duarte Ibiapina dos Santos**

Faculdade AESPI-FAPI, Teresina – PI

**Francirraimy Sousa Silva**

Faculdade AESPI-FAPI, Teresina – PI

**Lorena Rocha Batista Carvalho**

Faculdade AESPI-FAPI, Teresina – PI

**Marcelo de Moura Carvalho**

Faculdade AESPI-FAPI, Teresina - PI

**Eduardo Vidal de Melo**

Faculdade AESPI-FAPI, Teresina – PI

**Emmanuel Alves Soares**

Faculdade AESPI-FAPI, Teresina - PI

**RESUMO:** **Introdução:** As Lesões por Esforços Repetitivos (LER) e os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT), são síndromes que atingem o sistema músculo esquelético, desencadeadas pelo esgotamento físico das estruturas anatômicas do sistema osteomuscular, estando associadas à falta de tempo de recuperação, caracterizado

pela ocorrência de outros sintomas interligados ou não, podendo a vir desencadear incapacidade laboral temporária. **Objetivo:** identificar o perfil das lesões músculo esqueléticas ocasionadas durante o trabalho da enfermagem. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo exploratório com abordagem quantitativo, realizada com 42 profissionais da equipe de enfermagem de uma unidade de pronto atendimento na cidade de Caxias - MA. A coleta de dados deu-se por meio de dois instrumentos: um com a caracterização sociodemográfica e outro com o questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares (QNSO). **Resultados:** As principais queixas dos profissionais de enfermagem foram dor na região dorsal e lombar (19%), houve uma porcentagem igual dos que referiram desconforto na região do pescoço e ombro (11,9%), pescoço e zona dorsal (11,9%), pescoço e zona lombar (11,9%), seguida por ombro (9,5%). O perfil dos profissionais caracteriza-se por uma alta prevalência do sexo feminino (81,0%), sendo essas em sua maioria técnicas de enfermagem (62,6%), evidenciando que a enfermagem continua sendo uma profissão predominantemente feminina e por elas não possuírem o mesmo potencial de desenvolvimento muscular dos homens estão mais sujeitas a desenvolverem DORT.

**Conclusão:** A alta taxa de distúrbios osteomusculares entre os trabalhadores poderá ser o início da conscientização para que os gestores e colaboradores das instituições busquem em conjunto, soluções para redução da ocorrência desses agravos sobre as condições de trabalho desses profissionais.

**PALAVRAS-CHAVE:** Equipe de Enfermagem; Saúde do trabalhador; Transtornos Traumáticos Cumulativos.

## NURSING-RELATED SKELETAL MUSCLE INJURIES

**ABSTRACT: Introduction:** Repetitive Strain Injury (RSI) and Work-Related Musculoskeletal Disorders (WRMSD) are syndromes that affect the skeletal muscle system, triggered by the physical exhaustion of the anatomical structures of the musculoskeletal system, being associated with the lack of recovery time, characterized by the occurrence of other interconnected symptoms or not, which may trigger temporary work disability. **Objective:** to identify the profile of skeletal muscle injuries caused during nursing work. **Methodology:** This is a descriptive exploratory study with a quantitative approach, conducted with 42 professionals of the nursing team of a emergency care unit in the city of Caxias-MA. Data were collected through two instruments: one with the sociodemographic characterization and the other with the Nordic Musculoskeletal Questionnaire (QNSO). **Results:** The main complaints of nursing professionals were pain in the dorsal and lumbar region (19%), there was an equal percentage of those who reported discomfort in the neck and shoulder region (11.9%), neck and dorsal zone (11.9%), neck and lumbar zone (11.9%), followed by shoulder (9.5%). The profile of the professionals is characterized by a high prevalence of females (81.0%), most of them nursing technicians (62.6%), showing that nursing remains a predominantly female profession and for them not. having the same muscle development potential as men are more likely to develop WMSD. **Conclusion:** The high rate of musculoskeletal disorders among workers may be the beginning of awareness for managers and employees of institutions to jointly seek solutions to reduce the occurrence of these injuries on the working conditions of these professionals.

**KEYWORDS:** Nursing Team; Worker's health; Cumulative Traumatic Disorders.

## 1 | INTRODUÇÃO

As Lesões por Esforços Repetitivos (LER) e os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT), são síndromes que atingem o sistema músculo esquelético, desencadeadas pelo esgotamento físico das estruturas anatômicas do sistema osteomuscular, estando associadas à falta de tempo de recuperação, caracterizado pela ocorrência de outros sintomas interligados ou não, podendo a vir desencadear incapacidade laboral temporária (Silva et al., 2016).

LER/DORT são termos usados para designar as afecções que podem ser apresentadas como: tenossinovite, síndrome do túnel do carpo, tendinite, bursite, ombro doloroso, lombalgia e outras patologias associadas a fadiga muscular que podem ocorrer principalmente no ombro e pescoço. Resultante de uma origem ocupacional ela pode ser motivada de forma combinada ou do uso repetido e forçado de grupamentos musculares e da manutenção inadequada da postura (Brasil, 2004).

Existem vários trabalhadores com queixas de dor sendo atribuída ao seu trabalho. No Brasil, a partir da década de 1980, a taxa de ocorrência de distúrbios musculoesqueléticos (LER/DORT) representam um dos grupos de doenças ocupacionais com os dados disponíveis registradas mais prevalentes, tendo um aumento de mais de 80% segundo estatísticas referentes à população de trabalhadores segurados (Brasil, 2013).

Nesse contexto, diversos estudos em todo o mundo têm destacado a elevada morbidade por DORT entre profissionais de enfermagem, a exigência de postura inadequada na prestação de cuidados, aspectos como a escala de trabalho e o baixo quantitativo de pessoal por turnos, a rotina intensa de cuidados dispensados aos pacientes, assim como as características morfológicas dos clientes e a inadequada configuração física dos móveis nos locais de trabalho, sendo considerados elementos que contribuem para explicar o desenvolvimento dessas lesões (Brasil, 2004).

A pesquisa desenvolveu-se com base na seguinte questão norteadora: Quais fatores de risco ocasionam o aparecimento de lesões osteomusculares provenientes do trabalho da enfermagem?

Tendo-se como ponto de partida esta questão inicial, teve-se como objetivo geral identificar o perfil das lesões músculo esqueléticas ocasionadas durante o trabalho da enfermagem. Entrelaçando-se com o objetivo geral elaborou-se os seguintes objetivos específicos: Descrever os principais fatores que levam a ocorrência de lesões músculo esqueléticas; identificar as principais lesões que acometem os profissionais de enfermagem; Analisar a relação entre os fatores de risco percebidos e os problemas de saúde apontados pelos trabalhadores de enfermagem no contexto hospitalar.

## **2 | METODOLOGIA**

Tratou-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem quantitativa dos dados. O cenário da realização desse estudo foi a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), no município de Caxias do Estado do Maranhão. A população fonte para realização desta pesquisa foi a equipe de enfermagem da unidade de pronto atendimento (UPA), que possui 60 funcionários envolvendo enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. E de acordo com os critérios de inclusão

e exclusão, e após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido 42 pessoas participaram da pesquisa.

Os critérios de inclusão para os participantes desta pesquisa foram: os profissionais devem pertencer ao grupo de funcionários da unidade de pronto atendimento; fazer parte da equipe de enfermagem; e aqueles que aceitarem de livre e espontânea vontade participar da respectiva pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos da pesquisa os profissionais de enfermagem que se recusaram a participar e aqueles que não possuíam o TCLE devidamente assinado. Os dados foram coletados no período compreendido entre agosto e outubro de 2017, mediante a aplicação de um questionário sócio demográfico e de um questionário nórdico de sintomas musculoesqueléticos (QNSO) aos participantes do estudo.

Em relação ao procedimento coleta dos dados, foi realizada por meio de visitas a unidade de pronto atendimento participante no cenário do estudo pela própria pesquisadora, onde houve um primeiro contato com a responsável da instituição, para explicação dos objetivos da pesquisa a ser realizada. Em seguida o questionário foi repassado aos funcionários juntamente com o TCLE e após devolução armazenados em envelopes o que garantiram o anonimato dos participantes. As variáveis levantadas no instrumento deste estudo foram: sociodemográfico e conhecimento da intensidade, frequência e local de acometimento das lesões musculoesqueléticas.

Após informações serem coletadas através dos questionários, os dados foram transcritos com a máxima fidelidade, dando início ao processo de organização e análise dos dados. As informações foram organizadas e tabuladas utilizando o Microsoft Excel versão 2010 para Windows e as análises estatísticas foram feitas por meio do SPSS versão 20.0 para Windows (SPSS Inc. Chicago, IL 60606, EUA). Foi utilizada análise univariada e multivariada. Na análise univariada utilizou-se estatística descritiva simples, com uso de porcentagens para avaliar as características socioeconômicas, sociodemográfico, estilo de vida e a frequência de dor nos participantes do estudo. Na análise multivariada utilizou-se o teste de qui-quadrado para avaliar a associação das variáveis qualitativas. Os dados que resultaram foram confrontados com a literatura científica sobre o assunto para fins de discussão e conclusão do estudo.

O projeto foi apreciado e devidamente aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde de Caxias - MA (SMS). Em seguida foi submetido a Plataforma Brasil, direcionado ao comitê de Ética e Pesquisa (CEP), que mais convinha com o CAAE Nº 71205417.6.0000.8007. O desenvolvimento do estudo seguiu todos os procedimentos éticos de pesquisa seguindo as técnicas adequadas descritas na literatura para o cumprimento dos preceitos éticos relacionados à pesquisa em seres

humanos estabelecidos pela resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A pesquisadora bem como o orientador responsável pelo desenvolvimento do estudo assegurou que nenhum participante foi submetido à pesquisa sem ter garantida a sua privacidade e protegida sua integridade física e moral e sem ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

### 3 | RESULTADOS

A apresentação dos resultados está organizada em duas partes. Na primeira, mostram-se as análises univariadas e na segunda, as multivariadas. Nas análises univariadas, são apresentadas a caracterização dos profissionais quanto as variáveis socioeconômico e demográfico, estilo de vida, prevalência de dor osteomuscular, frequência de desconforto musculares de acordo com a região anatômica e frequência de sintomas musculoesqueléticas em profissionais de saúde, nos últimos 12 meses, nos últimos sete dias e sua ausência do trabalho. Na análise multivariada apresenta-se a associação entre as variáveis sociodemográfico, estilo de vida e desconforto osteomuscular em profissionais de saúde.

#### 3.1 Caracterização dos profissionais de saúde segundo variáveis socioeconômico e demográficas

A tabela 1 apresenta os resultados socioeconômica e demográfica dos profissionais de saúde, onde o estudo revelou que a maioria eram do sexo feminino (81,0%), com idade entre 21 a 30 anos (81,0%). Em relação ao estado civil, houve prevalência de indivíduos solteiros (50,0%), com ensino médio completo (40,5%), seguido por indivíduos que possuem o ensino superior completo (35,7%). Quando abordados sobre o número de filhos houve uma porcentagem igual dos profissionais que referiram ter filhos (50,0%) e os que referiram não ter filhos (50,0%). Quanto a profissão houve o predomínio de técnicos de enfermagem (66,7%), com carga horaria de 36 horas semanais (76,2%) e trabalhavam apenas em uma única instituição (61,9%).

VARIÁVEIS	N	%
<b>SEXO</b>		
Feminino	34	81,0
Masculino	8	19,0
<b>IDADE</b>		
21 a 30	34	81,0
31 a 40	8	19,0
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Solteiro	21	50,0

Casado	16	38,1
Companheiro	4	9,5
Divorciado	1	2,4
<b>ESCOLARIDADE</b>		
Fundamental completo	1	2,4
Médio Completo	17	40,5
Superior completo	15	35,7
Superior incompleto	9	21,4
<b>FILHOS</b>		
Sim	21	50,0
Não	21	50,0
<b>PROFISSÃO</b>		
Enfermeiro	11	26,2
Técnico de enfermagem	28	66,7
Auxiliar de enfermagem	3	7,1
<b>HORAS DE TRABALHO SEMANAL</b>		
24 H	10	23,8
36 H	32	76,2
<b>TEM SEGUNDO EMPREGO</b>		
Sim	16	38,1
Não	26	61,9
TOTAL	42	100

Tabela 1. Caracterização dos profissionais de saúde segundo variáveis socioeconômico e demográficas. Caxias – MA, 2017. (N=42)

Fonte: Pesquisa direta, 2017.

### 3.2 Dados relativos ao estilo de vida dos profissionais de saúde

Em relação ao estilo de vida, conforme apresenta a tabela 2 abaixo, o estudo revelou que a maior parte dos profissionais não realizavam atividade física (85,3%) e não praticavam o uso do tabagismo (92,9%). Quando abordados sobre o consumo de álcool, observou-se que a maioria consumia bebida alcoólica (52,4%).

VARIÁVEIS	N	%
<b>FAZ ATIVIDADE FÍSICA</b>		
Sim	18	14,7
Não	24	85,3
<b>FUMA</b>		
Sim	3	7,1
Não	39	92,9
<b>TOMA BEBIDA ALCOÓLICA</b>		
Sim	22	52,4
Não	20	47,6
TOTAL	42	100

Tabela 2. Dados relativos ao estilo de vida dos profissionais de saúde. Caxias – MA, 2017.

### 3.3 Prevalência de dor osteomuscular referida por profissionais de saúde

Em relação prevalência de dor osteomuscular referida por profissionais de saúde, conforme mostra a tabela 3, a maioria dos profissionais declararam sentir dor ou fadiga muscular (78,6%). Quanto a frequência da dor ou fadiga 45,2% declararam ter sentido duas ou três vezes nos últimos doze meses, seguido por 28,6% que declararam ter sentido o desconforto entre quatro a seis vezes no último ano. Em relação a intensidade da dor ou fadiga, a maioria dos profissionais referiram ter dores intensas (38,1%).

VARIÁVEIS	N	%
<b>DOR OU FADIGA MUSCULAR</b>		
Sim	33	78,6
Não	9	21,4
<b>FREQUÊNCIA DA DOR OU FADIGA</b>		
Duas ou três vezes	19	45,2
Quatro a seis vezes	12	28,6
Mais de seis vezes	2	4,8
Nenhum	9	21,4
<b>INTENSIDADE DA DOR OU FADIGA</b>		
Leve	2	4,8
Moderado	15	35,7
Intenso	16	38,1
Nenhum	9	21,4
TOTAL	42	100

Tabela 3. Prevalência de Dor osteomuscular referida por profissionais de saúde. Caxias – MA, 2017. (N=42)

Fonte: Pesquisa direta, 2017.

### 3.4 Frequência de desconforto muscular em profissionais de saúde, de acordo com a região anatômica

O gráfico 1 apresenta os resultados relacionados ao desconforto osteomuscular dos profissionais de acordo com a região anatômica, onde houve um predomínio maior daqueles que não referiram ter sentido desconforto muscular (21,4%), seguido dos profissionais que referiam dor na região dorsal e lombar (19%). Além do mais, houve uma porcentagem igual dos que referiram desconforto na região do pescoço e ombro (11,9%), pescoço e zona dorsal (11,9%), pescoço e zona lombar (11,9%), seguida por ombro (9,5%).

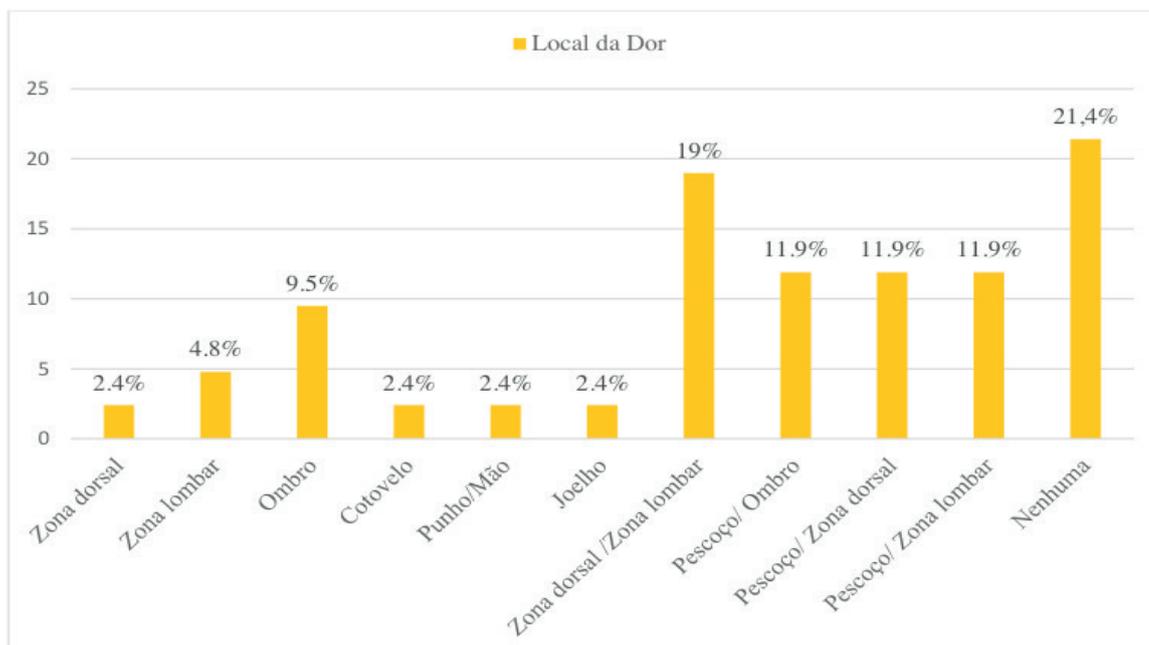


Gráfico 1. Frequência de desconforto musculares em profissionais de saúde, de acordo com a região anatômica. Caxias – MA, 2017. (N=42)

Fonte: Pesquisa direta, 2017.

### 3.5 Frequência de sintomas musculoesqueléticos em profissionais de saúde, nos últimos 12 meses, nos últimos sete dias e ausência do trabalho

O gráfico 2 apresenta os resultados relacionados aos sintomas musculoesqueléticos dos profissionais, com destaque entre os participantes que relataram presença dos sintomas nos últimos doze meses (71,4%). Em relação a presença de sintomas nos últimos sete dias, apenas 31,0 % referiram sentir desconforto muscular. Quando questionados se nos últimos doze meses o problema impediu a realização do trabalho 97,6% dos profissionais responderam que não.

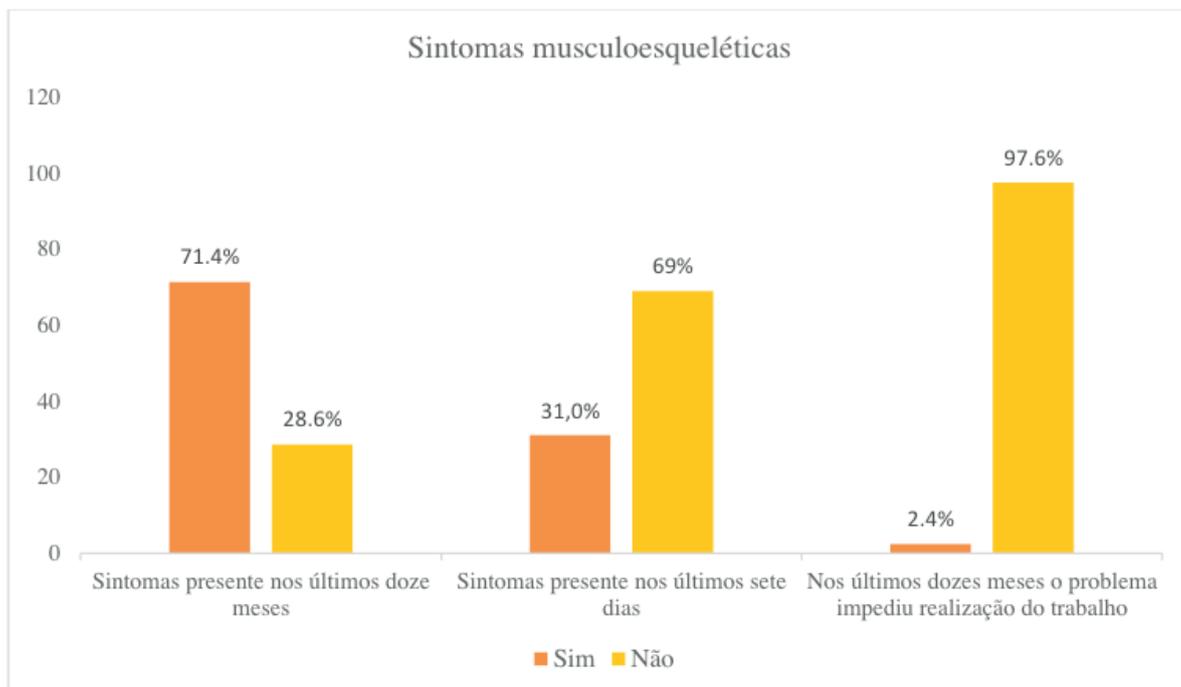


Gráfico 2. Frequência de sintomas musculoesqueléticos em profissionais de saúde, nos últimos 12 meses, nos últimos sete dias e ausência do trabalho. Caxias – MA, 2017. (N=42)

Fonte: Pesquisa direta, 2017.

### 3.6 Associação entre a presença de dor muscular e fatores associados em profissionais de saúde

A tabela 4 apresenta a associação entre a dor muscular e fatores associados em profissionais de saúde, onde, das nove variáveis selecionadas na análise multivariada, apenas duas apresentaram significância estatística no modelo de *Pearson* para explicação de dor osteomusculares ao nível de significância de 5%: atividade física (<0,002) e segundo emprego (<0,008).

Variáveis	Dor
	P-value
Idade	0,118
Gênero	0,557
Filhos	0,227
Atividade física	0,002
Profissão	0,243
Horas de trabalhos semanal	0,638
Tem segundo emprego	0,008
Etilismo	0,525
Fuma	0,181

Tabela 4. Associação entre a presença de dor muscular e fatores associados em profissionais de saúde. Caxias – MA, 2017 (N=42)

Teste qui-quadrado de Pearson (SPSS). A correlação é significativa ao nível de <0,05.

Fonte: Pesquisa direta, 2017.

## 4 | DISCUSSÃO

Dentre os profissionais que participaram do estudo a maioria eram compostas pelo sexo feminino, com faixa etária entre 21 a 30 anos, solteiros, segundo grau completo, com filho, e em sua maioria técnicos de enfermagem, que possuem emprego único, carga horária de 36 horas, e 61,9% trabalhavam em apenas uma única instituição.

Os achados relacionados às características socioeconômicas e demográficas dos participantes desta pesquisa corroboram com outros estudos anteriores realizados com profissionais de saúde. No estudo realizado por Silva, Rocha, Kawano, Gomes Neto e Martinez (2014), com 76 profissionais de saúde, realizado no hospital Irmã Dulce, na cidade de Salvador-BH, apresentou resultados semelhantes ao do estudo, mostrando que a maioria dos participantes eram do sexo feminino (64,5%), com média de idade entre 28 anos.

Estudo internacional realizado por Attar (2014), em um hospital de ensino geral na região ocidental da Arábia Saudita, com 200 profissionais de enfermagem, apresentou resultados semelhantes ao da pesquisa, mostrando que a maioria dos profissionais eram do sexo feminino, com idade entre 21 a 30 anos.

Apesar do gênero não apresentar associação significativa entre desconforto muscular, vários estudos tem mostrado a prevalência de lesões musculoesqueléticas no sexo feminino. Este fato pode ser justificado pelo notável predomínio das mulheres na enfermagem, onde além das responsabilidades e atividades repetitivas das quais são submetidas, ressalta-se a dupla ou tripla jornada (Anunciação, Sales, Andrade, Silveira & Paiva, 2016).

Em relação a situação marital, o estudo revelou o predomínio das mulheres solteiras. Em contrapartida, estudo realizado por Lima et al. (2014), envolvendo 498 trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário do Rio Grande do Sul, Brasil, apresentou resultados divergentes ao do estudo, mostrando que mais da metade dos profissionais eram casados (69,3%).

No que se refere a escolaridade dos profissionais, a maioria possuíam ensino médio completo, seguido de ensino superior completo. Esses achados corroboram com o estudo de Monteiro e Faro (2015), envolvendo 86 trabalhadores da equipe de enfermagem da Unidade neonatal, UTI neonatal e Banco de leite humano de um hospital universitário, mostrando que mais da metade dos profissionais referiram possuir ensino médio completo (55,8%) e já tinham concluído o curso de especialização (27,91%).

Quanto ao número de filhos, houve uma porcentagem igual dos profissionais com filhos e os que referiram não ter filhos. Em contrapartida, no estudo realizado Ribeiro (2012), com 291 profissionais de saúde, em um hospital público, referência

para atendimento de emergência/urgência, na cidade de Salvador – BH, apresentou resultados divergentes ao da pesquisa, mostrando que mais da metade dos profissionais possuíam filhos (62,0%).

Em relação a profissão, a maioria dos profissionais eram técnicos de enfermagem, bem como na pesquisa realizado por Monteiro e Faro (2015), com 86 trabalhadores de enfermagem da Unidade neonatal, UTI neonatal e Banco de leite humano de um hospital universitário, mostrando que 70,9% dos profissionais eram compostos por auxiliares e técnicos de enfermagem e 20,1% eram enfermeiros.

Do mesmo modo, no estudo realizado por Lima et al. (2014), com 634 trabalhadores de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), também houve resultados semelhantes ao do estudo, mostrando que a maioria dos profissionais eram técnicos de enfermagem (44,6%) e enfermeiros (28,9%).

Em relação as horas de trabalho semanal, houve o predomínio dos profissionais que trabalhavam 36 horas semanais. Esses achados corroboram com o estudo de Anunciação et al. (2016), realizado com 25 profissionais de enfermagem de uma unidade de internação clínica, em Minas Gerais – MG, mostrou que (92%) trabalham em regime de 36 horas semanais.

Apesar dos resultados relacionados ao tempo de trabalho, não apresentarem associação significativa entre desconforto muscular, Anunciação et al. (2016), relata que as longas jornadas de trabalhos, em trabalhadores de enfermagem, podem ocasionar exaustão, fadiga e até mesmo afetar a assistência aos pacientes. Isso pode estar relacionado ao fato desses profissionais estarem exposto a um sistema de plantões extensos e de duplos cargos, que são muito comuns nesse grupo, devido à baixa remuneração (Brito, & Correio, 2017).

Quando abordados sobre outras ocupações, o estudo mostrou associação significativa entre possuir um segundo emprego e dor muscular, evidenciando que a maioria possuía apenas um vínculo empregatício. Esses achados estão em conformidades com o da pesquisa de Ribeiro et al. (2012), com 291 profissionais de saúde, em um hospital público, referência para atendimento de emergência/urgência, na cidade de Salvador – BH, mostrando que a maioria dos profissionais não possuíam outros trabalhos, em 65,9%.

Em contrapartida, no estudo de Góes (2014), com 144 profissionais de enfermagem, realizado no hospital Municipal de Foz do Iguaçu (HMF1), mostrou resultados similar ao da pesquisa, mostrando que entre os trabalhadores que indicaram ter outra atividade profissional ou outro vínculo empregatício na profissão de enfermagem, em 41,4%. O mesmo autor ratifica que estes vínculos extras, que nem sempre são na mesma área de atuação, podem vir a potencializar os agravos a saúde destes trabalhadores.

Quanto a prática de atividade física, o estudo apontou um alto índice de trabalhadores que não praticavam nenhum tipo de atividade física, evidenciando uma associação significativa com a variável de interesse. Esses achados estão em conformidade com o estudo de Vidor et al. (2014), com 110 trabalhadores de enfermagem das equipes de cirurgia, em um Hospital de Clínicas de Porto Alegre, mostrando que (84,0%) dos profissionais relataram não praticar atividade física.

O estilo de vida sedentário tem sido citado em várias pesquisas como fator de risco associado ao desenvolvimento de lesões osteomusculares. Estudos na literatura, ao investigarem a prevalência de distúrbios musculoesqueléticos e os fatores associados entre trabalhadores da área da saúde, verificaram elevado percentual entre os trabalhadores de saúde que não praticavam atividade física (Monteiro, & Faro, 2015).

No que se refere a relação entre tabagismo e dor muscular, não houve associação entre as variáveis, evidenciando que os profissionais relataram não terem o hábito de fumar. Esses achados estão em consonância ao estudo de Lourenção, Sanches, Todesco e Soler (2017), entre 104 profissionais de diferentes áreas da saúde, de uma Faculdade de Medicina do interior paulista, mostrando que a maioria dos profissionais de saúde não fumavam (96,1%).

Alguns achados na literatura têm mostrado indícios sobre a relação entre tabagismo e dor muscular, haja vista que o consumo de cigarro pode diminuir a resistência dos músculos responsáveis pela estabilização dos segmentos corporais, como a coluna lombar, predispondo a dor. Além do mais, a nicotina pode afetar o sistema nervoso central, interferindo na percepção da dor pelos indivíduos (Luz et al., 2017).

Quando abordados sobre o etilismo, houve o predomínio dos profissionais que relataram não ingerir bebida alcoólica, não apresentando associação com a variável de interesse. Esses achados estão divergentes ao da pesquisa realizada por Ribeiro (2012), com 291 profissionais de saúde, em um hospital público, referência para atendimento de emergência/urgência, na cidade de Salvador – BH, mostrando que o consumo de bebida alcoólica estava presente, com frequência de uma vez por semana ou mais.

Quanto a prevalência de dor osteomuscular, houve o predomínio dos profissionais que relataram sentir dor ou fadiga muscular (78,6%). Do mesmo modo, no estudo de Brito e Correio (2017), com 22 profissionais de enfermagem que atuam em centro cirúrgico, em um hospital privado de cunho filantrópico de grande porte de um município do interior da Bahia, apresentou resultados similar ao do estudo, mostrando que a maioria dos profissionais relataram sentir algum desconforto físico, em 63,6%. O mesmo autor afirma que a dor é um importante

sintoma osteomuscular que deve ser valorizado e investigado para que a terapêutica seja estabelecida e os fatores de risco sejam minimizados.

No que se refere a frequência de dor, os indivíduos relataram sentir dor ou desconforto com uma frequência entre duas a três vezes (54,2%). Isto pode ser consequência dos fatores de risco relacionados ao trabalho da equipe de enfermagem que levam o desenvolvimento de distúrbios musculoesqueléticos, os quais causam dor em ossos, articulações, músculos ou estruturas circunjacentes, podendo a dor ser classificada como aguda ou crônica, focal ou difusa (Luz et al., 2017).

Quanto a intensidade da dor, houve a prevalência de indivíduos que relataram sentir dor intensa (38,1%). Esses resultados estão semelhantes ao do estudo realizado por Lima et al. (2014), com 634 trabalhadores de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), mostrando que a maioria dos profissionais apresentaram dor de intensidade forte, em 39,0%. Isso, se deve ao fato de, no ambiente de trabalho, os profissionais continuam expostos aos riscos ergonômicos causadores dos problemas osteomusculares (Brito, & Correio, 2017).

Embora neste estudo houve o predomínio daqueles que não referiram sentir algum desconforto muscular de acordo com região anatômica, observou-se queixas de sintomas musculoesqueléticas em região dorsal/lombar (19,0%), pescoço/ombro (11,9%) e pescoço/dorsal (11,9%) e pescoço/lombar (11,9%). Esses achados corroboram com o estudo de Vidor et al. (2014), em um hospital universitário terciário do sul do Brasil, com 110 trabalhadores de enfermagem das equipes de cirurgia, mostrando a prevalência de sintomas osteomuscular em região do pescoço/ombro (31,0%), região dorsal (28,0%) e região lombar (34,0%).

Em relação a frequência de sintomas osteomuscular, houve o predomínio dos que referiram sentir a presença de desconforto nos últimos 12 meses (71,4%). Esses achados estão em conformidades ao da pesquisa de Monteiro e Faro (2015), envolvendo 86 trabalhadores da equipe de enfermagem da Unidade neonatal, UTI neonatal e Banco de leite humano de um hospital universitário, apresentou resultados divergentes ao do estudo, mostrando um percentual maior dos trabalhadores que referiram sintomas em alguma região corpórea nos últimos 12 meses, em 87,21%.

## 5 | CONCLUSÃO

Ao término desse estudo pode-se perceber que o perfil dos profissionais de enfermagem acometidos por LER/DORT caracterizam-se por uma alta frequência no sexo feminino, em sua maioria técnicas de enfermagem. Os principais sintomas, de acordo com a região corpórea mais afetada, foram a zona dorsal/zona lombar, pescoço/ombro, pescoço/zona dorsal, pescoço/zona lombar, ombro, membros

superiores (braço, cotovelo), punho/mãos e joelhos.

Considera-se como principais limitações dessa pesquisa, um baixo espaço amostral, a recusa de alguns trabalhadores a participarem do estudo e a dificuldade em encontrar os profissionais com horário disponível para responder ao questionário devido à alta demanda de trabalho.

Portanto, atrelado às condições de trabalho vivenciadas pelos profissionais de enfermagem, a alta taxa de distúrbios osteomusculares entre os trabalhadores poderá ser o início da conscientização para que os gestores e colaboradores das instituições busquem em conjunto, soluções para redução da ocorrência desses agravos sobre as condições de trabalho desses profissionais, tais como: a análise ergonômica do trabalho, melhor dimensionamento de pessoal conforme necessidade de cuidados do paciente, garantia de férias, educação permanente em saúde do trabalhador, reduzindo assim a sua exposição à doença.

Conclui-se que lesões osteomusculares é um tema de extrema importância para estudos específicos que poderão contribuir para o aumento da eficácia e a qualidade dos serviços oferecidos pela enfermagem, como maneira de impulsionar o crescimento de programas com grupos de trabalho e de estudos que permitam a continuidade de pesquisas que possam futuramente intervir com estratégias de promoção à saúde do trabalhador e prevenção das LER/DORT.

## REFERÊNCIAS

- Anunciação, CGM, Sales, LA, Andrade, MC, Silveira, CA, & Paiva, SMA. (2016). Sinais e sintomas osteomusculares relacionada ao trabalho em profissionais de enfermagem. *Revista Saúde*, 42(2), 31-40.
- Carolina Barbosa da Silva\*, Caroline Souza Andrade Rocha\*\*, Márcio Massao Kawano\*\*\*, Attar, SM. (2014). Frequency and risk factors of musculoskeletal pain in nurses at a tertiary centre in Jeddah, Saudi Arabia: a cross sectional study. *Bmc Research Notes*, 7(1), 1-6.
- Brasil. (2004). Portaria n.º 777, de 28 de abril de 2004. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2013). Anuário estatístico da Previdência Social 2000: seção I – benefícios: auxílios. Brasília, DF: Ministério da Previdência Social.
- Brito, CF, Correio, LMGP. (2017). Caracterização do desconforto físico relacionado à ergonomia em profissionais de enfermagem do centro cirúrgico. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 6(1), 20-29.
- Góes, E.P. (2014). Avaliação da prevalência de sintomas osteomusculares e fatores associados em trabalhadores de enfermagem de um hospital público do oeste do Paraná. *Revista Unioeste*, 16(24), 163-187.
- Lelis, CM, Battaus, MRB, Freitas, FCT, Rocha, FLR, Marziale, MHP, & Robazzi, MLCC. (2012). Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho em profissionais de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(3), 477-482.
- Lima, ACS, Magnago, TSBS, Prochnow, A, Ceron, MDS, Schardong, AC, & Scalcon, CB. (2014).

Fatores associados à dor musculoesquelética em trabalhadores de enfermagem hospitalar *Revista de enfermagem – UERJ*, 22(4), 526-32.

Lourenção, LG, Sanches, NF, Todesco, TN, & Soler, ZASG. (2017). Queixas de distúrbios osteomusculares em aprimorando e aperfeiçoando atuantes em um hospital de ensino. *Revista de enfermagem UFPE*, 11(1), 383-92.

Luz, EMF, Magnago, TSBS, Greco, PBT, Ongaro, JD, Lanes, TC, & Lemos, JC. (2017). Prevalência e fatores associados à dor musculoesquelética em trabalhadores do serviço hospitalar de limpeza. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 26(2), 1-10.

Monteiro, CR, Faro, ACM. (2015). Sintomas osteomusculares em trabalhadores de enfermagem de uma unidade neonatal, UTI neonatal e banco de leite humano. *Revista Brasileira de Medicina Trabalho*, 13(2), 83-90.

Ribeiro, FN. (2012). Prevalência de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho em profissionais de enfermagem. *Revista brasileira de epidemiologia*, 15(2), 429-38.

Silva, CB, Rocha, CSAR, Kawano, MM, Gomes Neto, M, & Martinez, BP. (2014). Sintomas osteomusculares em fisioterapeutas e enfermeiros no ambiente hospitalar. *Revista Pesquisa em Fisioterapia*. 4(3), 173-182.

Silva, ICJ, Alves, NR, Nogueira, MS, Mendonça, RMC, Alves, FAVB, Alves, AG, Valente, PHF. (2016). Incidência dos sintomas osteomusculares relacionados ao Trabalho da equipe de enfermagem do hospital santa Gemma/afmbms revista. *Faculdade Montes Belos (FMB)*, 9(2), 28-141.

Sousa, MNA, Silva, GM, Costa, TS, Nunes, RMV, & Medeiros, HRL. (2015). Prevalência de distúrbios osteomusculares em enfermeiros. *Fiep Bulletin*. 85, 1-6.

## O ATENDIMENTO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE E O CUIDADO DE HOMENS COM ÚLCERAS VENOSAS

### **Patrícia Alves dos Santos Silva**

Policlínica Piquet Carneiro/ UERJ Rio de Janeiro  
– RJ

### **Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza**

Faculdade de Enfermagem da UERJ. Rio de  
Janeiro – RJ

### **Roberto Carlos Lyra da Silva**

Universidade Federal do Estado do Rio de  
Janeiro. Rio de Janeiro – RJ

### **Déborah Machado dos Santos**

Faculdade de Enfermagem da UERJ. Rio de  
Janeiro – RJ

### **Dayse Carvalho do Nascimento**

Hospital Universitário Pedro Ernesto. Rio de  
Janeiro – RJ

### **Thays da Silva Gomes Lima**

Instituto Nacional do Câncer. Rio de Janeiro – RJ

**RESUMO:** O objeto deste estudo trata da percepção de homens com úlcera venosa de perna sobre o atendimento nos serviços de saúde. Os objetivos são: analisar a percepção dos homens com úlceras venosas de perna acerca das unidades de saúde por eles utilizadas; e discutir facilidades e dificuldades encontradas por estes, no atendimento prestado nas unidades assistenciais. O estudo foi qualitativo, descritivo e exploratória, desenvolvido em dois ambulatorios de curativos de um hospital geral

e de uma policlínica. Os participantes foram 22 homens os quais se aplicaram um roteiro de entrevista semiestruturada. O tratamento dos dados deu-se por meio da análise temática de conteúdo. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa e protocolado com o nº 993.194. Verificou-se que o atendimento nos serviços de saúde, geralmente, carece de agilidade e de resolutividade maior no processo de cicatrização das úlceras. Conclui-se que o serviço de saúde deve facilitar o acesso às pessoas a fim de reduzir o tempo de espera para o atendimento e que os profissionais de enfermagem devem promover uma assistência baseada em evidências, estruturada também na questão de gênero masculino.

**PALAVRAS-CHAVE:** Úlcera varicosa. Saúde do homem. Centros de saúde. Enfermagem.

### HEALTH CARE AND CARE OF MEN WITH VENOUS ULCERS

**ABSTRACT:** The object of this study deals with the perception of men with venous leg ulcers about the care in health services. The objectives are: to analyze the perception of men with venous leg ulcers about the health units they use; and discuss facilities and difficulties encountered by them in the care provided in care units. The

study was qualitative, descriptive and exploratory, developed in two dressing outpatient clinics of a general hospital and a polyclinic. The participants were 22 men who applied a semi-structured interview script. The treatment of the data occurred through thematic content analysis. The study was approved by the Research Ethics Committee and filed under No. 993,194. It was found that the care in health services generally lacks agility and greater resolution in the healing process of ulcers. It is concluded that the health service should facilitate access to people in order to reduce the waiting time for care and that nursing professionals should promote evidence-based care, also structured on the male issue.

**KEYWORDS:** Varicose ulcer. Men's Health. Health centers. Nursing.

## 1 | INTRODUÇÃO

O objeto deste estudo trata da percepção de homens com úlcera venosa sobre o atendimento em serviços de saúde. As úlceras venosas de perna (UVP) são causadas pela dificuldade de oxigenação tecidual decorrente de a incompetência das válvulas do sistema venoso superficial e/ou profundo em impulsionar o sangue. Clinicamente, os indivíduos apresentam dor e edema nas pernas, que pioram ao final do dia e podem ser aliviados com a elevação dos membros inferiores. Ao exame físico, o membro acometido pode apresentar alterações eczematosas como eritema, descamação, prurido, exsudato e hiperpigmentação devido ao extravasamento de hemácias na derme. De um modo geral, a UVP é uma ferida de forma irregular, superficial no início, mas podendo vir a tornar-se profunda. A região predominante deste tipo de úlcera é a porção distal dos membros inferiores, mas, principalmente, na região do maléolo medial (OLIVEIRA et. al, 2012).

As UVP são feridas crônicas, atingem pessoas de diferentes faixas etárias, são tidas como recorrentes, incapacitantes e repercutem de forma severa na deambulação e na vida social como um todo. Decorrentes frequentemente da Insuficiência Venosa Crônica (IVC), tais úlceras podem ser consideradas como o evento final de uma série de anormalidades do fluxo venoso.

Nesse sentido, a UVC está associada a uma incompetência valvular correlacionada ou não à obstrução do fluxo sanguíneo, o qual pode afetar um ou mais sistemas venosos. Quando o referido evento ocorre no sistema venoso dos membros inferiores e compromete as válvulas das veias profundas e perfurantes das pernas, desencadeia a hipertensão venosa nos membros inferiores com uma pressão de retorno alta, provocando a estase venosa, edema e a formação de veias varicosa (BARBOSA, CAMPOS, 2010).

O que fará com que a pressão venosa permaneça elevada nos membros inferiores durante a deambulação, enquanto que, em condições normais, ela

deveria diminuir. Os tecidos adjacentes são expostos a uma pressão venosa elevada contínua, principalmente, quando o indivíduo permanece na posição ortostática. A IVC é a causa mais comum das úlceras de perna, sendo responsável por 75% delas. As demais são provocadas por doença arterial obstrutiva periférica, neuropatia periférica, doenças infectocontagiosas, doenças reumatológicas, doenças hematológicas e tumores (BARBOSA, CAMPOS, 2010).

Sabe-se que as UVP podem permanecer anos sem cicatrizar, ocasionando um alto custo financeiro, social e emocional. Em muitos casos, podem vir a afastar o indivíduo de suas atividades laborais, agravando as condições socioeconômicas (CHIBANTE; ESPÍRITO SANTO; SANTOS, 2015). Outrossim, infere-se que a presença dessa lesão ocasiona uma profunda alteração nas atividades de vida diárias dos indivíduos, como a presença de dor, limitações na mobilidade, alterações do padrão de sono e repouso, alterações da autoimagem e da capacidade de desempenhar a atividade laboral, interferindo na qualidade de vida e estimulando o isolamento social (FONSECA, et. al, 2012).

Os cuidados com as UVP demandam uma atuação interdisciplinar, com conhecimento específico, habilidade técnica, articulação entre os níveis de complexidade de assistência do Sistema Único de Saúde (SUS) e participação ativa de indivíduos portadores de tais lesões e seus familiares (BARBOSA, CAMPOS; 2010).

A Atenção Primária à Saúde, por meio da Estratégia da Saúde da Família (ESF) desempenha um papel fundamental no atendimento à pessoa com UVP, pois tem como objeto de trabalho a família e suas relações com o meio, numa perspectiva de assistência integral, contínua, com resolutividade e qualidade às necessidades de saúde da população adstrita (FIGUEIREDO, ZUFFI; 2012). Mantém-se ainda no mesmo nível de atenção o principal campo de empregabilidade do enfermeiro no SUS, sendo considerada sua atuação determinante para os avanços e consolidações obtidas nesse campo de cuidar/ cuidado (SILVA, et.al, 2012).

Nesse sentido, o enfermeiro é um dos profissionais mais compromissados com a população usuária dos serviços de saúde, pois, além da atenção individualizada seja no acolhimento, seja nas consultas e práticas assistenciais, também participa dos grupos de educação em saúde e das visitas domiciliares (JULIÃO; WEIGELT, 2011).

Na rede de atenção secundária, por sua vez, caracterizada por serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com a especificidade de apoio diagnóstico e terapêutico, conta-se com aparato tecnológico intermediário entre o nível primário e terciário, historicamente interpretado como procedimentos de média complexidade (BRASIL, 2010). Nela, o enfermeiro desenvolve a dinâmica de aplicação de conhecimentos em situações e contextos singulares, como a que

se refere aos cuidados com pessoas com úlceras venosas. Aliada à eficácia e à eficiência tecnológica, estas se associam à efetividade da prática e ao conhecimento especializado, com o fito de contribuir para o desenvolvimento e implementação de soluções adaptadas a problemas de saúde semelhantes em outras situações ou contextos (FONSECA, FRANCO, RAMOS, SILVA; 2012).

Ademais, cabe ressaltar que, em qualquer cenário de atuação, o enfermeiro necessita reconhecer os fatores de ordem biopsicossocial, econômica e cultural sobre a população que cuida, incluindo-se as questões de gênero, sobretudo, às de caráter masculino, as quais são pouco debatidas durante a formação na graduação. Isso permite o estabelecimento de estratégias inclusivas e prioritárias na promoção à saúde, com o objetivo de dar visibilidade às necessidades de saúde da população masculina mediante ações mais efetivas para o cuidado em todos os níveis de atenção à saúde (SANTANA, et. al, 2011).

Sobre as questões de gênero, sabe-se que homens e mulheres podem adoecer e responder ao processo patológico diferentemente, portanto, é relevante compreender as especificidades do universo masculino e feminino para planejar e prestar um cuidado direcionado e eficaz (OLIVEIRA, 2018). E, neste estudo optou-se por trabalhar com homens com UVP, pois de acordo com pesquisas realizadas, aponta-se para uma elevação dos dados estatísticos na população masculina, do crescimento da incidência com esse tipo de acometimento nessa parcela da população, principalmente em fase produtiva. Dados encontrados em dois estudos revelam que houve um predomínio de homens com úlceras de perna de etiologia venosa, em comparação com o gênero feminino (MALAQUIAS et. al., 2012).

Considerando a contextualização inicial sobre o objeto, selecionaram-se como objetivos deste estudo: I) analisar a percepção de homens com Úlceras Venosas de Perna acerca das unidades de saúde por eles utilizadas; e II) discutir as facilidades e dificuldades encontradas por estes homens, no atendimento prestados nas unidades de saúde.

## MÉTODOS

O estudo foi qualitativo, descritivo e exploratório, desenvolvendo-se em dois campos. Nesse sentido, o primeiro campo foi o ambulatório de curativos de um hospital universitário, de grande porte, do serviço público, situado no município do Rio de Janeiro. O segundo campo caracterizou-se por ser um ambulatório de cirurgia vascular, situado em uma policlínica, identificada como unidade secundária e vinculada ao hospital universitário supracitado. A escolha desses dois locais deveu-se à facilidade de acesso, associado à especificidade no atendimento a pessoas com feridas de diversas etiologias.

Selecionaram-se como participantes do estudo, homens com úlceras de perna de origem venosa. Os critérios de inclusão foram: possuir lesão há mais de um ano, recorte temporal considerado suficiente para discorrer com consistência sobre o objeto; ser do sexo masculino; idade acima de 18 anos. O critério de exclusão foi: homens que apresentassem algum déficit psicocognitivo que prejudicasse o fornecimento das informações. Obteve-se, ao final do referido processo, 22 participantes, isto é, 10 captados no ambulatório de curativos e 12 homens decorrentes do ambulatório de cirurgia vascular.

A fim de atender as exigências éticas pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, (BRASIL, 2012) o projeto de pesquisa foi cadastrado no site da Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), mediante o protocolo nº 993.194. Garantindo assim, através do Consentimento Livre e Esclarecido, o anonimato dos participantes e o caráter confidencial dos registros produzidos nesta pesquisa, bem como a autorização para divulgação posterior dos depoimentos dos participantes, para fins acadêmicos e científicos.

As informações obtidas durante a coleta de dados foram transcritas, analisadas e interpretadas à luz da Análise Temática de Conteúdo (BARDIN, 2011). A partir desta análise, emergiu a seguinte categoria: Homens com UVP e a compreensão sobre o atendimento de saúde.

## RESULTADOS

### Homens com UVP e a compreensão sobre o atendimento de saúde

Nesta categoria, apresenta-se a percepção dos participantes sobre o atendimento nos serviços de saúde. Além disso, discute-se sobre ações e políticas de saúde voltadas para homens com UVP, para os quais elaborou-se uma análise sobre a rede de atenção à saúde, a qual, ignora, com frequência, as demandas desta população, exceto àquelas de caráter especializado, percebidas como locais, em que se leva a termo a cicatrização de úlceras venosas.

O atendimento dos usuários nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) foi percebido, em grande parte pelos entrevistados, como negativo devido a alguns fatores como: escassez de material para realização de curativos, falta de orientação em relação ao autocuidado, deficiências do profissional de saúde em relação ao cuidado e a não referência ao atendimento especializado para o diagnóstico correto da patologia.

Partindo-se da interpretação dos discursos dos entrevistados, o atendimento

realizado pelos profissionais de saúde nas UBS é inadequado e sem resolutividade para atender à população com uma lesão.

A Clínica da Família perto da minha casa, desculpe lhe dizer isso, é uma porcaria, eu não posso elogiar em nada lá. Eles não olham a ferida, prescrevem uma pomada e pronto (H14)

Há relatos de falta de avaliação contínua dos pacientes, e o retorno nas unidades de saúde fica restrito a realização de troca de curativos com a terapia tópica por um técnico de enfermagem, sem que o enfermeiro ou o médico faça a reavaliação do membro acometido.

No posto de saúde só passaram a pomada e o curativo para ser feito em casa e nem sequer me pediram para retornar para saber se o que me passaram serviu (H21).

Houve relatos de outros tipos de equívocos como a inadequada técnica na realização de curativos e a falta de materiais adequados, sendo necessária a aquisição de insumos pelos próprios pacientes. Além disso, mesmo não havendo falta de material na unidade, os curativos não eram realizados, sendo os próprios pacientes incumbidos de realizá-los no domicílio.

*No posto tem um tanque no canto de uma sala, eles pediram para eu colocar minha perna lá dentro, sendo que já estava sujo de outro paciente; ligaram a bica e começaram a esfregar a ferida. Um dia eu perguntei se eles garantiam que o curativo sendo daquela forma não ia me fazer mal. Perguntei se não tinha soro fisiológico, e a moça que me atendeu, disse que eu não tinha que estar reclamando (H14).*

Tem dias que não tem material e não fazem o curativo. Tem dias que tem o material, mas eles não fazem, dá para que eu faça em casa (H12).

Outra conduta apontada como aspecto negativo em relação ao atendimento na UBS, diz respeito à falta de orientação em relação aos cuidados:

No posto, não tem essas coisas que vocês falam aqui de colocar a perna para cima. Fazem o curativo, mas não te dão nenhuma instrução, porque eu acho que se eu tivesse essas orientações que eu tenho aqui, acredito que já tinha fechado, porque minha ferida era pequena quando eu ia lá (H18).

Em casos, nos quais são necessárias a avaliação de um especialista, os usuários, em geral, esbarram na dificuldade imposta pelo sistema de referência, seja por falta de vagas, seja por sua quantidade insuficiente na rede, o que gera uma longa fila de espera para uma consulta básica.

Até chegar aqui é complicado. Para marcar atendimento, a gente pensa que vai demorar um mês e esperei 04 meses para conseguir essa consulta. O tempo que você espera pelo especialista fez com que eu relaxasse no cuidado com a ferida e você nem acredita que vai conseguir a consulta. (H5)

Os entrevistados relataram sobre a distância da sua residência até o serviço especializado como um aspecto negativo:

Quando você pergunta para os outros que estão aqui onde moram, eles dizem em Nova Iguaçu, Pavuna, Campo Grande. Tem gente de vários lugares, porque não tem recursos onde moram para se tratarem, e por isso que ficamos 20, 30 anos com a ferida. Eu venho de São Gonçalo e pego 3 ônibus para chegar aqui (H12).

Quando é dia de vir para cá eu não durmo direito como medo de perder a hora e perder a consulta. Nós saímos de casa cedo, pegamos o trem das 05:00 horas para depois pegar um ônibus para chegar até aqui (H14).

**Para os participantes, os ambulatórios especializados têm um atendimento diferencial, principalmente da equipe de enfermagem, pois eles se sentem acolhidos, percebem que os profissionais gostam de trabalhar com feridas e observam melhora significativa da UVP, quando acompanhados nestes serviços.**

Eu acho que os profissionais de saúde deveriam fazer o que eu vim fazer aqui neste ambulatório. Eu percebi o carinho e o cuidado. Em nenhum outro lugar minha ferida foi limpa do jeito que foi aqui. Eu vejo que as pessoas aqui gostam de tratar as feridas, e isso é um diferencial (H19).

**Outros fatores apontados pelos entrevistados, envolvendo o atendimento na unidade especializada, foram as coberturas utilizadas e as orientações em relação aos cuidados no domicílio, os quais incluíam o procedimento do curativo e a elevação dos membros inferiores.**

Aqui eu tive uma resposta melhor porque o curativo é melhor e estou usando a bota de unna. A médica fez aquela espuma, tomei antibiótico, e estou me sentindo muito melhor. Tive a orientação, caso sentisse algum incômodo, para retirar a bota e como fazer o curativo em casa, como lavar e como colocar a pomada (H20).

**Uma crítica apontada pelos participantes foi o fato de os profissionais de saúde não considerarem o homem como trabalhador, no momento de fornecerem orientações. O que faz com que deixe de ser avaliado o contexto social que os cercam.**

O médico falou que eu tinha que ficar deitado com a perna para cima, mas eu não posso ficar dia e noite com a cara para cima, eu tenho minhas coisas para fazer, não dá, primeiro meu salário é fraco, como que eu vou ficar de repouso. (H13)

As enfermeiras falam que eu tenho que fazer uma espécie de repouso e a médica falou que eu tenho que parar de trabalhar para fazer o repouso, mas eu não posso parar, tenho minhas responsabilidades. (H10)

**Como sugestões para melhorar a assistência a pessoas com UVP, os participantes discorreram sobre a necessidade de criar-se unidades especializadas mais próximas de sua residência.**

Acho que deveria ter mais hospitais, ter mais pontos de atendimento como esse aqui. Para a pessoa como eu, que teve muito novo esse problema, se tivesse um local perto de casa, de repente já teria fechado a ferida. Além disso, eu acho que tinha que ter mais medidas para esclarecer as pessoas a procurar o lugar certo (H12).

## DISCUSSÃO

Constatou-se nas falas dos entrevistados, os quais buscaram o atendimento na UBS, relatos de desconhecimento dos profissionais em relação ao quadro clínico da IVC e, conseqüentemente, das úlceras venosas, sendo restrito o cuidado à terapia medicamentosa tópica ou injetável, não sendo assistidos, portanto, em sua integralidade. Porém, sabe-se que “a assistência às pessoas com lesões de pele exige abordagem holística, planejamento de estratégias e de intervenções que as possibilitem alcançar os objetivos propostos” (Santana et. al, 2013).

Ao indicar um procedimento a ser realizado pelo próprio paciente, no seu domicílio, é necessário que o profissional tenha identificado previamente se este tem condições de realizar o autocuidado, investigar a rede de apoio familiar ou cuidador que possa auxiliá-lo durante os procedimentos. Ressalta-se que tanto as UBS quanto os ambulatórios de unidades especializadas não funcionam nos finais de semana, o que demanda o treinamento tanto do paciente quanto do cuidador para a realização do procedimento de forma adequada. Além disso, como muitos relatam residirem distante dos locais de atendimento, torna inviável o seu comparecimento na unidade diariamente.

Destaca-se ainda que em nenhum momento, nas falas descritas anteriormente, os entrevistados relataram terem sido atendidos pelo enfermeiro na Atenção Básica, mesmo quando questionados em relação à categoria. A Lei 7.498/86, que regulamenta o exercício profissional de Enfermagem, define no seu Artigo 4º que a programação de enfermagem inclui a prescrição da assistência de enfermagem, e, sendo assim, todo o tratamento dispensado às pessoas nas salas de curativo deveria ser conduzido mediante a prescrição do enfermeiro. E no Artigo 14, fica estabelecido que as atividades do técnico e do auxiliar de enfermagem somente podem ser desempenhadas sob orientação e supervisão do Enfermeiro (BRASIL, 1986).

A Resolução COFEN 358/2009 estabelece a obrigatoriedade da implantação do processo de enfermagem em toda instituição de saúde pública ou privada, o que depreende que as pessoas atendidas nas salas de curativos de unidades de atenção primária à saúde deveriam ter acesso à consulta de enfermagem, derivando dela, o plano terapêutico a ser seguido pela equipe de enfermagem (COFEN, 2009).

A ausência ou a discreta atuação do enfermeiro no tratamento e acompanhamento dos indivíduos com uma ferida, a despeito de suas etiologias, pode contribuir de forma negativa para o adequado processo de cicatrização, manutenção da cronicidade, recidiva das lesões e insatisfação da população (SILVA, 2016).

Os relatos demonstram que os usuários não identificam um profissional

de referência, pois, cada vez que comparecem ao serviço são atendidos por diferentes profissionais que, na maioria das vezes, apresentam-se despreparados ou desatualizados, prestando um cuidado empírico, o que gera descontinuidade no tratamento e a não resolutividade. Verifica-se que o modelo biomédico ainda prevalece nas unidades de saúde mais recentes, fortalecendo um atendimento fragmentado sem uma abordagem integral do indivíduo (NEVES, AZEVEDO, SOARES; 2014).

A falta de uma avaliação sistematizada pelo médico ou enfermeiro da pessoa com ferida, associada à dificuldade do reconhecimento dos sinais clínicos da IVC e da UVP levam à maioria dos profissionais que atuam na ESF ao não estabelecimento de um diagnóstico clínico adequado. Sendo assim, a equipe acaba tendo uma visão simplista em relação à ocorrência e cronicidade da úlcera, ocasionando consequências negativas aos cuidados dispensados aos pacientes com UVP.

Além das atividades de educação permanente, a possibilidade de criação de equipes de apoio matricial e/ou equipe de referência para o atendimento interdisciplinar poderia favorecer maior eficácia e eficiência do trabalho em saúde (SANTANA, et. al, 2013). Tal afirmação corrobora a contribuição dos participantes do estudo, quando se refere à necessidade de atividades de treinamento em serviço por profissionais especializados aos demais. Atendimentos e intervenções conjuntas entre os especialistas matriciais, como o enfermeiro estomaterapeuta, juntamente com os profissionais que atuam na atenção primária às pessoas com úlceras venosas, nas diversas unidades de saúde, poderia configurar-se em oportunidades de educação permanente.

Sabe-se que, quando manejadas inadequadamente, cerca de 30% das UVP já cicatrizadas podem recidivar no primeiro ano e, um percentual ainda maior, quando se observa nos dois primeiros anos após cicatrização, atingem até 78% de recidiva (FINLAYSON, WU, EDWARDS, 2015). Tais dados reafirmam a importância da terapêutica adequada, através de diagnósticos clínico e laboratorial corretos, e essa conduta só é possível quando existe profissionais capacitados para tal (SANTANA, et. al, 2013).

A demanda do sexo masculino no serviço de saúde na APS é expressivamente menor, quando comparado ao gênero feminino. A população masculina não se sente atraída pelos serviços de APS, por diversos motivos, a saber: considerar um espaço *feminilizado* pelo fato de grande parte dos profissionais ser do sexo feminino; os atendimentos são focados nos programas de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança, sendo estes incluídos nos Programas de Hipertensão Arterial Sistêmica ou Diabetes Mellitus, ou seja, quando um agravo já está instalado; o funcionamento dos serviços são incompatíveis com seu horário de trabalho; e, por fim, a demora em conseguir uma marcação de consulta (Xavier et al. ,2015)

No caso da UVP, os homens precisam ser consultados primeiramente pelo médico generalista para avaliação, e após são encaminhados via regulação de vagas para o especialista, além da ausência de um acolhimento considerado atrativo pelas UBS. O que acaba sendo priorizado, em geral, o atendimento de emergência, no qual estes poderão comparecer em qualquer horário (SILVA et al, 2012). Sendo que, o serviço de Atenção Primária a Saúde, através da ESF, é a porta de entrada do usuário no SUS. Nele, 85% dos casos que vão ser solucionados na unidade de atenção poderiam ser resolvidos (SCHWARTZ, et al, 2010).

O longo tempo de espera para se obter atendimento num nível de média complexidade, onde são atendidos pelo especialista, torna o processo cicatricial mais demorado e complexo, contribuindo para a manutenção e cronicidade da lesão, prolongando o tratamento e trazendo como consequência um impacto na qualidade de vida dos pacientes e familiares, um descrédito em relação à qualidade e resolutividade da assistência prestada, além de provocar um aumento de custos para o sistema de saúde (DEODATO, 2007).

Como foi constatado nesta pesquisa, o tempo de espera para consultas especializadas é uma das principais barreiras ao acesso a cuidados integrais à saúde no SUS. O aumento da demanda, até mesmo pela ampliação da cobertura da rede de atenção primária, o aumento da expectativa de vida e da prevalência de doenças crônicas, à insuficiência de recursos e de serviços, têm dificultado o acesso à atenção especializada (LIMA et al, 2015).

O Sistema Nacional de Regulação – SISREG, é um sistema on-line, criado para o gerenciamento de todo Complexo Regulatório indo da rede básica à internação hospitalar, visando à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos. Em seu manual, é recomendado que a unidade de referência de atendimento seja ela especializada ou não seja mais próxima possível da residência do paciente, os relatos acima nos mostram que nem sempre isso é possível, pois muitos dos participantes destacaram a longa distância percorrida entre o seu domicílio e o serviço de saúde (BRASIL, 2016).

Como análise dessa situação, entende-se que a perspectiva de um sistema de saúde em rede pode propiciar diminuição nas listas de espera, e que o acompanhamento especializado prolongado, como nos casos das UVP, as longas distâncias a serem percorridas pelos usuários do serviço, podem causar transtornos e mais sofrimento, retratando o grande desafio que é a regionalização da assistência à saúde no SUS.

De acordo com os relatos, pode-se apreender que os participantes se sentiram acolhidos pela equipe de enfermagem dos serviços de Atenção Secundária (atendimento especializado), porém ressalta-se que deveria ser rotina em todos os níveis de atenção à saúde. Nesta perspectiva, sabe-se que o trabalho em saúde

precisa desenvolver e incorporar tecnologias leves que se materializam em práticas relacionais, como por exemplo, o acolhimento e o fortalecimento dos vínculos entre profissionais e usuários. O direito dos usuários de terem atendimento resolutivo e com qualidade depende dos profissionais de saúde, evidenciado por meio de atitudes responsáveis, ousadas, criativas, inovadoras, mas também de gestão, de vontade política e de políticas de saúde, que garantam a justa destinação dos recursos para o SUS (KOERICH, et. al, 2009).

Apesar de a terapia compressiva ser uma das terapêuticas mais importantes para melhorar as condições circulatórias do membro afetado dos pacientes com IVC, principalmente com UVP, esta não faz parte da rotina das unidades de ESF. De acordo com o documento da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Município do Rio de Janeiro (SMSDC-RJ), as terapias inelásticas e elásticas estão disponíveis somente nos polos com profissionais capacitados na sua colocação, porém nesse documento não disponibiliza os locais onde se encontram esses polos de atendimento.

A falta de material adequado faz com que improvisações sejam adotadas, a fim de prestar o mínimo cuidado ao paciente nas ESF, dificultando ou muitas vezes retardando o processo cicatricial da lesão.

Como a UBS é a porta de entrada para o usuário, faz-se necessário uma melhor capacitação dos profissionais para uma avaliação adequada de feridas. Esse foi um apontamento muito ratificado pelos homens, refletindo como uma visão negativa do serviço. Desse modo, quando chegam à unidade secundária acabaram surgindo comparações.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A responsabilidade do gênero masculino como provedor e protetor da família ainda hoje perpetua, observa-se que muitos homens permanecem em seu ambiente laboral adoecido, sem procurar o serviço de saúde pelo receio de perder o emprego, ou o status social de provedor, além da dificuldade de estar inserido no mercado de trabalho devido ao seu problema de saúde. Essas situações trazem transtornos de cunho físico, psicológicos e sociais, além de prolongar o tempo de reabilitação, nas questões das úlceras de perna tardam ou anulam a possibilidade de cicatrização da lesão.

Em relação aos atendimentos nas unidades de saúde, os relatos dos entrevistados apontaram para fragilidades no atendimento em todos os níveis de atenção mencionados, com destaque para o nível de atenção primária. Muitos relataram a dificuldade dos profissionais de saúde quanto à indicação da conduta

adequada, sendo realizada apenas cuidados técnicos, como por exemplo, a troca de curativos sem a avaliação da conduta prescrita, não trazendo, assim, resolutividade.

No que diz respeito ao atendimento dos usuários nas UBS, grande parte dos entrevistados percebeu como um aspecto negativo os cuidados prestados pelos profissionais, por diversos fatores, como: deficiências do profissional de saúde em relação à prestação do melhor cuidado, a não referência ao atendimento especializado, a demora deste atendimento e/ou para o diagnóstico correto da patologia e escassez de material para realização de curativos.

A falta de uma avaliação sistematizada pelo profissional de saúde, associado à dificuldade do reconhecimento dos sinais clínicos da IVC e da UVP levam a maioria dos profissionais que atua na ESF a não estabelecerem um diagnóstico adequado. Sendo assim, a equipe acaba tendo uma visão simplista em relação a ocorrência e cronicidade da úlcera, ocasionando consequências em todos os cuidados assistenciais dispensados aos pacientes com UVP.

A atividade de educação permanente com os profissionais de enfermagem, com foco nos enfermeiros, que são habilitados para realizarem consulta e prescrição de enfermagem nas salas de curativos, é uma ação que viabiliza uma atenção adequada e qualificada à clientela assistida, nos locais de atenção primária.

Os serviços de rede também devem facilitar o encaminhamento adequado para outros níveis de atenção, visto que foi relatado por muitos homens a distância percorrida entre o domicílio e o serviço de atenção especializada, além da longa fila de espera para a primeira consulta nesse nível de atenção.

As longas filas já fazem parte do cotidiano da população usuária dos serviços públicos de saúde, há muito tempo, a distância geográfica a ser percorrida para consolidar o atendimento, torna-se mais um obstáculo para seu tratamento. Assim, a gestão deve desenvolver ações centradas considerando as necessidades da população e não nos interesses dos serviços e/ou corporações.

De acordo com os relatos, pode-se apreender que os participantes se sentem acolhidos pela equipe de enfermagem dos serviços com atendimento especializado, porém ressalta-se que deveria ser rotina em todos os níveis de atenção à saúde. O enfermeiro é o responsável pelo tratamento e prevenção de feridas, e em suas competências profissionais deve avaliá-las, prescrever os cuidados e o tratamento mais adequado, orientar o paciente e/ou seus familiares, supervisionar a sua equipe na realização de curativos e possuir conhecimento científico e habilidades no manejo das lesões.

Ademais, o sucesso no cuidado das úlceras demanda uma atuação interdisciplinar, com conhecimento específico, habilidade técnica, articulação entre os níveis de complexidade de assistência do SUS, insumos adequados e também participação ativa dos portadores dessas lesões e dos seus familiares para o

autocuidado.

Evidenciou-se que muitos homens convivem com o processo patológico durante anos e, mesmo aposentados por invalidez, a doença perpetua em suas vidas. Sendo assim, se faz necessário que os serviços de saúde tenham conhecimentos e aprofundamento das causas e quais os cuidados necessários para facilitar o processo de cicatrização e prevenção de recidivas.

Outrossim, a falta de visibilidade por parte dos profissionais de saúde para os aspectos embutidos na masculinidade, pode ser um fator que reforce a característica do gênero masculino de provedor como sua característica de maior importância. E, desse modo, contribuindo para uma falta de adesão ao tratamento, o que pode resultar em recidivas das úlceras, e um prolongamento no serviço especializado.

## REFERÊNCIAS

BARBOSA, J. A. G; CAMPOS, L. M. N. Diretrizes para o tratamento da úlcera venosa. **Enferm glob.**, v. 9, n. 3, p. 1-13, out. 2010. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S169561412010000300022&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S169561412010000300022&script=sci_arttext&lng=pt). Acesso em: 5 ago. 2017

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.280p.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/2012. Dispõe sobre normas de pesquisa com seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. Portaria GM/MS n.4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS**. Brasília: MS; 2010.

BRASIL. Lei 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1986.

BRASIL, Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução Nº 358 do Conselho Federal de Enfermagem, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos e privados em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem e dá outras providências. Brasília (DF): COFEN; 2009.

BRASIL. **Sistema on-line**, criado para o gerenciamento de todo complexo regulatório indo da rede básica à internação hospitalar, visando a humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos [Internet]. 2016 Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/projetos/57-sisreg>

CHIBANTE, C. L.P; ESPÍRITO SANTO, F. H; SANTOS, T.D. Perfil de clientes hospitalizados com lesões cutâneas. **Rev cuba enferm.**, v. 31, n. 4, 2015; Disponível em: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/895>. Acesso em 11 set. 2017

DEODATO, O. O. N. Avaliação da qualidade da assistência aos portadores de úlceras venosas atendidos no ambulatório de um hospital universitário em Natal/RN. 2006, 106f. [Dissertação]. (Mestrado em Assistência à Saúde) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2006.

FIGUEIREDO, M. L; ZUFFI, F. B. Cuidados aos portadores de úlcera venosa: percepção dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Enferm glob.**, v. 28, p. 147-158, out., 2012. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n28/pt\\_docencia4.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n28/pt_docencia4.pdf)

- FONSECA, C; FRANCO, T; RAMOS, A; SILVA, C. A pessoa com úlcera de perna, intervenção estruturada dos cuidados de enfermagem: revisão sistemática da literatura. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 2, p. 480-6, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/a29v46n2.pdf>.
- FINLAYSON, K; WU, M. I; EDWARDS HE. Identifying risk factors and protective factors for venous leg ulcer recurrence using a theoretical approach: a longitudinal study. **Int J Nurs Stud**. v. 52, n. 6, p. 1042-51, 2015.
- JULIÃO, G. G; WEIGELT, L. D. Atenção à saúde do homem em unidades de Estratégia de Saúde da Família. **Rev Enferm UFSM [Internet]**, v. 1, n. 2, p. 144-52, mai/ago, 2011. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/viewFile/2400/1743>.
- KOERICH, M. S; BACKES, D. S; MARCHIORI, M. C; ERDMANN, A. L. Pacto em defesa da saúde: divulgando os direitos dos usuários pela pesquisa-ação. **Rev gaúch enferm**. out/dez, 2009
- LIMA, S. A. V; SILVA, M. R. F; CARVALHO, E. M. F; PESSOA, et al. Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. **Physis [Internet]**, v. 25, n. 2, p. 635-56, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000200016>. Acesso em: 28 set 2017.
- MALAQUIAS, S. G; BACHION, M. M; SANT´ANA, S. M. S. C; DALLARMI, C. C. et. al. **Rev Esc Enferm USP [Internet]**, v. 46, n. 2, p. 302-10, abr, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342012000200006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342012000200006&script=sci_arttext). Acesso em: 20 set 2017.
- NEVES, J. S; AZEVEDO, R. S; SOARES, S. M. Atuação multiprofissional na construção de grupo operativo envolvendo pacientes com lesão de membros inferiores. **Renome [Internet]**, v. 3, n. 1, p. 86-95, 2014. Disponível em: <http://www.renome.unimontes.br/index.php/renome/article/view/72/> Acesso em: 29 mai 2017];
- OLIVEIRA, R. V. **Práticas de saúde para o cuidado do homem na percepção do enfermeiro e do usuário de um município do Espírito Santo** 2018. 84f. [Dissertação]. (Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local) – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, Vitória: 2018.
- OLIVEIRA, B. G. R. B; NOGUEIRA, G. A; CARVALHO, M. R; ABREU, A. M. Caracterização dos pacientes com úlcera venosa acompanhados no Ambulatório de Reparo de Feridas. **Rev eletrônica enferm**, v. 14, n. 1, p. 156-63, jan/mar; 2012. Disponível em: [https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v14/n1/pdf/v14n1a18.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n1/pdf/v14n1a18.pdf).
- SANTANA, E. M; LIMA, E. M. M; BULHÕES, J. L.F; MONTEIRO, E. M. L. M; AQUINO, J. M. A atenção à saúde do homem: ações e perspectivas dos enfermeiros. **REME rev min enferm.**, v. 15, n. 3, p. 324-32, jul/set, 2011.
- SANTANA, A. C; BACHION, M. M; MALAQUIAS, S. G; VIEIRA, F, et. al. Caracterização de profissionais de enfermagem que atendem pessoas com úlceras vasculares na rede ambulatorial. **Rev bras enferm [Internet]**, v. 66, n. 2, p. 821-6, nov/dez, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672013000600002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672013000600002&script=sci_arttext) Acesso em: 21 nov 2017.
- SCHWARTZ, T. D; FERREIRA, J. T. B; MACIEL, E. L, N; LIMA, R. C. D. Estratégia saúde da família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). **Ciênc Saúde Colet [Internet]**. v. 15, n. 4, p. 2145-54, 2010. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63018747028>
- SILVA, P. A.S; FURTADO, M. S; GUILHON A. B, SOUZA, N. V. D.O; DAVID H. M. S. L. A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. **Esc Anna Nery Rev Enferm (impr)**. v. 16, n. 3, p. 561-8, jul/set., 2012.

SILVA, P. A. S. Homens com úlceras venosas no mundo do trabalho na perspectiva da enfermagem. 2016 [Dissertação]. (Mestrado em Enfermagem) Rio de Janeiro: Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2016.

XAVIER, S; CEOLIN, T; ESCHEVARRÍA-GUANILO, M, MENDIETA, M. Group of education in health: closeness of men to a primary health care center. **Rev pesquis cuid fundam Online [Internet]**. v. 7, n. 2, p. 2372-82, abr, 2015 Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/276473386\\_Group\\_of\\_education\\_in\\_health\\_closeness\\_of\\_men\\_to\\_a\\_primary\\_health\\_care\\_center](https://www.researchgate.net/publication/276473386_Group_of_education_in_health_closeness_of_men_to_a_primary_health_care_center) . Acesso em: 6 jul 2018

## OS EFEITOS NA FORMAÇÃO DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM E MEDICINA AO VIVENCIAREM O GRUPO “PUCALHAÇOS”

### Valquíria Neves Perin

Medicina – Faculdade de Ciências Médicas e a Saúde (FCMS) da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP)  
Sorocaba – SP

### Fernanda de Oliveira Barros

Medicina – Faculdade de Ciências Médicas e a Saúde (FCMS) da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP)  
Sorocaba – SP

### Dirce Setsuko Tacahashi

Departamento de Enfermagem – Faculdade de Ciências Médicas e a Saúde (FCMS) da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP)  
Sorocaba – SP

**RESUMO:** Atualmente é notável uma atmosfera carente de humor e afetividade no âmbito da saúde. Entretanto, essa visão de mundo aos poucos tem sido alterada, iniciando-se com o médico norte-americano, Patch Adams, o qual convoca todas as pessoas a apoiar qualquer *clownwork* em hospitais, a fim de tornarem-se uma ferramenta de propagação de alegria, amor e humor. Seguindo esse mesmo ideal, foi criado em 2009 na Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde (FCMS) o grupo “PUCalhaços”, com o intuito de humanizar os alunos através do contato com o paciente e de melhorar

aspectos pessoais. Este estudo teve como objetivo relacionar o trabalho voluntário de estudantes de medicina e enfermagem FCMS com o aprimoramento da formação acadêmica e ideológica. Foi aplicado um questionário a um grupo composto por alunos que iriam ingressar na capacitação e, o segundo, composto por alunos que, além de já terem concluído a capacitação, praticaram ações voluntárias do grupo PUCalhaços. As respostas foram analisadas pelo método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) nas Expressões Chave foram identificadas 7 Ancoragens (A). Dessa forma, conclui-se a importância do “PUCalhaços” em ambos os grupos entrevistados. Ficou claro, também, o impacto proporcionado pelas capacitações, tanto para a atuação do palhaço nos hospitais, quanto para o aprimoramento das relações sociais e acadêmicas do próprio participante. Ademais, reconheceu-se a função desse grupo voluntário como auxiliador na formação profissional, por ensinar um atendimento humanizado, o qual atenda amplamente às necessidades físicas e psicológicas do paciente.

**PALAVRAS-CHAVE:** voluntariado; humanização da assistência; formação profissional

## THE EFFECTS ON THE GRADUATION OF NURSING AND MEDICINE STUDENTS WHEN EXPERIENCING THE “PUCALHAÇOS” GROUP

**ABSTRACT:** Currently, it is remarkable an atmosphere lacking humor and affectivity in health area. However, this issue has been changed gradually, beginning with the American physician, Patch Adams, who calls upon all people to support any hospital clownwork in order to spread joy, love and humor. Following this same ideal, the group “PUCalhaços” was created in 2009 at the Faculty of Medical and Health Sciences (FMHS), in order to humanize students through contact with the patient and improve personal aspects. This study aimed to relate the voluntary work of FMHS medical and nursing students with the improvement of academic and ideological education. A questionnaire was applied to a group composed of students who would enter the training and the second, composed of students who, in addition to having completed the training, practiced voluntary actions of the PUCalhaços group. The answers were analyzed by the Collective Subject Discourse (CSD) method in the Key Expressions. 7 Anchors (A) were identified. Thus, it is concluded the importance of “PUCalhaços” in both groups interviewed. It was also clear the impact provided by the training, both for the performance of the clown in hospitals, and for the improvement of the participant’s own social and academic relations. In addition, the role of this volunteer group was recognized as a helper in vocational training, as it teaches humanized care, which broadly meets the physical and psychological needs of the patient.

**KEYWORDS:** volunteering; humanization of care; professional qualification

### 1 | INTRODUÇÃO

Houve época em que a medicina era uma espécie de trincheira dos românticos. Ao praticá-la, o profissional criava elos consistentes com os pacientes e seus parentes, tornando-se uma pessoa da família. Ser médico deveria ser sempre uma opção diretamente relacionada ao compromisso social, uma vez que quem trata de saúde e de vidas humanas, tem de focar o bem-estar dos indivíduos (ROSA, 2014). Essa perspectiva em relação com os pacientes e sua rede de apoio, se aplica, também, a outras profissões da área da saúde, como enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, farmacêuticos (GOULART; CHIARI, 2010).

Entretanto, a mercantilização no campo da saúde suplementar e a falta de políticas para a valorização dos recursos humanos tem sido realidade na área pública. E essas distorções de entendimento de saúde acabaram por contaminar o perfil dos novos médicos. Além disso, esse quadro é incrementado pela formação inconsistente oferecida pela maioria dos cursos de Medicina, aberta com a ótica do lucro e não do humanismo (ROSA, 2014).

São apontados, principalmente a partir da década de 1950, muitos aspectos considerados “desumanizantes”, relacionados a déficits no atendimento e nas condições de trabalho na área da saúde, especificamente com a relação com o doente como o anonimato, a despersonalização, a falta de privacidade, a aglomeração, a falta de preparo psicológico e de informação, bem como a falta de ética por parte de diversos profissionais (CASATE; CORRÊA, 2005).

No contexto atual, é notável que, nos serviços de saúde em geral, há uma atmosfera carente de humor e afetividade. Essa situação pode estar associada com as incertezas e deficiências do conhecimento médico, contato frequente com a dor, deficiências das estruturas de trabalho, conflitos éticos, entre outras ocorrências, resultando em uma tensão dos profissionais de saúde (CONTI FILHO, 2012). Além disso, pode-se citar o ambiente de ensino de futuros profissionais da saúde, onde é notável a falta de estímulos para o desenvolvimento de trabalhos voluntários e projetos relacionados.

Diante disso, nota-se que a importância de um ambiente harmônico é ignorada e a expansão na visão do paciente como algo além de um conjunto de órgãos com alguma alteração metabólica é perdida.

Entretanto, essa visão de mundo aos poucos tem sido alterada, iniciando-se com Patch Adams, médico norte-americano formado pela Virginia Medical University e fundador do Instituto Gesundheit em 1971, instituição que visa criar um novo conceito sobre o ambiente hospitalar (GUIMARÃES, 2015). Reconhecido mundialmente por seu método peculiar para tratar doentes, Adams convoca todas as pessoas a apoiar qualquer clownwork em hospitais, uma vez que esses projetos apresentam a função de ser a presença de algo relevante e imprescindível para todos, tanto enfermos quanto sadios. O médico espera que todos os que presenciam a amplitude dessa ação irão ser estimulados a tornarem-se uma ferramenta de propagação de alegria, amor e humor (ADAMS, 2002).

Essa metodologia dissipou-se rapidamente pelos países, chegando ao Brasil em 1991 através da criação de Wellington Nogueira de uma organização sem fins lucrativos, os “Doutores da Alegria”. Esse grupo, que segue as doutrinas de Patch Adams e já realizou mais de um milhão de visitas a crianças hospitalizadas, é composto de voluntários e é mantido por doações. Hoje, está presente nos estados de São Paulo, Recife e Rio de Janeiro (OLIVEIRA & OLIVEIRA, 2008).

Assim, os “Doutores da Alegria” conseguiram influenciar diversos indivíduos, principalmente aqueles que estão na graduação de cursos da área da saúde, como é o caso do grupo “PUCalhaços”, criado em 2009 por alunos e professores de medicina e enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (FCMS-PUC-SP).

O PUCalhaços é um grupo de trabalho voluntário. Esse tipo de trabalho pode

ser definido como qualquer atividade onde a pessoa oferta, livremente, o seu tempo para beneficiar outras pessoas, grupos ou organizações, sem retribuição monetária (SOUZA; LAUTERT, 2008).

Inicialmente, o grupo exigia apenas que os ingressantes participassem de uma aula com um profissional de teatro, que ensinava alguns truques de mágicas e diversas brincadeiras a serem realizadas com crianças. Entretanto, em 2013, um dos membros do “Doutores da Alegria” acompanhou o PUCalhaços durante uma visita ao Hospital Regional de Sorocaba e, durante essa atividade, notou algumas carências que poderiam ser sanadas através de qualificação prévia dos membros. Diante disso, a então diretoria do “PUCalhaços” deu início aos cursos de capacitação e tornou-a obrigatória para o ingresso de qualquer participante ao grupo. Essas aulas são realizadas periodicamente ao longo do ano com uma profissional especializada em técnicas de Clow e teatro, professora Bruna Walleska. A capacitação se baseia em autoconhecimento e, a partir disso, a busca pelo palhaço interior. Após passar por esse processo, o aluno está qualificado para as visitas realizadas tanto em hospitais, como o Hospital Santa Lucinda e Hospital Regional de Sorocaba, quanto em ambientes externos ao campus da Faculdade, como “Vila dos Velinhos de Sorocaba” e “Casa do Menor”. Para a realização das visitas, os palhaços se reúnem a fim de se arrumarem em conjunto, com o auxílio de um dos membros da diretoria do grupo voluntário, uma hora antes do evento. No âmbito hospitalar, as visitas são realizadas três vezes na semana – uma vez que repetidos encontros com palhaços hospitalares são mais importantes do que os encontros que ocorrem com menos frequência (HANSEN et al., 2011) – em grupos de quatro alunos, com duração média de uma hora cada. As visitas externas, por sua vez, ocorrem entre uma a duas vezes ao mês, com duração média de duas horas cada.

Desse modo, o grupo PUCalhaços tem o objetivo de humanizar os alunos de medicina e enfermagem no contato com o paciente, tornando-os mais próximos aos enfermos, além de melhorar aspectos pessoais dos membros participantes, no desenvolvimento de suas relações seculares e profissionais.

O intuito da atuação dos palhaços nos hospitais é de dar às crianças doentes experiências de alegria e oportunidades para serem criativas no contexto do brincar, estimulando a parte saudável do ser da criança e atenuar os efeitos de uma internação hospitalar. Essa atividade tem efeitos positivos não somente sobre as crianças, como também sobre seus pais – os quais enfatizam a importância da presença de palhaços nesse ambiente – e demais funcionários do hospital (LINGE, 2013).

Como qualquer interação humana, as conquistas e benefícios são recíprocos. Dessa forma, essa atuação estimula não só a cura física e psicológica do paciente, como também cresce prosperidade pessoal do voluntário (SELLI; GARRAFA;

JUNGES, 2008).

Assim, diante do exposto, o desenvolvimento desta pesquisa foi motivado pela necessidade de conhecer com precisão o impacto do trabalho voluntário sobre a vida acadêmica. Para tanto, utilizar-se-á dos alunos de medicina e enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (FCMS-PUC-SP) que estão a ingressar nas capacitações do grupo PUCalhaços e de estudantes que são membros há um ano ou mais.

## 2 | OBJETIVO

Relacionar o trabalho voluntário de estudantes de medicina e enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (FCMS – PUC-SP) com o aprimoramento da formação acadêmica e ideológica.

## 3 | METODOLOGIA

Este estudo é de natureza quanti-qualitativa descritiva e exploratória. O referencial teórico da pesquisa é a Teoria das Representações Sociais (Moscovici, 2003), pois se propõe interpretar a realidade captada pelo discurso dos participantes tornando possível identificar e compreender as crenças, as imagens, as metáforas e os símbolos compartilhados coletivamente. (Moscovici, 2003)

As representações sociais são esquemas sócio cognitivos que as pessoas utilizam para emitirem, no seu cotidiano, juízos ou opiniões; (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

A abordagem aos participantes foi individual, isto é, logo após o esclarecimento sobre a pesquisa e a aceitação em participar, foi realizada a entrevista que constou de perguntas sócio demográficas e de cinco questões norteadoras. As respostas foram gravadas e analisadas posteriormente.

O processamento dos discursos obtidos foi feito por meio da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DCS) apoia-se em quatro figuras metodológicas para obter o pensamento coletivo de cada depoimento:

1) Ideias Centrais (IC): traduzem a essência do conteúdo discursivo de cada depoimento, a IC é uma expressão linguística ou nome que descreve de maneira mais sintética possível o sentido das expressões chaves. As ideias centrais são abstratas conceituais e sintéticas, representa o que o entrevistado quis dizer.

2) Expressões Chave (ECH): são fundamentais para confecção do discurso do sujeito coletivo caracterizando-se por pedaços ou trechos do discurso que

descrevem os conteúdos transcritos de forma literal que revelam a essência do conteúdo do depoimento.

3) Discurso do Sujeito Coletivo (DSC): é composto da soma, com sequência lógica de fragmentos das expressões chave, produzindo um único discurso na primeira pessoa do singular de ECH que têm IC com o efeito da opinião coletiva possibilitando assim, a análise (MARÍLIA Z. A. FIGUEIREDO; CHIARI; GOULART, 2013), (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003).

4) Ancoragem (A): são os conceitos, ideologias ou pressupostos nos quais baseiam todo o discurso.

No intuito de avaliar os efeitos do trabalho voluntário no desenvolvimento acadêmico e ideológico, foi aplicado questionários em dois grupos, 1 e 2.

O grupo 1 foi composto por alunos de medicina e enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (FCMS-PUCSP) ingressantes da capacitação do grupo PUCalhaços. O grupo 2 foi composto por alunos que, além de já terem concluído a capacitação, praticaram e/ou ainda praticam ações voluntárias, estão no último ano de graduação de medicina e de enfermagem.

Ambos os grupos responderam a um questionário sócio demográfico contendo as seguintes informações: nome, idade, sexo, graduação (curso e ano), participação em outros trabalhos voluntários e período de atuação no grupo PUCalhaços.

Para o grupo 1 em específico, foi questionado a respeito de suas expectativas sobre essa qualificação, relacionando-as tanto aos impactos que podem ser expressos em suas futuras relações com pacientes, quanto à repercussão na sua vida pessoal e acadêmica.

Já para o grupo 2 em particular, foi questionado como o treinamento através da metodologia Clown auxiliou na visita ao hospital e em suas relações interpessoais.

A fim de manter o sigilo quanto a identidade dos membros dos grupos pesquisados durante a transcrição dos dados obtidos, substituiu-se o nome do indivíduo pela seguinte classificação: G1 para grupo um e G2 para grupo dois, prosseguido da letra P, a qual abrevia a palavra “participante”, e o número correspondente à ordem de aplicação dos questionários. Por exemplo, o indivíduo classificado como G1 – P1 pertence ao grupo um do estudo e foi o primeiro participante desse grupo a ter respondido o questionário.

#### **4 | ASPECTOS ÉTICOS**

Em cumprimento à Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/2012, que regulamenta a pesquisa com seres humanos no país e em observância aos cuidados éticos dos pesquisadores, O projeto foi aprovado em 11 de abril de 2017 pelo

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CAAE) 66555517.5.0000.5373 da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

## 5 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 17 estudantes no total, sendo 9 do grupo 1 e 8 do grupo 2.

### 5.1 Resultados e discussão: grupo 1

CARACTERÍSTICA	NÚMERO (n=9)	%
<b>Gênero</b>		
Masculino	2	22,2%
Feminino	7	87,5%
<b>Faixa etária</b>		
18 até 19	3	33,3%
20 até 21	2	22,3%
22 até 23	4	44,4%
<b>Curso</b>		
Medicina	8	88,9%
Enfermagem	1	11,1%
<b>Participação em outros trabalhos voluntários</b>		
Sim	6	66,7%
Não	3	33,3%

Tabela 1 – Características socio demográfica de estudantes de medicina e enfermagem do Grupo 1 – Sorocaba/SP – 2017-2018

Fonte: Pesquisadoras

#### A1) Voluntariado: uma via de duas mãos. G1: P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9.

##### DSC1

É um trabalho que, pelo nome, parece que só toca naquele que recebe, mas acaba refletindo muito em mim também. É poder contribuir para a sociedade e ao mesmo tempo aprender com ela. É uma forma que a gente tem de retribuir, tipo, ao universo o fato da gente existir e a gente ter a chance de... de fazer a diferença no mundo, sabe?! É se doar para um bem maior, para fazer o bem e transmitir amor, algo extremamente gratificante [...], é algo que me deixa feliz *comigo mesmo*. [...] *é, na verdade o trabalho voluntário faz bem para você mesmo, mas no real é você fazer o bem para o próximo sem esperar nada em troca.*

Trabalho voluntário é comumente definido como uma prestação de serviço por escolha, em benefício da comunidade em geral, sem necessariamente esperar ganho monetário (WU, 2011). Entretanto, o voluntariado é uma ação muito mais ampla, que consiste em levar o auxílio para o necessitado, mas também tem

implicações pessoais para quem o faz. Realidade possível de se identificar no DSC1, destacando-se a ideia da gratificação sentida ao se fazer o bem. Essa sensação relatada vai de encontro com os achados na literatura, onde é possível identificar uma crença estabelecida de que o ato de contribuir com o próximo, traz para a pessoa que pratica o ato uma sensação de satisfação (NAZROO; MATTHEWS, 2012).

Estudos demonstram que o trabalho voluntário possui implicações positivas nos marcadores de bem-estar, levando à diminuição de níveis de depressão e isolamento social, e também, aumento da qualidade e sentimento de satisfação de vida (NAZROO; MATTHEWS, 2012). Portanto, o ato de se voluntariar é uma via de mão dupla, onde o saldo é positivo tanto para quem efetiva a ação, quanto para quem recebe o auxílio.

*A2) Doar e despertar em si nos outros sentimentos bons. G1: P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8.*

**DSC2**

*Permite ser eu, sem rótulos, para poder sentir tudo aquilo que há de melhor dentro de mim e doar isso aos outros para que despertem neles sentimentos bons, tipo, esperança... Amor... é porque a gente tem algo um pouquinho a mais, e se a gente tem a mais, a gente precisa doar mais. E eu sempre gostei bastante, porque eu gosto de me sentir útil e perceber que estou fazendo a diferença na vida de alguém, melhorar as dificuldades da nossa comunidade e efetivamente fazer alguma coisa para ajudar, por menor que seja o “poder curativo” disto. É se doar para um bem maior, para fazer o bem e transmitir amor, algo extremamente gratificante.*

O trabalho voluntário possui grande impacto social, assim como podemos notar no DSC2, ele está relacionado com o anseio de se fazer algo que tenha impacto na comunidade. O voluntariado vai de encontro a possibilidade de se formar uma sociedade mais coesa, pois ajuda a fomentar uma maior confiança entre os cidadãos e, ainda, a consolidar normas de solidariedade e reciprocidade, resultando em uma maior estabilidade da comunidade (NAZROO; MATTHEWS, 2012).

Ademais, a consciência de doar caso se tenha a possibilidade, leva a uma face do trabalho voluntário, onde as pessoas envolvidas fazem pelos outros o que o Estado não consegue realizar, mesmo estando sobre sua responsabilidade de fazer (ROCKENBACH, 2010). É um trabalho onde se doa para um bem maior, e o que se transmite é um sentimento de amor que impacta na sociedade onde se está inserido.

**DSC3**

Eu espero que seja um ambiente muito descontraído, mostre mais sobre quem eu sou, meu autoconhecimento. Todo mundo me falou que é um momento revitalizante. Que aflore a criança que há em mim. Para mim ser palhaço é ser você mesmo, ser leve, que eu consiga ter o meu palhaço e encontra-lo dentro de mim, achar um ser engraçado que representa quem eu realmente sou.

Eu achava que a capacitação Clown ia me ensinar, tipo, piruetas ou piadinhas prontas, ou, não sei, qualquer coisa tipo “pra” que me fizesse ser divertida, e saber aproveitar isso... esse lado divertido das pessoas também. A minha expectativa é que fosse um local onde a gente aprendesse a lidar com as pessoas, um momento divertido, engraçados. Aprender a dar risada, ser espontâneo, a alegrar os doentes. Também, aprender a ser um personagem e, com ele, aprender a produzir felicidade nos outros, mas tudo isso está bem diferente agora, durante a capacitação... Que o ‘PUCas’ me ajude a entender o caos que eu sinto... A faculdade traz experiências novas a todo instante e é difícil lidar com todas elas...

Eu pude perceber que não havia problema ter problemas. É confuso. Nenhum ser humano é perfeito e isso é normal. Não há problema em chorar quando se sentir fraco... Você precisa ser você se quer ajudar alguém, não o que esperam que seja. Agora, está mais fácil se aproximar de alguém, de buscar entendê-lo, de se doar naquele momento... Viver o presente... Eu me sinto uma pessoa melhor e mais disposta a me abrir e ouvir.

A capacitação conseguiu fazer com que eu me reconhecesse muito mais do que o esperado, os vínculos foram bem fortes, aprendi a julgar menos e a escutar mais, entendi que cada um possui suas individualidades.

Sinceramente, eu achava que passar pela capacitação talvez me ajudasse na vida pessoal, talvez, assim, de me dar leveza para lidar com algumas coisas da vida, aprender a extrair o melhor das situações... Mas, na vida acadêmica em si, eu não via como podia fazer diferença.

A capacitação é uma quebra de paradigmas e uma busca pelo palhaço interior, ao longo desse processo, como também demonstrado em literatura, um dos saldos positivos deu-se em forma da consolidação do autoconhecimento. (GÓMEZ, 2017). No DSC3 também se identifica uma conquista decorrente do trabalho voluntário: o ganho na percepção do outro, o que gera uma maior habilidade de reconhecer e entender os problemas da comunidade e das pessoas ao redor (WU, 2011). E com a percepção ampliada, aparece também uma capacidade de comunicação aprimorada (WU, 2011), o que gera impactos positivos na vida prática, acadêmica e pessoal de cada voluntário.

**5.2 Resultados e discussão do grupo 2**

CARACTERÍSTICA	NÚMERO (n=7)	%
<b>Gênero</b>		
Masculino	3	37,5%
Feminino	5	62,5%
<b>Faixa etária</b>		
20 até 21	3	37,5%
22 até 23	3	37,5%
24 até 25	1	12,5%
26 ou mais	1	12,5%
<b>Curso</b>		

Medicina	6	75%
Enfermagem	2	25%
<b>Participação em capacitação</b>		
Sim	7	87,5%
Não	1	12,5%
<b>Participação em outros trabalhos voluntários</b>		
Sim	6	75%
Não	2	25%
<b>Ano de atuação</b>		
2012	1	12,5%
2013	2	25%
2014	2	25%
2015	5	62,5%
2016	7	87,5%
2017	6	75%
2018	4	50%

Tabela 2 – Características socio demográfica de estudantes de medicina e enfermagem do Grupo 2 – Sorocaba/SP – 2017-2018

Fonte: Pesquisadoras

#### A4) Ser PUCalhaço: uma miscelânea de sentimentos de descobertas. G2: P1, P2,

P3, P4, P5, P6, P7, P8.

##### DSC4

*Eu diria que é só uma pergunta um tanto quanto complexas e é até mesmo ingrato, né, porque resume toda essa miscelânea de sentimentos e experiências que o 'PUCas' me traz, é um tanto quanto complicado... O palhaço, para mim, é uma forma de expor ao mundo que te rodeia a essência de quem você é de uma maneira leve e divertida! É um jeito muito singular de criar coragem para encarar o desconforto, o estranhamento e as dificuldades impostas pela vida e por nós mesmos ao longo do tempo... É sinônimo de alegria e felicidade! O 'PUCas' me salvou muitas vezes. Então, ser PUCalhaço, especificamente, é, também, um orgulho, pois através dessa instituição tive a chance de realmente valorizar todas as imperfeições e qualidades das pessoas pelo exercício do olhar, do humor e, claro, da empatia.*

*.....É uma descoberta*

*Ser PUCalhaço, para mim, é uma experiência muito enriquecedora. O PUCalhaços me ajudou a descobrir como eu sou, descobri uma parte de mim que eu gostei da ideia que existia e que é uma parte muito boa... talvez a melhor parte e que me faz muito bem ter conhecido ela. Ele é uma das coisas que me ajuda que me anima e que me ajuda a realizar minhas satisfações pessoais para poder ajudar as pessoas.*

*Pra mim, sempre foi tudo muito prazeroso, sempre fiz com muito carinho e... enfim... mas, assim, posso dizer que em relação a me mudar, me mudou, assim, de várias formas. Ma,s acho que a principal foi em relação a empatia...*

*.....É uma família*

*O PUCalhaço é uma parte que eu considero como minha família da faculdade e que me ajudou muito a amadurecer me ajudou muito a me tornar uma pessoa melhor e uma profissional melhor, e eu acho que isso foi o que salvou a minha faculdade quando as coisas estavam difíceis... O 'PUCas' foi a porta de entrada para eu aceitar a faculdade, para eu ver como a vida pode ser bonita, e eu me senti, pela primeira vez na faculdade, aceita, bem-vinda. O 'PUCas' me recebeu, sabe, de braços abertos. Eu conheci pessoas incríveis ... que fizeram as coisas valerem a pena e perceber que eu não estava sozinha na luta para fazer com que as coisas fossem um pouquinho melhor para que as coisas fossem ... mais, sei lá, para mudar o mundo de uma forma.*

*.....É gratidão*

*Sou eternamente grato a todos os meus colegas de faculdade, que construíram o PUCalhaços com nada além de boa vontade e amor pelo ato de cuidar e ser cuidado. É um grupo que me aceitou de uma tal forma assim que eu não tenho nem como agradecer é ser um pedaço para mim é tudo se tudo.*

O processo para acordar o próprio palhaço possibilita autoconhecimento e vulnerabilidade, além de constata-se que, mesmo sem procurar uma finalidade estritamente terapêutica, o efeito terapêutico acontece durante a busca e atuação do palhaço (GÓMEZ, 2017).

Verifica-se, portanto, que, de acordo com o DSC4, o trabalho voluntário está intimamente ligado a emoções positivas e retornos gratificantes. Ademais, todos os que presenciam a amplitude dessa ação são estimulados a tornarem-se uma ferramenta de propagação de alegria, amor e humor (ADAMS, 2002).

#### *A5) Fazer a capacitação Clown foi...* G2: P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8

##### **DSC5**

*Foi essencial! Sem ela, eu acho que não haveria o projeto em si, tipo, seria muito... muito amador, seria... Seria muito superficial a nossa atividade com as crianças... não teria a mágica e a segurança que a gente tem quando vai para o hospital, pois, não é tão assustador quando você tem pelo menos um pouquinho de noção do que está acontecendo, o que você pode fazer quais são suas possibilidades dentro do hospital... você age de uma forma mais adequada.*

*Foi muito surpreendente, uma mistura de sentimentos, transformador, difícil e muito engraçado, muito divertido também e muito doido! Muito, muito, muito doido mesmo!*

*Foi intenso, eu diria que foi bastante intenso, ajudou a me redescobrir. Foi a minha salvação! ... me fez enxergar o próximo e ver que a gente consegue ser feliz mesmo com tantos problemas, né.*

*Eu tinha uma projeção totalmente equivocada do que era ser palhaço. Para mim, palhaço era um personagem e ator, você criar um personagem, atuava ali, fazia umas graças, umas palhaçadas e tava resolvido! Mas, na verdade, o processo é muito mais profundo, muito mais complexo, eu acho que o 'ser palhaço' tange o autoconhecimento, autodescobertas... Você pegar suas características mais íntimas e descamá-las, assim. Você vai usando parte por parte do seu 'eu' e vai lapidando e abrindo espaço para o seu palhaço aflorar. Acho que a melhor coisa que eu poderia dizer... Mas, foi por um processo muito interessante, eu diria, e terapêutico, apesar de tudo isso, foi muito terapêutico o dia da capacitação, era o ápice da minha semana sim! ...era uma terapia grupal todo mundo partilhava os sentimentos, sofria junto, amava junto, corria junto!*

A capacitação clown permite que o voluntário aflore sua essência, a qual será utilizada durante a sua atuação como palhaço. Ademais, essa qualificação proporciona o autoconhecimento, fundamental ao aprimoramento de seus relacionamentos nas diversas esferas seculares. Além disso, mesmo não sendo o objetivo, o efeito terapêutico acontece durante a busca e atuação do palhaço (GÓMEZ, 2017).

Dessa forma, além da autodescoberta, percebeu-se nitidamente o auxílio da capacitação clown na lapidação do palhaço e a sua contribuição essencial no trabalho desses voluntários nas visitas hospitalares no intuito de ajuda-los na melhor abordagem aos pacientes, familiares e funcionários do hospital.

**DSC6**

*A gente vai entendendo como não eram simples e o quão difícil pode ser um palhaço, né... E aí eu lembro que, na minha primeira visita, eu estava extremamente nervoso e acanhado, e até meio travado ... Dava um medo absurdo! Não tinha uma vez que era tranquilo me sentir segura, mas, era muito bom, porque você ficava tentando todas as possibilidades de brincadeiras, de situações, do que eu poderia fazer... então, o desconforto, né, não sei se a palavra certa, mas a tensão que ficava, esse nervosismo que tem começo, era muito bom para poder fazer uma coisa legal. Houve dias em que realmente não sentia a energia do palhaço e acabava tendo dificuldades para quebrar o gelo dentro do hospital.*

*Depois a gente vai se soltando um pouquinho e depois eu já tava me sentindo bem 'enturmadinho', já dava para fazer palhaçada e tirava um pouco de alegria e sorrisos. A melhor parte do palhaço é fazer visita, saber entrar em contato meu eu, acho que quando você realmente entre em contato com o seu palhaço, faz tudo meio no improviso, eu acho que isso era uma das coisas mais incríveis e uma experiência muito engraçada.*

*Mas aí, a partir segunda visita, me lembro, que aí eu já consegui realmente deixar o meu palhaço 'dar as caras' e de tudo fluiu melhor, sabe, foi extremamente interessante acho que consegui criar vínculos com as pessoas com quem interagi, com as crianças e os adultos propriamente dito, até todo o pessoal do hospital, faxineiras, enfermeiros, médicos, recepcionistas, fui capaz de conhecer modelos de Paris, super-heróis e cantores famosos dentro dos quartos, ainda que alguns deles estivessem com acessos (venoso) no braço, ou cansados por já estarem no finalzinho de seu plantão de enfermagem).*

*Era assim, eu podia estar no pior dia da minha vida, se eu fosse fazer uma visita, o dia mudava completamente! É... por mais que a gente ache que a gente tá fazendo um bem pro outro, eu acho que eles fazem um bem muito maior pra gente, e eu sempre saía muito renovada, sempre sai muito feliz, satisfeita! Meu dia melhorava demais! As visitas me fazem lembrar... que tudo vai valer a pena, independente das dificuldades, independente se tem alguma coisa ruim, me dá força, me dá um ânimo! Me trouxeram aprendizados diferentes. Ou seja, todas, sem exceção, me proporcionaram um sentimento diferente, quase sempre me fazendo sentir "mais leve" ao fim do dia.*

*A gente consegue ver a criança, o que ela tá passando, e a gente consegue ver o que os pais estão passando ali, o que é o acompanhante está sentindo também... e aquele momento que a gente está ali, a gente não é profissional da saúde... para eles a gente é o momento de distração e diversão...*

*Eu pude descobrir que não é só uma piada, uma brincadeira, que eu posso fazer alguém feliz e dar risadas com um simples abraço, um sorriso pode ajudar muitas pessoas. Todo mundo pode ter assim como eu tenho direito a um sorriso, tem direito a se sentir bem, e é uma satisfação muito grande de poder voltar para casa e com aquele ar de cumprir a missão de hoje.*

A interação com crianças hospitalizadas visa a transformação do ambiente através da alegria (SANTOS, 2013). Apesar do lúdico comumente estar associado à infância, estimulando preconceitos, a ludicidade pode ser percebida por pessoas em diferentes faixas etárias (GOMES, 2004), auxiliando na propagação de felicidade a qual auxilia na promoção da saúde física e mental.

Além disso, o trabalho voluntário apresenta uma melhora terapêutica não só para o paciente do hospital, como também ao próprio voluntário (GÓMEZ, 2017).

## A7) PUCalhaços: despertou consciência holística, humanística e o trabalho

em equipe G2: P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8.

### DSC7

*O 'PUCas', ele simplesmente transformou e redefiniu a minha atuação como estudante medicina e como futuro médico. Eu acho que o 'PUCas' me ensinou a ver a pessoa como um todo, assim... Olhar no olho do paciente, estabelecer uma conexão, a deixar o paciente falar, a tentar o máximo fazer o paciente se sentir ouvido por mim, se sentir acolhido de um jeito ou de outro... E mostrar para ele que, no momento que eu estou com ele, eu estou totalmente com ele, estou plenamente com ele, eu tô tentando abstrair todos os problemas e, ter essa experiência intensa e plena com ele, estabeleceu vínculo assim... Eu acho que isso foi sensacional pelo 'PUCas'...*

*Vejo de outra forma quando eu entro no hospital, seja para fazer anamnese, seja para qualquer outra coisa, eu consigo olhar para o paciente e pensar que o paciente tá ali, que não é só ele, não é só a doença dele, que tem todo aquele sofrimento. Acho que isso foi uma das coisas que mais me ajudou nesse contato com um paciente mesmo na hora de tentar fazer uma consulta e consegui tirar as informações que eu preciso porque se cria um vínculo com o paciente muito mais fácil. Por isso, o 'PUCas' me ajudou, porque agora não vejo mais os pacientes apenas como doença, eu vejo eles como pessoas que necessitam também de cuidados emocionais e espirituais, também que são fatores muito importantes no tratamento e na cura do próprio paciente ele como inteiro. Além disso eu consigo me colocar no lugar do outro e tratar a pessoa com respeito, com o mínimo de empatia mesmo, é porque eu fiz parte do grupo. Então, eu acho que essa é a forma que mais o grupo fez de diferença assim em mim como profissional.*

*Apreendi a trabalhar em grupo, a respeitar as diferenças, aceitar críticas, separar profissional de pessoal e a sempre, sempre deixar por escrito os acontecimentos. A minha vivência no grupo era ótima, porque não tinha essa divisão entre médicos e enfermeiros estudantes de medicina e de enfermagem, todo mundo igual em prol de um só objetivo, que é um sorriso né.*

*Além disso, eu aprendi muito mesmo a valorizar o trabalho das enfermeiras por que em todas as nossas visitas quem tava lá eram sempre as enfermeiras... O médico passava para fazer a visita, para fazer a visita do plantão dele... Nas 24 horas, quem tá próximo do paciente realmente são os auxiliares de enfermagem, as enfermeiras, os enfermeiros. Então, acho que o 'PUCas' me possibilitou de um pouco esse outro lado que a gente na graduação não tem tanto acesso... A gente acaba tendo uma formação muito 'medicocêntrica' e não multidisciplinar... Então acho que o 'PUCas' foi fundamental para conseguir entender melhor como funciona a toda a rede de atendimento e de apoio para o paciente que não está centrada na visão do médico.*

*Uma das coisas que mais me ajudou na minha vivência profissional assim de ter esse tanto de olhar, de saber quando, até onde eu posso chegar com criança, até onde eu não posso ou com um adulto mesmo, é com todo mundo que você vai atender até onde você pode chegar.*

*Mas, como que você pode fazer com que o paciente entendeu que você tá falando e entenda que você está ali para ajudar e para fazer o máximo de coisas que você conseguir. Que estão ali para dar suporte para essa pessoa.*

Indubitavelmente, é fundamental a aliança terapêutica entre o profissional e o paciente. Na arte Clown, a comunicação é a própria essência da atuação do palhaço, seja ela verbal ou não-verbal (FILHO, 2012). Dessa forma, a prática clown pode não ser a solução para os problemas supracitados, mas surge como uma potencial ferramenta de transformação da realidade e quebra de paradigmas, aproximando as pessoas, abrindo espaço para a compreensão das limitações de profissionais e pacientes, atenuando o sofrimento, medo e ansiedade, diminuindo, assim, as insatisfações entre aqueles que convivem diariamente no ambiente médico-hospitalar (MASETTI, 2005)

A atuação do palhaço em hospitais é uma oportunidade exclusiva de se obter elementos fundamentais a um processo contínuo de transformação, no

qual a técnica artística, a criatividade e a imaginação surgem como mecanismos essenciais à introdução do lúdico e do humor nas diversas situações hospitalares. A metodologia clown permite a liberdade do voluntário quanto as suas ações, além de promover a sua autonomia, criatividade e exploração do mundo, possibilitando-lhe, assim, ampliar o seu conhecimento e promover o seu desenvolvimento psicossocial (ESTEVEES; ANTUNES; CAIRES, 2014).

Além disso, a representação clown em serviços de saúde auxilia na promoção do bem-estar físico e psíquico do paciente pela atuação interdisciplinar entre profissionais, entre estes e os usuários, e entre todos eles e os próprios cuidadores.

## 6 | CONCLUSÃO

Este projeto teve por objetivo relacionar a influência do trabalho voluntário na formação acadêmica dos cursos de medicina e enfermagem, utilizando-se do grupo voluntário PUCalhaços e de seus participantes, compostos por alunos da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (FCMS – PUC-SP) na cidade de Sorocaba-SP. Com a análise dos Discursos do Sujeito Coletivo, observou-se a importância do PUCalhaços em ambos os grupos entrevistados. Chama-se a atenção um feedback positivo, perante os questionários aplicados, em relação à capacitação dos alunos de medicina e enfermagem da FCMS-PUCSP ingressantes do grupo PUCalhaços. É possível perceber que os participantes dessa pesquisa mostraram um desenvolvimento de suas capacidades emocionais e acadêmicas, além de demonstrarem uma melhor desenvoltura nas habilidades sociais, podendo-se citar uma maior efetividade no viés afetivo. Notou-se, também, que a visão do vínculo entre o profissional da saúde e o paciente foi aprimorada, possibilitando melhor eficácia para a cura da doença e cuidado do enfermo.

Além disso, ficou claro o impacto proporcionado pelas capacitações, tanto para a atuação do palhaço nos hospitais, quanto para o aprimoramento das relações sociais e acadêmicas do próprio participante.

Ademais, reconheceu-se a função desse grupo voluntário como auxiliador na formação profissional, por ensinar um atendimento humanizado, o qual atenda amplamente às necessidades físicas e psicológicas do paciente.

## REFERÊNCIAS

ADAMS, P. **Humour and love: the origination of clown therapy**. Postgrad Med J, v. 78, p. 447–449, 2002.

AGATHA, J. A. P. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Akropolis,

Umuarama, v. 18, n. 4, p. 319-321, 2010.

CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. **Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, p. 104–111, 2005.

ESTEVES, C. H.; ANTUNES, C.; CAIRES, S. **Humanização em contexto pediátrico: O papel dos palhaços na melhoria do ambiente vivido pela criança hospitalizada.** Interface: Communication, Health, Education, v. 18, n. 51, p. 697–708, 2014.

FILHO, A. C. **Os doutores palhaços: vetores e hospedeiros de uma saúde contagiosa?** Bahia. Monografia de Conclusão, da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, 2011.

GOMES, C. L. **Dicionário Crítico do Lazer.** Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

GÓMEZ, P. A. M. **O corpo em estado de palhaço: vulnerabilidade e autoconhecimento a serviço do estado de saúde.** 158 f. il. 2017. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Artes Cênicas. Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil, 2017.

GOULART, B. N. G. DE; CHIARI, B. M. **Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, n. 1, p. 255–268, 2010.

GUIMARÃES, Jéssica Coelho. **A comunicação como uma tecnologia leve para o cuidado de enfermagem na perspectiva do filme Patch Adams: o amor é contagioso.** 2015. [22] f. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

HANSEN, L.-K. et al. **Effect of a clown's presence at botulinum toxin injections in children: a randomized, prospective study.** Journal of Pain Research, v. 4, p. 297, 2011.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos).** Caxias do Sul: EDUCS, 2003.

LINGE, L. **Joyful and serious intentions in the work of hospital clowns: A meta-analysis based on a 7-year research project conducted in three parts.** International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being, v. 8, n. 1, p. 1–8, 2013.

MARÍLIA Z. A. FIGUEIREDO; CHIARI, B. M.; GOULART, B. N. G. DE. **Discurso do Sujeito Coletivo : uma breve introdução à ferramenta de pesquisa quali-quantitativa.** Distúrb Comun, v. 25, n. 1, p. 129–136, 2013.

MASETTI, M. **Doutores da ética da alegria.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 9, n. 17, p. 453–458, 2005.

NAZROO, J.; MATTHEWS, K. **The impact of volunteering on well-being in later life.** May, 2012. A report to WRVS.

OLIVEIRA, R. R. DE; OLIVEIRA, I. C. D. S. **Os Doutores da Alegria na unidade de internação pediátrica: experiências da equipe de enfermagem.** Escola Anna Nery, v. 12, n. 2, p. 230–236, 2008.

ROCKENBACH, G. **A contribuição do serviço voluntário em uma associação hospitalar em Florianópolis 2011.** XVIII Congresso Brasileiro de Custos

ROSA, J. L. **A formação médica em xeque.** CREMESP - Ser médico, v. 1, p. 1, 2014.

SANTOS, E. B. **Nariz Vermelho: Fundamentos do Clown na Ação da U.T.rIso**. 2013. Monografia apresentada ao Núcleo de Teatro da Universidade Federal de Sergipe

SELLI, L.; GARRAFA, V.; JUNGES, J. R. **Beneficiários do trabalho voluntário: uma leitura a partir da bioética**. Revista de Saúde Pública, v. 42, n. 6, p. 1085–1089, 2008.

SOUZA, L. M.; LAUTERT, L. **Trabalho voluntário: uma alternativa para a promoção da saúde de idoso**. Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, v. 42, n. 2, p. 371–376, 2008.

WU, H. 2011 **Social Impact of Volunteerism**. p. 1–23, 2011. Points of light institute.

## PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS QUANTO AO AMBIENTE ESTRUTURAL DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DE BELÉM

**Hellen de Paula Silva da Rocha**

Universidade do Estado do Pará- UEPA, Instituto de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos de Belém- IASB  
Belém-Pa

**RESUMO: Introdução:** A Unidade Básica de Saúde (UBS) é o contato inicial dos usuários e a garantia de acesso à Rede de Atenção à Saúde. Seu espaço físico deve ser apropriado para acomodar o número da população adscrita na região e suas singularidades, bem como possuir suporte para o desenvolvimento das atividades de assistência à saúde. **Objetivo:** Conhecer a percepção de enfermeiros referente a estrutura física de uma UBS. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência realizado em uma UBS localizada no município de Belém-Pa, no ano de 2018, na qual a autora estagiou. **Relato de Experiência:** Ao longo do estágio foi possível observar que o espaço da recepção era pequeno e sua climatização ineficiente, deixando a espera pelo atendimento desagradável; algumas paredes apresentavam mofo e infiltrações, tornando o acondicionamento de insumo medicamentoso inapropriado; em alguns pontos do piso, existiam lajotas soltas; boa parte dos móveis estavam

desgastadas outras enferrujadas; era notório que a limpeza era feita de maneira superficial, pois existiam sujidades impregnadas no local; não havia condições adaptadas para os deficientes físicos. **Considerações Finais:** O estudo evidencia a necessidade de adequações estruturais na Unidade em questão. Conforme a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, as UBS devem ser construídas de acordo com as normas sanitárias e tendo como referência as normativas de infraestrutura vigentes. Deve ser um ambiente oportuno para a aprendizagem de estudantes e efetivação dos serviços prestados, assim fortalecendo o cuidado clínico e a resolutividade na Atenção Básica, além de oferecer serviços de qualidade à população.

**PALAVRAS-CHAVE:** Estrutura Física; Assistência de Saúde; Atenção Básica.

### PERCEPTION OF NURSES ABOUT THE STRUCTURAL ENVIRONMENT OF A HEALTH UNIT OF BELÉM PARÁ

**ABSTRACT: Introduction:** The Basic Health Unit (BHU) is the initial contact of users and the guarantee of access to the Health Care Network. Your physical space must be appropriate to accommodate the number of population adscript to the region and your singularities, as

well as have support for the development of health care activities. **Goals:** Know a perception of nurses regarding the physical structure of a UBS. **Methodology:** This is a descriptive study of the type of experience report conducted in a UBS located in the city of Belém-Pa, in 2017, in which the author interned. **Experience Report:** Throughout the internship it was possible to observe that the reception space was small and with inefficient air conditioning, leaving nasty the waiting time for the servisse; some walls have mold and seepage, make the storage of medication input inappropriate; at some points on the floor there were loose tiles; many furniture were worn and rusty; it was noticeable that the cleaning was done superficially, for there were soils impregnated in the place; There were no suitable conditions for the physically handicapped. **Final considerations:** The study show the necessity for selected adjustments in the unit in question. According to Ordinance N°. 2,436, de 21 de setembro de 2017, the BHUs should be constructed in accordance with health standards and with reference to current infrastructure regulations. It should be an opportune environment for student learning and delivery of services, thus, strengthening clinical care and resoluteness in primary care, also offering quality services to the population.

**KEYWORDS:** Physical structure; Health care; Primary care.

## 1 | INTRODUÇÃO

A Atenção Primária de Saúde no Brasil é regulamentada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), mediante a Portaria GM nº. 2.488, de 21 de outubro de 2011, na qual conceitua Atenção Básica- AB como grupo de ações de saúde que atuam tanto na individualidade quanto na coletividade, cujo o objetivo é execução do cuidado assistencial completo que corrobore na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde promovendo a qualidade de vida. Suas atividades abrangem a saúde do indivíduo como um todo, perpassando a promoção até a reabilitação e manutenção da saúde. Desenvolvida através de práticas de cuidado e gestão, utiliza variadas ferramentas que auxiliam o atendimento das necessidades e sofrimento dos clientes de territórios previamente demarcados atentando para os fatores de risco e vulnerabilidades destes. Seus princípios norteadores são a Universalidade, a Acessibilidade, o Vínculo, a Continuidade, o Cuidado, a Integralidade da Atenção, a Responsabilização, a Humanização, a Equidade e Participação Social (BRASIL 2012).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) é o contato inicial dos usuários com a Rede de Atenção à Saúde- RAS. Desempenha papel essencial na garantia de acesso aos serviços. O espaço físico de uma UBS deve ser apropriado para acomodar o número da população adscrita na região e suas singularidades, bem como possuir suporte para o desenvolvimento das atividades de assistência à saúde (PEDROSA, et al 2011). Conforme a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017,

as UBS devem ser construídas de acordo com as normas sanitárias e tendo como referência as normativas de infraestrutura vigentes, considerando a premissa da interdisciplinaridade e a utilização dos espaços físicos de forma compartilhada entre diferentes profissionais e atividades. Devem possuir consultórios (médico, de enfermagem, odontológico); sala multiprofissional de acolhimento; sala de administração e gerência; sala de atividades dinâmicas; área de recepção; local para arquivos e registros; sala de procedimentos; sala de vacinas; área de dispensação; sala de armazenagem de medicamentos; sala de inalação coletiva; sala de coleta de exames; sala de curativos; sala de observação; manutenção regular da infraestrutura e dos equipamentos; sala de estoque dos insumos; equipes multiprofissionais, cadastro atualizado dos profissionais, entre outros (BRASIL 2012).

Contra via de regra, a realidade da maioria das unidades de saúde brasileiras é adversa ao que preconiza a legislação e guarnir essas unidades com infraestrutura adequada é um revés que o país enfrenta (BRASIL 2012). Perante isto, muitos profissionais especialmente os enfermeiros, encontram empecilhos para realizar seus trabalhos assistenciais atribuídos às limitadas condições estruturais e organizacionais dos serviços de saúde; trabalhos estes que em inúmeras realidades são efetuados com improvisos (OLIVEIRA; CARVALHO; SILVA 2008).

Várias são as incumbências do enfermeiro na Atenção Básica, iniciam no acolhimento da clientela podendo chegar até ações especificadas em lei, a exemplos: acompanhamento de pré-natal, consulta de enfermagem, prescrição de medicamentos (estabelecidos em protocolos de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde), execução de parto sem distocia, entre outros (LEI 7.498). A atuação do enfermeiro no cuidado ao indivíduo é crucial, haja visto que busca atenuar ou eliminar um conjunto de necessidades e mazelas com o intuito de garantir a promoção, recuperação e manutenção da saúde (XIMENES, et al 2012). Sua atuação é maculada ou inexistente quando não possui o aporte garantido.

Tal cenário motivou a realização deste estudo, ao qual busca conhecer os efeitos danosos que provoca, a percepção de enfermeiros frente à estrutura física de uma UBS e explicar a adequação de infraestrutura conforme legislação. A relevância deste estudo oferece benefício para a sociedade com a exposição de deficiências na assistência de enfermagem desenvolvidas em unidades de saúde sem estruturas físicas apropriadas, possibilitando assim, através destes apontamentos permitir elaboração de estratégias de mudanças e ajustes na área superando as dificuldades existentes.

## 2 | METODOLOGIA E LOCAL DO ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência realizado em uma Unidade Básica de Saúde localizada no município de Belém-Pará, no período de Agosto a Dezembro de 2018, na qual a autora cumpriu estágio. É uma unidade prestadora de serviços de atenção primária, secundária e terciária. Atende a população adscrita em seu território e também população referenciada pelo SUS proveniente da Capital e de outros municípios do Estado do Pará. Seu atendimento anual é cerca de 400 mil pessoas. Entre seus serviços estão: realização de exame preventivo do câncer de colo uterino- PCCU (Programa saúde da mulher); acompanhamento de crescimento e desenvolvimento (Programa saúde da criança e do adolescente); controle e prevenção de doenças mentais, de doenças infectocontagiosas; Programa de prevenção e controle da Hipertensão e Diabetes- HIPERDIA; prevenção e controle de doenças sexualmente transmissíveis e imunização. Procedimentos e consultas especializadas em cardiologia, dermatologia, enfermagem, endocrinologia, mastologia, oftalmologia, pneumologia, ginecologia, psicologia, fonoaudiologia, ortopedia, fisioterapia e também atividades extra laborais como palestras educativas e rodas de conversa.

## 3 | RELATO DE EXPERIÊNCIA

O estágio configurou-se em trabalho rotineiro de segunda a sexta-feira, nos setores de vacinação, Programa HIPERDIA, sala de curativos e exame de PCCU, sendo 5 horas diárias, com execução de tarefas dinâmicas e educativas em alguns finais de semana, por um período total de 6 meses, ao qual a autora percebeu algumas limitações estruturais. Lidar com as questões comuns da profissão de enfermeiro é tarefa laboriosa, todavia, quando o ambiente de trabalho proporciona as adequações devidas torna o serviço mais eficiente e agradável para todos. Conforme Brasil (2008):

Ambiência de uma Unidade Básica de Saúde significa o espaço físico (arquitetônico), que deve proporcionar uma atenção acolhedora e humana, tanto para os trabalhadores e profissionais de saúde, quanto para os usuários.

Ainda conforme Brasil (2008), a ambiência se configura tanto pelas tecnologias utilizadas quanto por outros componentes estéticos (luminosidade, temperatura e ruídos do ambiente como exemplos). Na Unidade em questão foi perceptível algumas inadequações existentes na realização de suas atividades, a começar pelo espaço da recepção ser pequeno e sua climatização insatisfatória com poucas janelas que possibilitassem a circulação de ar, isso deixava a espera pelo atendimento desagradável, especialmente no turno da tarde. Quase que rotineiramente alguns

clientes mais exaltados promoviam tumultos com reclamações e por vezes ofensas contra funcionários;

A falta de placas de identificação dos serviços disponíveis e sinalização de fluxos, complicava a comunicação e essa falta de clareza deixava a maioria da clientela confusa. Para Rocha e Munari (2013), vulnerabilidades de comunicação e nos relacionamentos interpessoais inevitavelmente interferem na qualidade da assistência prestada ocasionando descumprimentos do que recomenda a legislação.

Não havia condições adaptadas para os portadores de necessidades especiais (rampas de acesso, corrimão, portas maiores, maçanetas do tipo alavanca...), consequentemente limitava em demasia o acesso aos serviços de saúde desse grupo, assim infringindo o princípio da Universalidade descrito na Lei 8.080 em seu artigo 7, ao qual diz que o acesso às ações e serviços públicos deve ser assegurado a todos cidadãos, independentemente de raça, credo, idade ou outras características sociais ou pessoais.

Verificou-se precário estado de conservação ao notar que algumas paredes apresentavam mofo e infiltrações, tornando o acondicionamento de insumo medicamentoso inapropriado, havendo em muitos casos o desperdício dos remédios por deterioração, além de ser prejudicial à saúde de todos ao propiciar doenças respiratórias. Para Pedrosa, et al (2011) a falta ou escassez de medicamentos prejudica a manutenção do serviço e desencadeia a quebra do vínculo paciente-profissional.

Em alguns pontos do piso, existiam lajotas soltas oferecendo risco de acidentes e cortes; boa parte dos móveis estavam deterioradas outras enferrujadas, antagônico ao que diz o Manual de Infraestrutura Física das Unidades Básicas de Saúde (2008):

Os materiais de revestimentos das paredes, tetos e pisos devem ser todos laváveis e de superfície lisa. Os pisos devem ter superfície regular, firme, estável e antiderrapante sob qualquer condição, que não provoque trepidação em dispositivos com rodas.

Era notório que a limpeza era feita de maneira superficial por colaboradores sem o devido treinamento específico (manuseio de soluções em quantidade e tempo, equipamentos...), pois existiam sujidades impregnadas no local, desrespeitando as regras de biossegurança. Conforme o Manual de Infraestrutura (2008) é objetivo na atenção básica desenvolver práticas de qualificação dos profissionais por meio de estratégias de educação continuada e oferta de cursos para que se garanta atendimento de qualidade à população.

A área externa em volta a unidade apresentava mato crescido e pouco cuidado com o lixo produzido. Corrobora ainda o Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde (2008) que estas devem possuir:

Local destinado ao acondicionamento do lixo não contaminado aguardando remoção pelo serviço de limpeza urbana. Observar fechamento devido às questões de segurança, porém prever ventilação, mas com proteção contra roedores. Ambiente com área mínima de 4m<sup>2</sup> com dimensão mínima de 1,50m.

Local destinado ao acondicionamento do lixo contaminado (lixo hospitalar). Prever separação entre resíduo comum e biológico. Ambiente ventilado, porém com proteção contra roedores. Ambiente com área mínima de 4m<sup>2</sup> com dimensão mínima de 1,50m, pois desta forma evita a interrupção da assistência da equipe, que evita a desqualificação do serviço.

Más condições estruturais causam efeitos danosos à população. Aumenta o índice de agravos, não resolutividade, insatisfação da comunidade, aumenta os gastos financeiros, precariza o desenvolvimento dos serviços de saúde. Brasil (2006) determina que a estrutura física de uma UBS não deve ser um fator que dificulte a execução das ações, pelo contrário, deve ser um local propiciador de qualidade de vida.

#### 4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para a garantia de uma prática eficaz e eficiente na Atenção Básica de Saúde é essencial que a infraestrutura esteja apropriada para seu funcionamento e desenvolvimento de funções, que seja dotada de ferramentas e equipamentos suficientes, bem como, recursos humanos qualificados (BRASIL 2012).

Diante dos resultados expostos neste estudo, evidencia-se que a UBS possui instalações físicas não correspondentes em sua totalidade aos padrões determinados pelo Ministério da Saúde, necessitando portanto de adequações estruturais. Foi possível identificar que as deficiências encontradas limitam o bom desempenho da instituição e o vínculo com a população. Mazelas que ocorrem presumidamente por desleixo no planejamento e organização de condutas, manutenção do espaço físico, por parte, tanto da gerência administrativa como também por parte dos profissionais de forma geral, ao não se atentarem que o ambiente é instrumento de trabalho e facilitador da saúde, desqualificam absurdamente os serviços prestados, além de não exercerem suas atividades laborais conforme preconiza o SUS.

O ministério das Saúde preconiza que as UBS devem respeitar a densidade demográfica, o perfil populacional, atuação e tipos de equipes, além de proporcionar um ambiente oportuno para a aprendizagem de estudantes, capacitação de trabalhadores em educação continuada, interação da equipe multiprofissional entre si e com a população tendo o propósito de eliminar ou reduzir agravos à saúde. Assim sendo, amplia o cuidado clínico e a resolutividade na Atenção Básica, assegurando para a clientela integralidade, qualidade e humanização na assistência de saúde (BRASIL 2006).

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica- PNAB.** Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2012.
- \_\_\_\_\_. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF.
- \_\_\_\_\_. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Lei nº 7.498 de 25 de Junho de 1986.** Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Brasília, DF.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a **Política Nacional de Atenção Básica**, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 set. 2017. P.68.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 22 out. 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em: 25 fev 2018.
- PEDROSA, I.C.F; CORRÊA, A.C.P; et al. **Influências da infraestrutura de centros de saúde nas práticas profissionais: percepção de enfermeiros.** Cienc Cuid Saúde 2011 Jan/Mar; 10(1):058-065.
- OLIVEIRA, T.C.; CARVALHO, L.P; SILVA, M.A. **O enfermeiro na atenção à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes.** Rev. bras. enferm., Brasília, v. 61, n. 3, June 2008. Available from . access on 14 Fev. 2018. doi: 10.1590/S0034- 71672008000300005.
- ROCHA, B.S; MUNARI, D.B. **Avaliação da competência interpessoal de enfermeiros coordenadores de equipe na saúde da família.** Rev. Enferm Atenção Saúde. 2013;2(3):53-66.
- XIMENES, N.F.R.G; CHAVES, M.E; PONTE, M.A.C; CUNHA, I.C.K.O. **Trabalho do enfermeiro da estratégia saúde da família na visita ao lar da puérpera e recém-nascido.** Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped. 2012;12(1):27-36.

## PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS QUANTO AO PROTOCOLO DE HIPOTERMIA TERAPÊUTICA PÓS PARADA CARDIOPULMONAR

**Julia Taynan Etelvino de Barros**

Faculdade do Recife (FAREC), Recife, PE.

**Claudia Fabiana Lucena Spindola**

Faculdade do Recife (FAREC), Recife, PE.

**Jéssica Santos Cândido da Silva**

Faculdade do Recife (FAREC), Recife, PE.

**Maryane Martins Barros**

Faculdade do Recife (FAREC), Recife, PE.

**RESUMO: Objetivo:** Analisar a percepção dos enfermeiros quanto ao emprego da hipotermia terapêutica em pacientes reanimados pós-PCR nas UTIs. **Metodologia:** Pesquisa de caráter exploratório, descritivo, de abordagem quali-quantitativa, desenvolvida em dezembro/2017, num hospital de referência do Recife/PE. Sendo considerados os questionários dos Enfermeiros que trabalham na UTI do hospital referido, e que aceitaram participar da pesquisa voluntariamente. **Resultados:** Entrevistados 18 enfermeiros, predominando: faixa etária de 24 e 34 anos; sexo feminino; de maior formação a especialização em emergência; atuantes na área de saúde entre 4 - 6 anos. Com maioria afirmando ter conhecimento sobre a técnica de Hipotermia Terapêutica pós-PCR. Sobre a temperatura limite a ser empregada, 37% disseram ser entre 32°C - 34°C; quanto ao tempo

inicial para aplicação da técnica após o retorno da circulação espontânea, 55% afirmam ser, 1 hora; 54% dizem ser a proteção neurológica o principal objetivo da terapêutica; 64% afirmam que todos os pacientes sobreviventes pós-PCR, que permaneçam comatosos após a reanimação, independente do ritmo da PCR e do local onde ocorreu o evento, podem ser induzidos à hipotermia terapêutica.

**Conclusão:** Percebeu-se que, os enfermeiros não têm conhecimento do emprego da técnica referida, por não ser rotina do setor, nem uma prática utilizada no hospital, e desconhecem a existência da mesma. Nota-se a necessidade de um maior número de publicações e cursos, capacitando e norteando os profissionais, e serviços de saúde envolvidos no processo, e a construção de um protocolo, instrumento que ampara os profissionais e oferece segurança aos pacientes e familiares.

**PALAVRAS-CHAVE:** Hipotermia Induzida. Parada Cardiopulmonar. UTI.

### PERCEPTION OF NURSES ON THE POST CARDIOPULMONARY THERAPEUTIC HYPOTHERMIA PROTOCOL

**ABSTRACT: Objective:** To analyze nurses' perceptions regarding the use of therapeutic

hypothermia in patients resuscitated after CRP in ICUs. **Methodology:** Exploratory, descriptive and qualitative research, conducted in December / 2017, in a referral hospital in Recife / PE. Being considered the questionnaires of nurses working in the ICU of the referred hospital, and who agreed to participate in the research voluntarily. **Results:** Interviewed 18 nurses, predominating: age group of 24 and 34 years old; women; from greater training to emergency specialization; active in the health area between 4 - 6 years. With majority claiming to have knowledge about the technique of post-PCR Therapeutic Hypothermia. About the temperature limit to be employed, 37% said to be between 32 ° C - 34 ° C; Regarding the initial time for application of the technique after the return of spontaneous circulation, 55% claim to be 1 hour; 54% say neurological protection is the main goal of therapy; 64% state that all post-CRP surviving patients who remain comatose after resuscitation, regardless of the rate of CRP and where the event occurred, can be induced to therapeutic hypothermia. **Conclusion:** It was noticed that nurses are not aware of the use of the referred technique, as it is not a routine of the sector, nor a practice used in the hospital, and are unaware of its existence. There is a need for more publications and courses, training and guiding the professionals and health services involved in the process, and the construction of a protocol, an instrument that supports the professionals and offers security to patients and families.

**KEYWORDS:** Induced Hypothermia. Cardiopulmonary arrest. ICU.

## 1 | INTRODUÇÃO

A partir do instante em que a contratilidade miocárdica e a circulação sanguínea são interrompidas, o risco de dano cerebral irreversível e morte aumentam a cada minuto, segundo Smeltzer e Bare (2005). A parada cardiorrespiratória (PCR) é uma emergência médica definida como a cessação súbita e inesperada das funções vitais e orgânicas, caracterizada pela ausência de batimentos cardíacos, de movimentos respiratórios e irresponsividade a estímulos (RECH, 2010). Apesar da evolução e aperfeiçoamento das manobras de reanimação nos últimos 50 anos, a mortalidade e sequelas neurológicas após a recuperação da circulação espontânea continuam a ser elevadas (Nolan, et al., 2007).

A PCR causa cessação abrupta do fluxo sanguíneo cerebral, produzindo isquemia dos neurônios (Pereira, 2008). A extensão do dano neurológico depende do grau de hipoxemia ao qual o tecido cerebral é submetido, ocorrendo dano permanente após 5 a 10 minutos da completa cessação do fluxo sanguíneo (Bernard, 2009).

Diante das novas descobertas científicas, surge a Hipotermia Terapêutica (HT), que tem demonstrado ser um tratamento eficaz em reduzir o dano isquêmico cerebral produzido durante diferentes insultos neurológicos, como no trauma de crânio, nos

acidentes vasculares cerebrais, na hemorragia subaracnóide e na anóxia induzida pela parada cardíaca (Azzopardi, 2009). Terapêutica clínica que consiste em, uma redução controlada da temperatura central dos pacientes com objetivos terapêuticos pré-definidos (Feitosa, 2009). A hipotermia reduz a demanda cerebral de oxigênio, promovendo proteção contra isquemia (Pereira, 2008). Muitas pesquisas têm sido realizadas e, atualmente a indução da hipotermia é o único método terapêutico que demonstrou ter algum impacto no status funcional do paciente pós-PCR, tanto que é chancelado pelas entidades internacionais que tratam de reanimação. No entanto, apesar de sua alta eficácia em reduzir a extensão do dano neurológico pós-PCR, e baixo custo, a HT tem sido um tratamento subutilizado nas UTIs (Wolfrum et al., 2007).

Os autores que constituem as equipes multidisciplinares, nos diversos segmentos da saúde, necessitam estar atualizados quanto ao desenvolvimento de novos procedimentos terapêuticos, principalmente os relacionados às emergências cardiovasculares. É válido salientar a importância do enfermeiro na assistência desses eventos, bem como na PCR, sendo sua atribuição executar uma assistência de qualidade e que vise obter um resultado e um prognóstico positivo. Tal conduta terapêutica, pode apresentar inúmeras complicações potenciais em que o enfermeiro, o profissional que assiste o paciente e como gestor do cuidado, deve ter percepção para identificar estas possíveis complicações, pois a assistência prestada deverá ser intermitente e contínua, bem como abranger todo o contexto de risco que esse paciente possa ter. Tendo como subsídio às suas ações, duas ferramentas essenciais regulamentadas pela Resolução COFEN Nº 358/2009, que contribui para a organização do cuidado, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), e Processo de Enfermagem (PE), pois ambos possibilitam identificar, compreender, descrever e prever as necessidades do ser cuidado, atendendo suas reais necessidades (Malucelli, 2010).

Assim, para guiar o presente estudo, formulou-se a seguinte questão norteadora: Qual a percepção dos enfermeiros quanto ao protocolo de hipotermia terapêutica pós parada cardiopulmonar? Neste estudo, como objetivo Geral, foi proposto uma lacuna de conhecimento na área de enfermagem, além de atualização e conhecimento sobre a terapêutica, que apesar de sua relevância, ainda é pouco explorada pela literatura nacional.

## 2 | METODOLOGIA

Esta pesquisa é de caráter exploratório, descritiva de abordagem quali-quantitativa. Participaram do estudo 18 enfermeiros que trabalham na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital da Restauração Governador Paulo Guerra em

Recife/PE. A escolha do local se deu devido ao grande referencial do referido hospital em urgência e emergências de várias etiologias.

Os critérios de inclusão para participarem da pesquisa foram: enfermeiros que trabalhavam na Unidade de Terapia Intensiva do referido hospital no período da coleta dos dados, e que aceitaram participar da pesquisa. Foram excluídos da pesquisa, os enfermeiros que se negaram a participar e aqueles que, por algum motivo não estivessem em condições de participar da pesquisa.

A coleta dos dados se deu no período de 04 a 08 de dezembro/2017. Foi realizada a abordagem dos participantes com explicação previa dos objetivos da pesquisa e solicitação da assinatura do TCLE, seguido pelo preenchimento de um questionário elaborado pelos autores. A participação das mesmas foi voluntária e anônima.

Os participantes do estudo forneceram informações sobre condição socioeconômicas, idade, nível de escolaridade e conhecimento sobre o tema: Hipotermia Terapêutica pós-PCR. Foram analisados nesse estudo, o perfil socioeconômico e o conhecimento sobre o protocolo de hipotermia pós PCR.

Foi realizado o levantamento de dados e análise das respostas obtidas. Os resultados foram tabulados em índices percentuais simples.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital da Restauração Governador Paulo Guerra – HR, na cidade do Recife/PE sendo aprovado em 27 de dezembro de 2017 sob o número de CAAE: 78646417.2.0000.5198, e número de parecer: 2.400.506.

### 3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

De acordo com o foco do estudo foram coletados dados que pudessem responder ao objetivo do estudo, trazendo contribuição para atualização dos profissionais de saúde e uma lacuna de conhecimento à área da enfermagem.

A partir dos dados coletados, pode-se observar o perfil sócio demográfico dos enfermeiros entrevistados, como mostra a tabela 1 a seguir; assim como a percepção de seu conhecimento referente à técnica de Hipotermia Terapêutica.

Variável (n)	N	%
<b>Idade</b>		
Entre 24 e 34 anos	13	72,22%
Entre 34 e 44 anos	4	22,22%
Entre 44 e 54 anos	1	5,56%
Total	18	100%

<b>Sexo</b>		
Masculino	7	38,89%
Feminino	11	61,11%
Total	18	100%
<b>Nível de Escolaridade</b>		
Graduação	3	16,67%
Especialista Completo	12	66,67%
Especialista Incompleto	2	11,11%
Mestrado Completo	1	5,56%
Mestrado Incompleto	0	0
Doutorado Completo	0	0
Doutorado Incompleto	0	0
Total	18	100%
<b>Tempo de Conclusão de Curso</b>		
6 meses	0	0
6 meses – 1 ano	1	5,56%
1 – 3 anos	3	16,67%
4- 6 anos	9	50,00%
7 – 9 anos	4	22,22%
10 anos ou mais	1	5,56%
Total	18	100%
<b>Tempo de atuação na área de saúde</b>		
6 meses	0	0
6 meses – 1 ano	0	0
1 – 3 anos	3	16,67%
4- 6 anos	7	38,89%
7 – 9 anos	6	33,33%
10 anos ou mais	2	11,11%
Total	18	100%
<b>Condição Socioeconômica</b>		
1 – 2 salários	4	22,22%
2 – 3 salários	3	16,67%
4 – 5 salários	9	50,00%
Acima de 5 salários	2	11,11%
Total	18	100%

Tabela 1: Características da amostra segundo dados sócio demográfico dos enfermeiros entrevistados – Recife/PE, 2017.

Cerca de 72% dos participantes, é formada por enfermeiros jovens, com faixa etária entre 24 e 34 anos, onde 61% são de mulheres, e 38% foram de homens. Sobre a máxima formação profissional, 66% dos entrevistados, têm o título de especialista completo, 16% o de graduação, 11% especialista incompleto e apenas 5% o de mestrado incompleto.

Já quando perguntados sobre o tempo de atuação na área de saúde: cerca de 38% atua a pelo menos entre 4 a 6 anos, 33% entre 7 a 9 anos, 16% entre 1 a 3 anos, e 11% entre 10 anos ou mais. Sobre a condição socioeconômica, 50% disseram receber entre 4 a 5 salários, 22% entre 1 e 2 salários, 16% recebem entre 2 e 3 salários, e 11% acima de 5 salários.

Segundo o estudo foi realizado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), por

iniciativa do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), *Perfil da Enfermagem no Brasil* (2015), a enfermagem hoje no país é composta por um quadro de 80% de técnicos e auxiliares e 20% de enfermeiros. Considerando a renda mensal de todos os empregos e atividades que a equipe de enfermagem exerce, constata-se que 1,8% de profissionais na equipe (em torno de 27 mil pessoas) recebem menos de um salário-mínimo por mês. A equipe de enfermagem é predominantemente feminina, sendo composta por 84,6% de mulheres. No entanto, mesmo tratando-se de uma categoria feminina, registra-se a presença de 15% dos homens. Sobre a questão de aprimoramento, 94,5% dos enfermeiros e 98% dos profissionais de nível médio (técnicos e auxiliares) que relataram participação em atividades de aprimoramento (FIOCRUZ, 2015).

Em posse da análise das questões respondidas pelos entrevistados, o gráfico 1, traça o perfil do conhecimento dos enfermeiros intensivistas a cerca do protocolo de hipotermia terapêutica, onde vemos que, cerca de 61% refere conhecer a técnica de hipotermia terapêutica, enquanto que 39% dos enfermeiros entrevistados, ainda desconhece a técnica.

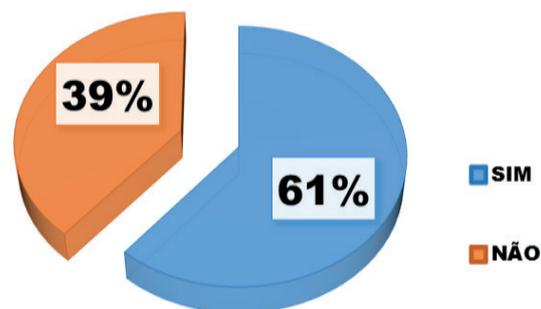


Gráfico 1: Aspectos referente ao conhecimento da técnica da Hipotermia terapêutica pós-PCR. Recife/PE, 2017.

A Hipotermia Terapêutica é uma técnica que vem sendo utilizada para minimizar os efeitos danosos da isquemia durante a parada cardiorrespiratória. Apesar de ser um método de fácil utilização e baixo custo, possui indicações específicas e cuidados intensivos durante sua realização.

Durante as pesquisas foi possível perceber a atuação direta dos profissionais de enfermagem, que são os executores do procedimento, e a necessidade de competência técnica e científica para identificação dos possíveis riscos que estes pacientes possuem e para as intervenções necessárias para o sucesso da terapia (MONTENEGRO, 2012).

Apesar de o ILCOR sugerir o protocolo de HT pós-PCR, observa-se que não houve a preocupação em realizar um protocolo frente às complicações potenciais que esses pacientes podem vir a desenvolver. Neste sentido, o enfermeiro, cujo papel

na recuperação do indivíduo é de fundamental importância, deve desenvolver um plano de cuidados de forma sistematizada, a fim de prevenir tais complicações, bem como facilitar a recuperação deste paciente, onde faz-se necessário, conhecimento técnico científico, no que tange a avaliação do paciente como um todo, atentando-se quanto aos sinais de instabilidade que este paciente possa ter (WALDRIGES et al., 2014).

Embasado na coleta de dados, o gráfico 2 representa o conhecimento dos enfermeiros sobre o limite de temperatura a ser empregado na indução à técnica. Observa-se que 37% do entrevistados afirmaram ser entre 32°C e 34°C a temperatura ideal no emprego da técnica, enquanto que os que referiram ser entre 32°C e 33°C, e ainda 33°C e 34°C foram de respectivamente 27%, numa margem de 9% disseram que a temperatura a ser atingida deveria ser <32°C.

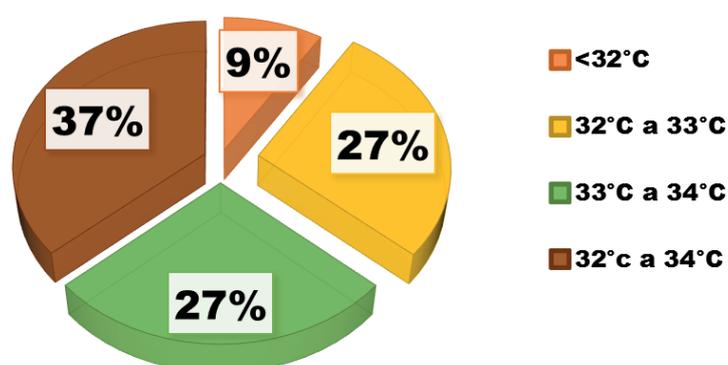


Gráfico 2: Aspectos relativos ao limite da temperatura utilizada para empregar a técnica de Hipotermia Terapêutica. Recife/PE, 2017.

Esta terapêutica pode ser classificada em três tipos: hipotermia leve (34°C à 32°C); hipotermia moderada (32°C à 28°C) e hipotermia grave (menor que 28°C). Estes níveis podem ser considerados estágios, contudo trabalhos clínicos recentes enfatizam que a temperatura ideal para obter o efeito terapêutico desejado seria entre 32°C à 34°C. (PEDROSA, 2007).

Segundo a AHA (2015), “Todos os pacientes adultos comatosos (ou seja, sem resposta sensata a comandos verbais) com RCE – Retorno da Circulação Espontânea, após a PCR devem ser submetidos ao CDT ( Controle Direcionado da Temperatura), tendo como temperatura-alvo entre 32°C e 36°C, mantida continuamente durante pelo menos 24 horas.”

Esse alvo representa um equilíbrio entre os benefícios clínicos e os efeitos adversos, que se exacerbam muito a temperaturas mais baixas. Arritmias cardíacas são freqüentes abaixo de 31°C e abaixo de 28°C o risco de FV aumenta muito. Além disso, essa faixa de temperatura (32°C a 34°C) é facilmente atingida com métodos não-invasivos de resfriamento. De acordo com RECH (2010) a proteção

contra isquemia neural promovida pela HT é melhor compreendida quando a temperatura corporea alcança os 32° C, pois a taxa metabólica cerebral, juntamente com o consumo de O<sub>2</sub> e CO<sub>2</sub>, cai em até 50% diminuindo assim a acidose intra e extracelular promovida pela mudança do metabolismo de aeróbio para anaeróbio após uma PCR.

A partir dos dados colocados, os valores representados no gráfico 3 fazem referência ao limite de tempo que deve ser iniciado à indução da técnica terapêutica após o retorno da circulação espontânea. Vê-se que, 55% referem que em até 1 hora após o retorno da circulação espontânea seria o momento ideal para o início da terapêutica, enquanto que 18% afirmam ser em até 3 e 4 horas depois, e 9% disseram ser em até 6 horas.

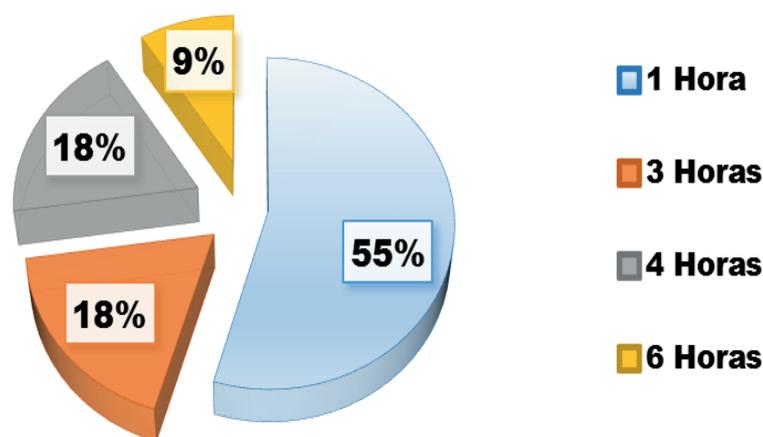


Gráfico 3: Aspectos relativos ao limite de hora para iniciar a técnica de Hipotermia terapêutica. Recife/PE, 2017.

A literatura científica nos mostra que o resfriamento deve ser iniciado o mais breve possível após o retorno da circulação espontânea para se obterem os melhores resultados funcionais, porém parece haver benefício do início da terapia mesmo quando seu início é retardado em até até 6 horas após o evento (ZHAO,2008).

Um estudo realizado submetendo ratos a anóxia cerebral, comparou o desfecho neurológico nos ratos submetidos ao resfriamento imediato e naqueles que tiveram o procedimento retardado em até 1 h, o resultado funcional foi melhor em ratos resfriados precocemente (ZHAO,2008).

Sobre o objetivo do emprego da Hipotermia terapêutica, o gráfico 4 mostra que, 55% dos enfermeiros intensivistas entrevistados afirmam que o principal objetivo do emprego á técnica de hipotermia terapêutica, é a proteção neurológica. Em contra partida, 45% disseram ser o controle hemodinâmico.

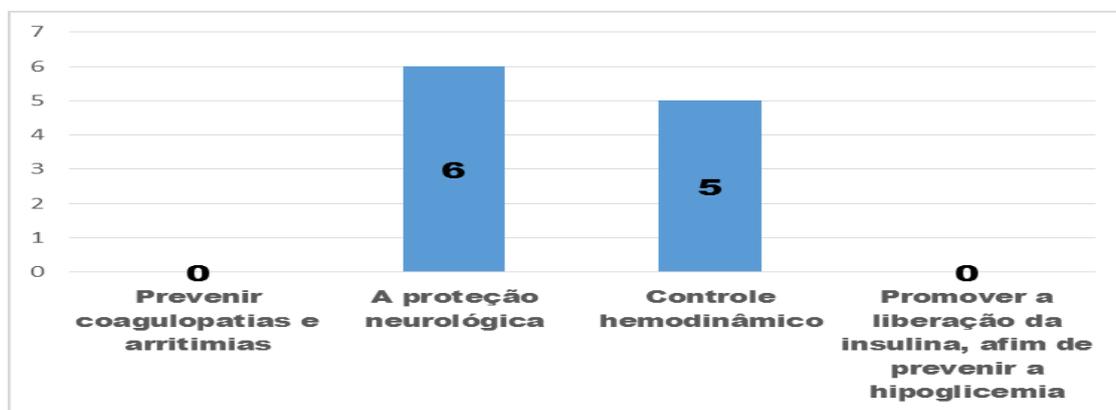


Gráfico 4: Objetivo do emprego da Hipotermia Terapêutica. Recife/PE, 2017.

Analisando os dados coletados, 55% dos enfermeiros intensivistas entrevistados afirmam que o principal objetivo do emprego à técnica de hipotermia terapêutica, é a proteção neurológica. Em contra partida, 45% disseram ser o controle hemodinâmico.

Feitosa Filho et al (2009), “Os principais mecanismos benéficos postulados da hipotermia nos pacientes comatosos recuperados de PCR são: redução do consumo cerebral de oxigênio, supressão de reações químicas associadas com lesões de reperfusão, redução de reação de radicais livres que aumentam o dano cerebral, redução da liberação de cálcio intracelular, modulação de apoptose, modulação de resposta inflamatória e proteção de membranas lipoproteicas”.

Segundo o gráfico 5, o qual representa o ritmos pós-PCR que podem ser indicado a prática terapêutica, 64% do entrevistados referiram que, todos os pacientes sobreviventes pós-PCR que permaneçam comatosos após a reanimação, independente do ritmo da PCR e do local onde ocorreu o evento, podem ser submetido à técnica terapêutica. No entanto, 18% disseram ser os pacientes com sangramento ativo ou coagulopatias que devem ser submetidos. Já 9% dos enfermeiros afirmaram que os pacientes reanimados por mais de 60 minutos, ou paciente com estado de como prévio à PCR, são os mais indicados a inserção à hipotermia.

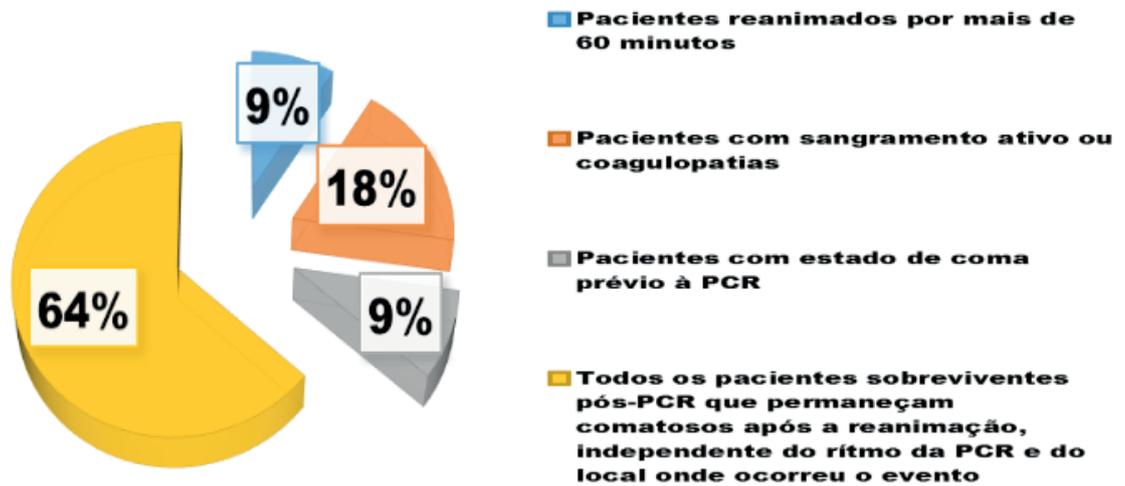


Gráfico 5: Aspectos relacionados aos ritmos pós-PCR onde pode ser empregado a técnica de Hipotermia Terapêutica. Recife/PE, 2017.

A recomendação das diretrizes do ILCOR( International Liaison Committee on Resuscitation - 2010) é a aplicação do HT a todos os pacientes que retornam inconscientes após uma PCR em FV extra-hospitalar, devendo ser resfriados a 32 a 34 grau por 12 a 24 horas. Este resfriamento pode ser benéfico, também para paciente com PCR em outros ritmos e em paradas cardíacas intra-hospitalar.

Feitosa Filho (2009) et al apud, “ Não se deve realizar HT em pacientes em choque cardiogênico após retorno da circulação espontânea ou em pacientes com coagulação primária ou gestantes. Outros pacientes que devem ser excluídos, segundo Correa (2011), “ pacientes reanimados por mais de 60 minutos, aqueles com retorno da circulação espontânea há mais de 6 horas, os estados de coma prévio à PCR, , os sangramento ativo ou coagulopatia, os em pós-operatório de grande porte há menos de 14 dias, choque séptico e os pacientes terminais”.

#### 4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo atendeu parcialmente aos objetivos, visto que a não adesão total ocorre ainda por se tratar de uma terapêutica a critério médico e não obter uma padronização dos cuidados pela equipe de enfermagem. Além de limitações quanto ao número de publicações, bem como a opinião dos profissionais de enfermagem, que embora tenha participação em tempo integral durante o procedimento, poucos são os enfermeiros que têm se interessado pela temática.

Apesar de ser um método recomendado pela *American Heart Association* (AHA) e pela *Internacional Liaison Committee on Resuscitation* (ILCOR), e de sua alta eficácia em reduzir a extensão do dano neurológico pós-PCR, a hipotermia terapêutica é um procedimento pouco divulgado, discutido e utilizado na produção científica brasileira. Principalmente pela falta de estrutura dos hospitais e falta de

aprimoramento dos profissionais a respeito de sua utilização.

Tantos os cuidados pós parada e HT precisam ser explorados pelos enfermeiros para desenvolverem habilidades e técnicas, como também, seguirem uma sistematização da assistência de enfermagem (SAE), que estejam aliadas as diretrizes da SOBRATI e da AHA. Por tudo isso, se faz necessário a discursão da temática, abrindo espaço para que todos os profissionais envolvidos no processo possam ter domínio da técnica. A criação de um protocolo operacional padrão dentro dos serviços de UTI pode ser uma alternativa para oferecer uma maior segurança e um embasamento teórico, com base na literatura científica, às equipes intensivistas que estejam dispostas a pôr em prática o procedimento.

## REFERÊNCIAS

Agência Fiocruz de Notícias - **Pesquisa inédita traça perfil da enfermagem no Brasil**, 2015. [Internet]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/pt-br/content/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem-no-brasil> Acesso em: 21/11/2017.

AMERICAN HEART ASSOCIATION 2015. **American Heart Association Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care**. Circulation 2015.

Azzopardi D, Strohm B, Edwards AD, Halliday H, Juszczak E, Levene M, Thoresen M, Whitelaw A, Brocklehurst P; Steering Group and TOBY Cooling Register participants. **Treatment of asphyxiated newborns with moderate hypothermia in routine clinical practice: how cooling is managed in the UK outside a clinical trial**. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2009;94(4):F260-4.

Bernard S. **Hypothermia after cardiac arrest: expanding the therapeutic scope**. Crit Care Med. 2009;37(7 Suppl):S227-33.

COFEN – **Conselho Federal de Enfermagem**, 2009. [Internet]. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html) Acesso em: 21/11/2017.

Correia, GPB; Pereira RJ. **Análise do uso da hipotermia terapêutica em pacientes após parada cardiorrespiratória**, Revista intensiva, 24 a 28, n34, out-nov 2011.

Feitosa-Filho GS, Sena JP, Guimarães HP, Lopes RD, **Hipotermia terapêutica pós parada cardiorrespiratória: evidências e aspectos práticos**. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. 2009;21(1):65-71

Intensive Basic Support, **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva – SOBRATI**, 2010 – 2015.

**International Liaison Committee on Resuscitation – ILCOR**, 2010. [Internet]. Disponível em: <http://ilcor.uniweb.be/en/consensus-2010/questions-2010/>. Acesso em: 27/11/2017.

Malucelli A, Bonnet M, Cubas MR et al. **Sistema de Informação para apoio à Sistematização da Assistência de Enfermagem**. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2010 [Cited 2013 Dec 20], 63(4): 629-36. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/20.pdf>

Montenegro, Ada Macedo. **Cuidados de enfermagem na hipotermia terapêutica pós-PCR**. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, 2012.

Nolan JP, Morley PT, Vanden Hoek TL, Hickey RW, Kloeck WG, Billi J, Böttiger BW, Morley PT, Nolan JP, Okada K, Reyes C, Shuster M, Steen PA, Weil MH, Wenzel V, Hickey RW, Carli P, Vanden Hoek TL, Atkins D; International Liaison Committee on Resuscitation.

**Therapeutic hypothermia after cardiac arrest: an advisory statement by the advanced life support task force of the International Liaison Committee on Resuscitation.**

Circulation[online] 2003;108(1):118-21. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000091&pid=S0103507X200900010001000014&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000091&pid=S0103507X200900010001000014&lng=pt). Acesso em 05 out 2017.

Pedroza, JR; Cavalcanti, I; Cantinho, F; Assad, A. **Cuidado pós ressuscitação: hipotermia terapêutica** – Medicina Perioperatória. Sociedade Brasileira de Anestesiologia, 2007. P: 1290.

PEREIRA, João Carlos R. G. **Abordagem do Paciente Reanimado pós Parada Cardiorrespiratória.** Revista Brasileira de Terapia Intensiva, vol. 20, n° 02, p. 190-195, 2008.

RECH, Tatiana H.; VIEIRA, Sílvia R. R. **Hipotermia terapêutica em pacientes pós-parada cardiorrespiratória: mecanismos de ação e desenvolvimento de protocolo assistencial.** Revista Brasileira de Terapia Intensiva, vol. 22, n°2, p. 196-205, 2010

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. **Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** Ed. Guanabara-Koogan, vol 01, 2005.

Waldrigues, MC; Wagner, BV; Mêrces, NNA; Perly, T; Almeida, EA; Caveião, C. **Complicações da hipotermia terapêutica: diagnóstico e intervenção de enfermagem.** Revista de pesquisa Cuidado é Fundamental online, 2014. 6(4): 1666 – 1676.

Wolfrum S, Radke PW, Pischon T, Willich SN, Schunkert H, Kurowski V. **Mild therapeutic hypothermia after cardiac arrest - a nationwide survey on the implementation of the ILCOR guidelines in German intensive care units.** Resuscitation. 2007;72(2):207-13.

Zhao D, Abella BS, Beiser DG, Alvarado JP, Wang H, Hamann KJ, *et al.* **Intra-arrest cooling with delayed reperfusion yields higher survival than earlier normothermic resuscitation in mouse model of cardiac arrest .** Resuscitation. 2008;77(2):242-9.

## PROTOCOLO DE CUIDADOS PALIATIVOS EM ENFERMARIA

### **Juliana Rodrigues Teixeira**

Universidade de Fortaleza  
Fortaleza-CE

Curriculo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6231425299498589>

### **Madeleine Sales de Alencar**

Hospital Geral de Fortaleza  
Fortaleza -CE

Curriculo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0627531573926103>

### **Fabiana Vasconcelos do Nascimento**

Universidade de Fortaleza  
Fortaleza-Ceará

Curriculo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3741014227168147>

### **Ianna Lacerda Sampaio Braga**

Universidade de Fortaleza  
Fortaleza-Ceará

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0298-3456>

### **Tadeu Gonçalves de Lima**

Universidade Federal do Ceará  
Fortaleza-Ceará

Curriculo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5018828401990362>

**RESUMO:** Os Cuidados Paliativos (CP) são indicados para todo paciente que tenha uma doença grave e ameaçadora da vida, com o objetivo de proporcionar qualidade de vida

ao paciente e a seus familiares. Para que os CP cheguem a todos é primordial a aplicação desses conhecimentos na prática diária de enfermarias de medicina interna e das mais diversas especialidades (OMS). É um desafio protocolar uma área da medicina que se baseia em avaliar de maneira tão peculiar e individual. Mas é necessário transpor as barreiras à prestação desses cuidados de alta qualidade. Neste capítulo abordaremos alguns conceitos e sugestões, para clínicos, cirurgiões, obstetras e intensivistas, de ferramentas que auxiliam na avaliação prognóstica do paciente, comunicação terapêutica dos principais sintomas e plano de cuidados.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cuidados paliativos. Manejo de sintomas. Cuidados paliativos em enfermaria.

### WARD PALLIATIVE CARE PROTOCOL

**ABSTRACT:** Palliative Care (PC) are indicated for every patient who has a serious and life threatening disease, with the goal of providing quality of life to the patient and his family members. In order for PC to reach everyone, it is essential to apply this knowledge in the daily practice of internal medicine wards and various specialties (WHO). It is a challenge to protocol an area of medicine that is based on evaluating

in such a peculiar and individual way. But it is necessary to overcome the barriers to providing such high quality care. In this chapter we will discuss some concepts and suggestions for clinicians, surgeons, obstetricians and intensivists, of tools that help in the patient prognostic assessment, therapeutic communication of the main symptoms and care plan.

**KEYWORDS:** palliative care, symptom management, ward palliative care.

## 1 | INTRODUÇÃO

Os Cuidados Paliativos (CP) são indicados para todo paciente que tenha uma doença grave e ameaçadora da vida, com o objetivo de proporcionar qualidade de vida ao paciente e a seus familiares. Apesar de ser um conceito mundialmente difundido, sua implementação na prática da enfermagem e outros setores é um desafio. Para que os CP cheguem a todos é primordial a aplicação desses conhecimentos na prática diária de enfermarias de medicina interna e das mais diversas especialidades. (OMS)

Atualmente os cuidados paliativos chegam a uma pequena parcela dos que poderiam se beneficiar. Morre-se mal no Brasil (Revista the Economist). A Organização Mundial de Saúde (OMS) sugere que os CP sejam considerados um direito humanitário, como o direito à educação, saúde etc. Isto daria o impulso necessário e inegociável para que os formuladores de políticas globais de saúde tivessem a preocupação de implementar os CP nos mais diversos campos de atendimento de saúde (GWYTHER *et al.*, 2009).

Sabe-se que no início do adoecimento prevalecerão terapias modificadoras de doença e a demanda de controle de sintomas poderá ser mínima. Porém, à medida que a doença avança, essa situação se inverte, aumentando a necessidade de uma abordagem multidisciplinar para prevenir, aliviar e identificar precocemente o sofrimento em suas diversas dimensões, seja física, social e/ou espiritual (FIGURA 1). Deve-se ofertar o cuidado proporcional de acordo com a fase da evolução da doença e o contexto em que o paciente e a família estão inseridos. Essa abordagem precoce tem melhorado a qualidade de vida e, em alguns casos, também a sobrevivência. Portanto, é de suma importância que todo profissional da saúde faça o papel de disseminador dos CP e desconstrua falsas ideias, como a da indicação de CP somente para pacientes em fim de vida.

Neste capítulo, iremos abordar as principais estratégias para a identificação e o tratamento de doentes em fases avançadas de duas trajetórias.

É um desafio protocolar uma área da medicina que se baseia em avaliar de maneira tão peculiar e individual. Mas é necessário transpor as barreiras à prestação desses cuidados de alta qualidade. (LAIRD, 2015). Abordaremos alguns conceitos

e sugestões, para clínicos, cirurgiões, obstetras e intensivistas, de ferramentas que auxiliam na avaliação prognóstica do paciente, comunicação terapêutica dos principais sintomas e plano de cuidados.

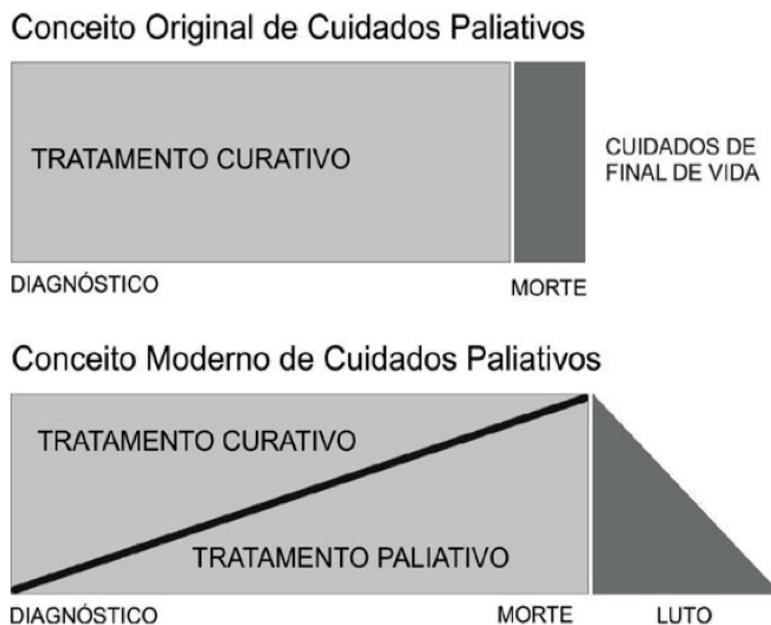


Figura 1 - Intervenções terapêuticas nos cuidados paliativos

Fonte: HIGGINSON, 2015.

### Admissão: quem é o paciente elegível para cuidados paliativos?

A maioria dos pacientes admitidos na enfermaria são provenientes da emergência ou dos serviços ambulatoriais. Muitas vezes internados para investigação, ou seja, talvez o primeiro contato com a pior notícia de sua vida. Outros setores prováveis são Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e outras enfermarias.

Pode ser utilizada a ferramenta SPICT (Supportive and Palliative Care Indicators Tool) para identificar pacientes que podem precisar de CP. Apresenta seis sinais de piora da saúde além das principais doenças em suas condições avançadas como câncer, demência, fragilidade, doença neurológica, doença cardiovascular, doença respiratória, doença renal e doença hepática. Faz ainda orientações e sugestões de planejamento. Em 2016 foi validado na versão brasileira, SPICT BR (FIGURA 2) (SPICT, 2016).

<b>O SPICT é um guia para identificação de pessoas sob o risco de deterioração e morrendo. Avaliar esse grupo de pessoas para necessidade de suporte e cuidado paliativos.</b>		
<b>Procure por indicadores gerais de piora da saúde.</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Internações hospitalares não programadas.</li> <li>• Capacidade funcional ruim ou em declínio com limitada reversibilidade. (a pessoa passa na cama ou cadeira mais de 50% do dia).</li> <li>• Dependente de outros para cuidados pessoais devido a problemas físicos e/ou de saúde mental. É necessário maior suporte para o cuidador.</li> <li>• Perda de peso significativa nos últimos 3-6 meses e/ ou um baixo índice de massa corporal.</li> <li>• Sintomas persistentes apesar do tratamento otimizado das condições de base.</li> <li>• A pessoa ou sua família solicita cuidados paliativos, interrupção ou limitação do tratamento ou um foco na qualidade de vida.</li> </ul>		
<b>Procure por quaisquer indicadores clínicos de uma ou mais das condições avançadas.</b>		
<b>Câncer</b> Capacidade funcional em declínio devido a progressão do câncer. Estado físico muito debilitado para tratamento do câncer ou tratamento para controle dos sintomas.	<b>Doença cardiovascular</b> Classe funcional III/IV de NYHA- insuficiência cardíaca ou doença coronariana extensa e intratável com: • falta de ar ou dor precordial em repouso ou aos mínimos esforços. Doença vascular periférica grave e inoperável.	<b>Doença renal</b> Estágios 4 e 5 de doença renal crônica (TFG < 30ml/m) com piora clínica. Insuficiência renal complicando outras condições limitantes ou tratamentos. Decisão de suspender a diálise devido à piora clínica ou intolerância ao tratamento.
<b>Demência/ fragilidade</b> Incapaz de vestir-se, caminhar ou comer sem ajuda. Redução da ingestão de alimentos e líquidos e dificuldades na deglutição. Incontinência urinária e fecal. Incapaz de manter contato verbal; pouca interação social. Fratura de fêmur, múltiplas quedas. Episódios frequentes de febre ou infecções; pneumonia aspirativa.	<b>Doença respiratória</b> Doença respiratória crônica grave com: • falta de ar em repouso ou aos mínimos esforços entre as exacerbações. Necessidade de oxigênio terapia por longo prazo. Já precisou de ventilação para insuficiência respiratória ou ventilação é contraindicada.	<b>Doença hepática</b> Cirrose avançada com uma ou mais complicações no último ano: • Ascite resistente a diuréticos • Encefalopatia hepática • Síndrome hepatorenal • Peritonite bacteriana • Sangramentos recorrentes de varizes esofágicas Transplante hepático é contraindicado.
<b>Doença neurológica</b> Deterioração progressiva da capacidade física e/ou da função cognitiva mesmo com terapia otimizada. Problemas da fala com dificuldade progressiva de comunicação e/ou deglutição. Pneumonia aspirativa recorrente; falta de ar ou insuficiência respiratória.	<b>Revisar o cuidado atual e planejar o cuidado para o futuro.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reavaliar o tratamento atual e medicação para que o paciente receba o cuidado otimizado.</li> <li>• Considere o encaminhamento para avaliação de um especialista se os sintomas ou necessidades forem complexos e difíceis de manejar.</li> <li>• Acordar sobre objetivos do cuidado atual e futuro e planejar o cuidado com a pessoa e sua família.</li> <li>• Planejar com antecedência caso a pessoa esteja em risco de perda cognitiva.</li> <li>• Registre em prontuário, comunique e coordene o plano geral de cuidados.</li> </ul>	

Para mais informações e atualizações, cadastre-se no SPICT website (www.spict.org.uk) SPICT™, abril 2016

Figura 2 - SPICT 2016

Fonte: SPICT, 2016.

A forma mais prática para identificar quem seria o paciente elegível para cuidados paliativos, é responder a pergunta-chave para cada paciente que está sob cuidados clínicos ou cirúrgicos: “Você se surpreenderia se seu paciente morresse em um ano?” Caso a resposta seja não, é importante considerar a avaliação da equipe de Cuidados Paliativos (DOWNAR, 2017).

### Como prognosticar e quando devo chamar a comissão de cuidados paliativos?

Na fase inicial da doença, a abordagem deve ser realizada pela própria equipe assistente até a primeira avaliação da equipe de CP. A depender da complexidade e das demandas da equipe assistente, a equipe de CP deverá, ou não, acompanhar de maneira longitudinal. A equipe de cuidados paliativos, geralmente, acompanha os casos com mais sintomas, com necessidade de auxílio na comunicação, ou que entraram em processo de morte.

A principal ferramenta que utilizamos para prognosticar é a Palliative Performance Scale (PPS). Trata-se de uma escala de fácil aplicação, validada, capaz

de avaliar a funcionalidade e prever a trajetória da doença de base (MEDEIROS, 2014). Outras ferramentas também são utilizadas em pacientes oncológicos como KPS (Karnofsky Performance Status Scale) e ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group), que podem ser aplicadas neste contexto. A partir da avaliação da funcionalidade é possível avaliar o prognóstico com a ferramenta PPI (CARVALHO, PARSONS, 2013)

### **O que é Cuidado Paliativo Precoce e o que devo fazer nessa fase?**

O Ministério da Saúde, ciente da relevância desse assunto, publicou em novembro de 2018 a Resolução N°41, de 31 outubro de 2018, que normatiza os cuidados paliativos como parte de cuidados integrados no âmbito de Sistema Único de Saúde (SUS). Será elegível para cuidados paliativos toda pessoa afetada por doença que ameace à vida, de forma aguda ou crônica, desde o diagnóstico desta condição. Nessa fase deve-se priorizar um bom vínculo profissional e paciente. Resgatar a história de vida com integração de aspectos sociais, psicológicos e espirituais. Priorizar a comunicação de alta qualidade e a construção inicial de um plano terapêutico e identificação de sintomas estressantes. Quanto mais precoce nos cuidados, maior a chance de proporcionar qualidade de vida com pacientes e familiares ativos nesse processo de finitude.

### **Que estratégias devo utilizar para me comunicar com alta qualidade?**

As estratégias básicas de comunicação consistem no uso de perguntas abertas e no uso de elementos facilitadores para a comunicação (LEVIN; 2010; CURTIS; RUBENFELD, 2005; MORITZ, 2008; BUCKMAN, 2001). Duas estratégias importantes para lidar com as condições mais difíceis da comunicação na enfermagem são: a comunicação de más notícias através do protocolo SPIKES (BUCKMAN, 2001; ARNOLD, 2010; FISHET, 2009) e o manejo de emoções fortes (Descrença, Tristeza, Raiva, Frustração e Desesperança) através do protocolo NURSE (ARNOLD, 2010).

O protocolo SPIKES (Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions e Summarize) é considerado um dos instrumentos mais populares para a comunicação de más notícias (BUCKMAN, 2001). Trata-se de seis passos, que vão desde o momento da preparação para a comunicação, até os momentos após a notícia. O primeiro passo é a Preparação. Nessa etapa deve-se preparar o que será dito e uniformizar as informações entre a equipe, programando que estratégias de comunicação serão utilizadas para facilitar o entendimento, minimizando interrupções. A preparação do ambiente também é extremamente importante. Deve-se utilizar um ambiente calmo e silencioso, sem obstáculos físicos entre o

médico e o ambiente. O próximo passo é a Percepção do paciente e dos familiares com relação ao curso da doença e ao prognóstico. Esse passo é fundamental para se estruturar os próximos passos baseados nos conhecimentos adquiridos em contatos anteriores entre o paciente, os familiares e profissionais da saúde. No Convite, o profissional deve avaliar se o paciente quer ser informado ou não sobre o curso da doença. Nesse passo a honestidade é fundamental, caso o paciente deseje ser informado, a informação deve ser transmitida de forma clara, honesta, empática e com linguagem adequada, assegurando-se que o paciente compreenda os pontos fundamentais. Caso o paciente opte por não saber, deverá ser identificado alguém que possa ser informado. Apenas no quarto passo, o Conhecimento, é que o paciente, ou a pessoa escolhida por ele para receber a informação receberá a notícia, que deverá ser passada de forma clara e realista. Nessa etapa é importante confirmar que a informação foi recebida de forma coerente e corrigir os possíveis erros de compreensão. Após ser dada a má notícia, é aguardada a resposta às Emoções que o paciente expressará. É importante nessa fase o uso de estratégias empáticas como o silêncio e o toque, bem como estimular a resiliência. Pode-se fazer necessário o emprego do protocolo NURSE para manejar emoções fortes como a raiva. O último passo do protocolo é o Resumo, no qual, deve-se resumir o plano terapêutico futuro, bem como eventuais processos de retirada e limitação de terapêutica. Nessa etapa também se estabelecem planos para encontros futuros.

O protocolo NURSE (*Naming, Understanding, Respecting, Supporting e Exploring*) é um instrumento de cinco passos para o manejo de emoções fortes, nominalmente, descrença, tristeza, raiva, frustração e desesperança. O primeiro passo consiste em Nomear o sentimento como uma forma de iniciar a compreensão. Nesse passo é importante atentar à linguagem não verbal, muitas vezes mais importante que a linguagem verbal ao se tentar determinar os sentimentos dos familiares. É importante também que não haja confrontação com o paciente e os familiares. O médico deve sugerir os sentimentos, não determiná-los. A única pessoa que pode dizer o que está sentindo é a pessoa que o está sentindo. O segundo passo consiste em demonstrar Compreensão, como uma forma de iniciar a conversação. O terceiro passo é demonstrar Respeito, pelos sentimentos do paciente. Demonstre de forma verbal ou não verbal que os sentimentos que foram expressos são permitidos e importantes. O próximo passo é demonstrar Apoio. Esse passo pode ser alcançado de diversas formas; pode-se demonstrar preocupação, articular melhor a compreensão da situação do paciente, expressar vontade de ajudar, fazer declarações sobre a parceria com a família e o paciente e, mais importante, reconhecer os esforços da família para lidar com a situação. O último passo do protocolo consiste em Explorar melhor a história de vida do paciente e do familiar e questionar sobre preocupações ou dúvidas. Nessa etapa pode-se tentar

explorar melhor emoções que não tenham ficado claras.

PASSOS	FAZER	NÃO-FAZER
AJUSTES	DEFINIR AS AÇÕES COM AS PESSOAS	INTERRUPÇÕES
PERCEPÇÃO	PRESTAR ATENÇÃO NAS PALAVRAS USADAS PELA PESSOA	SUPOSIÇÕES
CONVITE	OBTER UM CONVITE CLARO PARA FORNECER INFORMAÇÕES	DIVULGAÇÃO DIRETA
CONHECIMENTO	USE AS MESMAS PALAVRAS QUE O PACIENTE-OBSERVE LACUNAS NO ENTENDIMENTO	JARGÕES MÉDICOS
EMPATIA	SER EMPÁTICO	DESTRUIR A ESPERANÇA
ESTRATÉGIA	EXPLICAR A ESTRATÉGIA DE TRATAMENTO	IGNORAR O CONJUNTO DE CUIDADOS NECESSÁRIOS

Figura 3 - Abordagem de PASSOS para dar más notícias

Adaptado com permissão de M. Rinaldi e M Potter por meio do South West London & St George's Mental Health NHS Trust, Recuperação é Esperança para Todos, Agência e Oportunidade em Psiquiatria. Uma Declaração de Posição por Psiquiatras Consultores, South London e Maudsley NHS Foundation Trust e South West London e St George's Metal Health NHS Trust, London UK, Copiright\* Símbolo copiright\* 2010. Contém dados de Walter F. Bailea et al SPIKES-Um Protocolo de Seis Passos para Dar Más Notícias; Aplicação para o Paciente com Cancer. The Oncologist, Volume 5, Número 4, pp. 302-311, Copyright \*Símbolo Copyright\* 2000 por Alpha Med Press. FONTE: EMANUEL; JOHNSON, 2015.

## Como construir um plano terapêutico?

O primeiro e mais importante passo na retirada e limitação de procedimentos é o estabelecimento dos objetivos de tratamento e a avaliação dos procedimentos à luz do objetivo de tratamento estabelecido (CARVALHO, PEARSON, 2012; KASMAM, 2004; PRENDSFAST, 2002, COHEN; BEWLEY; RIDLEY, 2003). De acordo com o princípio da autonomia, a determinação do objetivo de tratamento deve se basear na opinião atual ou prévia do paciente (CARVALHO, 2018; WINTER, 1999). Porém, se a opinião prévia do paciente é desconhecida, e este se encontra incapaz de opinar, a família precisa ser consultada.

A família deve representar o pensamento e opiniões do paciente com base no convívio prévio, evitando demonstrar seus próprios pensamentos. Além da opinião do paciente ou de seus representantes é importante ponderar o conhecimento técnico e científico dos profissionais da área de saúde, que devem atuar como guias para a tomada de decisão da família. Nesse ponto é importante deixar o prognóstico o mais claro possível e manter as expectativas em níveis realistas, sem acabar com as esperanças da família. Como a decisão é compartilhada, é importante assegurar a liberdade de escolha para o paciente e seus representantes, e garantir que o paciente não será abandonado independente da decisão tomada. Também se faz

necessário garantir que nenhuma decisão é final, deve-se sempre ter a flexibilidade de aceitar mudanças tendo em vista a evolução do paciente.

Os objetivos de cuidado mais comuns são: a cura, muitas vezes impossível em pacientes portadores de doenças crônicas; restabelecimento de status funcional prévio ou próximo a este; a convivência familiar, quer seja com alta da enfermagem ou desospitalização, ou ainda medidas exclusivamente voltadas para assegurar o conforto do paciente. Alguns outros objetivos de tratamento específicos também são possíveis, como por exemplo, permitir a despedida de familiares que morem distantes e que estejam à caminho.

Depois de estabelecidos os objetivos de tratamento, devem ser avaliados os procedimentos atuais e quaisquer procedimentos futuros propostos do ponto de vista do objetivo de tratamento estabelecido (elaboração do plano de cuidados) (AZEVEDO, 2016; TRUOG, 2001; MORRISON, 2003; COHEN, 2003). O procedimento é condizente com o objetivo de tratamento? Que benefícios esse procedimento trará ao meu paciente? Ele é capaz de fazê-lo sem trazer sofrimento desproporcional ao paciente? Quaisquer procedimentos que não sejam capazes de trazer benefício ao paciente, que não sejam condizentes com o objetivo de cuidado, ou que tragam sofrimento superior ao benefício esperado, podem ser considerados prolongadores de sofrimento e devem ser retirados ou não iniciados (limitados) (KASMAN, 2004; ACKERMAN, 2000).

Após ser tomada a decisão sobre o não benefício dos procedimentos deve ser realizado registro claro e minucioso no prontuário e na prescrição de forma a se garantir a uniformidade nas condutas. O suporte clínico, psicológico e espiritual ao paciente e seus familiares deve ser mantido em todos os momentos, bem como os cuidados básicos e as medidas de controle de sintomas/sofrimento.

### **O que são diretivas antecipadas de vontade?**

A morte é uma fase inerente à vida. Sendo assim, é importante que o pensamento sobre como e em que condições desejamos morrer seja instigado. O paciente pode exprimir a seu médico para registro em prontuário, quando ainda não é portador de doença irreversível e ameaçadora de vida, a quais procedimentos deseja, ou não, ser submetido caso esteja em condições de finalidade de vida. Outra maneira de fazer valer a vontade do paciente nesta mesma situação é quando o paciente nomeia um representante o qual deseja que possa ser a sua “voz” quando não estiver mais em condições de exprimir seus desejos (NUNES, 2016).

Não há um diploma legal suficiente para que as diretivas antecipadas de vontade sejam uma realidade concreta na vida das pessoas. É fundamental que os médicos percebam a sua importância e que considerem o testamento vital uma

importante ferramenta de auxílio à decisão médica. A terminalidade da vida pode originar desconforto e angústia, em especial nos doentes oncológicos. Reconhecer a finitude da vida humana é uma atitude sempre que possível a vontade expressa do doente competente, desde que esteja em causa a suspensão de tratamento desproporcionado em um doente terminal. Dessa forma, materializa-se o princípio do respeito pela autonomia individual, pilar da ética contemporânea.

A instituição de tratamentos considerados inúteis, mesmo a pedido do doente, não deve ser realizada. Quando o tratamento é considerado inútil ou desproporcionado trata-se de boa prática clínica – e não de um ato de eutanásia – a suspensão ou a não instituição de meios desproporcionais de tratamento, desde que estes sejam comprovadamente ineficazes.

Ao tomar decisões, o médico deve levar em consideração os valores éticos do doente em causa – compatíveis com a ética médica – apoiando-se em uma conversa franca e aberta com a família e amigos, lembrando de sempre seguir os princípios da beneficência e da não maleficência que devem ser sempre os pilares da decisão médica.

Se a decisão couber a um familiar, representante escolhido anteriormente pelo paciente, é esperado que este se ponha no lugar do doente, decidindo de acordo com aquilo que se sabe ser a sua vontade. Quando houver grande discordância óbvia entre a equipe médica e o representante legal, o melhor curso dos acontecimentos é a consulta a entidades responsáveis, como por exemplo um Comitê de Ética. Em casos em que a conciliação entre os desejos expressos pelo paciente e seus familiares está em desacordo com o plano de tratamento médico, é importante solicitar auxílio à equipe de Cuidados Paliativos, pois esta, ao dispor de profissionais interdisciplinares, dentre estes psicólogos e médico habituados a lidar com situações de terminalidade, pode compreender as motivações e desejos do paciente e seus familiares, e assim, tentar conciliá-los com um plano terapêutico que seja adequado e respeite não só a autonomia do paciente, mas também os outros pilares que regem a prática médica.

### **Como avaliar diariamente os sintomas estressantes? ESAS?**

Em enfermaria, os sintomas físicos mais comuns são: dor, dispneia, constipação, diarreia e broncorreia. Para que possa haver intervenção e alívio de sintomas, é necessário que haja primordialmente a identificação destes. Para prover satisfatório controle de sintomas é preciso que a intensidade destes seja sempre reavaliada.

Esses sintomas devem ser avaliados a cada contato com o paciente e esta percepção pode ser registrada e mensurada utilizando a escala ESAS (Edmonton Symptom Assessment System).

## Como avaliar a DOR?

A dor é um dos sintomas mais prevalentes, sendo citado por grande parte dos pacientes em todos os estudos de avaliação de sintomas (AZEVEDO, 2016; MORITZ, 2012; MULARSKI, *et al.*, 2009). Este é um sintoma que gera grande impacto negativo na qualidade de vida do paciente, além de propiciar mais eventos adversos como delirium e agitação.

O internamento hospitalar habitualmente expõe o paciente a diversos procedimentos que podem desencadear dor, como: punções venosas, coletas de sanguíneas, aspiração de vias aéreas, mudança de posicionamento do paciente no leito, troca de curativos e procedimentos cirúrgicos realizados como parte da terapêutica. Portanto, é necessária atenção especial para a sua detecção precoce e seu tratamento adequado. Sempre que possível, a causa da dor deve ser eliminada. Quando não for possível, analgesia adequada preferencialmente prescrita em horários fixos deverá ser prescrita.

A avaliação e a caracterização da dor e o registro periódico de sua intensidade são fundamentais para que se acompanhe a evolução do paciente e, assim, possam ser realizados os ajustes cabíveis à analgesia prescrita.

A avaliação da dor pode ser realizada utilizando a escala visual analógica ou escala de faces em pacientes conscientes e capazes de responder perguntas (HERR, *et al.*, 2006; PUNTILLO, 2005). Dessa forma, ao questionar o paciente, é possível não apenas a identificar a presença de dor, mas também quantificá-la (FIGURA 4), bem como avaliar a resposta ao tratamento (DIRETRIZ, 2012).

### Instrumentos para quantificação da dor:

- Escala visual analógica segundo SBGG (2018)

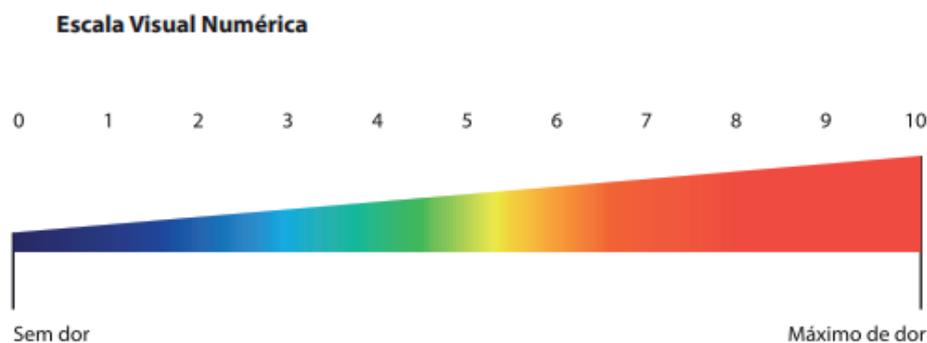


Figura 4 - Escala Visual da Dor

Fonte: (CUSTODIA; MAIA; SILVA, 2015).

- Escala categórica verbal: Divide a dor entre leve, moderada e forte.
- “*Pain Assessment Advanced Dementia Scale*” PAINAD: Utilizada em pacientes com demência avançada. Esta escala é composta por cinco itens de observação, cada um deles pontuando de 0 a 2 pontos (respiração, vocalização negativa, expressão facial, linguagem corporal e consolabilidade). O uso dessa escala mostrou, em alguns estudos, aumento da detecção da dor e do uso de analgésicos quando comparado ao uso da avaliação realizada com a escala numérica.

**Escala de avaliação de dor em demência avançada - PANAID-Br**

**Instruções:** Observe o paciente por cinco minutos antes de pontuar os comportamentos dele ou dela. Pontue os comportamentos de acordo com a tabela a seguir. As definições de cada item são fornecidas na página seguinte. O paciente pode ser observado em diferentes condições (por exemplo, em repouso, durante uma atividade agradável, durante recebimento de cuidados, após receber medicação para dor).

Comportamento	0	1	2	Pontuação
<b>Respiração</b> Independente de vocalização	Normal	Dificuldade ocasional para respirar Curto período de hiperventilação	Respiração ruidosa e com dificuldades Longo período de hiperventilação Respiração Cheyne-Stokes	
<b>Vocalização negativa</b>	Nenhuma	Resmungos ou gemidos ocasionais Fala baixa ou em baixo tom, de conteúdo desaprovador ou negativo	Chamados perturbadores repetitivos Resmungos ou gemidos altos Choro	
<b>Expressão facial</b>	Sorrindo ou inexpressiva	Triste Assustada Franzida	Careta	
<b>Linguagem corporal</b>	Relaxada	Tensa Andar angustiado/afrito de um lado para o outro Inquietação	Rígida Punhos cerrados Joelhos encolhidos Puxar ou empurrar para longe Comportamento agressivo	
<b>Consolabilidade</b>	Sem necessidade de consolar	Distraído(a) ou tranquilizado(a) por voz ou toque	Incapaz de ser consolado(a), distraído(a) ou tranquilizado(a)	
			<b>TOTAL</b>	

**Pontuação:** O total de pontos varia de 0-10 pontos. Uma possível interpretação da pontuação é: DOR LEVE (1 - 3), DOR MODERADA (4 - 6), DOR SEVERA (7 - 10). Estas variações são baseadas numa escala padrão de dor de 0 - 10, mas não foram comprovadas na literatura para essa avaliação.

Figura 5 - Escala de avaliação de dor em demência avançada

Fonte: Pontuação: o total de pontos varia de 0-10 pontos. Uma possível interpretação é: DOR LEVE (1-3), DOR MODERADA (4-6), DOR SEVERA (7-10). Estas variações são baseadas numa escala de dor de 0-10, mas não foram comprovadas na literatura para essa avaliação.

### O conceito de dor total:

O conceito holístico de dor total foi introduzido por Cicely Saunders em 1960.

A abordagem da dor total consiste em acessar não só a dor física do paciente, mas também aspectos psicológicos, sociais e espirituais (STREECK, 2019).

Avaliar os demais aspectos da dor é uma ferramenta importante para a abordagem da dor, uma vez que compreender que outros aspectos podem maximizar a percepção da dor pelo paciente pode representar uma maneira de mais pontos de

intervenção serem encontrados com o objetivo do alívio desta.

### **O manejo da dor:**

Carvalho (2018) e Mattos, (2018) aliviar o sofrimento humano deve ser sempre um objetivo primordial da prática médica. O alívio da dor pode ser pautado em medidas farmacológicas e não farmacológicas.

O manejo não farmacológico da dor compreende métodos físicos como TENS, aplicação calor e frio, mobilização e práticas integrativas como fitoterapia, acupuntura, práticas corporais com massagens e ioga, entre outros, o que reforça o fato de que o tratamento da dor deve ser multidisciplinar.

O manejo farmacológico da dor baseia-se em oferecer, preferencialmente em horários fixos, analgesia de intensidade adequada à dor identificada.

Outras intervenções que podem ajudar no controle da dor são a realização de procedimentos, como a radioterapia analgésica, e outras medidas não farmacológicas, como a mobilização, as massagens de conforto e técnicas de relaxamento e controle de ansiedade (ESTARD, 2009).

### **Analgésicos não opióides:**

Este grupo é composto pelos anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), paracetamol e dipirona. Podemos citar como grandes benefícios dessa classe de medicações o fato de terem fácil acesso (não necessitam de prescrição médica) e tem baixo custo. (SANTOS, 2010; CARVALHO, 2018; CARVALHO; PARSONS, 2012).

Em cuidados paliativos, estas drogas são indicadas para dores de leve intensidade ou como adjuvantes do uso de opióides. No momento da prescrição, deve-se ter atenção aos potenciais efeitos adversos dos AINEs, toxicidade gástrica com risco de sangramento e ulceração, nefrotoxicidade, hipertensão (pela retenção de sódio e água), insuficiência cardíaca, hepatopatia pelo paracetamol, doença coronariana e trombose. A incidência destes efeitos costuma variar de acordo com o perfil do paciente e com o tempo de utilização da droga.

### **Analgésicos adjuvantes:**

Drogas que quando utilizadas em conjunto com opióides permitem modulação e alívio da dor, podendo reduzir assim a dose necessária de opióide no ajuste final de dose. Os analgésicos adjuvantes costumam demorar um pouco mais de tempo para redução da dor por atuarem na modulação da percepção da dor, e podem ser utilizados em todas as intensidades de dores crônicas. Deve-se ter

cautela com os efeitos colaterais e as interações medicamentosas que podem vir a ocorrer com o uso destas medicações, em especial em pacientes idosos, frágeis e com doença avançada. Principais exemplos são: tricíclicos, antidepressivos duais, corticosteróides, anticonvulsivantes bloqueadores da proteína alfa-2-delta moduladora tipo-N nos canais de cálcio (gabapentina e pregabalina), bifosfonados para dores decorrentes de metástases ósseas.

### Opióides:

São medicações que podem ser utilizadas de maneira segura e efetiva, desde que sua indicação siga os seguintes princípios: otimizar primeiro as estratégias analgésicas não opióides; informar aos pacientes sobre riscos e efeitos colaterais frequentes da medicação; realizar seguimento próximo, monitorar a intensidade da dor e o comprometimento geral que ela gera, pois, a resposta analgésica pode diminuir com o tempo; considerar a rotação de opióides se houver suspeita de tolerância.

Os opióides podem ser fortes (não tem dose teto determinada para analgesia e não causam danos diretos aos órgãos) e fracos.

Os opióides fracos, como por exemplo a codeína e o tramadol, são frequentemente utilizados em combinação a um analgésico não opióide. O tramadol é preferível para pacientes com dor de padrão neuropático, pois sabe-se que ele tem dupla atividade (opióide + ação semelhante a amitriptilina). Este medicamento deve ser utilizado com cautela em pacientes com história prévia de convulsão e suas doses diárias não devem exceder 400mg. Também deve-se ter cautela ao associar esta medicação a inibidores de recaptação de serotonina pelo risco aumentado de síndrome serotoninérgica.

Pacientes idosos são mais propensos aos efeitos colaterais dos opióides. Sendo assim, devemos iniciar a terapia com dose menor e esta deve ser titulada lentamente, a depender da resposta analgésica e dos efeitos adversos.

É necessário ainda deixar a prescrição de doses de resgate para caso o paciente fique sintomático entre os horários fixos de recebimento do opióide. A dose de resgate é de 5% a 15% da dose total diária. Deve-se ainda orientar a equipe de enfermagem para administração nos intervalos quando necessário. Sinalizando ainda a equipe médica quando o sintoma se mantiver refratário apesar da administração da dose de resgate.

A presença de efeitos adversos deve ser comunicada no momento da prescrição, pois este conhecimento permite maior adesão do paciente ao saber que aquele efeito já era esperado. A constipação e o efeito colateral das medicações opióides que tem menor melhora com o tempo de uso demandam esquema profilático

preventivo de medicação laxativa, que deve ser iniciado no momento da prescrição do opióide.

A codeína é um alcalóide natural que, além de efeito analgésico, tem propriedades antitussígenas e antidiarréicas. Sendo também, portanto, o opióide mais relacionado ao efeito colateral de constipação. A codeína é uma pró-droga que, após metabolização hepática, é parcialmente convertida em morfina. Até 15% da população pode não dispor da enzima que metaboliza a codeína em seu princípio ativo e, assim não desfrutar de seu efeito analgésicos.

### Opióides fortes:

O principal dentre os opióides fortes é a morfina, estando disponível em diferentes apresentações (comprimidos, cápsulas, supositórios e soluções) e podendo ser administrada por diversas vias (oral, subcutânea, endovenosa, retal), sendo metabolizada no fígado e tendo sua depuração principalmente por via renal. Sendo assim, recomenda-se que, em pacientes com disfunção renal, iniciemos a terapia com doses menores e com intervalo de tempo de 6 em 6 horas entre as doses, pois consideramos que haverá mais tempo para excreção. É o opióide forte mais adequado para início e titulação de dose alvo em pacientes internados.

Outros opióides fortes que devem ser utilizados com maior cautela por profissionais que ainda não estão habituados a sua prescrição são: oxicodona, metadona (meia-vida variável) e buprenorfina, por exemplo.

### Rotação de opióides:

Para realizar a troca de medicação opióide é necessário calcular a dose equivalente analgésica do opióide em uso com o novo a ser administrado e em média reduzir a dose equianalgésica em 25% a 50%. Quando pela metadona, deve-se reduzir a dose em 75% a 90%. Para fentanil TD, não há necessidade de reduzir a dose equianalgésica.

Tabelas de dose equianalgésicas

Opióide	Via oral	Via parenteral
Morfina	30mg	10mg
Codeína	200mg	-
Metadona	20mg	10mg
Oxicodona	20-30mg	10-15mg
Hidromorfona	7,5mg	1,5mg

Tabela 1 - Dose equianalgésicas

Fonte: CARVALHO; PARSONS, (2012).

## Métodos Invasivos para controle de dor

O tratamento intervencionista da dor é realizado em pacientes que tem resposta pobre ao tratamento medicamentoso e naqueles que apresentam efeitos colaterais importantes que limitam o uso das medicações. Exemplos: vertebroplastia em pacientes com fratura sintomática de corpo vertebral sem retropulsão de fragmentos ósseos, bomba implantável de infusão intratecal de fármacos que é indicada em pacientes com dor oncológica de difícil manejo, dentre outros.

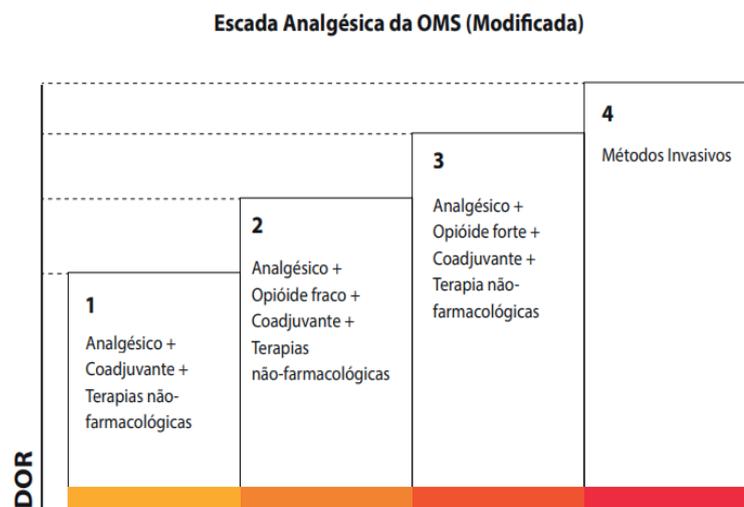


Figura 6 Escala Analgésica

Fonte: CARVALHO, PARSONS, 2012.

## Intoxicação por opióide:

Ao fazer a prescrição do uso contínuo de opióide, seja em horários fixos ou em bomba de infusão contínua, o médico assistente deve atentar-se ao examinar seu paciente e reavaliá-lo em verificar se este apresenta sintomas que possam sugerir intoxicação por opióide, dentre estes, os sintomas clássicos são depressão respiratória, rebaixamento do nível de consciência e miose.

Caso haja depressão respiratória, esta pode ser ameaçadora a vida, e, neste contexto, a naloxona é o principal antídoto a ser utilizado. A utilização do antídoto deve ser realizada com cautela, uma vez que o paciente pode apresentar, além do aumento da frequência respiratória objetivado, o retorno da dor que estivera controlada, agitação, taquicardia, vômitos, sinais de abstinência e possivelmente estar sujeito ao risco de pneumonia aspirativa. No geral, aventa-se o uso de naloxone quando a frequência respiratória é inferior a 8 incursões por minuto.

## Hipodermóclise, uma via alternativa em Cuidados Paliativos:

A hipodermóclise é uma técnica que consiste na administração de fluidos no espaço subcutâneo de forma contínua ou intermitente. Local cuja vascularização é similar a que acontece nos músculos (PONTALTI, 2012). O processo de transporte de um fármaco para os capilares sanguíneos se dá por difusão simples. Fatores fisiológicos individuais como vasoconstrição, hipoperfusão e atrofia capilar podem interferir no processo do fármaco para a circulação (LEISCHKER, 2012). Desse modo, entende-se que pode haver uma grande variabilidade de absorção de acordo com o estado fisiológico de cada paciente.

Em condições de impraticabilidade de administração de fármaco via oral – rebaixamento do sensório, disfagia, má absorção do trato gastrointestinal – e de impossibilidade ou inconveniência da administração endovenosa, a via subcutânea pode ser utilizada para a administração de medicamentos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2017).

Segundo o guia da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (2017), a literatura considera como única contraindicação formal para a hipodermóclise a recusa do paciente, mas outras contra-indicações podem ser descritas, como: absolutas – anasarca, trombocitopenia grave e necessidade de reposição rápida de volume; e relativas – caquexia; síndrome da veia cava superior; áreas de circulação linfática comprometida; áreas de infecção. Os cateteres agulhados (scalps) têm menor custo e são menos dolorosos. Os calibres de escolha estão entre os números 21G a 25G (PEREIRA, 2008). As regiões mais elegíveis para a punção são a torácica e a parede abdominal lateral (FRISOLI JUNIOR, DE PAULA; FELDMAN; NASRI, 2000). Não se deve ultrapassar o volume de 1500ml ao dia por sítio (LYBARGER, 2009).

A via subcutânea tem ótimo perfil de absorção para controle de sintomas, pois por ter absorção mais lenta esta via possibilita uma concentração sérica estável do medicamento e impede picos plasmáticos os quais podem determinar o possível aparecimento de efeitos colaterais indesejáveis. Se for usada uma infusão contínua por via SC, a concentração plasmática se mantém em níveis suficientes para impedir o ressurgimento de sintomas antes controlados. Em contraposição, caso seja necessário pico plasmático rápido da medicação ou a infusão rápida de grandes volumes, esta via já não será adequada.

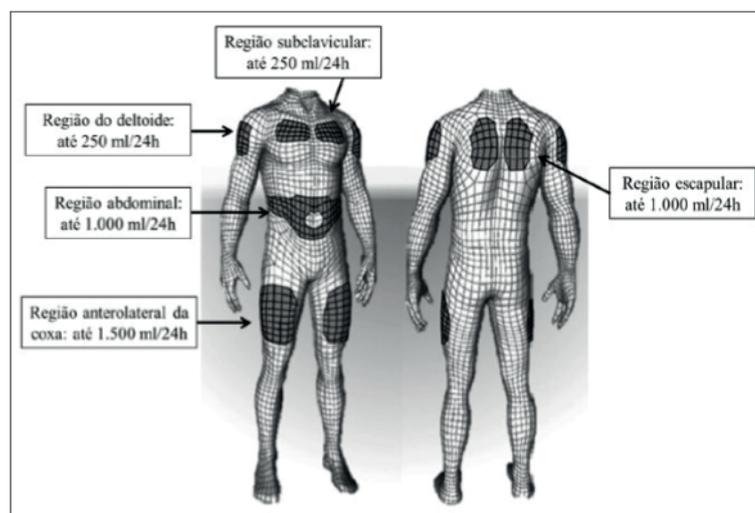


Figura 7 - Locais para realização de infusão subcutânea

Fonte: CARVALHO; PARSONS, 2013.

A hipodermóclise pode ser realizada mesmo em pacientes caquéticos, entretanto, o sítio de punção escolhido deverá ter subcutâneo adequado, o que reduz as possibilidades. Recomenda-se a troca do cateter agulhado a cada 5 dias e a do não agulhado a cada 11 dias, respeitando-se uma distância mínima de 5 cm do local da punção anterior. Caso o curativo seja realizado com cobertura estéril transparente, esta poderá ser mantida por até sete dias, as demais coberturas deverão ser trocadas diariamente.

Assim como no acesso venoso periférico, na hipodermóclise, se a assepsia não for realizada corretamente durante a punção e higienização da punção, poderá ocorrer celulite no sítio puncionado. Nestes casos, é preciso acompanhar a curva térmica do paciente, realizar compressas locais geladas de 15 minutos de duração e o uso da antibioticoterapia deverá ser avaliado, além de trocar o local de punção e evitar novas punções neste local.

### **Medicamentos recomendados via hipodermóclise**

As medicações que podem ser administradas via subcutânea (SC) são aquelas que tem o PH próximo a neutralidade. Alguns medicamentos mais ácidos podem ainda ser administrados desde que em infusão lenta.

Ao infundir mais de uma medicação via SC, devemos avaliar se há a compatibilidade destas medicações para serem infundidas pelo mesmo sítio ou se haverá a necessidade de mais de um sítio de punção.

Compatibilidade entre dois medicamentos para administração no mesmo sítio por via SC.

	Clorpromazina	Dexametasona	Fenobarbital	Furosemda	Haloperidol	Hioscina	Insulina	Ketamina	Metadona	Metoclopramida	Midazolam	Morfina	Octreotide	Ondansetrona	Ranitidina	Tramadol
Compatível ☺																
Incompatível ✖																
Não testado ★																
Clorpromazina		☺	★	★	☺	★	★	★	★	☺	☺	☺	★	★	☺	★
Dexametasona	☺		✖	☺	✖	☺	☺	☺	☺	☺	✖	☺	✖	★	☺	☺
Fenobarbital	★	✖		★	★	★	✖	★	★	★	★	☺	★	★	✖	★
Furosemda	★	☺	★		★	★	★	★	★	✖	✖	✖	★	★	☺	★
Haloperidol	☺	✖	★	★		☺	★	☺	☺	★	☺	☺	★	★	★	☺
Hioscina	★	☺	★	★	☺		★	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺	★	☺
Insulina	★	☺	✖	★	★	★		★	★	☺	☺	☺	✖	★	✖	★
Ketamina	★	☺	★	★	☺	☺	★		★	☺	☺	☺	★	☺	★	★
Metadona	★	☺	★	★	☺	☺	★	★		☺	☺	✖	★	★	★	✖
Metoclopramida	☺	☺	★	✖	★	☺	☺	☺	☺		☺	☺	☺	★	☺	☺
Midazolam	☺	✖	★	✖	☺	☺	☺	☺	☺	☺		☺	★	☺	✖	☺
Morfina	☺	☺	☺	✖	☺	☺	☺	☺	✖	☺	☺		☺	☺	☺	✖
Octreotide	★	✖	★	★	★	☺	✖	★	★	☺	★	☺		★	★	★
Ondansetrona	★	★	★	★	★	☺	★	☺	★	★	☺	☺	★		★	★
Ranitidina	☺	☺	✖	☺	★	★	✖	★	★	☺	✖	☺	★	★		★
Tramadol	★	☺	★	★	☺	☺	★	★	✖	☺	☺	✖	★	★	★	

Figura 8 - Compatibilidade entre dois medicamentos para administração no mesmo sítio via SC

Fonte: CARVALHO; PARSONS, 2013.

Medicamentos e soluções administrados pela hipodermóclise

Classe	Fármaco	Diluição	Tempo de infusão
Analgésicos opioides	Morfina	10 mL SF 0,9%, se bolus/intermitente (solução decimal) ou ACM	Se bolus/intermitente, administrar lentamente*
	Metadona	10 mL SF 0,9%	
	Tramadol	10 mL SF 0,9%	
	Fentanil	100 mL SF 0,9% ou ACM	Em bomba de infusão, conforme prescrição médica
Analgésico	Dipirona	10 mL SF 0,9%	Se bolus/intermitente, administrar lentamente*
Anticolinérgicos	Atropina, escopolamina, hioscina (Buscopan <sup>®</sup> )	10 mL SF 0,9%	Se bolus/intermitente, administrar lentamente*
	Antieméticos	Metoclopramida	100 mL SF 0,9%
	Ondansetrona, haloperidol, dimenidrato	10 mL SF 0,9%	Se bolus/intermitente, administrar lentamente*
Anti-histamínicos	Prometazina, hidroxizina	10 mL SF 0,9%	Se bolus/intermitente, administrar lentamente*
Anti-inflamatório	Cetorolaco	100 mL SF 0,9%	30-40 minutos**

índices específicos de enfermagem

Antibiótico	Ampicilina, cefepime, ceftazidima, cefotaxima, ceftriaxona, tobramicina, teicoplanina, ertapenem, meropenem	100 mL SF 0,9%	30-40 minutos**
Corticoide	Dexametasona	100 mL SF 0,9%	30-40 minutos**
Diurético	Furosemida	10 mL SF 0,9%	
Protetor gástrico	Ranitidina, omeprazol	10 mL SF 0,9%, diluente próprio	Se <i>bolus</i> /intermitente, administrar lentamente*
Sedativo	Midazolam	10 mL SF 0,9%, se <i>bolus</i> /intermitente (solução decimal) ou ACM	Se <i>bolus</i> /intermitente, administrar lentamente*
	Levomepromazina	100 mL SF 0,9%	Em bomba de infusão, conforme prescrição médica
Anticonvulsivante	Fenobarbital	10 mL SF 0,9%	Se <i>bolus</i> /intermitente, administrar lentamente*
Outros	Octreotida	Existe apresentação subcutânea que não precisa diluir	Se <i>bolus</i> /intermitente, administrar lentamente*
	Naloxona, clorpromazina	10 mL SF 0,9%	

\*A administração rápida, em *flush*, causa desconforto (dor, ardência) e eritema local. Se houver queixas nos primeiros minutos após início da infusão, diminuir a velocidade da infusão, que o desconforto cessa e o eritema se resolve espontaneamente algum tempo após o término da infusão, \*\*O tempo pode ser aumentado se houver desconforto para o paciente, mas deve-se atentar para a estabilidade da solução a ser infundida (consultar a bula da medicação). Não devemos esquecer que os pacientes podem apresentar reações adversas mesmo seguindo essa orientação de diluição, por conta das características individuais e da própria medicação (pH, potencial de irritação etc.), nesses casos, a diluição pode ser aumentada. Na fase final de vida pode haver dificuldade de absorção das soluções infundidas por hipodermólise, por conta da falência da pele.

Tabela 2 - Medicamentos e soluções administrados pela hiposermolise

Fonte: CARVALHO, 2018.

## Como manejar a dispneia?

Dispneia é definida como a sensação de desconforto respiratório (KVALE; SMOFF, 2003; TRUOG, 2008). Sintoma subjetivo associado ou não a alterações clínicas como aumento da frequência respiratória, trabalho ou outras alterações fisiológicas associadas com a insuficiência respiratória. Existem pelo menos três qualidades distintas de dispneia: fome de ar, trabalho ou esforço e aperto (LANSING *et al.*, 2009; PARSHALL *et al.*, 2012). É importante salientar que a interação entre as causas físicas de dispneia e as de origem psíquica, sendo esta última grande amplificadora dos sintomas e tratadas em conjunto, principalmente em casos de dispneia graves ou resistentes (KVALE; SMOFF, 2003). As causas mais comuns são: insuficiência cardíaca, doença pulmonar grave, câncer e doenças neurodegenerativas. Doenças estas relacionadas à fatores desencadeantes como: derrame pleural, anemia, hipóxia, acidose metabólica, hipercapnia, fraqueza muscular, dentre outras. Pacientes com dispneia de intensidade leve beneficiam-se de medidas direcionadas à sua causa de base e medidas não farmacológicas como o posicionamento adequado (TRUOG, 2008), a alocação em local arejado ou a ventilação facial com ventilador de mesa e de mão (AZEVEDO, 2016; SEMEARK, 2007; WORKING, 2009) e de manobras fisioterápicas direcionadas para a capacidade funcional e nível de responsividade do paciente (FRANCA, 2012). Outras terapêuticas específicas incluem o uso de corticoides em doenças das vias

aéreas ou nos casos de linfangite carcinomatosa, hormonioterapia ou quimioterapia em casos de neoplasias sensíveis, antibioticoterapia e terapêutica direcionada ao controle de secreções nos pacientes com broncorreia e uso de anticoagulação ou trombólise nos casos de tromboembolismo pulmonar (LEACH, 2009). Pacientes com dispneia mais importante podem necessitar, além das medidas não farmacológicas e do tratamento da causa de base, de medidas farmacológicas dirigidas para a própria dispneia. Os opióides são as drogas mais utilizadas no controle sintomático da dispneia (AZEVEDO, 2016; MORRISON, 2013; TRUOG, 2008; SEMEARK, 2007; YATES, 2013, BOLAND, *et al*, 2013; JENNINGS, 2002). Em pacientes com dispneia moderada ou naqueles com dispneia leve e que não responderam adequadamente às medidas não farmacológicas pode-se utilizar a codeína, enquanto aqueles com dispneia grave necessitarão do uso de morfina. A morfina é o medicamento mais efetivo no tratamento da dispneia. A dose de ataque é de 1 a 2 mg, IV ou SC ou 5 a 10mg VO a cada 30 minutos. Seguido de dose de manutenção de 10mg de morfina em 24h em bomba de infusão contínua. Para controle de sintoma refratário está indicada a sedação paliativa. Demais opióides como metadona, fentanil e oxicodona apresentam poucas evidências no controle deste sintoma.

### Secreções respiratórias

A hipersecretividade brônquica é um sintoma que apresenta impacto importante no paciente, principalmente naqueles submetidos à ventilação mecânica, por muitas vezes prolongado o tempo de permanência destes na UTI. O método mais tradicional para controle das secreções traqueobrônquicas é a aspiração destas através de sistemas de vácuo. Esse procedimento, no entanto, é amplamente associado a sofrimento do paciente e ao risco de traumatismos e sangramentos, principalmente naqueles pacientes que apresentam alterações da crase sanguínea. Um dos objetivos da terapêutica de controle das secreções é reduzir ao máximo o número de aspirações às quais o paciente necessita ser submetido durante o dia e tornar esse procedimento o menos doloroso possível. As estratégias utilizadas para o controle das secreções podem ser subdivididas em estratégias que promovem a diminuição da produção de secreções e aquelas que promovem o aumento da eliminação. Dentre as estratégias relacionadas ao aumento da eliminação de secreção a fisioterapia tem papel fundamental (FRANCA, 2012) principalmente através da mobilização de secreções e com o estímulo a tosse. A mobilização de secreções pode ocorrer através de manobras de posicionamento funcional, exercícios respiratórios ou manobras assistidas. Dentre as manobras de estímulo a tosse, encontramos manobras manuais e assistidas mecanicamente (FRANCA, 2012). Nas estratégias de diminuição do volume de secreção se faz necessário a avaliação da

causa da hipersecretividade (LEACH, 2009; KONDO; TAMAOKI, 2012). Pacientes com causas inflamatórias como asma e DPOC beneficiam-se do uso de corticoides, pacientes infectados beneficiam-se de antibioticoterapia e pacientes hipervolêmicos beneficiam-se do uso de diuréticos e do controle do balanço hídrico (LEACH, 2009). Pacientes com secreções volumosas ou aquelas com causa desconhecida ou não responsiva ao tratamento dirigido podem beneficiar-se de supressão do sistema autônomo com o uso de drogas anticolinérgicas como a atropina ou a hioscina, ou com inibição direta da produção de muco com o uso de macrolídeos, indometacina ou octreotide (FRANCA, 2012; KONDO; TAMAOKI, 2012). A terapia inicial a ser escolhida depende principalmente dos efeitos colaterais das medicações a serem utilizadas. Devido à possibilidade de desencadear ou agravar quadros de delirium os anticolinérgicos devem ser evitados em paciente sob alto risco de delirium. Pacientes com diarreia devem evitar o uso de macrolídeos. Em pacientes com quadro refratário pode ser utilizado o octreotide (FRANCA, 2012).

### Náuseas e vômitos

Náuseas e vômitos são sintomas que reduzem a qualidade de vida do paciente. Podem ocorrer diretamente relacionados à doença de base e suas complicações ou relacionadas ao tratamento. O diagnóstico de náusea é clínico. É primordial uma boa história clínica, exame físico, e exames laboratoriais na investigação da etiologia para iniciar o tratamento clínico.

Causas	Tratamento	Medicamentos
Obstrutiva	Corticóide Antagonistas dopaminérgicos Procinéticos	Dexametasona Haloperidol Metoclopramida
Gástrica	Procinético	Metoclopramida Domperidona
Química	Antagonista dopaminérgico Antagonista 5HT3	Haloperidol Ondasetrona
Distúrbios no SNC	Corticóide	Dexametaxona
Vestibular	Anti histamínicos	Meclina

Tabela 3 - Náuseas e vômitos: principais causas e tratamentos

Fonte: CARVALHO; PARSONS, 2012.

## Diarreia

A diarreia é um sintoma comum no ambiente de enfermagem, motivado principalmente por quadros infecciosos, decorrente do uso de antibióticos de largo espectro, e por reações medicamentosas, bem como aquelas causadas pela própria doença de base e complicações relacionadas (MARCON; GAMBA; VIANNA, 2006; FERRIE; EAST, 2007; CUNHA, 1998) A diarreia traz consigo além do desconforto para o paciente, o risco de distúrbios hidroeletrólíticos e o risco aumentado do surgimento de úlceras de pressão e a posterior infecção destas, o aumento da carga de trabalho para a equipe e, por vezes, desconforto para os outros pacientes (MERCADANTE, 1995) Um dos principais pontos que devem ser notados durante a avaliação da diarreia é a possibilidade de tratar-se não de uma verdadeira diarreia, mas de uma diarreia paradoxal, secundária a um estado de constipação prévia com supercrescimento bacteriano e a liberação de fezes amolecidas (MERCADANTE, 1995; J. A, 2007). Uma história de alternância entre constipação e diarreia e a presença de fezes endurecidas ao toque retal podem resolver essa dúvida na maioria dos casos, mas a radiografia de abdômen pode ser necessária em certas ocasiões. Após a constatação de tratar-se de uma diarreia verdadeira, o próximo passo seria a sua classificação em casos leves (ESAS de 1-3) e moderados a graves (ESAS >3). Nos casos de diarreia leve, medidas mais leves podem ser adotadas, medidas de controle nutricional como o fracionamento de dieta e evitar alimentos gordurosos ou ricos em lactose e o ajuste de drogas que possam induzir diarreia, geralmente são suficientes para o controle sintomático. Em casos em que não haja resposta o uso de escopolamina pode ser tentado (MERCADANTE, 1995; J. A., 2007). Nos casos de diarreia moderada a grave deve ser realizada avaliação para a possibilidade de infecção por *Clostridium difficile*. Naqueles pacientes que tenham feito uso de antibióticos de largo espectro ou em situações de surtos é recomendável o início da terapêutica com metronidazol e a coleta da pesquisa de toxinas (CUNHA, 1998). Nos casos de pesquisa negativa para *Clostridium difficile* ou em que o paciente não apresenta fatores de risco pode-se tentar investigar situações específicas que possam estar relacionadas à causa dos sintomas. Nos casos em que não se distingue uma causa específica ou em que a resposta à terapêutica é inadequada e em que se excluíram causas invasivas, pode-se lançar mão do derivado opióide loperamida (REGNARD, 2011; CHERNY, 2008; FARTHING, 2007). Casos que não respondam com o uso da loperamida podem ainda beneficiar-se do uso de codeína<sup>88</sup>, <sup>89</sup>, ou em última instância de octreotide (CHERNY, 2008; FARTHING, 2007; PROMMER,

## Constipação

O ponto inicial da avaliação do paciente constipado é a avaliação da presença de obstrução intestinal, condição que pode necessitar de abordagem cirúrgica (CLEMENS, 2013; LIBRACH, 2010; CLEMENS; KLASCHIK, 2008). Outro ponto a ser avaliado no início da abordagem do paciente constipado é a presença ou não de fezes endurecidas na ampola retal (“fecaloma”), condição na qual pode ser necessário a retirada manual das fezes e a realização de clisteres (CLEMENS, 2013; CLEMENS; KLASCHIK, 2008). Nos pacientes que não apresentam sinais de obstrução intestinal ou da presença de fecaloma a terapêutica de escolha inicial dependerá do uso de opióides. Pacientes em uso de opióides beneficiam-se mais do uso de laxativos estimulantes como o Bisacodil (CLEMENS, 2013; CLEMENS; SLASCHIK, 2018; TWYGCROSS, 2012). Em caso de falência terapêutica pode-se associar laxativos osmóticos como a lactulona (TWYGCROSS, 2012). E em casos extremos utilizar-se de antagonistas opióides como o metilnaltrexone (TWYGCROSS, 2012). Alguns estudos pequenos mostram benefício e segurança no uso do naloxone por via oral em pacientes constipados, sem efeito significativo em reversão da analgesia, podendo essa droga ser utilizada em casos de exceção (LUI, 2002; ARPINO; THOMPSON, 2009). Outra medida que pode apresentar benefício nos pacientes constipados em uso de opióides é a rotação de opióides. Naqueles pacientes que não estão em uso de opióides não existem provas científicas da superioridade de uma classe de laxativo em relação à outra (FLEMING, 2010). Por rotina do serviço, recomenda-se o uso inicial da lactulona, com possível associação de outros laxativos como o bisacodil em caso de falência terapêutica. Medidas não farmacológicas como o aumento da ingesta hídrica e da ingesta de fibras, bem como o aumento da mobilidade, podem ser úteis como auxiliares no tratamento e principalmente na prevenção da constipação.

### Plano de Cuidados:

É necessário que, desde a admissão do paciente em um leito de enfermaria, o médico assistente comece a traçar um plano de cuidados que vise a alta hospitalar. Sendo assim, uma das primeiras perguntas a se fazer é - Por que este paciente ainda não tem condições de alta hospitalar? - para a partir de então trabalhar com o objetivo de desospitalização precoce na tentativa de reduzir os prejuízos de internamentos prolongados, tais como: sarcopenia, infecções hospitalares, delirium, lesões por pressão etc.

Alguns pacientes, no entanto, não terão condições de alta hospitalar por se encontrarem em fase terminal de sua doença de base. Nesses casos, quando não há disponibilidade de uma equipe de cuidados domiciliares com acesso a medicações para controle de sintomas, e o paciente está evoluindo para fase final de vida, é preferível que sua terminalidade tenha fim em um leito hospitalar, se esta for a condição para efetivo controle de sintomas.

Nesses casos, o suporte psicológico ao paciente e familiares, assim como a flexibilização dos horários de visita se tornam imprescindíveis.

## **Integração de cuidados paliativos no contexto de Time de Resposta Rápida**

### **(TRR)**

Os Times de Resposta Rápida foram criados para identificar e agir no caso de deteriorização clínica do paciente no ambiente de enfermaria. A assistência é priorizada por códigos divididos em cores que sinalizam a urgência ou não. Nem sempre o médico especialista em Cuidados Paliativos estará presente no momento de sintomas/sofrimento do paciente. Por isso se faz necessária uma boa comunicação entre a equipe Assistente e Time de Resposta Rápida (TRR) (NELSON, *et al.*, (2015).

O TRR está diariamente em contato com intercorrências clínicas de pacientes em cuidados paliativos. É mais uma equipe que agrega no gerenciamento de sintomas. Na troca e atualizações de plantão é necessário definir como o paciente está sendo acompanhado no contexto de CP. Se apresenta diretivas antecipadas definidas (Não realizar suporte avançado de vida e quais medidas foram limitadas). Se as diretivas ainda não definidas (Acompanhados pela equipe), ou se os pacientes estão em terminalidade.

O paciente em sofrimento pode não apresentar sinais tão claros. Ao mesmo tempo que taquicardia e hipotensão, por exemplo, não são necessariamente sinais de desconforto. Os sintomas devem ser pesquisados ativamente e conduzidos com prontidão. A conduta neste contexto depende da fase que o paciente se encontra. Cuidados paliativos não querem dizer que o paciente não venha receber alta naquele internamento. A depender do caso e da intercorrência, pode ter indicação de antibioticoterapia, transfusão, hidratação, inclusive de ser aberto um protocolo sepse. Logo no internamento, se já existem diretivas definidas, o planejamento de cuidados é facilitado, porém, quando as diretivas não estão definidas é mais urgente um alinhamento e apoio entre as equipes.

Comunicação sobre benefícios, riscos e abordagens alternativas no tratamento de intercorrências
Formulação de um plano de resposta rápida com base nas preferências do paciente
Alívio da dispneia, dor, ansiedade e outros sintomas na presença de instabilidade fisiológica
Atenção às necessidades imediatas (emocionais, espirituais, outras) das famílias em crise
Atenção às necessidades emocionais do TRR e de outros funcionários

Quadro 1 - Cuidados Paliativos no Contexto do TRR: Conhecimento / Habilidades Essenciais para Clínicos

Fonte: NELSON, 2015.

## Desospitalização

Com a elaboração do plano de cuidados, uma das opções para o melhor tratamento é a desospitalização. Por vezes, alguns profissionais podem pensar que: “Se o paciente vai de alta, ele não é mais paliativo”, porém, o domicílio é o local mais indicado para promover CP (COLEMAN, 2004).

Segundo o Ministério da saúde (2019) o planejamento da alta deve ser programada com alguns dias de antecedência. A equipe responsável no hospital deverá comunicar à equipe multidisciplinar, principalmente a equipe do Serviço Social para avaliar o perfil do paciente e indicar a melhor forma de assistência, como a Unidade Básica de Saúde ou Serviço de Atenção Domiciliar (SAD). É altamente recomendável a comunicação efetiva da equipe hospitalar com a equipe que cuidará do paciente. Além do relatório de alta é importante que as equipes discutam o caso pessoalmente ou por telefone para que detalhes do plano terapêutico possam ser alinhadas entre ambas.

Sugerimos um check list dias antes da alta programada e comunicação com a equipe multidisciplinar, avaliando a necessidade do ponto de vista de cada área:

1. Enfermagem: orientações de prevenção e ou cuidados de lesões por pressão; posicionamento no leito dentre outras orientações. Necessidade de acompanhamento de um profissional estomatoterapeuta.
2. Farmácia: transição de medicamentos, de preferência via oral. Importância em checar necessidade e disponibilidade receitas especiais como receita tipo A “ amarela” usada para prescrição de morfina, por exemplo e receita tipo B “azul” usada na prescrição de benzodiazepínicos.
3. Nutrição: avaliação e orientações, incluindo se haverá necessidade de laudos para receber dieta enteral.
4. Fonoaudiologia: Em caso de dieta oral, qual consistência de dieta indicada

e outras orientações específicas.

5. Fisioterapia: avaliação e orientações do ponto de vista motor e respiratório.
6. Terapeuta ocupacional: avaliação de necessidades de órteses, elementos que facilitem a comunicação do paciente e família, dentre outros.
7. Psicologia: avaliação de indicação de acompanhamento ambulatorial.
8. Serviço social: avaliação da necessidade de laudos para insumos (cama hospitalar e colchão articulado, cadeira de rodas e banho, dieta enteral). Laudo para desconto de fraldas; laudo para procuração; orientações para receber benefício ou dar entrada em aposentadoria.

### Identificação e cuidados de fim de vida

A definição de cuidados de fim de vida pode ser variável em relação aos critérios de tempo e de performance funcional. Segundo NHS England são cuidados prestados no último ano de vida, embora em algumas condições, possam ser considerados em meses ou anos. Ainda nesse critério, pode ser considerado as últimas semanas de vida (MARTINS, 2017).

Como critério de performance é considerado em pacientes com PPS ou KPS <40%. (CARVALHO; PARSONS, 2013). Ou seja, independente do critério, significa que são pacientes com doenças avançadas, progressivas e incuráveis, com alto risco de óbito, principalmente em caso presente agravos agudos à saúde.

É comum nessa fase intercorrências clínicas mais frequentes, piora progressiva da doença de base, emagrecimento progressivo ou queda da albumina sérica e aparecimento de múltiplas insuficiências.

Após a publicação The Liverpool Care Pathway em 2014, vários documentos de políticas começaram a descrever as mudanças necessárias para uma nova assistência em fim de vida (COMMITTEE ON NATIONAL GUIDELINE FOR PALLIATIVE SEDATION, 2009).

É necessário desenvolver sistemas que permitam que os pacientes e/ou familiares tenham suas necessidades holísticas e preferências em seu plano de atendimento. O reconhecimento precoce e definição de modelos de prestação de cuidados são imprescindíveis para garantir que pessoas nessas condições vivam bem até sua morte.

### Processo ativo de morte

Carvalho e Parsons (2013), o conceito de últimas horas de vida não é exato na literatura. Reconhecer essa fase é uma habilidade clínica complexa. Evidências de estudo qualitativo mostraram que os médicos se baseiam em intuições e avaliações

prognósticas (TAYLOR; DOWDING; JOHNSON, 2017). É momento em que o paciente encontra-se em uma fase irreversível da doença, com rápido declínio, cada vez mais cansado, mais fraco e sonolento.

Nas últimas 48 horas de vida a necessidade metabólica é reduzida. O doente pode não ter nenhuma ingestão de alimentos ou líquidos. Isso sinaliza uma baixa tolerância à dieta, e caso seja ofertada dieta via enteral, há risco de vômitos e broncoaspiração.

Além disso, o paciente fica com mais imobilidade. Pode ainda apresentar agitação ou confusão. As últimas respirações podem ser longas e suspirosas ou superficiais. Este momento requer atenção plena para manejo adequado dos sintomas como dor, dispneia, sororoca. É fase de preparar paciente, família e demais membros da equipe. Momento de rever medicações essenciais para o conforto. Rever vias de medicações, considerando hipodermoclise se necessário. Reorganizar os cuidados necessários.

### Quando posso fazer sedação paliativa

Sedação paliativa pode ser definida como uma redução do nível de consciência de forma deliberada a fim de permitir o controle de sintomas geradores de sofrimento e cuja resposta às medidas de controle é insatisfatória ou não ocorre em tempo útil (COMMITTEE ON NATIONAL GUIDELINE FOR PALLIATIVE SEDATION, 2008; CLOESSENS, 2008; CHERNY, 2009). A sedação paliativa sempre ocorre como uma última medida após as medidas convencionais de controle dos sintomas terem se mostrado falhas (CLOESSENS, 2008). O primeiro passo na avaliação da necessidade de cuidados paliativos é a identificação de sintomas refratários. É necessária a diferenciação deste dos sintomas de difícil controle (COMMITTEE ON NATIONAL GUIDELINE FOR PALLIATIVE SEDATION, 2008; CLOESSENS, 2008; BRAUN; HAGEN; CLARK, 2003). Um sintoma de difícil controle só é dito como refratário após exaustivas tentativas de controle, passando por medidas farmacológicas e não farmacológicas, realização de procedimentos pertinentes e avaliação por parte de especialistas na área específica (por exemplo, neurologistas e anestesiológicos) e da área de cuidados paliativos (representados em nosso Hospital pela Comissão de Cuidados Paliativos), ou quando essas medidas não podem ser tomadas em tempo hábil, tendo em vista o sofrimento imposto por esses sintomas no paciente. Vinte e sete dentre os sintomas mais comumente associados com refratariedade encontramos o delírium hiperativo, a dor e a dispneia, mas outros sintomas como convulsões também podem se tornar refratários (COMMITTEE ON NATIONAL GUIDELINE FOR PALLIATIVE SEDATION, 2008; CLOESSENS, 2008; ENGSTRAN, 2007). Após a definição de que o paciente apresenta sintomas refratários, a equipe

em conjunto com o próprio paciente ou seus familiares podem decidir pela realização da sedação paliativa, que pode ser dividida em duas modalidades de sedação: contínua ou intermitente (LANKEN, 2008; COMMITTEE ON NATIONAL GUIDELINE FOR PALLIATIVE SEDATION, 2008; CLOESSENS, 2008; CHERNY, 2009). Um ponto central nessa decisão entre as modalidades de sedação do paciente é o prognóstico presumido do paciente, bem como o grau de aceitação por parte dele e de seus familiares desse prognóstico. Pacientes com prognóstico de sobrevida maior (dias a semanas) podem se beneficiar mais de sedação intermitente (COMMITTEE ON NATIONAL GUIDELINE FOR PALLIATIVE SEDATION, 2008; CHERNY, 2009) permitindo episódios de interação maior com a família e amigos, em contraste aos pacientes com perspectiva de sobrevida menor (horas a dias) que se beneficiariam de um controle mais estrito dos sintomas (COMMITTEE ON NATIONAL GUIDELINE FOR PALLIATIVE SEDATION, 2008; CHERNY, 2009). O nível de cognição e de consciência prévio bem como a gravidade dos sintomas também influenciam nessa decisão.

Depois de decidida a modalidade de sedação paliativa a ser realizada e sanadas as dúvidas do paciente ou de seus familiares, o médico deve decidir pela terapêutica farmacológica mais adequada, tendo em vista o principal sintoma a ser tratado. Pacientes com delirium agitado podem apresentar piora dos sintomas com o uso de benzodiazepínicos, sendo recomendado nessa situação o uso de antipsicóticos, principalmente a levomepromazina e a clorpromazina por seu efeito sedativo maior (CHERNY, 2009; KIRA, 2012). Os pacientes com outros sintomas têm como droga inicial de escolha o midazolam (COMMITTEE ON NATIONAL GUIDELINE FOR PALLIATIVE SEDATION, 2008; CHERNY, 2009; KIRA, 2012).

Uma vez iniciada a sedação, o paciente passará por avaliação do nível de consciência, da dose das drogas, bem como controle de sintomas. Deve-se ter como alvo menores doses possíveis da droga selecionada, de forma a obter o maior nível de consciência possível, sem comprometer o nível de sintomas. Outras drogas para controle de sintomas, principalmente opióides devem ser mantidos.

Aos pacientes que não apresentam resposta satisfatória à terapêutica inicial, pode ser acrescentada ao esquema inicial de uma droga a associação entre benzodiazepínicos e neurolépticos. (COMMITTEE ON NATIONAL GUIDELINE FOR PALLIATIVE SEDATION, 2008; CHERNY, 2009).

## REFERÊNCIAS

ACKERMANN, R. J. Reter e retirar o tratamento de manutenção da vida. **Sou Médico Médico**, [s. L.], v. 62, n. 7, p.1555-1560, 01 out. 2000.

ARNOLD, R. M. et al. **Educational Modules for the Critical Care Communication (C3) Course - A communication skills training Program for Intensive Care Fellows**. New York: Center to Advance Palliative Care, 2010. 114 p.

ARPINO, P. A.; THOMPSON, B. T. Safety of enteral naloxone for the reversal of opiate- induced constipation in the intensive care unit. **Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics**, Oxford, v. 34, n. 2, p. 171-175, Apr. 2009.

AZEVEDO, Daniel Lima (org). O uso da via subcutânea em geriatria e cuidados paliativos. Rio de Janeiro: SBGG, 2016. 56p.

AZEVEDO, Daniel Lima (Org.). **O uso da via subcutânea em geriatria e cuidados paliativos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Sbgg, 2017. 60 p.

BOLAND, J. et al. Palliative care for people with non-malignant lung disease: summary of current evidence and future direction.. **Palliative Medicine**, Reino Unido, v. 27, n. 9, p.811-816, 09 out. 2013.

BRAUN, T. C.; HAGEN, N. A.; CLARK, T. Development of a clinical practice guideline for palliative sedation. **Journal of Palliative Medicine**, Larchmont, v. 6, n. 3, p. 345-350, June 2003.

BUCKMAN, Robert. COMMUNICATION SKILLS IN PALLIATIVE CARE. **Palliative Care**, Canadá, v. 19, n. 4, p.889-1004, 14 nov. 2001.

CAPUZZO, M; MORENO, R. P; ALVISI, R. Admission and discharge of critically ill patients. Current opinion in critical care. [S. l], v. 16, n. 5, p. 499-504, 2010.

CARVALHO, Ricardo T. et al (Ed.). **MANUAL DA RESIDÊNCIA DE CUIDADOS PALIATIVOS: ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR**. São Paulo: Manole, 2018.

CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique Afonseca (Org.). **Manual de Cuidados Paliativos**. 2. ed. Brasília: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. 592 p.

CHERNY, N. I. Evaluation and management of treatment-related diarrhea in patients with advanced cancer: a review. **Journal of Pain and Symptom Management**, Madison, v. 36, n. 4, p. 413-423, Oct. 2008.

CHERNY, N. I.; RADBRUCH, L.; BOARD OF THE EUROPEAN ASSOCIATION FOR PALLIATIVE CARE. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. **Palliative Medicine**, London, v. 23, n. 7, p. 581-593, Oct. 2009.

CHERNY, Nathan I. et al. **Oxford textbook of Palliative Medicine**. 5. ed. Oxford: Oxford University Press, 2015. 1281 p

CLAESSENS, P. et al. Palliative sedation: a review of the research literature. **Journal of Pain and Symptom Management**, Madison, v. 36, n. 3, p. 310-333, Sept. 2008.

CLEMENS, K. E. et al. Pharmacological treatment of constipation in palliative care. **Current Opinion in Supportive and Palliative Care**, Emigsville, v. 7, n. 2, p. 183-191, June 2013.

CLEMENS, K. E.; KLASCHIK, E. Management of constipation in palliative care patients. **Current Opinion in Supportive and Palliative Care**, Emigsville, v. 2, n. 1, p. 22-77, Mar. 2008.

COHEN, S.I.; BEWLEY, J.s.; RIDLEY, S.. GUIDELINES FOR LIMITATION OF TREATMENT FOR ADULTS REQUIRING INTENSIVE CARE. **The Intensive Care Society**, [s. L.], p.1-6, 14 fev. 2003.

COLEMAN, E. A. et al. Preparar pacientes e cuidadores para participar dos cuidados prestados em

diferentes locais: a Intervenção de Transição de Cuidados. **J. Am Geriat. Soc**, Colorado, v. 11, n. 52, p.1817-1825, 20 nov. 2004.

COMMITTEE ON NATIONAL GUIDELINE FOR PALLIATIVE SEDATION. **Guideline for palliative sedation**. Utrecht: Royal Dutch Medical Association, 2009. 78 p.

CUNHA, B. A. Nosocomial diarrhea. **Critical Care Clinics**, Philadelphia, v. 14, n. 2, p. 329-338, Apr. 1998.

CURTIS, J. Randall; RUBENFELD, Gordon D.. Improving Palliative Care For Patients In The Intensive Care Unit. **Journal Of Palliative Medicine**, Seattle, v. 4, n. 8, p.840-854, 14 nov. 2005.

CUSTODIA, Andressa Caio Eira da; MAIA, Flávia de Oliveira Motta; SILVA, Rita de Cassia Gengo e. Escalas de avaliação da dor em pacientes idosos com demência. **Rev. dor**, São Paulo , v. 16, n. 4, p. 288-290, Dec. 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-00132015000400288&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132015000400288&lng=en&nrm=iso)

DALACORTE, R. R; RIGO, J. C; SCHNEIDER, R. H; SCHWANKE, C. H. A. (edi.) **Cuidados paliativos em geriatría e gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 2012.

DOWNAR, J. et al. A “pergunta surpresa” para prever a morte em pacientes gravemente enfermos: uma revisão sistemática e meta-análise. **Cmaj**, Eua, v. 13, n. 189, p.484-493, 3 abr. 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28385893>>. Acesso em: 26 out. 2019.

EMANUEL, L. L; JHOSON, R. Revelação e consentimentos da verdade. **Oxford Handbook of Palliative Care**. 4. Ed. Oxford: Oxford University Press; 2009.

ENGSTROM, J. et al. Palliative sedation at end of life - a systematic literature review. **European Journal of Oncology Nursing**: the official journal of European Oncology Nursing Society, Edinburgh, v. 11, n. 1, p. 26-35, Feb. 2007.

ERSTAD, Brian L. et al. Pain Management Principles in the Critically 111. **Chest**, [s. L.], v. 135, n. 4, p.1075-1086, 14 abr. 2009.

FARTHING, M. J. The patient with refractory diarrhoea. **Best Practice & Research. Clinical Gastroenterology**, London, v. 21, n. 3, p. 485-501, 2007.

FERRIE, S.; EAST, V. Managing diarrhoea in intensive care. **Australian Critical Care**, North Strathfield, v. 20, n. 1, p. 7-13, 2007.

FISHEL, F. S. Breaking bad news to patients. In: GABRIELLI, A.; LAYON, A. J.; YU, M. (Ed.). **Civetta, Taylor and Kirby's: critical care**. Filadélfia: Lippincott, Williams & Wilkins, 2009. p. 38-43.

FLEMING, V.; WADE, W. E. A review of laxative therapies for treatment of chronic constipation in older adults. **The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy**, Hillsborough, v. 8, n. 6, p. 514-550, Dec. 2010.

FRANCA, Eduardo Ériko Tenório de et al . Fisioterapia em pacientes críticos adultos: recomendações do Departamento de Fisioterapia da Associação de Medicina Intensiva Brasileira. *Rev. bras. ter. intensiva*, São Paulo , v. 24, n. 1, p. 6-22, Mar. 2012 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-507X2012000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2012000100003&lng=en&nrm=iso)>. access on 27 Oct. 2019.

FRISOLI JÚNIOR, A; DE PAULA, A. P; FELDMAN, D; NASRI, F. Hidratação subcutânea por hipodermóclise. Um tratamento prático e de baixo custo para pacientes idosos. **Envelhecimento de drogas**. [S. L.], v. 16, n. 4, p. 313-319, Abr. 2000.

GERONTOLOGIA, Sociedade Brasileira de Geriatria e (Org.). **Dor: o quinto sinal vital abordagem pratica no idoso**. Brasília: Sbgg, 2018. 32 p.

GIRONDI, Juliana Balbinot Reis; WATERKEMPER, Roberta. A UTILIZAÇÃO DA VIA SUBCUTÂNEA COMO ALTERNATIVA PARA O TRATAMENTO MEDICAMENTOSO E HIDRATAÇÃO DO PACIENTE COM CÂNCER. **Reme – Rev. Min. Enf**, Santa Catarina, v. 9, n. 4, p.348-354, 14 Não é um mês valido! 2005. Bimestral.

HERR, Keela et al. Pain Assessment in the Nonverbal Patient: Position Statement with Clinical Practice Recommendations. **Pain Management Nursing**, Virgínia, v. 7, n. 2, p.44-52, 14 jun. 2006. 64

HINGGINSON, I. Modelos de prestação de cuidados paliativos. In: **Oxford Handbook of Palliative Care**. 4. Ed. Oxford: Oxford University Press; 2009.

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. **Diretriz de tratamento farmacológico da dor**. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein, 2012. 6 p.

J. A. Diarrhea in Palliative Care 2007 [updated October]. Available from: [http://www.eperc.mcw.edu/EPERC/FastFactsIndex/ff\\_096.htm](http://www.eperc.mcw.edu/EPERC/FastFactsIndex/ff_096.htm).

JENNINGS, A. et al. A systematic review of the use of opioids in the management of dyspnoea. **Thorax**, London, v. 57, n. 11, p. 939-944, Nov. 2002.

JENNINGS, A. L. et al. Uma revisão sistemática do uso de opioides no tratamento da dispneia. **Tórax**, Reino Unido, v. 57, n. 11, p.939-944, 12 nov. 2002.

KASMAN, Deborah L.. When Is Medical Treatment Futile? A Guide for Students, Residents, and Physicians. **J Gen Intern Med**, Washington, v. 19, p.1053-1056, 14 nov. 2004.

KIRA, C. M. Sedação paliativa. In: CARVALHO, R. T. de; PARSONS, H. A. (Ed.). **Manual de Cuidados Paliativos ANCP: ampliado e atualizado**. 2. ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. p. 517-530.

KONDO, M.; TAMAOKI, J. [The cutting-edge of medicine; Management and therapy for airway mucus hypersecretion]. **Nihon Naika Gakkai Zasshi**, Tōkyō, v. 101, n. 12, p. 3525-3532, Dec. 2012.

KVALE, Paul A.; SIMOFF, Michael. Palliative Care. **Chest**, [s. L.], v. 123, n. 1, p.284-311, 14 jan. 2003.

LAIRD, B. J. A. Barreiras a prestação de cuidados paliativos. In: **Oxford Handbook of Palliative Care**. 4. Ed. Oxford: Oxford University Press; 2009.

LANKEN, Paul N. et al. An Official American Thoracic Society Clinical Policy Statement: Palliative Care for Patients with Respiratory Diseases and Critical Illnesses. **Am J Respir Crit Care Med**, [s. L.], v. 177, n. 1, p.912-927, 13 mar. 2008.

LEACH, R. M. Palliative care in non-malignant, end-stage respiratory disease. In: WATSON, M. L. C; HOY A. (edi). **Oxford Handbook of Palliative Care**. 4. Ed. Oxford: Oxford University Press; 2009. p. 1231-56.

LEVIN, Tomer T. et al. End-of-life communication in the intensive care unit. **General Hospital Psychiatry**, Australia, v. 32, p.433-442, 22 abr. 2010.

LIBRACH, S. L. et al. Consensus recommendations for the management of constipation in patients with advanced, progressive illness. **Journal of Pain and Symptom Management**, Madison, v. 40, n. 5, p. 761-773, Nov. 2010.

LIU, M.; WITTBRODT, E. Low-dose oral naloxone reverses opioid-induced constipation and analgesia. **Journal of Pain and Symptom Management**, Madison, v. 23, n. 1, p. 48-53, Jan. 2002.

LYBARGER, L. E. Hipodermóclise em casa e cuidados a longo prazo. **J Infus Nurs.**, Eua, v. 32, n. 1, p.40-44, 12 fev. 2009. Bimestral.

MARCON, A. P.; GAMBA, M. A.; VIANNA, L. A. Nosocomial diarrhea in the intensive care unit. **Brazilian Journal of Infectious Diseases**, Salvador, v. 10, n. 6, p. 384-389, dez. 2006.

MARTINS, M. de A. Manual do residente de clinica médica. 2. Ed. São Paulo: Manole, 2017.

MATTOS, Sérgio Luiz do Logar et al (Ed.). **Dor e Cuidados Paliativos**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Anestesiologia, 2018. 240 p.

MEDEIROS, Rafael Barone de. **APLICAÇÃO SEQUENCIAL DA ESCALA DE PERFORMANCE PALIATIVA EM PACIENTES PALIATIVOS INTERNADOS EM UM HOSPITAL GERAL**. 2014. 50 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Cuidados Intensivos e Paliativos, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/128669/328420.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 20 out. 2019.

MERCADANTE, S. Diarrhea in terminally ill patients: pathophysiology and treatment. **Journal of Pain and Symptom Management**, Madison, v. 10, n. 4, p. 298-309, May 1995.

MERCADANTE, S. The role of octreotide in palliative care. **Journal of Pain and Symptom Management**, Madison, v. 9, n. 6, p. 406-411, Aug. 1994.

MORITZ, R. D. **Cuidados paliativos nas unidades de terapia intensiva**. São Paulo: Atheneu, 2012. 119 p.

MORITZ, Rachel Duarte et al. Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. **Rev Bras Ter Intensiva**, São Paulo, v. 20, n. 4, p.422-428, 13 out. 2008.

MORRISON, R. Sean; MEIER, Diane E.. Palliative Care. **The New England Journal Of Medicine**, New York, v. 350, p.2582-2590, 06 set. 2013. Mensal.

MULARSKI, R. A. et al. Tratamento da dor na experiência de cuidados paliativos e no final da vida na UTI. **Peito**, [s. L.], v. 135, n. 5, p.1360-1369, 14 maio 2009.

NELSON, J. E. et al. Integração de cuidados paliativos no contexto de resposta rápida: um relatório do Improving Palliative Care no conselho consultivo da UTI. **Peito**, Eua, v. 2, n. 147, p.560-569, 02 fev. 2015. Mensal.

NUNES, Rui. **Diretivas antecipadas de vontade**. Brasília: Cfm, 2016. 132 p.

PARK, Inchoel. Breaking bad news education for emergency medicine residents:: A novel training module using simulation with the SPIKES protocol. **Journal Of Emergencies Trauma, And Shock**, [s. L.], v. 3, n. 4, p.385-388, 10 dez. 2010.

PEREIRA, I. Hipodermóclise. In: OLIVEIRA, R. A, (Coord). Cuidado Paliativo. São Paulo: CRE- MESP, 2008. p.259-72.

PONTALTI, Gislene et al. Via subcutânea: segunda opção em cuidados paliativos. **Revista Hcpa**, Santa Catarina, v. 2, n. 32, p.199-207, 2012.

PONTALTI, Gislene et al. Via subcutânea: segunda opção em cuidados paliativos. **Pesquisa Clínica e**

**Biomédica** , [S.], v. 32, n. 2 de julho de 2012. ISSN 2357-9730. Disponível em: < <https://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/26270> >. Data de acesso: 27 out. 2019.

PRENDSFAST, Thomas A.; PUNTIELO, Kathleen A.. Withdiawod of life Support: intensive caring at the end of life. **Jama**, [s. L.], v. 288, n. 21, p.2732-2740, 04 dez. 2002. 49

PROMMER, E. E. Established and potential therapeutic applications of octreotide in palliative care. **Supportive Care in Cancer**, Berlin, v. 16, n. 10, p. 1117-1123, Oct. 2008.

PUNTILLO, Kathleen. Evaluation of Pain in leu Patients. **Chest**, [s. L.], v. 135, n. 4, p.1069-1074, abr. 2009. 65

REGNARD, C. et al. Loperamide. **Journal of Pain and Symptom Management**, Madison, v. 42, n. 2, p. 319-323, Aug. 2011.

SANTOS, Franklin Santana. **Cuidados Paliativos: Diretrizes, Humanização e Alívio de Sintomas**. São Paulo: Atheneu, 2011. 654 p.

SEAMARK, D. A.; SEAMARK, C. J.; HALPIN, D. M.. Cuidados paliativos na doença pulmonar obstrutiva crônica: uma revisão para clínicos. **Jr Soc Med.**, Eua, v. 100, n. 5, p.225-233, 12 maio 2007.

SPICT. Ferramenta de indicadores de cuidados paliativos e de suporte 2016. The University of Edinburgers, [S. L.], 2016.

STREECK, N. Death without distress? The taboo of suffering in palliative care. *Medicine, Health Care and Philosophy*. P. 1-9, 2019. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11019-019-09921-7>.

TAYLOR, Paul; DOWDING, Dawn; JOHNSON, Miriam. Clinical decision making in the recognition of dying: a qualitative interview study. **Bmc Palliative Care**, [s. L.], v. 16, n. 11, p.1-11, 2017.

TRUOG, Robert D. et al. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: A consensus statement by the American College of Critical Care Medicine. **Crit Care Med**, [s. L.], v. 36, n. 3, p.953-963, 2008.

TRUOG, R. D. et al. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: the Ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine. **Critical Care Medicine**, New York, v. 29, n. 12, p. 2332-2348, Dec. 2001.

TWYGCROSS, R. et al. Stimulant laxatives and opioid-induced constipation. **Journal of Pain and Symptom Management**, Madison, v. 43, n. 2, p. 306-313, Feb. 2012.

VIDAL, Franciele Karoline Gonçalves et al. HIPODERMÓCLISE: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA. **Rev. de Atenção à Saúde**, Curitiba, v. 45, n. 13, p.61-69, 10 set. 2015. Trimestral. Disponível em: <10.13037/rbcs.vol13n45.2953>. Acesso em: 08 out. 2019.

WINTER, Bob; COHEN, Simon. ABC of intensive care Withdrawal of treatment. **Bmj**, [s. L.], v. 319, p.306-308, 14 jul. 1999.

Working Party of the Merseyside and Cheshire Specialist Palliative Care and Cardiac Clinical Networks. Symptom Management Guidelines for patients in the later stages of heart failure and criteria for referral to specialist palliative care 2009.

YATES, P et al. Cuidados de suporte e paliativos para pacientes com câncer de pulmão. **J Thorac Dis**, Austrália, v. 5, n. 5, p.623-638, 14 out. 2013.

## RELATO DE EXPERIÊNCIA DAS ATIVIDADES EDUCACIONAIS DE ENFERMAGEM EM UMA CRECHE FILANTRÓPICA DE MANAUS

### **Roselaine Brum da Silva Soares**

Universidade Federal do Amazonas  
UFAM/Escola de Enfermagem Manaus, AM

### **Arinete Veras Fontes Esteves**

Universidade Federal do Amazonas  
UFAM/Escola de Enfermagem Manaus, AM

### **Elaine de Oliveira Vieira Caneco**

Universidade Federal de Pelotas  
UFPel, Pelotas RS  
IFSudeste/Campus JF, MG

### **Itelvina Ribeiro Barreiros**

UFAM/Universidade Federal do Amazonas  
Escola de Enfermagem Manaus, AM

### **Aldenira de Carvalho Caetano**

Universidade Federal do Amazonas  
UFAM/Escola de Enfermagem Manaus, AM

**RESUMO:** As creches no Brasil foram criadas por organizações sociais, religiosas e filantrópicas, compostas por grupos femininos, que viram a necessidade de lugares para deixar os filhos das mães trabalhadoras, enquanto estas estavam em suas atividades laborais. Atualmente, exigisse-se que estas instituições criem um ambiente capaz de proporcionar condições adequadas que estimulem o desenvolvimento integral e harmonioso da criança nos seus primeiros anos de vida. Este trabalho visa relatar as experiências vivenciadas por acadêmicas de

enfermagem, durante um projeto de Extensão em uma Creche Filantrópica, evidenciando a importância das ações educativas e do papel do enfermeiro junto às crianças institucionalizadas. Trata-se de um relato descritivo das atividades lúdicas e educativas de promoção a saúde, realizadas na creche, nos anos de 2014 a 2016, desenvolvidas por um grupo de acadêmicas do curso de enfermagem, durante o Projeto de Extensão “Assistência de Enfermagem à Saúde da Criança na Creche” promovida pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM). No decorrer do projeto foi possível perceber modificações nas ações das crianças, além de relatos dos funcionários da instituição, dos pais e responsáveis, em como as atividades educativas estavam influenciando positivamente no comportamento da criança tanto na creche como em casa. As atividades educativas de promoção à saúde na infância, influenciam mudanças e melhorias que refletem na saúde da criança institucionalizada.

**PALAVRAS-CHAVE:** Creche; Enfermagem, Educação e Saúde

EXPERIENCE REPORT OF NURSING  
EDUCATIONAL ACTIVITIES IN A  
PHILANTHROPIC DAYCARE CENTER IN

**ABSTRACT:** Nurseries in Brazil were created by social, religious and philanthropic organizations, made up of women's groups, who saw the need for places to leave the children of working mothers while they were working. These institutions are now required to create an environment capable of providing adequate conditions that stimulate the integral and harmonious development of the child in his early years. This paper aims to report the experiences lived by nursing students during an Extension project in a Philanthropic Nursery, highlighting the importance of educational actions and the role of nurses with institutionalized children. This is a descriptive report of the playful and educational health promotion activities carried out in the nursery, from 2014 to 2016, developed by a group of students from the nursing course, during the Extension Project "Health Nursing Assistance Children in Nursery" promoted by the Federal University of Amazonas (UFAM). Throughout the project it was possible to notice changes in the children's actions, as well as reports from the institution's employees, parents and guardians, on how educational activities were positively influencing the child's behavior in both day care and at home. Educational activities to promote health in childhood influence changes and improvements that reflect on the health of institutionalized children.

**KEYWORDS:** Nursery; Nursing, Education and Health

## INTRODUÇÃO

No século XIX, as primeiras creches surgiram na Europa, propriamente na aldeia de Ban de lá Roche, por volta de 1770, e no Brasil as creches surgiram com o alavancar do capitalismo, impulsionadas pela necessidade de reprodução da força de trabalho feminino. A crescente urbanização, em consequência do êxodo rural, onde as pessoas buscavam uma melhoria na qualidade de vida, favoreceu o crescimento da sociedade e das necessidades de pessoas nas indústrias. As creches no Brasil foram criadas por associações e organizações sociais e religiosas, compostas por grupos femininos que viram a necessidade de inserção da mulher no mercado de trabalho. Com isso, surge, então, a necessidade de lugares apropriados para que as mães pudessem deixar seus filhos, sendo estes assistidos em suas necessidades básicas por outrem. A Segunda Guerra Mundial foi outro fator que contribuiu para a expansão do número de creches no mundo (ROSEMBERG, 1984; RUIZ, 2007).

Na atualidade, a procura por creches aumentou, o que vem exigindo o aperfeiçoamento das mesmas, com funcionários mais qualificados que possam atender às necessidades das crianças em todo o seu contexto. Estas instituições foram criadas para fornecer condições adequadas às crianças, que vão muito além de um apoio as famílias que trabalham, enquanto serviço, estas instituições possuem valores fundamentais que contribuem para o desenvolvimento infantil (MARCHÃO,

2012; BRASIL, 1996).

Diante desse quadro, o conceito de creche vem sendo remodelado de acordo com o que exige a sociedade. Trata-se de um ambiente especialmente criado para oferecer condições adequadas que propiciem e estimulem o desenvolvimento integral e harmonioso da criança, oferecendo a elas um ambiente educativo e de convívio social, em seus primeiros anos de vida, desta forma, as creches cumprem com sua finalidade de proporcionar a educação da criança e a prestação de cuidados básicos de saúde, que visam à segurança física e emocional, incluindo os cuidados relativos à alimentação, higiene educação e afeto (SANTANA, 1998; RIZZO, 2000).

A creche, ao mesmo tempo em que é um espaço importante para o desenvolvimento saudável da criança, pode se tornar um meio favorável para a transmissão de doenças e agravos à saúde infantil (WONG, 2011).

A saúde da criança institucionalizada tem sido foco principal de pesquisas e programas voltados para a promoção, prevenção e manutenção da saúde integral de crianças em desenvolvimento. Nesta perspectiva, o enfermeiro é um dos profissionais responsável pela prevenção de agravos e promoção de saúde, tornando as creches ambientes mais saudáveis, desenvolvendo para isto, atividades de educação em saúde, junto às crianças, funcionários e famílias (WONG, 2011; BRASIL, 1996).

Este trabalho objetivou relatar as experiências vivenciadas por acadêmicos de enfermagem de um projeto de extensão desenvolvido em uma Creche Filantrópica, evidenciando a importância do papel do Enfermeiro em ações educativas junto a crianças institucionalizadas e seus familiares.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um relato descritivo sobre as atividades realizadas nos anos de 2014 a 2016, do Projeto de Extensão “Assistência de Enfermagem à Saúde da Criança na Creche”, evidenciando as atividades educativas desenvolvidas, com as crianças suas famílias e funcionários da creche, durante o Projeto.

A creche possuía caráter filantrópico tendo como missão ajudar as pessoas que dela necessitassem. A demanda de crianças atendidas era entorno de 350, em idade pré-escolar, 2 a 5 anos.

O ingresso das crianças na instituição ocorria por uma triagem (pré-matrícula), onde eram verificadas as reais condições socioeconômicas dos pais, através de comprovante de renda, que justificasse um ganho mensal de até três salários mínimos, e uma visita domiciliar efetuada pelas irmãs de caridade ou assistente social, na residência da criança. Somente a partir dessas ações era efetuada a matrícula da criança, independente do bairro de residência.

As atividades desenvolvidas na creche foram realizadas através de

planejamentos mensais, organizados pela equipe de acadêmicas de enfermagem. Este planejamento contava com palestras de orientação (comunicação direta e interativa) e atividades de recreação de cunho educativo com as crianças, visando a higiene e o autocuidado, dentre outras atividades.

Para a realização das atividades educativas, com as crianças, havia uma preparação prévia, onde verificavam-se os temas a serem desenvolvidos conforme as observações do campo de atuação e da rotina do ambiente.

Posteriormente eram realizadas reuniões onde eram discutidas as intervenções a serem feitas, e desenvolvia-se a metodologia pedagógica a ser adotada com todos os participantes do projeto, a fim de formular estratégias metodológicas viáveis para confecção de materiais, com o intuito de que as mesmas pudessem atingir o objetivo que era o de transmitir ensinamentos e educar de maneira lúdica sobre os mais variados temas de educação em saúde.

Nesta perspectiva, foram utilizados vários instrumentos metodológicos tais como: musicoterapia, danças, momento da leitura, pinturas, confecções de cartões, apresentação de vídeos, teatrinho com fantoches, teatro com a equipe, brinquedoteca, dentre outros. Todas as atividades foram desenvolvidas de acordo com a faixa etária das crianças.

Em conjunto a estas ações, uma vez ao mês, aos sábados, eram desenvolvidas palestras de educação em saúde com temas variados, conforme as necessidades observadas pelas acadêmicas e também a escolha dos funcionários da creche, que solicitavam esclarecimento sobre determinados assuntos, tais como primeiro socorros, cuidados e prevenção à queda de crianças, envenenamento infantil, doenças causadas pelo mosquito *Aedes Aegypti*, câncer de mama e colo do útero, Infecções sexualmente transmissíveis (IST), tuberculose, hipertensão arterial, diabetes, dentre vários outros temas de saúde.

## RESULTADO

Quanto ao perfil das crianças, verificou-se a faixa etária entre 02 e 05 anos, em sua totalidade provenientes de famílias de baixa renda, residentes na periferia de Manaus. No decorrer do projeto percebeu-se a importância da creche para o desenvolvimento das crianças que frequentam este espaço. A creche oferece um ambiente tranquilo, onde a criança brinca e aprende a socializar com outras crianças, o cuidado que elas recebem está ligado a uma amplitude de processos que envolvem educação, acolhimento, proteção, alimentação, higiene, interação com os cuidadores, o que influencia diretamente na saúde, segura física e emocional deste pré-escolares.

Na creche ao se trabalhar a educação infantil através do lúdico, a criança aos poucos vai construindo seus conhecimentos e para isto, o brincar é imprescindível, pois estabelece uma maneira prazerosa de aprender, para estas crianças e de ensinar para educadores (FARIA, 2014).

Apesar da creche ser um espaço de suma importância para a formação, crescimento e desenvolvimento das crianças, ela também pode oferecer riscos e agravos para a saúde das mesmas, pois as crianças que vivem em creches estão mais expostas a riscos devido ao aglomeramento e ao contato físico entre elas.

Neste aspecto, o enfermeiro tem potencial para identificar possíveis agravos e reconhecer patologias transmissíveis, que requerem intervenções, levando-se em consideração os conhecimentos científicos e fundamentos da assistência de enfermagem. Desta forma, atuar junto a creche desenvolvendo educação em saúde, através de atividades educativas, voltadas para a criança, os cuidadores e familiares, contribui para o desenvolvimento saudável destas crianças (ESTEVES, 2012).

No decorrer do projeto, verificou-se que as crianças possuíam uma alta capacidade de absorver, rapidamente, as informações que lhes eram passadas, devido à curiosidade que lhes é peculiar.

Era perceptível as inquietações, demonstradas diante de determinados assuntos ministrados nas palestras educativas, voltadas para o autocuidado, com o objetivo de promover a saúde. Como resultado das ações desenvolvidas com as crianças, observou-se através dos relatos das mesmas e dos profissionais da instituição, que elas além de pôr em prática o que aprendiam, como, por exemplo, a forma correta da lavagem das mãos, a escovação correta dos dentes, a higienização do cabelo, a limpeza e corte das unhas, dentre outras atividades, também passavam as informações a seus familiares.

As atividades educativas desenvolvidas por profissionais de saúde, são importantes estratégias de ação, que favorecem a construção de hábitos saudáveis nas crianças institucionalizadas. As creches constituem espaço importante para estas ações, pois, é na primeira infância que a criança começa a aprender e incorporar hábitos de cuidado pessoal. (SIGAUD, 2017).

Os temas trabalhados através do lúdico e as palestras com uso de fantoches, atraíam mais a atenção das crianças que demonstravam maior interesse, no assunto que era ministrado sobre o autocuidado (PASCHOAL, MACHADO; 2009). Atividades educativas através de brincadeira é um recurso importante usado por profissionais, além de estimular o desenvolvimento sócio cognitivo da criança (ALEXANDRINO, 2018).

Em relação às atividades desenvolvidas aos sábados com os funcionários e pais, houve grande interação, pois os mesmos procuravam as acadêmicas, em

outros períodos para sanar dúvidas relacionadas a sua própria saúde ou de seus familiares, formando-se um forte vínculo entre eles e as acadêmicas.

## CONCLUSÃO

A participação no projeto foi de suma importância tanto para os componentes da creche, como para a equipe de acadêmicas de enfermagem, devido as atividades educativas disponibilizadas pelas mesmas, aos funcionários, pais e crianças; e aprendizado que as acadêmicas adquiriram no ambiente da creche além dos muros da universidade. Através das diversas atividades desenvolvidas, foi possível comprovar a real importância do papel do Enfermeiro na assistência à criança institucionalizada, contribuindo como educador em saúde, que visa atender às diferentes necessidades sentidas e percebidas, para que este ambiente se torne mais salubre e propício ao desenvolvimento infantil.

Vislumbraram-se, neste ambiente, novas oportunidades para as acadêmicas, não vivenciadas em sala de aula, visto que na universidade o aprendizado é mais teórico. Na creche, o grupo pôde colocar em prática o conhecimento adquirido na teoria, sendo que esta prática auxilia na formação profissional e atende à legislação e o currículo do curso em relação ao assistir integralmente o indivíduo.

O projeto Assistência à Saúde da Criança na Creche contribuiu de forma positiva para um conhecimento mais abrangente da equipe de acadêmicas, onde puderam evidenciar a real importância do papel do enfermeiro na creche, desenvolvendo vínculos afetivos com os envolvidos, com o intuito de promover ações educativas em saúde, visando à qualidade do cuidado.

## REFERÊNCIAS

ALEXANDRINO, V.C; AQUINO, F.S.B. *Análise das concepções de profissionais da educação sobre o desenvolvimento infantil: Um estudo em creches de uma cidade da Paraíba - Brasil.* **Rev. Port. de Educação.** 2018, vol.31, n.2, pp.85-99. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.21814/rpe.13756>. Acesso em 02 set 2018.

BRASIL. [Lei Darcy Ribeiro (1996)]. LDB. Lei de diretrizes e bases da educação nacional. Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996. 5ªed. Brasília (DF). 2010. Disponível em: <http://portalme.gov.br/arquivos/pdf/ldb>. Acesso em 10 de nov.2015.

ESTEVES, M. R. et al. *Influências das relações intrafamiliares no comportamento de crianças que frequentam creches públicas de alenas.* **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 33, n. 3, p. 97-103, 2012. Disponível em: [https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/21958/..](https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/21958/). Acesso em 03 set. 2018.

MARCHÃO, A. *Ouvir e escutar as educadoras de infância: conexões sobre a creche e perspectivas sobre a formação.* Lisboa: Cadernos de Educação de Infância, n.º 97. Edição APEI. (setembro/

dezembro 2012).

RIZZO G. *Creche: Organização, currículo, montagem e funcionamento*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2000.

ROSEMBERG F. **Literatura infantil e ideologia**. São Paulo: Global, 1984.

RUIZ, J.S. *Creche: Um Discurso acerca de seu Surgimento*. In: **Anais** do Encontro de Pedagogia: 40 Anos formando Educadores; 2007; Corumbá. p. 98-108.

**SANTANA J.S.S.** *A creche sob a ótica da criança*. Feira de Santana, Ba: Universidade Estadual de Feira de Santana; Artmed; p. 35-53. 1998

PASCHOAL, J.D., MACHADO, M.C.G. A história da educação infantil no Brasil: Avanços, retrocessos e desafios dessa modalidade educacional. **Revista HISTEDBR** On-line, 33, 78-95. (2009).

SIGAUD, C.H.S. et al. Promoting oral care in the preschool child: effects of a playful learning intervention. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 70, n. 3, p. 519-525, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672017000300519&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000300519&lng=en&nrm=iso) acesso 04 Set. 2018.

WONG DL. **Enfermagem Pediátrica: Elementos essenciais à Intervenção Efetiva**. 8º ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

FARIA M.L, WICHR P. *Creche, criança e saúde*. REME. **Rev Min Enferm**. 2014 jan/mar; 18(1): 142-146.

## SEGURANÇA DO PACIENTE: REVISÃO INTEGRATIVA DAS AÇÕES DE CUIDADO PROMOVIDAS PELA ENFERMAGEM

**Leticia Silveira Cardoso**

Universidade Federal do Pampa – Uruguaiana – RS.

**Francielle Morais de Paula**

Universidade Federal do Pampa – Uruguaiana – RS.

**Josefine Busanello**

Universidade Federal do Pampa – Uruguaiana – RS.

**Bruna Roberta Kummer**

Universidade da Região da Campanha – Bagé – RS.

**RESUMO:** Revisão integrativa desenvolvida na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), em junho de 2018, para responder a questão: Quais as estratégias de segurança do paciente são evidenciadas pela enfermagem?. Para a coleta de dados utilizaram-se os descritores: *patient safety “and” nursing care*. Após aplicação dos critérios de seleção, obteve-se um universo de 14 artigos. Estes ressaltam três estratégias: Formação de Profissionais da Saúde para o Cuidado Seguro; Comunicação Efetiva e, Higienização das Mãos. Todas reconhecidas mediante as lacunas institucionais e profissionais para a sua execução no processo de trabalho da enfermagem.

**PALAVRAS-CHAVE:** Segurança do Paciente,

Cuidados de Enfermagem, Enfermagem.

### PATIENT SAFETY: INTEGRATIVE REVIEW OF NURSING CARE ACTIVITIES

**ABSTRACT:** Integrative Review developed in the Virtual Health Library (VHL), in June 2018, to answer the question: what are the patient's safety strategies evidenced by nursing?. For data collection, the descriptors were used: patient safety “and” nursing care. After applying the selection criteria, a universe of 14 articles was obtained. These emphasize three strategies: training of health professionals for safe care; Effective communication and hand sanitization. All recognized through the institutional and professional gaps for their implementation in the nursing work process.

**KEYWORDS:** Patient safety, Nursing care, Nursing.

### 1 | INTRODUÇÃO

A segurança do paciente consiste na redução, ao mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. O dano caracteriza-se pelo comprometimento da estrutura ou função

do corpo e/ou qualquer efeito dele. Logo, quando há um dano pode-se dizer que ocorreu um evento adverso de acordo com as definições apresentadas na Portaria n. 529, de 1º de abril de 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (BRASIL, 2013).

Neste sentido, a atuação do enfermeiro deve primar pela qualidade do cuidado em saúde. Para tanto, a Rede Brasileira de Enfermagem em Segurança do Paciente elaborou estratégias para a execução dos procedimentos de enfermagem de forma mais segura. Esta rede emergiu a partir da conjugação de esforços a nível internacional e se viabilizou pelo apoio da Organização Pan-Americana de Saúde (REBRAENSP, 2013).

De acordo com a Lei do Exercício Profissional (BRASIL, 1986) o enfermeiro tem responsabilidade pela supervisão das ações de cuidado executadas/desenvolvidas pela equipe de enfermagem junto a cada paciente. Responsabilidade que se confirma constantemente por meio das Resoluções do Conselho Federal de Enfermagem – COFEN n. 429/2012 e 358/2009, as quais apontam o dever dos profissionais de enfermagem em registrar o conjunto de cuidados prestados ao paciente. Assim, para abordar a atuação do enfermeiro na segurança do paciente destacam-se minimamente as estratégias já apresentadas pela Rede Brasileira de Enfermagem em Segurança do Paciente - REBRAENSP. São elas: higienização das mãos; identificação do paciente; comunicação efetiva; prevenção de quedas; prevenção de lesões de pele; administração segura de medicamentos; uso seguro de dispositivos intravenosos; procedimentos cirúrgicos seguros; administração segura de sangue e hemocomponentes; utilização segura de equipamentos; pacientes parceiros na segurança; formação de profissionais da saúde para o cuidado seguro. Diante da importância dessas estratégias e em virtude das responsabilidades profissionais da enfermagem, definiu-se como objetivo do presente estudo, identificar as estratégias de segurança do paciente evidenciadas pela enfermagem na literatura científica. Espera-se contribuir para a disseminação de conhecimento entre a população acadêmica e dos demais profissionais da área da enfermagem e afins.

## 2 | MATERIAIS E MÉTODOS

Revisão integrativa (SOARES; *et. al.*, 2014) desenvolvida na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), em junho de 2018, para responder a questão: Quais as estratégias de segurança do paciente são evidenciadas pela enfermagem?

Definiram-se como critérios de inclusão: manuscritos em formato de artigo, com texto completo disponível, limitados ao atendimento da população adulta cujo assunto principal tratava-se da segurança do paciente, publicado a partir

da divulgação da Política Nacional de Segurança do Paciente (MS, 2013). Os de exclusão foram todos os artigos que não estão disponíveis gratuitamente, do tipo revisão ou reflexão, que não apresentam a enfermagem como participante do estudo ou não apresentam ações de cuidado promovidas pela enfermagem para a segurança do paciente.

Para a coleta de dados utilizaram-se os descritores: *patient safety* e *nursing care*. Ambos indexadas nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e no sistema de metadados médicos de língua inglesa Medial Subject Headings (MeSH). Para a busca avançada aplicou-se o termo booleano “and”. Obteve-se 12.576 manuscritos, destes 12.465 estavam no formato de artigo, 6.326 disponíveis em texto completo, 1.313 tratavam do atendimento da população adulta, 217 possuíam como assunto principal a segurança do paciente e 187 foram publicados a partir da divulgação da PNSP.

Do conjunto de 187 artigos, 169 pertenciam à base de dados da Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE); 09 à Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), 08 à Base de Dados Bibliográficos Especializada na Área de Enfermagem (BDENF – Enfermagem) e 01 ao Índice Bibliográfico Espanhol em Ciências da Saúde (IBECS).

Excluíram-se 85 artigos que não estavam disponíveis gratuitamente. Realizou-se a sobreposição de bases de dados para remover duplicações nos artigos, excluindo-se 05. Excluíram-se mais 02 artigos que eram do tipo revisão e outros 02 de reflexão. Consecutivamente realizou-se a leitura do título, do resumo, dos resultados e da conclusão dos 93 artigos disponíveis e aplicaram-se os critérios de exclusão, não ter a enfermagem como participantes do estudo, excluindo-se 35 artigos e por não apresentar estratégias para a segurança do paciente, excluíram-se 44 artigos resultando em um universo de investigação de 14 artigos (Quadro 1).

<b>Título</b>	<b>Autores Revistas</b>	<b>Ano* Qualis#</b>
Patient Safety culture among nurses	AMMOURI; <i>et al.</i> Int. Nurs. Rev.	2015 A1
Infraestrutura e adesão à higienização das mãos: desafios à segurança do paciente	BATHKE; <i>et al.</i> Rev. Gaúcha Enferm.	2015 B1
Provider Perspectives on Safety in Primary Care in Albania	GABRANI <i>et al.</i> , J. Nurs. Scholarship	2016 A1
Communication elements supporting patient safety in psychiatric inpatient care	KANERVA, KIVINEN, LAMMINTAKANEN J. Psych. Ment. Health Nurs.	2015 1.131
Nurses' perceptions of patient safety culture in Jordanian hospitals	KHATER; <i>et al.</i> Int. Nurs. Rev.	2015 A1
Nurses' experiences with errors in nursing	KOEHN, EBRIGHT, DRAUCKER. Nursing Outlook	2016 2.425

Exerting Capacity: Bedside RNs Talk About Patient Safety	LEGER, PHILLIPS Western J. Nurs. Research	2017 1.217
Percepción de los profesionales de enfermería y auxiliares de enfermería sobre cultura de seguridad Del paciente en El área quirúrgica	MARTI, CORTÉS, SOLER. Enfermería Clínica	2015 A2
Comunicação e segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem de um hospital de ensino	MASSOCO, MELLEIRO Rev. Min. Enferm.	2015 B1
Percepción Del personal de enfermería hacia La cultura de seguridad en um hospital pediátrico em México	MÉNDEZ; <i>et. al.</i> Rev. Cuid.	2014 B2
Evaluating the intervening factors in patient safety: focusing on hospital nursing staff	OLIVEIRA; <i>et. al.</i> Rev. Esc. Enferm. USP	2015 A2
Iranian nurses perspectives on assessment of safe care: an exploratory study	RASHVAND; <i>et. al.</i> J. Nurs. Manag.	2016 A1
The perception of hospital safety culture and selected outcomes among nurses: an exploratory study	SALEH, DARAWADI, HUSSAMI Nurs. Health Sciences	2015 1.237
Estudo exploratório das iniciativas acerca da segurança do paciente em hospitais do Rio de Janeiro	SOUZA, SILVA. Rev. Enferm. UERJ	2014 B1

Quadro 1. Universo de Investigação.

Fonte: próprios autores.

Legenda: Ano\* - da publicação do artigos.

Qualis# - Sucupira 2013-2016 ou Fator de Impacto.

Para a análise e interpretação do universo, realizou-se a leitura dos 14 artigos. Para a discussão dos resultados e a apresentação do conteúdo, aplicou-se uma abordagem qualitativa que permitiu por meio da releitura dos artigos a exploração das especificidades do objeto de investigação, as ações de cuidado da enfermagem para promoção da segurança do paciente (SILVERMAN, 2009). A partir do que se buscou respostas à questão de pesquisa, resultando em três categorias teórico-empíricas: **Formação de Profissionais da Saúde para o Cuidado Seguro, Comunicação Efetiva e Higienização das Mãos** que se constituem nas estratégias para a segurança do paciente recomendadas pela REBRAENSP e estão presentes no universo explorado. Para todas identificaram-se o fator causal do evento adverso e as recomendações da enfermagem para resolutividade de tais eventos.

Os aspectos éticos e os preceitos de autoria foram respeitados na medida em que os autores consultados foram citados e referenciados ao longo do estudo. Paralelamente, se dispôs o ano de publicação dos documentos conforme previsto na Lei nº 9.610 de 19 de fevereiro de 1998 (BRASIL, 1998).

### 3 | RESULTADOS

O universo explorado está apresentado de modo não excludente, ou seja, um mesmo artigo pode conter informações de mais de uma categoria teórico-empírica. Já distribuição de frequência apresentada tem a finalidade de consubstanciar os dados qualitativos.

#### Formação de Profissionais da Saúde para o Cuidado Seguro

Esta categoria constitui-se por nove artigos que apresentam 10 eventos adversos relacionados e indicam 14 recomendações para sua resolução. Dos nove, sete artigos (77,7%) revelam a ausência da cultura de segurança por parte dos profissionais de enfermagem no desenvolvimento das ações de cuidado, 02 (22,2%) indicam desconhecimento sobre o assunto no processo de formação dos profissionais e 01 (10%) aponta limitação administrativas do serviço de saúde. As recomendações centram-se na organização do trabalho, 06 (75%) artigos; no trabalho em equipe, 02 (25%) artigos; no desenvolvimento da comunicação interpessoal, 03 (37,5%) artigos; na capacitação constante sobre o assunto, 02 (25%) e na corresponsabilização do paciente, 01 (10%).

#### Comunicação Efetiva

Esta estratégia caracteriza-se pela utilização dos registros profissionais de enfermagem para evitar ruídos e conflitos comunicacionais entre profissionais quanto às ações de cuidado desenvolvidas. Nesta categoria obteve-se 03 artigos, dos quais 2 (67%) apontam a ausência de notificação de eventos adversos e 01 artigo (33%), das anotações de enfermagem quanto ao cuidado prestado.

Entre as recomendações para promover a estratégia de comunicação efetiva houve a indicação da disponibilização de um ambiente para troca de experiência entre os profissionais sobre o assunto como medida disseminadora de uma cultura não punitiva, presente em 02 (67%) artigos. Outro, 01 (33%) artigo, tem como recomendação dos profissionais de enfermagem a realização de pesquisa de satisfação com os pacientes.

#### Higienização das Mãos

Estratégia pioneira da segurança do paciente que se constitui em medida de biossegurança nos serviços de saúde. Encontrou-se somente 01 artigo que aborda esta estratégia. Contudo o evento adverso decorre da não realização da higiene das mãos pelos profissionais de enfermagem por limites na infraestrutura institucional. A

recomendação centra-se na adequação institucional com fins a valorizá-la.

#### 4 | DISCUSSÃO

A ausência de cultura de segurança tem se caracterizado como um resultado em diferentes estudos (COSTA; *et. al.*, 2018). Estes, como o presente, revelam o distanciamento de instituições de ensino superior e de assistência à saúde no cerne dos processos de formação profissional e permanente da enfermagem.

Ressalte-se que o enfermeiro gerencia e assiste as pessoas em suas necessidades em diversos serviços de saúde e em todos tem como foco das ações o cuidado (COFEN, 2017). Ao desconhecer o tema da segurança do paciente, revela uma lacuna no resultado de seu processo de trabalho. Já que a existência da cultura de segurança afeta diretamente a qualidade da assistência de enfermagem, à medida que proporciona redução de riscos, incidentes e danos aos pacientes (GOLLE; *et. al.*, 2018).

Entretanto, enfermeiros pesquisadores recomendam a organização e o trabalho em equipe com ações para fortalecer a prática do cuidado seguro (LEMOS; *et. al.*, 2018). A ponto de superar barreiras no processo de formação e do próprio ambiente de trabalho quando o enfermeiro se constitui em fonte de disseminação de conhecimentos e de exemplo de práticas seguras (COSTA; *et. al.*, 2018). Isto não isenta o serviço de saúde de buscar adequar sua infraestrutura a partir da identificação das dificuldades e dos desafios dos profissionais para a execução do cuidado seguro (ANDRADE; *et. al.*, 2018). Neste contexto, a comunicação efetiva deve se caracterizar como meio registrado de circulação de informações, não só das ações de cuidado prestadas ao paciente/familiar, mas também do diálogo entre gestores-trabalhadores.

A ausência de notificações de eventos adversos e de anotações de enfermagem quanto ao cuidado prestado revela um descompasso na engrenagem que gere o serviço de saúde. De modo que, sem comunicação efetiva não há como se promover cuidados seguros, dados evidenciados no presente estudo.

Tais dados corroboram com outro estudo que as justificam em razão dos profissionais de enfermagem não conhecerem o fluxo e a dinâmica dos sistemas de notificação de eventos adversos, bem como pelo medo de serem punidos (SILVA, MAGALHÃES, 2018). Já estudo, realizado no sul do Brasil, indicou que a ausência de cultura de segurança emperra a comunicação efetiva entre profissionais e pacientes/familiares e também como os gestores. Logo, em decorrência do medo de punições, os profissionais de enfermagem acabam contribuindo no estímulo às subnotificações (CAUDURO; *et. al.*, 2017). Associa-se a isto, equívocos no dimensionamento de pessoal de enfermagem que promove sobrecarga de trabalho

e limita o registro das anotações referentes ao cuidado prestado, mais uma vez, fragilizando a comunicação efetiva (OLINO; *et. al.*, 2019).

A disponibilização de um ambiente para troca de experiência entre os profissionais resultou como uma das recomendações para efetivar a comunicação e promover a segurança do paciente no universo explorado. Outros autores também referem que tal organização por parte dos serviços de saúde contribuem para o alcance de desfechos favoráveis para a gestão do cuidado (PENA, MELLEIRO, 2018). Acrescesse ainda que a possibilidade de discutir sobre erros humanos e eventos adversos no próprio ambiente institucional, desmitifica a associação deste com punições profissionais. Conseqüentemente, deriva desta um avanço para a implantação da cultura de segurança do paciente (ANDRADE; *et. al.*, 2018).

Na perspectiva de se criar um ambiente de cultura de segurança nos serviços de saúde é preciso levar-se em consideração a Higienização das mãos como prática de grande relevância. Ela é definida como principal estratégia para a prevenção de infecções em serviços de saúde (REBRAENSP, 2013). O presente trabalho evidenciou limites na infraestrutura institucional que viabilizam eventos adversos decorrentes da não realização da mesma.

Fragilidades na infraestrutura se fazem presentes como barreiras para a adesão a prática de higiene das mãos pelos profissionais de enfermagem. A estas somam-se a sobrecarga de trabalho que leva, mesmo que tais profissionais possuam o conhecimento sobre a relevância da higiene das mãos para segurança do paciente, grande parte deles a não executá-la corretamente (JEZEWSKI; *et. al.*, 2017). Entre os profissionais de enfermagem com menor adesão a prática de higiene das mãos, destacam-se os de nível técnico. Isto dá-se em virtude deles serem o maior quantitativo na realização dos cuidados nos serviços de saúde e, portanto, terem mais tempo de interação/contato com os pacientes (RAIMONDI; *et. al.*, 2017).

O presente trabalho encontrou como recomendação a valorização institucional da prática da higiene das mãos. Tal sugestão se repete em outros estudos que apontam o potencial da existência de um líder para sensibilizar os membros de equipes multiprofissionais sobre o tema (ALVIM; *et. al.*, 2019; DA SILVA MATTER; *et. al.*, 2019). Indicam também o potencial inerente a articulação dos serviços de saúde com projetos universitários que promovam a construção desta prática. E ampliem, em paralelo, as possibilidades profissionais e institucionais para a educação continuada no tocante a segurança do paciente (ALVIM; *et. al.*, 2019; JEZEWSKI; *et. al.*, 2017).

## 5 | CONCLUSÕES

A REBRAENSP apresenta doze estratégias para a segurança do paciente e o presente estudo identificou somente três. Este pode ser um limite do estudo que se acredita estar vinculado ao uso do descritor *nursing care*. Fato que pode inferir uma utilização não adequada de indexadores/descriptores na produção científica sobre o assunto. Entretanto, revela que muito se tem buscado investigar a percepção dos profissionais de enfermagem sobre a segurança do paciente. Tal busca indica a ausência de associação do evento adverso com as ações de cuidado da enfermagem justificada pelo medo da punição. Talvez investigações que contemplem somente alguma das estratégias de segurança do paciente permitam o aprofundamento e a diversidade de achados sobre este assunto.

A existência de profissionais de enfermagem que não apresentam conhecimentos sobre a segurança do paciente revela uma lacuna na formação profissional que se mantém no processo de trabalho. Logo, pode-se pensar no modelo de gestão adotado pelas instituições que não está promovendo a atualização e a capacitação dos seus profissionais. Consecutivamente não está empenhada em prestar um serviço de qualidade à população, pois se evidenciou um dimensionamento de profissionais de enfermagem insuficiente para o atendimento seguro, acrescido de vínculos empregatícios volúpijs.

Entre os fatores causais de eventos adversos relacionados à estratégia de comunicação efetiva identificou-se a não notificação, já justificada pelo medo da punição ou pela inexistência de uma cultura de segurança do paciente. No entanto, o não registro das ações de cuidado caracteriza-se como uma ausência de responsabilidade do próprio profissional de enfermagem. Tem-se assim o estabelecimento de uma relação interpessoal, gestor-profissional de enfermagem, não motivadora e insatisfatória para o exercício da enfermagem.

Destaca-se entre as recomendações para os eventos adversos das três estratégias a remodelação/restruturação da estrutura física da instituição como medida principal para realização da estratégia de higiene das mãos. Tal remodelação/restruturação deve ainda atender as necessidades de diálogo entre os profissionais, garantindo uma comunicação efetiva e uma formação contínua no próprio ambiente de trabalho.

Faz-se imprescindível se ter profissionais satisfeitos com suas condições de trabalho para que os pacientes sintam-se suficientemente atendidos. E a comunicação torna-se efetiva a partir do momento que se desenvolve uma rotina de dialogar sobre como desenvolver da melhor maneira possível às ações de cuidado nos serviços de saúde. Isto porque os pacientes ao se sentirem incluídos na tomada de decisões corresponsabilizam-se pelos resultados obtidos a partir do

planejamento do cuidado.

## REFERÊNCIAS

ALVIM, A.L.S.; *et. al.* **Avaliação das práticas de higienização das mãos em três unidades de terapia intensiva.** Rev. Epidemiol. Controle Infecç., v. 9, n. 1, p.55-59, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.17058/reci.v9i1.11605>. Acesso em: 02 Ago. 2019.

ANDRADE, L.E.L.; *et. al.* **Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão.** Ciênc. saúde coletiva, v.23, n.1, p.161-172, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n1/1413-8123-csc-23-01-0161.pdf>. Acesso em: 02 Ago. 2019.

BATHKE, J.; *et. al.* **Infraestrutura e adesão à higienização das mãos: desafios à segurança do paciente.** Rev. Gaúcha Enferm., v. 34, n. 2, p.78-85, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n2/v34n2a10.pdf>. Acesso em: 22 Ago. 2019.

BRASIL. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNPS).** Diário Oficial da União. Brasília – DF. 2013

BRASIL. **Lei Federal dos Direitos Autorais nº 9.610 de 19 de fevereiro de 1998.** Diário Oficial da União. Brasília – DF. 1998.

BRASIL. **Lei do Exercício Profissional nº 7.498 de 25 de junho de 1986.** Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília – DF. 1986.

CAUDURO, G.M.R.; *et. al.* **Segurança do paciente na compreensão de estudantes da área da saúde.** Rev. Gaúcha Enferm., v. 38, n. 2, p.1-8, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n2/0102-6933-rgenf-1983-144720170264818.pdf> . Acesso em: 07 Jun. 2019.

COFEN. Resolução nº 564 de 6 de novembro de 2017. Aprova o código de ética dos profissionais de enfermagem. Diário Oficial da União. Brasília – DF. 2017

COFEN. Resolução nº 429 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. Diário Oficial da União. Brasília – DF. 2012

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 União. Brasília – DF. 2009

DA SILVA MATTER, P.; *et. al.* **Higienização das mãos como medida para segurança do paciente na atenção básica.** RIES, v. 8, n. 1, p. 28-40, 2019. Disponível em: [file:///C:/Users/lsc\\_enf/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge\\_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/1442-6754-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/lsc_enf/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/1442-6754-1-PB%20(1).pdf). Acesso em 02 Set. 2019.

GABRANI, J.C.; *et. al.* **Provider perspectives on safety in primary care in Albania.** J. Nurs. Scholarship, v. 48, n. 6, p. 552-560, 2016. Disponível em: <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jnu.12236> . Acesso em: 30 Jul. 2019.

GOLLE, L.; *et. al.* **Cultura de segurança do paciente em hospital privado.** Rev. Pesq. Cuid. Fund. Online, v. 10, n. 1, p. 85-89, 2018. Disponível em: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5980/pdf\\_1](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5980/pdf_1). Acesso em: 25 Jun. 2019.

JEZEWSKI, G.M.; *et. al.* **Conhecimento de profissionais de enfermagem de um hospital**

**privado acerca da higienização das mãos.** Rev. Cuid., v. 8, n. 3, p. 1777-1785, 2017. Disponível em: file:///C:/Users/lsc\_enf/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge\_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/Conhecimento\_de\_profissionais\_de\_enfermagem\_de\_um\_%20(1).pdf . Acesso em: 27 Ago. 2019.

KANERVA, A.; KIVINEN, T.; LAMMINTAKANEN, J. **Communication elements supporting patient safety in psychiatric inpatient care.** J. Psych. Ment. Health Nurs., v. 22, n. 5, p. 298-305, 2015. Disponível em: <https://www.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jpm.12187>. Acesso em: 15 Mai. 2019.

KHATER, W. A.; *et. al.* **Nurses' perceptions of patient safety culture in Jordanian hospitals.** Int. Nurs. Rev., v. 62, n. 1, p. 82-91, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25439981> . Acesso em: 29 Mai. 2019.

KOEHN, A.R.; EBRIGHT, P.R.; DRAUCKER, C.B. **Nurses' experiences with errors in nursing.** Nurs. outlook, v. 64, n. 6, p. 566-574, 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0029655416300756>. Acesso em: 05 Mai. 2019.

LEGER, J.M.; PHILLIPS, C.A. **Exerting capacity: Bedside RNs talk about patient safety.** Western J. Nurs. Research, v. 39, n. 5, p.660-673, 2017. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0193945916664707>. Acesso em: 07 Set. 2019.

LEMOS, G.C.; *et. al.* **A cultura de segurança do paciente no âmbito da enfermagem: reflexão teórica.** Rev.Enferm. Centro Oeste Mineiro, v. 8,n. e2600, p.1-10, 2018. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2600/1880>. Acesso em: 09 Jun. 2019.

MARTÍ, V.B.; CORTÉS, M.I.O.; SOLER, L.M. **Percepción de los profesionales de enfermería y auxiliares de enfermería sobre cultura de seguridad del paciente em el área quirúrgica.** Enfermería clínica, v. 25, n. 2, p. 64-72, 2015. Disponível em: [http://web.uaemex.mx/revistahorizontes/docs/revistas/Vol2-1/PERCEPCION\\_DEL\\_CUIDADO\\_PROFESIONAL.pdf](http://web.uaemex.mx/revistahorizontes/docs/revistas/Vol2-1/PERCEPCION_DEL_CUIDADO_PROFESIONAL.pdf). Acesso em: 15 Jul. 2019.

MASSOCO, E.C.P.; MELLEIRO, M.M. Comunicação e segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem de um hospital de ensino. Rev. Min. Enferm., v. 19, n. 2, p. 187-195, 2015. Disponível em: file:///C:/Users/lsc\_enf/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge\_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/en\_v19n2a14%20(1).pdf. Acesso em: 15 Jun. 2019.

MÉNDEZ, C.M.; *et. al.* **Percepción del personal de enfermeira hacia la cultura de seguridad em un hospital pediátrico en México.** Rev. Cuid., v. 5, n. 2, p. 774-81, 2014. Disponível em: file:///C:/Users/lsc\_enf/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge\_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/Dialnet-PercepcionDelPersonalDeEnfermeriaHaciaLaCulturaDeS-5069115%20(1).pdf. Acesso em: 15 Jun. 2019.

OLINO, L.; *et. al.* **Comunicação efetiva para a segurança do paciente: nota de transferência e Modified Early Warning Score.** Rev. Gaúcha Enferm., v. 40, n. spe, p.1-9, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v40nspe/1983-1447-rgenf-40-spe-e20180341.pdf>. Acesso em: 17 Ago. 2019.

OLIVEIRA, R.M.; *et. al.* **Evaluating the intervening factors in patient safety: focusing on hospital nursing staff.** Rev. Esc. Enferm. USP, v. 49, n.1, p.104-113, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/0080-6234-reeusp-49-01-0104.pdf> . Acesso em: 11 Jun. 2019.

PENA, M.M.; MELLEIRO, M.M. **Eventos adversos decorrentes de falhas de comunicação: reflexões sobre um modelo para transição do cuidado.** Rev. Enferm. UFSM, v. 8, n. 3, p.616-625, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/25432/pdf> . Acesso em: 13 Mai. 2019.

RAIMONDI, D.C.; *et. al.* **Higienização das mãos: adesão da equipe de enfermagem de unidades**

**de terapia intensiva pediátricas.** Rev. Cuid., v.8, n.3, p.1839-1848, 2017. Disponível em: file:///C:/Users/lsc\_enf/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge\_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/Higienizacao\_das\_maos\_adesao\_da\_equipe\_de\_enfermag%20(1).pdf . Acesso em:15 Set. 2019.

RASHVAND, F.; *et. al.* **Iranian nurses perspectives on assessment of safe care: an exploratory study.** J. Nurs. Manag., v.24, n.3, p.417-426, 2016. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jonm.12338> . Acesso em: 14 Jun. 2019.

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE – REBRAENSP.  
**Estratégias para a segurança do paciente : manual para profissionais da saúde /** Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. – Porto Alegre : EDIPUCRS, 2013. 132 p.

SALEH, A.M.; DARAWAD, M.W.; AL-HUSSAMI, M. **The perception of hospital safety culture and selected outcomes among nurses: An exploratory study.** Nurs. Health Sciences, v.17, n.3, p. 339-346, 2015. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/nhs.12196> . Acesso em: 20 Ago. 2019.

SILVA, R.R.; MAGALHÃES, D.C.S. **A utilização da ferramenta de notificação de ocorrência como parâmetro avaliativo das metas internacionais de segurança do paciente.** Revista Pró-UniverSUS, v. 9, n. 1, p. 17-24, 2018. Disponível em: <http://editora.universidadedevasouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/1273>. Acesso em: 20 Mai. 2019

SILVERMAN, D. Interpretação de dados qualitativos. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.

SOARES, C.B.; *et. al.* Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. Rev. Esc. Enferm. USP, v.48, n.2, p.335-345, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n2/pt\\_0080-6234-reeusp-48-02-335.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n2/pt_0080-6234-reeusp-48-02-335.pdf). Acesso em: 30 Abr. 2019.

SOUZA, R.F.F.; SILVA, L.D. **Estudo exploratório das iniciativas acerca da segurança do paciente em hospitais do Rio de Janeiro.** Rev. Enferm. UERJ, v. 22, n. 1, p. 22-28, 2014. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/11399/8972> . Acesso em: 10 Jul. 2019.

## SOFRIMENTO MORAL: TENDÊNCIAS DAS PESQUISAS DE ENFERMAGEM

### Maicon Facco

Universidade Federal de Santa Maria  
Santa Maria – Rio Grande do Sul

### Daíse dos Santos Vargas

Universidade Federal de Santa Maria  
Santa Maria – Rio Grande do Sul

### Marcos Antonio de Azevedo de Campos

Universidade Federal de Santa Maria  
Santa Maria – Rio Grande do Sul

### Cleber Bisognin

Universidade Federal de Santa Maria  
Santa Maria – Rio Grande do Sul

### MORAL SUFFERING: NURSING RESEARCH TRENDS

**ABSTRACT:** Identify and characterize as trends of nursing theses and dissertations produced in Brazil on the theme of moral distress. This is a bibliometric research conducted at the CAPES Bank of Theses and Dissertations, using the research field as words “moral suffering. Fifteen productions were found from different regions of the country, most of them centered on nursing professionals. Of these, only two studies with undergraduate students, or which need research with these participants.

**KEYWORDS:** Moral distress; Nursing; health research.

**RESUMO:** Identificar e caracterizar as tendências das teses e dissertações da Enfermagem produzidas no Brasil acerca da temática sofrimento moral. Trata-se de uma Pesquisa bibliométrica realizada no Banco de Teses e dissertações CAPES, utilizando no campo de busca as palavras “sofrimento moral. Foram encontradas 15 produções de diversas regiões do país, e sua grande maioria centradas nos profissionais de enfermagem. Destes, apenas dois estudos com estudantes de graduação, o que reforça a necessidade de pesquisa com estes participantes.

**PALAVRAS-CHAVE:** Sofrimento Moral; Enfermagem; pesquisas em saúde.

### 1 | INTRODUÇÃO

Originalmente, o sofrimento moral, foi considerado como um doloroso desequilíbrio psicológico resultante das situações em que o profissional de saúde reconhece qual a conduta ética apropriada a ser seguida, porém por constrangimentos institucionais torna-se praticamente impossível ou incapaz de prosseguir com o curso da ação correta, seja por obstáculos como falta de tempo,

relutância da supervisão, inibidora estrutura do poder médico, políticas institucionais ou considerações legais (JAMETON, 1984 ; DALMOLIN, 2012).

Ainda pode ser entendido como dor ou angústia que pode afetar a mente, o corpo ou as relações interpessoais no ambiente de trabalho. Assim, esta se dá em resposta a situações nas quais a pessoa reconhece sua responsabilidade moral diante dos conflitos, faz um julgamento moral sobre a conduta correta, porém sente-se impotente para executá-la por constrangimentos, forças opostas, reconhecendo como inadequada sua participação moral. (BARLEM, 2012)

Em estudos feitos por Dalmolin (2009, 2012) percebeu-se que, entre as categorias profissionais da enfermagem, os enfermeiros são os que apresentaram maior sofrimento moral, seguidos pelos auxiliares de enfermagem, e posteriormente, pelos técnicos de enfermagem. Em relação às características pessoais e do ambiente de trabalho, constatou-se que o sofrimento moral parece manifestar-se mais em situações e ambientes em que não são realizadas reuniões na equipe de trabalho e há poucas possibilidades de diálogo com chefias e instituição; da mesma forma, em locais em que não ocorrem ações de educação permanente.

Desse modo, associa-se a vivência de sofrimento moral, principalmente, à organização do ambiente de trabalho, que não privilegia espaços de discussão, problematização, reflexão e valorização de situações vivenciadas no cotidiano do trabalho que podem demandar continuamente enfrentamentos dos trabalhadores. Nessa perspectiva, pode-se dizer que os trabalhadores vivenciam sofrimento moral, quando são incapazes de cumprir com seus deveres e dar sequência aos cursos de ação considerados corretos, por constrangimentos institucionais e por dificuldades de exercer poder, tendo sua integridade e autenticidade comprometida, tanto pessoal como profissionalmente. (DALMOLIN, 2012).

Nestas implicações, se torna pertinente, também salientar, a vivência de sofrimento moral por acadêmicos de graduação. Dessa forma, tendo em vista a amplitude de fatores que fazem parte do universo do estudante do ensino superior, desde aspectos pessoais até ambientais, torna-se evidente a necessidade de mais estudos que busquem contemplar da forma mais ampla e específica possível, as variáveis imbricadas neste processo de formação não somente profissional como também de formação pessoal (SILVA, 2010).

Somando-se a isso, estudantes universitários apresentam, com frequência, problemas psicossociais, tais como: ansiedade, baixa autoestima, depressão, dificuldades de relacionamento, estresse, preocupações excessivas com os estudos gerando um grande índice de evasões (BORINE, WANDERLEY, BASSITT, 2015). Isto reflete negativamente para o ensino público, evolução do país e para o próprio acadêmico; por conseguinte, tais situações devem ser avaliadas e acompanhadas de forma adequada.

## 2 | OBJETIVO

Identificar e caracterizar as tendências das teses e dissertações da Enfermagem produzidas no Brasil acerca da temática sofrimento moral.

## 3 | METODOLOGIA

O presente estudo trata de uma revisão bibliométrica, baseada nas tendências de teses e dissertações nacionais acerca da temática sofrimento moral, realizada no Banco de Teses e Dissertações Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior – CAPES, com a seguinte questão de pesquisa: Qual a tendência em teses e dissertações defendidas nos programas de pós-graduação em Enfermagem do Brasil acerca do sofrimento moral?

A busca foi realizada em junho de 2017, sendo utilizada no campo de busca as palavras “sofrimento moral”, sendo como critérios de inclusão ser produções acadêmicas nacionais, proveniente de Programas de Pós-graduação em Enfermagem, que tratassem sobre o sofrimento moral e como critérios de exclusão estudos que não respondiam à questão de pesquisa e que não estivessem relacionados com a temática.

## 4 | RESULTADOS

Foram selecionados 15 estudos, sendo 4 teses e 11 dissertações, que seguem descritos no quadro abaixo.

<b>Autor</b>	<b>Título</b>	<b>Ano</b>	<b>Nível acadêmico</b>	<b>Instituição</b>
<b>DALMOLIN, G.L.</b>	Sufrimento moral e a síndrome de burnout: relações nas vivências profissionais dos trabalhadores de enfermagem	2012	Doutorado	<b>FURG</b>
<b>BULHOSA, M. S.</b>	Sufrimento moral no trabalho da enfermagem	2006	Mestrado	<b>FURG</b>
<b>DALMOLIN, G.L.</b>	Sufrimento moral na enfermagem e suas implicações para as enfermeiras: uma revisão integrativa	2009	Mestrado	<b>FURG</b>
<b>BARLEM, E.L.D.</b>	Vivência do sofrimento moral no trabalho da enfermagem: percepção da enfermeira	2009	Mestrado	<b>FURG</b>
<b>BRIESE, G.P.</b>	Estratégia de saúde da família e vivência de sofrimento moral dos agentes comunitários de saúde	2011	Mestrado	<b>FURG</b>

<b>BARLEM, E.L. D.</b>	Reconfigurando o sofrimento moral na enfermagem: uma visão foucaultiana	2012	Doutorado	<b>FURG</b>
<b>DUARTE, C.G.</b>	Vivências de sofrimento moral do enfermeiro docente de cursos técnicos em enfermagem	2016	Mestrado	<b>FURG</b>
<b>FRUET, I. M.A.</b>	Sofrimento moral em trabalhadores de enfermagem do serviço de hemato-oncologia	2016	Mestrado	<b>UFSM</b>
<b>BORDIGNON, S.S.</b>	Sofrimento moral em estudantes de graduação em enfermagem: perspectiva foucaultiana	2016	Doutorado	<b>FURG</b>
<b>DRAGO, L.C.</b>	Processo de angústia/sofrimento moral em enfermeiros gerentes no contexto hospitalar público	2015	Mestrado	<b>UFSC</b>
<b>SANTOS, R. P.</b>	Vivências morais e sofrimento moral de enfermeiros que cuidam de crianças com necessidades especiais de saúde	2016	Mestrado	<b>UFSM</b>
<b>GHISLANDI, C.M.</b>	Interface entre adoecimento psíquico, condições de trabalho e sofrimento moral na enfermagem	2014	Mestrado	<b>UFSC</b>
<b>RAMOS, A. M.</b>	Relações entre advocacia do paciente e sofrimento moral no trabalho de enfermeiros atuantes em instituições hospitalares	2015	Mestrado	<b>FURG</b>
<b>CARDOSO, C.M. L.</b>	Vivência do sofrimento moral na estratégia de saúde da família: visão dos profissionais	2015	Mestrado	<b>UFMG</b>
<b>RENNO, H.M.S.</b>	Desenvolvimento de competências ético-morais e o sofrimento moral na formação em enfermagem	2015	Doutorado	<b>UFMG</b>

Quadro 1 - Listagem de estudos referente ao Sofrimento Moral -CAPES- Junho/2017

Em relação as regiões do Brasil, 13 estudos foram realizados em instituições federais da região sul sendo 9 estudos (3 teses e 6 dissertações) da Universidade Federal do Rio Grande – FURG; 2 estudos (dissertações) da Universidade Federal de Santa Maria -UFSM; 3 estudos (dissertações) da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC; e na região sudeste 2 estudos (1 dissertação e 1 tese) da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG. Quanto ao tipo de estudo os resultados foram 6 estudos qualitativos (1 tese e 5 dissertações); 4 estudos quantitativos (1 tese e 3 dissertações); 4 estudos quanti-qualitativos (2 teses e 2 dissertações) e 1 revisão integrativa (dissertação).

No que se refere ao cenário do estudo, estes foram realizados em hospitais (9

estudos, em Estratégia de Saúde da Família (2 estudos), em Instituições de ensino (3 estudos) e somente 1 estudo realizado em Base de dados. Já os participantes foram equipes de enfermagem, ainda com agentes comunitários de saúde, estudantes de graduação de enfermagem, enfermeiros, enfermeiros docentes em curso técnico, profissionais da equipe de saúde da estudo e artigos encontrados em bases de dados.

Já a técnica de coleta de dados utilizada nos estudos foi por meio de entrevistas semiestruturadas (3 estudos), questionários/ instrumentos (4 estudos), observações e entrevistas (3 estudos), entrevistas semiestruturadas e questionário (3 estudos), análise documental e grupos focais (1 estudo), 1 estudo realizou busca em base de dados.

## 5 | DISCUSSÃO

A pesquisa em enfermagem combina modos do raciocínio lógico com outros aspectos para criar dados comprobatórios que, apesar de falíveis, tendem a ser mais confiáveis do que outros métodos do conhecimento. Descobertas cumulativas, oriundas de pesquisas rigorosas, avaliadas sistematicamente, é o ponto alto da maioria das hierarquias de dados (POLIT e BECK, 2011).

Neste contexto, os resultados evidenciaram que a temática sofrimento moral vem em crescente desenvolvimento ao longo dos anos, centrada principalmente com profissionais de enfermagem, relacionados ao trabalho em saúde. No entanto, se faz necessário salientar o baixo número de produções envolvendo estudantes de graduação, já que muitas vezes, suas atividades no contexto do cuidado, se assemelham as dos profissionais de saúde.

Dessa forma, quando se pensa na saúde do aluno, não se cogita somente uma possível ameaça à sua sobrevivência ou o efeito incapacitante de uma enfermidade ou ferimento. Sua saúde implica e também está intimamente ligada ao relacionamento humano, ou seja, a forma como vivencia o contato com pacientes, equipes e supervisores (RUDNICKI e CARLOTTO, 2007).

Dessa forma, a trajetória na academia faz com que os alunos passem por um processo de autoconhecimento e, assim, comecem a moldar a sua identidade profissional. Nestas implicações, o período vivenciado pelo estudante durante o seu curso de graduação na universidade configura-se em um momento de muitos desafios, mudanças e dificuldades a serem superadas. O contexto do ensino superior exige que o estudante desenvolva uma série de características e habilidades antes não utilizadas (SILVA, 2010).

Neste processo, alguns acadêmicos se adaptam fluentemente a sua nova

realidade, porém, outros, apresentam maiores dificuldades de adequação. Nos cursos de graduação da área da saúde, a formação dos acadêmicos tende a formar profissionais que sejam capazes de atuar mediante as diversas demandas no campo saúde. Pois, sabe-se que o trabalho em saúde é complexo e exige reflexão, ou seja, que as decisões sejam tomadas de modo articulado pelos vários saberes profissionais pautados em diferentes conhecimentos, que devem ser mediados pela dimensão ética e política (OLIVEIRA e CIAMPONE, 2006).

Assim, a vida acadêmica de alunos em busca de formação profissional torna-se extremamente agitada. Diariamente, esses indivíduos recebem uma carga de informações novas que os obriga a viver, a todos os momentos, em busca da atualização. Constantemente, encontramos-nos frente a transformações que exigem adaptações o que, invariavelmente, gera desgaste físico e emocional (BORINE, WANDERLEY, BASSITT, 2015).

## 6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este estudo podemos observar que a região sul concentra o maior número de estudos, com destaque para a Universidade Federal de Rio Grande – FURG. Dessa forma, é necessário salientar que apenas dois estudos foram desenvolvidos com estudantes de graduação, o que reforça a necessidade de pesquisas com estes participantes, tendo em vista os ambientes, os quais, estão inseridos durante a graduação. Somando-se a isso, é preciso repensar as práticas de ensino e os processos de desenvolvimento acadêmico, por meio de estudos com estudantes, que reforcem estratégias de enfrentamento e diálogo sobre o sofrimento moral, já que os estudantes de hoje serão os profissionais do amanhã, inseridos no contexto saúde.

## REFERÊNCIAS

BARLEM, E.L.D. **Reconfigurando O Sofrimento Moral na Enfermagem: Uma Visão Foucaultiana**. 2012. 174 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2012.

BORINE, R. C. C.; WANDERLEY, K. S.; BASSITT, D. P. **Relação entre a qualidade de vida e o estresse em acadêmicos da área da saúde**. Est. Inter. Psicol., Londrina, v. 6, n. 1, p. 100-118, jun. 2015.

DALMOLIN, G.L. **Sofrimento Moral e Síndrome de *Burnout*: Relações Nas Vivências Profissionais Dos Trabalhadores De Enfermagem 2012**. 174 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2012.

DALMOLIN, G.L. **Sofrimento moral na enfermagem e suas implicações para as enfermeiras: uma revisão integrativa**. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-graduação em

Enfermagem, Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2009.

JAMETON, A. **Nursing Practice: The ethical issues**. Prentice-Hall: Englewood Cliffs. 1984.

POLIT, D. F. BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem :avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem**. 7ed. São Paulo: Artmed,2011.

OLIVEIRA, R.A.; CIAMPONE, M. H. T. **A universidade como espaço promotor de qualidade de vida: vivências e expressões dos alunos de enfermagem**. Texto contexto - enferm., Florianópolis , v. 15, n. 2, p. 254-261, Jun. 2006 .

RUDNICKI, T.; CARLOTTO, M. S. **Formação de estudante da área da saúde: reflexões sobre a prática de estágio**. Rev. SBPH, Rio de Janeiro , v. 10, n. 1, p. 97-110, jun. 2007.

SILVA, R.R. **O perfil de saúde de estudantes universitários: um estudo sob o enfoque da psicologia da saúde**. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2010

## TEORIA DO CONFORTO COMO SUBSÍDIO PARA O CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM À PARTURIENTE

### Ana Maria Martins Pereira

Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde- Fortaleza- CE.

### Antonia de Maria Gomes Paiva

Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde- Fortaleza- CE.

### Sibele Lima Costa

Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde - Fortaleza- CE.

### Janaína da Silva Feitoza Palácio

Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva- Fortaleza- CE.

### Laura Pinto Torres de Melo

Centro Universitário UniFanor Wyden - Fortaleza- CE.

### Ana Beatriz Diógenes Cavalcante

Programa de Pós Graduação em Políticas Públicas- Fortaleza- CE.

### Lanna Maria Faustino de Sousa Batista

Faculdade Terra Norte- Fortaleza- CE

### Sayonara Aquino de Almeida

Hospital Geral de Fortaleza Fortaleza- CE

da teoria do conforto no cuidado de enfermagem à parturiente. **Metodologia:** Estudo reflexivo sobre os conceitos da teoria do conforto de Katharine Kolcaba na prática cotidiana do cuidado de enfermagem com a parturiente, realizado na literatura. **Resultados:** A teórica descreve o conforto existindo em três formas, a saber: alívio, tranquilidade e transcendência. Quando a paciente tem sua necessidade atendida, a mesma estará satisfeita, principalmente se esse alívio está relacionado com a sua necessidade. No trabalho de parto não podemos achar que qualquer tipo de conduta será melhor ou pior para a parturiente, deve-se orientar e identificar a posição da qual ela se sente aliviada da dor. **Conclusão:** A teoria do conforto é um importante norteadora do cuidado de enfermagem, pois consegue englobar vários aspectos relevantes das necessidades das parturientes, direcionando os profissionais a desempenharem cuidado específico, individual e efetivo.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cuidado de Enfermagem. Teoria do conforto. Trabalho de parto.

COMFORT THEORY AS A SUBSIDY  
FOR CLINICAL NURSING CARE FOR

**RESUMO: Objetivo:** Refletir sobre a utilização

**ABSTRACT: Objective:** to reflect on the use of the comfort theory in nursing care for the parturient. **Methodology:** This is a reflexive study about the concepts of Katharine Kolcaba's comfort theory in the daily practice of nursing care with the parturient, carried out in the literature. **Results:** Theorist describes comfort existing in three forms, namely: relief, tranquility and transcendence. When the patient has her needs met, she will be satisfied, especially if this relief is related to her need. In labor we can not think that any type of behavior will be better or worse for the woman who is in labor, she should be guided and identify the position of which she feels relieved of the pain. **Conclusion:** The theory of comfort is an important guide to nursing care, since it can encompass several aspects relevant to the needs of parturients, thus directing professionals to perform specific, individual and effective care.

**KEYWORDS:** Nursing care. Theory of comfort. Labor and Delivery.

### 1 | INTRODUÇÃO

A dor é uma experiência sensorial inerente ao processo de trabalho de parto, gerando grande desconforto às parturientes. Para a maioria destas, a sala de parto representa um local de referência para sofrimento. Entretanto, as vivências de cada uma são diferenciadas, sendo influenciadas pelos cuidados e promoção de conforto com o intuito de alívio da dor, medo e tensão.

Buscar cuidado e o conforto é algo intrínseco aos humanos, em se tratando do paciente, sobretudo da parturiente, o cuidado prestado a paciente faz parte de um processo de trabalho exercido pelo enfermeiro. É importante conhecer a cultura e o costume das pessoas que estão sob seus cuidados, sobretudo identificando suas necessidades individuais. O cuidado baseado no conforto aproxima o ser que cuida do ser cuidado, fortalecendo o vínculo (PONTE, 2015).

O cuidado no seu sentido mais completo representa responsabilidade, habilidades, relação interpessoal e o saber. Portanto o cuidado é desvelo, atenção e cautela, conceitos que são atribuídos ao cuidado humano, representa preocupar-se com o outro e de envolvimento efetivo e afetivo com o outro. O enfermeiro deve proporcionar um espaço de fala e escuta, o que contribuirá para a fortificação do vínculo entre profissional e a paciente (SILVA, 2015).

Entende-se o ato de, como algo intrínseco do ser Enfermeiro, expresso em sua experiência e moldado em sua prática. O cuidado e o conforto direcionados a parturiente deve considerar a singularidade de cada uma, não podemos esquecer o zelo, mesmo com todas as rotinas hospitalares. É preciso acolher a mulher no processo parturitivo, uma vez que estão vulneráveis e submissas as rotinas dos serviços, sobretudo dos profissionais. Assim, o cuidado está diretamente relacionado

com a humanização da assistência (CORREIA, et al., 2017).

Estabelecer relações entre os sujeitos envolvidos no processo do cuidado, onde o cenário é pautado na subjetivação, que deve ser construído a partir dos desejos desses sujeitos, e do respeito às formas de se conceber e significar a saúde e a doença, fora das classificações e fragmentações assistenciais que historicamente tentam enquadrar os usuários, elaborar projetos para atender às suas necessidades de saúde, situando-as para além do plano do consumo de tecnologias e procedimentos (SILVEIRA et al., 2013).

Na década de 90, uma grande teórica apresentou a teoria holística do conforto. A teoria de Katharine Kolcaba, é classificada como uma teoria de médio alcance, a qual representa uma possibilidade de fundamentação do cuidado clínico de enfermagem à parturiente. Define a satisfação das necessidades humanas básicas por alívio, calma e transcendência. Para a teórica, o conforto pressupõe ausência de preocupação, dor, sofrimento, entre outros, como causa ou efeito de desconforto, é o contrário de desconforto. Portanto torna-se relevante para ser aplicada a parturiente, por meio destas que o enfermeiro obstetra e sua equipe promovem interação, vínculo efetivo, confiança, esperança, consolo, apoio, encorajamento e cuidado de qualidade (LIMA, et al., 2016).

A enfermagem desempenha um papel fundamental nesse reconhecimento, tanto pelo seu contingente, como pela sua proximidade constante e ininterrupta na assistência ao paciente, estando apta a identificar riscos, bem como a oferecer valiosas sugestões de melhoria. Para melhorar a assistência à parturiente, o enfermeiro pode contribuir para a redução e diminuição das intervenções e dos danos causados ao binômio.

Nessa perspectiva, para promover um cuidado clínico de enfermagem à parturiente, o enfermeiro obstetra necessita identificar as necessidades de conforto do parturiente a fim de planejar uma assistência de enfermagem que atenda às necessidades do ser cuidado e assim contribua para a melhoria de seu conforto e da família. Assim, objetivou-se refletir sobre a utilização da teoria do conforto no cuidado de enfermagem à parturiente.

## 2 | METODOLOGIA

Estudo reflexivo, tendo como referencial teórico a teoria de Katharine Kolcaba. Para embasar essa reflexão, foi realizado na literatura, através das bases de dados on-line, em periódicos nacionais e internacionais: *Scientific Electronic Library Online*, *Medical Literature*, *Cochrane* e *BDEF*. Os descritores para acesso as publicações foram: “cuidado de Enfermagem”, “teoria do conforto” e “trabalho de parto”.

Destaca-se neste estudo que a teoria do Conforto representa uma possibilidade

de fundamentação do cuidado clínico de enfermagem à parturiente, possibilitando refletir criticamente sobre a assistência prestada à mulher e seus familiares. Esta teoria foi selecionada, visto já ter sido utilizada em um trabalho de disciplina de Fundamentos Teóricos do Cuidado Clínico em Enfermagem, do doutorado, no Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde - PPCCLIS, da Universidade Estadual do Ceará-UECE. Logo, para confirmar a utilidade desta teoria foi necessário a realização de uma análise crítica-reflexiva. A análise reflexiva foi subdividida em dois tópicos: Reflexão sobre a teoria do conforto como subsídio para o cuidado à parturiente e Cuidado clínico e conforto à parturiente durante o trabalho de parto e parto.

### 3 | DISCUSSÃO

Reflexão sobre teoria do conforto como subsídio para o cuidado à parturiente

Depois de décadas de estudo, os cuidados prestados aos pacientes evoluíram de forma holística. O campo da enfermagem era meramente percebido como dando cuidados aos indivíduos doentes, o cuidado destinado ao paciente é integral e essa evolução influenciou muito a profissão de enfermagem (KOLCABA, 2003).

A pioneira no cuidar, foi Florence Nightingale, embora tenha sido acreditada póstuma como teórica da enfermagem, suas contribuições de enfermagem influenciaram seu campo de trabalho até um nível holístico e profissional. Depois da contribuição dela, outras teorias de enfermagem também foram formuladas e adaptadas à prática de enfermagem e às necessidades do paciente (KOLCABA, 2003).

A teoria do conforto de Kolcaba apresenta a própria essência da enfermagem. Prover cuidado e conforto são as intervenções iniciais que uma enfermeira faz para uma pessoa doente. A teoria do conforto foi altamente reconhecida por sua universalidade em todas as disciplinas, por tratar-se de uma teoria que perpassa por toda a vida do paciente, seja doente ou em uma situação que requer conforto, como é o caso das parturientes (KOLCABA, 2003).

Kolcaba (2003) escreveu sua teoria pautada na sua experiência na prática de enfermagem. Em sua busca para apresentar o conceito aos alunos, um jovem com experiência prévia em lares de idosos levantou uma pergunta: “Este é um conceito novo? Nunca vi a prática?” Sem saber, tem sido praticado mesmo antes da conceituação de teorias, mas com o advento da tecnologia avançada no tratamento de pacientes, proporcionando conforto foi reservado e nunca foi uma prioridade. Isso serve como abridor de olho para todas as enfermeiras. Afinal, o conforto é uma das necessidades fundamentais de todos os indivíduos.

Segundo Kolcaba, o estado de conforto pressupõe ausência de preocupação,

dor, sofrimento entre outros, como causa ou efeito de desconforto. Os enfermeiros frequentemente identificam e eliminam a fonte de desconforto antes que o doente sinta os seus efeitos e neste sentido pode surgir a ação de confortar sem que antes seja sentido o desconforto, proporcionando um estado de tranquilidade.

Apresenta ainda os quatro metaparadigmas de sua teoria e suas definições, a saber: enfermagem, paciente, ambiente e saúde. Para a teórica, enfermagem é descrita como o processo de avaliação intencional das necessidades de conforto do doente, com delineamento de medidas para satisfazer estas necessidades e reavaliar após implementação dessas medidas de forma a obter uma comparação com a linha de base anterior (LIMA, et al., 2016).

A teórica descreve o conforto existindo em três formas: alívio, tranquilidade e transcendência. Quando a paciente tem sua necessidade atendida, a mesma estará satisfeita, principalmente se esse alívio está relacionado com o que lhe causa dor ou desconforto no momento que a intervenção é realizada. No trabalho de parto não podemos achar que qualquer tipo de conduta será melhor ou pior para a parturiente, deve-se orientar e identificar a posição, as práticas de alívio da dor que ela se sente mais confortável em realizar. O conforto está diretamente relacionado com a tranquilidade, desde que a necessidade da paciente seja atendida. O conforto como transcendência é ajudar a paciente a controlar sua dor. Para a parturiente, transcendência é sentir-se no controle do seu processo parturitivo, é vivenciar o momento do parto de forma tranquila (LIMA, et al., 2016).

O conforto, sobretudo a parturiente deve ser holístico, deve ser contextualizada e aplicada embasado na satisfação desses três tipos de conforto em quatro contextos de experiência do parturiente, a saber: 1. Contexto físico - sensações fisiológicas do indivíduo; 2. Contexto psicoespiritual - consciência interna do paciente, sua autoestima, identidade, sexualidade e seu significado da vida; 3. Contexto ambiental - condições do meio no qual o paciente vive e 4. Contexto sociocultural - relações interpessoais, familiares e sociais, incluindo tradições, rituais e crenças religiosas (FERREIRA, et al., 2017).

O cuidado oferecido às parturientes e os familiares propicia maior vínculo entre o enfermeiro, a parturiente e o familiar, aumentando a relação de confiança e criando oportunidades para o esclarecimento de dúvidas e anseios. Além disso, consiste em um momento de orientações importantes. Percebe-se na prática o total despreparo da gestante para o processo de parturição, principalmente o parto vaginal, fazendo com o que o psicológico da parturiente interfira no trabalho de parto, dificultando a inserção do Enfermeiro nesse contexto.

A tranquilidade como um tipo de conforto, reflete calma e contentamento. Essa tranquilidade parte da interação entre o enfermeiro e a paciente, permitindo que a paciente seja protagonista do parto, onde deverá ser ofertado os métodos

não farmacológicos de alívio da dor. Vale ressaltar que esses métodos não podem ser utilizados, tratando-o apenas como técnica, ele deve ser oferecido como uma forma de conforto, respeitando o tempo da parturiente e favorecendo cada fase do processo parturitivo (FERREIRA, et al, 2017).

### **Cuidado clínico e conforto à parturiente durante o trabalho de parto e parto**

Nas últimas décadas, a atenção à mulher no ciclo gravídico-puerperal vem passando por transformações. A crítica ao modelo tecnocrático vigente culminou com a busca por um modelo de assistência humanizado, pautado em evidências científicas, em práticas comprovadamente benéficas, e no resgate da autonomia das mulheres. Fazendo um resgate sobre o modelo de assistência, percebe-se que houve uma mudança significativa, sobretudo com relação ao cuidado prestado, as parturientes vivenciavam o parto nas instituições hospitalares em condições de total desvalorização pela vida. Hoje as maternidades estão se adequando, buscando valorizar esse momento, que é tão importante para a mulher e sua família, pautado no conforto (FRUTUOSO, et al, 2017).

Essa forma de oferecer conforto perpassa por todos os segmentos, principalmente a estrutura, diante da prática como docente e assistencial, percebemos a mudança de modelo, porém ainda vivenciamos em algumas maternidades, condições de total desconforto vivenciadas pelas pacientes, como camas de partos inapropriadas, negativa de direito a acompanhantes, a não individualização de leitos e violência obstétrica, especialmente verbal e física.

A rotina dos hospitais e maternidades não deve levar o profissional a tratar as mulheres da mesma forma, cada mulher deve ter atendimentos diferenciado, pautado no cuidado e conforto singular de cada parturiente. O acolhimento às mulheres no processo parturitivo deve considerar pontos fundamentais do cuidado, uma vez que o profissional e cliente se correlacionam através da satisfação (CORREIA, et al., 2017).

A mulher em trabalho de parto experimenta momentos de alegria, tristeza, dor, fragilidade, euforia, medo, estresse, ou mesmo de impotência. Dessa forma, é fato incontestável fornecer apoio à mulher em trabalho de parto e parto, a fim de minimizar experiências negativas, especialmente no período de dilatação, quando a dor é uma presença constante.

A Pesquisa Nascer no Brasil, evidenciou que o parto, que outrora era um evento fisiológico, não tem sido uma experiência natural nem para pobres nem para ricos, o parto vaginal, que é mais frequente nos serviços públicos, quase sempre ocorre com muita dor e excesso de intervenções. Nos estabelecimentos privados, a realidade é uma cesariana, que na maioria das vezes é desnecessária e quase

sempre pré-agendada, o profissional, esse fato vem sendo construído na cabeça da mulher, como uma opção para minimizar o sofrimento dela (LEAL, GAMA, 2014).

Na prática assistencial, percebemos, como fator determinante para o excesso de intervenções durante o trabalho de parto é a pressa pelo nascimento, retirando o protagonismo e autonomia das mulheres. Corroborando com a pesquisa, observou que o controle do tempo e a imposição da dinâmica do trabalho de parto e parto explicam o índice excessivo de intervenções, incluindo as cesarianas, fazendo com que a assistência ao parto no Brasil seja focada na decisão do médico e não na dinâmica do corpo da mulher (LEAL, GAMA, 2014).

Cabe ressaltar que esse processo inicia durante a atenção pré-natal, quando as mulheres não são informadas sobre as boas práticas e cuidados obstétricos adequados, sobre os benefícios do parto vaginal, e não são preparadas para conduzirem o seu parto. No hospital, esse processo tem continuidade, com a mulher sendo obrigada a sofrer diversas intervenções.

Enfermeiros obstetras são capazes de superar o modelo de cuidado intervencionista e desenvolver habilidades não invasivas que são peculiares desse modelo humanizado e desmedicalizado de assistência ao ciclo gravídico-puerperal (GIANTAGLIA et al., 2017). A enfermagem obstétrica se destaca como uma profissão capaz de prestar uma assistência humanizada ao parto, contribuindo para redução de intervenções, garantindo sentimento de controle da vivência do parto por essas mulheres (SOUSA et al., 2016).

Um estudo envolvendo 5003 mulheres evidenciou que as mulheres induzidas no ambulatório podem ser menos propensas a precisar de indução adicional, em comparação com as mulheres que receberam placebo ou nenhum tratamento (VOGEL et al., 2017). Medicamentos como PGE2 vaginal, mifepristona e misoprostol oral parecem ser eficazes. Não foram relatadas diferenças claras quanto à atividade excessiva do útero, cesariana ou necessidade de cuidados intensivos neonatais.

Embora esse método de indução ainda não seja utilizado no Brasil, é uma forma de mostrar as diversas possibilidades de diminuir as intervenções e sobretudo a violência durante o parto, a eficácia desse tipo de cuidado, pauta-se no conhecimento o profissional e da parturiente. Para as mulheres grávidas saudáveis e de baixo risco a termo, a indução ambulatorial e permitir que as mulheres voltem para casa para aguardar o início do trabalho parece ser viável (VOGEL et al., 2017).

Cuidar de parturientes está além do manejo clínico de pacientes, requerendo, do profissional, sensibilidade às necessidades individuais das mulheres, considerando sua história de vida e o contexto sociocultural no qual está inserida, para, a partir desse ponto, oferecer o plano de cuidados que seja mais adequado.

Diante dos desafios a serem enfrentados pelas parturientes, o enfermeiro deve estar atento a estes sinais e apto a intervir positivamente em direção à

segurança do binômio mãe- filho, buscando a transcendência. No controle da dor, o Enfermeiro pode ajudar a parturiente a diminuir a sensação de desconforto, a dor identificada pela gestante é, muitas vezes, desconhecida e pode motivá-la a buscar precocemente a assistência hospitalar. Além disso, há que se considerar também que a dor do parto é uma experiência única, subjetiva e influenciada por diversos fatores (BARBOSA et al., 2014).

As práticas integrativas e complementares - PIC são estratégias terapêuticas diferenciadas, que valorizam o autocuidado e o uso de recursos mais simples, baratos e seguros. Na medicina tradicional chinesa, é possível ofertar a parturiente vários métodos para o alívio da dor, praticados principalmente por meio da acupuntura, da moxabustão, da acupressão e do uso de ervas. Os estímulos são feitos através das mãos e dedos em pontos específicos ou em algumas circunstâncias, combinando esses pontos para alcançar um efeito maior no alívio da dor ou para proporcionar um estado de relaxamento da parturiente (FERREIRA et al., 2017).

Diversas maternidades ou grupos de apoio ao parto, utilizam a água como método de alívio da dor, um cuidado pautado de zelo pela parturiente e seus familiares. Mas que promover o cuidado diferenciado, é importante conhecer da efetividade para que o mesmo seja eficaz e a parturiente consiga compreender como sendo um cuidado recebido, esse cuidado não deve ser imposto pelo profissional que executa. Podemos citar a analgesia como uma alternativa para a mulher e oportuniza-la experinciar um parto sem dor, a analgesia epidural é uma forma eficaz de alívio da dor durante o trabalho de parto (FERREIRA et al., 2017).

Outra forma de conforto que deve ser proporcionado a parturiente é a presença do acompanhante. Na percepção das mulheres, a permanência de um acompanhante é capaz de tornar esse momento menos estressante, é uma oportunidade de promoção de um estado de calma, uma vez que a segurança está associada à necessidade de compartilhar medos e anseios com alguém de presença constante, durante o processo de parto e nascimento (CORREIA, et al., 2017).

A Lei n. 11.108 de 2005 garante à mulher, um acompanhante de sua escolha no pré-parto, parto e pós-parto. Antes dessa lei, ficava a cargo da maternidade decidir se a mulher podia ou não ser acompanhada, decisão essa que geralmente estava ligada a estrutura do local. Hoje em dia já é consenso que o acompanhante ajuda no processo de trabalho de parto, sendo essa prática reconhecida por evidências científicas, devendo ser estimulada (DODOU et al., 2014).

Apesar da lei que garante a presença do acompanhante, a pesquisa nacional Nascer no Brasil aponta que grande parte das mulheres entrevistadas desconhece totalmente o direito do acompanhante, algumas não sabiam que era permitido acompanhante no parto vaginal ou pensavam que era permitido apenas para adolescentes. Quando os dados são distribuídos pelo território brasileiro, nota-se

que as regiões sul e sudeste são as que as mulheres mais são acompanhadas, enquanto a região centro-oeste teve o pior desempenho (DINIZ et al, 2014).

A falta de efetividade na implementação da lei do acompanhante reflete, além das inconformidades de ambientes hospitalares, a desinformação por falta dos usuários, tanto parturientes quanto familiares, que não possuem voz ativa quanto à reivindicação de seus direitos. Devemos ser responsáveis por lhes garantir o direito da presença de acompanhante de sua livre escolha, configurando como vínculo sócio afetivo comprovadamente benéfico para esta.

Em relação ao contexto ambiental, vários fatores podem interferir no conforto das parturientes, como ruídos, presença de grande número de pessoas, temperatura inadequada, camas desconfortáveis, falta de roupas de cama, má higienização. Dessa forma, se exalta a importância da ambiência como contribuinte de conforto/desconforto.

A ambiência, sobretudo a hospitalar, refere-se ao espaço físico, social, profissional e de relações interpessoais, diretamente envolvida com a assistência à saúde, esse ambiente deve ser capaz de proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana (NASCIMENTO et al., 2015).

O conceito de ambiência segue primordialmente três eixos: o espaço que visa a confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos; o espaço como ferramenta facilitadora do processo de trabalho; e o espaço de encontros entre os sujeitos. Assim, pode-se inferir que a ambiência do serviço de emergência estudado está aquém do esperado e não proporciona um cuidado adequado aos idosos. (RONCHI et al., 2015).

Ambiência em saúde se caracteriza como um conjunto de ações que compreendem o espaço físico, o profissional e as relações interpessoais, que integradas constroem um projeto de saúde voltado à atenção acolhedora, resolutiva e humana (BRASIL, 2010). Também, no contexto da obstetrícia, as ações vão além da organização físico –funcional, buscando a qualificação da assistência ao parto humanizado (BRASIL, 2012).

É importante que a ambiência dos centros de parto normal transmita a sensação de conforto e aconchego, o que pode ser alcançado através da inclusão de elementos como cores harmônicas, conforto luminoso, térmico e acústico, além de acesso às áreas externas e jardins. No entanto, devemos ressaltar que esse local deve ser pensado de forma a possibilitar o acolhimento e autonomia da mulher em todos os momentos do parto (RIBEIRO et al., 2015).

Para Barbosa et. al. (2017) o parto ainda é visto com insegurança pela mulher, estando relacionado diretamente à dor, sobre a qual a mulher não tem controle. Por falta de conhecimento e informação do processo de parturição, as mulheres costumam não reconhecer as intervenções, como uma forma de violência.

Mais uma vez a articulação entre o pré-natal e a maternidade foi evidenciada. O estudo conclui que sob o enfoque de gênero, que as práticas e o modelo de assistência obstétrica em vigência no Brasil desrespeitam e/ou ignoram os direitos sexuais, reprodutivos e humanos, o que se reflete nos altos índices de cesárea e nos maus tratos sofridos pelas mulheres nas maternidades brasileiras (BARBOSA et al., 2017).

## 4 | CONCLUSÃO

A teoria do conforto é um importante norteador do cuidado de enfermagem, pois consegue englobar vários aspectos relevantes das necessidades das parturientes, direcionando, desta forma, os profissionais a desempenharem cuidado específico, individual e efetivo.

A realização do presente trabalho nos proporcionou aprofundamento na teoria e possibilidade de associar com tranquilidade a teoria ao cuidado ofertado à parturiente. Partindo do pressuposto que as práticas ofertadas à parturiente trata-se de algo simples, porém de extrema relevância.

Com base no exposto, recomenda-se a utilização da Teoria do Conforto, de Katharine Kolcaba como base para a prática do cuidado de enfermagem a parturientes, pois, através dela, pode-se visualizar, de forma global, as necessidades de conforto e conseqüentemente, os cuidados específicos para cada uma destas.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Márcia Guimarães de Mello et al. **Fatores condicionantes para o acesso às equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil.** *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 34-51, Oct. 2014. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042014000600034&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600034&lng=en&nrm=iso)>. access on 26 Aug. 2019. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S004>.

BARBOSA Eryjosy Marculino Guerreiro et al. **Cuidados de enfermagem a uma puérpera fundamentados na teoria do conforto.** *Revista Mineira de Enfermagem*. v.18 n.4 p. 845-85, 2014. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/967>. Acesso em: 20 de agosto de 2019.

BARBOSA, Luara de Carvalho; FABBRO, Márcia Regina Cangiani; MACHADO, Geovânia Pereira dos Reis Machado. **Violência obstétrica: revisão integrativa de pesquisas qualitativas.** *Av. enferm*, Bogotá, v. 35, n. 2, p. 190-207, Aug. 2017. Available from <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-45002017000200190&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002017000200190&lng=en&nrm=iso)>. access on 26 Aug. 2019. <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v35n2.59637>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para Elaboração de Propostas da Rede Cegonha.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CORREIA Suzyenney Rodrigues Corrêa et al. **Cuidados de Enfermagem prestados à parturiente**

- adolescente sob a luz da Teoria de Wanda Horta.** Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online.v.9 n. 3 p.857-866. 2017. Disponível em: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidado\\_fundamental/article/view/5574](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidado_fundamental/article/view/5574). Acesso em 26 de ago. 2019.
- DINIZ, Carmen Simone Grilo e cols. Implantação da presença de acompanhantes durante a internação hospitalar para o parto: dados da pesquisa nacional Nascimento no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S140-S153, 2014. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014001300020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300020&lng=en&nrm=iso)>. acesso em 26 de agosto de 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00127013>
- DODOU, Hilana Dayana et al. **A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas.** Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 262-269, June 2014. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452014000200262&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000200262&lng=en&nrm=iso)>. access on 26 Aug. 2019. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140038>.
- FERREIRA, Elaine Barros, et al. **Contato telefônico como estratégia para a promoção de conforto ao paciente submetido à quimioterapia.** Rev. enferm. UFPE on line. Recife, v.11 n.5, p.1936-1942, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem>. Acesso em 26 de ago de 2019.
- FERREIRA, Maria de Lourdes Silva Marques et al. **Dor como motivo de busca para assistência ao trabalho de parto hospitalar.** Revista Eletrônica de Enfermagem. v.19. p.1518-1944, 2017. Disponível em <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/41332/23006>. Acesso em 26 ago. 2019.
- FRUTUOSO, Letícia Demarche et al. **Percepções do acompanhante de escolha da mulher acerca da organização e ambiência do centro obstétrico.** Rev Fund Care Online. V.9 n.2, p. 363-370. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4928>. Acesso em Acesso em 26 ago. 2019
- GIANTAGLIA, Fernanda Nogueira et al. **O cuidado de enfermeiras de um programa de residência obstétrica sob o olhar da humanização.** Rev. enferm. UFPE on line. Recife, v.11, n. 5, p.1882-1891, 2017.
- KOLCABA Katharine. **Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research.** New York: Springer publishingcompany; 2003.
- LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da. **Nascer no Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S5, 2014 Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014001300001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300001&lng=en&nrm=iso)>. acesso em 26 de agosto de 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XED01S114>.
- LIMA, Juliana Vieira Figueiredo et al. **Utilidade da teoria do conforto para o cuidado clínico de enfermagem à puérpera: análise crítica.** Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, v. 37, n. 4, e65022, 2016. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472016000400701&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000400701&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 26 ago. 2019. Epub 23-Fev-2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.65022>.
- MAFETONI, Reginaldo Roque; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. **Os efeitos da acupressão no trabalho de parto durante o parto: ensaio clínico randomizado.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 24, p. 2738, 2016. Disponível em <[http://www.scielo.br/sciel o.php?script=sci\\_arttext&pid=S 0104-11692016000100367&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/sciel o.php?script=sci_arttext&pid=S 0104-11692016000100367&lng=en&nrm=iso)>. acesso em 26 de agosto de 2019. Epub 8 de agosto de 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0739.2738>
- NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira do et al. **Ambiência de uma emergência hospitalar para o cuidado ao idoso: percepção dos profissionais de enfermagem.** Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 338-342, June 2015. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452015000200338&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000200338&lng=en&nrm=iso)>. access on 26 Aug. 2019. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150046>.

PONTE, Keila Maria de Azevedo; SILVA, Lúcia de Fátima. Comfort as a result of nursing care: an integrative review. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*. v. 7, n. 2, p. 2603-2614, 2015.

RIBEIRO, José Francisco. et al. **Percepção das puérperas sobre a assistência à saúde em um centro de parto normal**. *Revista de Enfermagem da UFSM*, v. 5, n. 3, p. 521 - 530. ISSN 2179-7692, out. 2015.

RONCHI, Juliana Peterle; AVELLAR, Luziane Zacché. **Ambiência no atendimento de crianças e adolescentes em um CAPSi**. *Psicol. rev. (Belo Horizonte)*, Belo Horizonte, v. 21, n. 2, p. 379-397, ago. 2015. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-11682015000200010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682015000200010&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 26 ago. 2019. <http://dx.doi.org/DOI-10.5752/P.1678-9523.2015V21N2P378>.

SCHEIDT, Tânia Regina; BRUGGEMANN, Odaléa Maria. **Parto na água em uma maternidade do setor suplementar de saúde de Santa Catarina: estudo transversal**. *Texto contexto - enferm. Florianópolis*, v. 25, n. 2, e02180015, 2016. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072016000200317&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000200317&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 26 de agosto de 2019. Epub 07 de julho de 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016002180015>.

SILVA, Clarissa Morgana Santos. et al. **Sentimentos vivenciados por puérperas na realização do primeiro banho do recém-nascido no alojamento conjunto**. *O Mundo da Saúde, São Paulo*, v. 39, n. 3, p. 279 – 286, 2015.

SILVEIRA, Lia Carneiro et al. **Cuidado clínico em enfermagem: desenvolvimento de um conceito na perspectiva de reconstrução da prática profissional**. *Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro*, v. 17, n. 3, p. 548-554, Aug. 2013. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452013000300548&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000300548&lng=en&nrm=iso)>. access on 26 Aug. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000300020>.

SOUSA, Ana Maria Magalhães et al. **Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais**: Escola Anna Nery. V. 20, n. 2, p. 324-331. 2016.

VOGEL, Joshua P. et al. **Pharmacological and mechanical interventions for labour induction in outpatient settings**. *Cochrane Database Syst Rev*. v.13 n.9 CD007701, 2017.

## TRABALHO EM EQUIPE DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: PRÁTICAS ESPECÍFICAS DO CAMPO DE ATUAÇÃO E PRÁTICAS EXTRAFUNCIONAIS

### **Rute Lopes Bezerra**

Universidade Estadual do Ceará  
Centro de Ciências da Saúde/Curso de  
Graduação em Enfermagem  
Fortaleza-Ceará

### **Arcanjo de Sousa Silva Junior**

Universidade Estadual do Ceará  
Centro de Ciências da Saúde/Curso de  
Graduação em Enfermagem  
Fortaleza-Ceará

### **Aline Mesquita Lemos**

Universidade Estadual do Ceará  
Centro de Ciências da Saúde/ Doutoranda em  
Saúde Coletiva  
Fortaleza-Ceará

### **Francisco Daniel Brito Mendes**

Universidade Federal do Mato grosso do Sul  
Centro de Ciências da Saúde/ Mestrando em  
Psicologia  
Cuiabá-Mato Grosso do Sul

### **Helder de Pádua Lima**

Universidade Federal do Mato grosso do Sul  
Centro de Ciências da Saúde/ Doutor em  
Enfermagem  
Cuiabá-Mato Grosso do Sul

### **Maria Salete Bessa Jorge**

Universidade Estadual do Ceará  
Centro de Ciências da Saúde/ Pós-Doutora  
Pesquisadora 1b-CNPq  
Fortaleza-Ceará

### **Raianne de Sousa Pereira**

Enfermeira/Fatene  
Fortaleza-Ceará

### **Sarah Raquel Rebouças Fernandes Campos**

Universidade Estadual do Ceará  
Centro de Ciências da Saúde/Curso de  
Graduação em Enfermagem  
Fortaleza-Ceará

### **Suiane Braga de Sousa**

Universidade Estadual do Ceará  
Centro de Ciências da Saúde/Curso de  
Graduação em Enfermagem  
Fortaleza-Ceará

### **Vanessa Almeida Pinheiro**

Universidade Estadual do Ceará  
Centro de Ciências da Saúde/Curso de  
Graduação em Enfermagem  
Fortaleza-Ceará

**RESUMO.** Compreender o processo de trabalho das equipes de enfermagem na atenção psicossocial. Metodologia: Trata-se de revisão integrativa. As bases de dados consultadas foram LILACS e BDNF, utilizando um recorte temporal de 7 anos. Resultados e Discussão: 8 artigos foram incluídos na análise e discutidos em dois eixos: práticas específicas do campo de atuação e práticas extrafuncionais.

Considerações finais: Esta revisão expôs com o subsídio da literatura as principais práticas da enfermagem na atenção psicossocial.

**PALAVRAS-CHAVE:** Trabalho. Equipe de Enfermagem. Atenção Psicossocial.

## NURSING TEAM WORK IN PSYCHOSOCIAL CARE: FIELD-SPECIFIC PRACTICES AND EXTRA-FUNCTIONAL PRACTICES

**ABSTRACT.** Understand the work process of nursing teams in psychosocial care. Methodology: This is an integrative review. The databases consulted were LILACS and BDEF, using a time frame of 7 years. Results and Discussion: 8 articles were included in the analysis and discussed in two axes: field-specific practices and extra-functional practices. Final considerations: This review exposed with literature support the main nursing practices in psychosocial care.

**KEYWORDS:** Work. Nursing team. Psychosocial Attention.

### 1 | INTRODUÇÃO

A mobilização advinda, sobretudo da Reforma Psiquiátrica vem propiciando a construção de um novo cenário na atenção psicossocial com a incrementação de conhecimentos e formas de pensar sobre o processo saúde-doença mental e de ferramentas que englobam aspectos teóricos e práticos para garantir a eficácia das ações assistenciais aos acometidos por problemas psíquicos e a população em geral. A viabilização dessa nova perspectiva de abordagem na saúde mental só é possível com a participação de profissionais bem preparados e engajados na construção de cuidados centrados na pessoa para promover autonomia e vínculos terapêuticos. (AVELINO *et al.* 2014).

Nesse sentido, a equipe de enfermagem está fortemente inserida na assistência psicossocial e o processo de trabalho dos profissionais que a compõe está focado justamente em alcançar eficazmente as ações que visam integrar fatores sociais, culturais, econômico, político e legal na atenção ao sujeito em sofrimento psíquico nas Unidades Básicas de Saúde que são as portas de entrada do usuário e nos Centros de Atenção Psicossocial que atende as demandas mais graves. As atividades da equipe de enfermagem nesse contexto assistencial envolvem tanto práticas específicas do campo de atuação como também atividades extrafuncionais.

Com base no conteúdo pesquisado, a presente revisão integrativa é relevante, pois através da literatura busca evidenciar o processo de trabalho da enfermagem na assistência psicossocial e tem como objetivo compreender o processo de trabalho das equipes de enfermagem na atenção psicossocial.

## 2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma Revisão Integrativa, realizada em seis fases: 1) seleção do tema a ser estudado e formulação da pergunta norteadora; 2) pesquisa e estabelecimento de critérios de inclusão/exclusão; 3) seleção das informações a serem extraídas dos textos e categorização dos estudos; 4) avaliação dos estudos incluídos na revisão; 5) interpretação dos resultados; 6) apresentação da revisão/síntese do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

As buscas foram realizadas nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência da Saúde (LILACS) e Banco de Dados em Enfermagem (BDENF).

A pergunta norteadora é “Quais os processos de trabalho e práticas exercidas pela equipe de enfermagem?” Os dados foram coletados em Agosto de 2018, utilizando-se as palavras-chaves: Trabalho, Equipe de Enfermagem e Atenção Psicossocial, não foram utilizados os descritores do DeCS/Mesh – Descritores em Ciência da Saúde/Medical Subject Headings – e foram entrecruzadas com o marcador booleano “and”. Foi feita delimitação temporal de 7 anos, sendo considerados os artigos publicados de 2011 a 2018.

Os critérios para inclusão dos artigos foram: responder à questão norteadora, e estarem disponíveis na íntegra nos idiomas Português, Inglês ou Espanhol. Excluíram-se os artigos de revisão.

No total, foram encontrados, a partir de um recorte temporal de sete anos, 19 artigos (LILACS: 11 artigos; BDENF: 8 artigos). 4 artigos foram excluídos em virtude da duplicidade e 7 por não responderem à questão norteadora do estudo. A amostra do estudo foi composta por 8 artigos. Dos 8 artigos selecionados, todos estavam disponíveis no idioma Português e Inglês. A análise foi realizada com diversas leituras e releituras, e as temáticas construídas a partir da pergunta norteadora. Após análise, optou-se por abordar dois eixos temáticos mais relevantes: práticas específicas do campo de atuação e práticas extrafuncionais.

## 3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 3.1 Práticas específicas do campo de atuação

A enfermagem é englobada na perspectiva de um grupo multidisciplinar na atenção à saúde mental, contribuindo com suas práticas na atenção integral ao indivíduo em sofrimento psíquico, e no envolvimento da família e da comunidade nesse objetivo.

O trabalho em saúde mental desenvolvido pela equipe de enfermagem de

acordo Zerbetto *et al* (2011) inclui medicação, registros de enfermagem, consulta de enfermagem, oficinas terapêuticas e grupo de orientação de higiene, alimentação e saúde, acolhimento, triagem e ambiência. Com isso é perceptível que a enfermagem atua além das habilidades técnicas exigidas no ambiente hospitalar devido a complexidade das condições dos usuários.

Soares *et al* (2011) destaca que os integrantes da equipe de enfermagem possuem uma capacidade diferencial dentro da equipe multidisciplinar de avaliar mais completamente as condições clínicas e orgânicas dos sujeitos assistidos. Orientação sobre os fármacos e a educação em saúde também são atividades exercidas com competência pela equipe de enfermagem. Tal fato evidencia, sobretudo o engajamento desses profissionais.

Silva e Azevedo (2011) salientam que a enfermagem com esse novo dimensionamento do sujeito como centro do cuidado na saúde mental tem incluído nas suas ações a escuta e o relacionamento terapêutico. Isso, demonstra o comprometimento da equipe a nova abordagem preconizada com o advento da Reforma Psiquiátrica.

### **3.2 Práticas extrafuncionais**

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem muitas vezes são redirecionados dentro do serviço pra desempenhar funções que não são diretamente da sua competência, segundo Vargas *et al* (2011) sobretudo dando suporte nas questões administrativas e realizando serviços de responsabilidade de outros integrantes da rede.

Esse envolvimento do enfermeiro com outras funções pode ocasionar a desvinculação com seu verdadeiro papel no serviço e comprometer assistência as demandas existentes que dependem exclusivamente da atuação e empenho da enfermagem.

## **4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O processo de trabalho da equipe da enfermagem na atenção psicossocial incluem práticas específicas e práticas extrafuncionais e segue basicamente os ideias preconizados pelo advento da Reforma Psiquiátrica, com a prestação de um cuidado mais centrado no sujeito e o envolvimento da família e sociedade na promoção da autonomia e vínculo terapêutico com o indivíduo em sofrimento psíquico. Os dados expostos nesse estudo permitem uma melhor compreensão do processo de trabalho e práticas da enfermagem na atenção a saúde mental.

## REFERÊNCIAS

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.

AVELINO, D.C. *et al.* Trabalho de enfermagem no centro de atenção psicossocial: estresse e estratégias de coping / Trabajo de enfermería en centro de atención psicossocial: el estrés y las estrategias de afrontamiento / Nursing work in psychosocial care center: stress and coping strategies. **Rev. enferm. UFSM**, p.718-726, out.-dez., 2014.

Disponível em: <10.5902/2179769214163 >. Acesso em: 18 de Ago. 2018.

VARGAS, D. *et al.* Centros de atenção psicossocial álcool/drogas: inserção e praticas dos profissionais de enfermagem. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, Rio de Janeiro, p.101-106, Jan-Mar. 2014. Disponível em: <10.5935/1414-8145.20140015>. Acesso em: 18 de Agos. 2018.

SOARES, R.D. *et al.* O papel da equipe de enfermagem no centro de atenção psicossocial. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.15, Jan./Mar. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000100016>. Acesso em: 19 de Agos. 2018.

SILVA, DS; AZEVEDO, DM. As novas práticas em saúde mental e o trabalho no serviço residencial terapêutico. **Esc Anna Nery (impr.)**, p.602-609, jul-set. 2011. Acesso: 19 de Agos. 2018.

Zerbetto, S.E. *et al.* O trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial: dificuldades e facilidades da equipe de enfermagem. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, p. 99-109, jan/mar. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i1.9079>>. Acesso em: 18 de Agos. 2018.

## SOBRE O ORGANIZADOR

**BENEDITO RODRIGUES DA SILVA NETO** - Possui graduação em Ciências Biológicas pela Universidade do Estado de Mato Grosso (2005), com especialização na modalidade médica em Análises Clínicas e Microbiologia (Universidade Candido Mendes - RJ). Em 2006 se especializou em Educação no Instituto Araguaia de Pós graduação Pesquisa e Extensão. Obteve seu Mestrado em Biologia Celular e Molecular pelo Instituto de Ciências Biológicas (2009) e o Doutorado em Medicina Tropical e Saúde Pública pelo Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (2013) da Universidade Federal de Goiás. Pós-Doutorado em Genética Molecular com concentração em Proteômica e Bioinformática (2014). O segundo Pós doutoramento foi realizado pelo Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências Aplicadas a Produtos para a Saúde da Universidade Estadual de Goiás (2015), trabalhando com o projeto Análise Global da Genômica Funcional do Fungo *Trichoderma Harzianum* e período de aperfeiçoamento no Institute of Transfusion Medicine at the Hospital Universitätsklinikum Essen, Germany. Seu terceiro Pós-Doutorado foi concluído em 2018 na linha de bioinformática aplicada à descoberta de novos agentes antifúngicos para fungos patogênicos de interesse médico. Palestrante internacional com experiência nas áreas de Genética e Biologia Molecular aplicada à Microbiologia, atuando principalmente com os seguintes temas: Micologia Médica, Biotecnologia, Bioinformática Estrutural e Funcional, Proteômica, Bioquímica, interação Patógeno-Hospedeiro. Sócio fundador da Sociedade Brasileira de Ciências aplicadas à Saúde (SBCSaúde) onde exerce o cargo de Diretor Executivo, e idealizador do projeto “Congresso Nacional Multidisciplinar da Saúde” (CoNMSaúde) realizado anualmente, desde 2016, no centro-oeste do país. Atua como Pesquisador consultor da Fundação de Amparo e Pesquisa do Estado de Goiás - FAPEG. Atuou como Professor Doutor de Tutoria e Habilidades Profissionais da Faculdade de Medicina Alfredo Nasser (FAMED-UNIFAN); Microbiologia, Biotecnologia, Fisiologia Humana, Biologia Celular, Biologia Molecular, Micologia e Bacteriologia nos cursos de Biomedicina, Fisioterapia e Enfermagem na Sociedade Goiana de Educação e Cultura (Faculdade Padrão). Professor substituto de Microbiologia/Micologia junto ao Departamento de Microbiologia, Parasitologia, Imunologia e Patologia do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP) da Universidade Federal de Goiás. Coordenador do curso de Especialização em Medicina Genômica e Coordenador do curso de Biotecnologia e Inovações em Saúde no Instituto Nacional de Cursos. Atualmente o autor tem se dedicado à medicina tropical desenvolvendo estudos na área da micologia médica com publicações relevantes em periódicos nacionais e internacionais. Contato: dr.neto@ufg.br ou neto@doctor.com

## ÍNDICE REMISSIVO

### A

Acreditação hospitalar 12, 13, 14, 15, 19, 20, 21

Amamentação 39, 40, 41

Assistência de Saúde 145, 150

Atenção Básica 6, 7, 23, 57, 60, 61, 64, 70, 121, 145, 146, 147, 149, 150, 151, 212

Atenção Psicossocial 234, 235, 236, 237, 238

Atuação 1, 2, 3, 4, 5, 7, 9, 12, 14, 15, 17, 20, 21, 25, 39, 43, 45, 48, 49, 50, 52, 54, 55, 59, 60, 62, 63, 65, 68, 69, 80, 86, 88, 90, 91, 92, 93, 94, 96, 97, 109, 116, 117, 121, 125, 127, 129, 132, 134, 138, 139, 141, 142, 147, 150, 156, 157, 200, 205, 234, 235, 236, 237

### B

Benefícios 3, 39, 41, 47, 50, 91, 112, 132, 158, 171, 175, 188, 228

### C

Centros de saúde 114, 151

Creche 197, 199, 200, 201, 202, 203

Cuidado de Enfermagem 97, 143, 222, 224, 231

Cuidados paliativos 164, 165, 166, 167, 168, 175, 187, 190, 192, 193, 194, 195, 196

Cuidados paliativos em enfermagem 164

### D

Diabetes mellitus 52, 53, 54, 55, 56, 58, 59, 70, 71

Doença de Raynaud 72

Doulas 81, 82, 83, 84, 85, 86

### E

Educação e Saúde 197

Enfermagem 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 30, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 43, 46, 51, 54, 55, 56, 58, 59, 72, 73, 74, 75, 80, 84, 86, 88, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 119, 120, 121, 123, 125, 126, 127, 128, 129, 131, 132, 133, 134, 135, 138, 140, 141, 142, 143, 144, 147, 148, 151, 154, 155, 157, 161, 162, 163, 176, 188, 197, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 224, 225, 226, 228, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239

Enfermagem Obstétrica 43, 88, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 228

Equipe de Enfermagem 14, 15, 17, 18, 19, 21, 34, 42, 99, 100, 101, 102, 108, 111, 113, 120, 121, 123, 125, 143, 157, 161, 176, 205, 213, 235, 236, 237, 238

Estratégia de Saúde da Família 34, 60, 62, 126, 127, 218, 219

Estrutura Física 145, 147, 149, 150, 151, 211

## F

Fatores de risco 52, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 62, 101, 111, 146, 185

Formação profissional 15, 65, 86, 95, 129, 142, 156, 202, 209, 211, 220

## H

Hipertensão 36, 56, 60, 61, 63, 70, 71, 75, 115, 122, 148, 175, 200

Hipotermia Induzida 152

Hospital 12, 13, 14, 19, 21, 22, 43, 55, 59, 74, 75, 82, 83, 88, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 117, 126, 130, 132, 134, 139, 140, 141, 143, 152, 153, 154, 155, 164, 188, 190, 194, 207, 212, 213, 214, 222, 228, 239

Humanização 37, 81, 82, 86, 88, 90, 91, 92, 93, 94, 96, 97, 98, 123, 126, 129, 143, 146, 150, 196, 224, 232

Humanização da assistência 81, 82, 90, 94, 96, 129, 224

## L

Leite materno 39

## M

Manejo de sintomas 164

Mulher 2, 10, 24, 25, 26, 27, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 43, 51, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 88, 89, 90, 91, 92, 94, 95, 97, 122, 148, 198, 223, 225, 227, 228, 229, 230, 232

## P

Parada Cardiopulmonar 152, 154

Parto Humanizado 81, 92, 98, 230

Pé diabético 52, 54, 55, 56, 57, 58, 59

Pesquisas em saúde 215

## S

Saúde da Mulher 10, 30, 34, 81, 122, 148

Saúde do homem 114, 127

Saúde do trabalhador 100, 112

Segurança do Paciente 12, 17, 21, 22, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214

Síndrome de Sjögren 72, 73, 74, 77, 80

Sofrimento Moral 215, 216, 217, 218, 219, 220

## T

Teoria do conforto 222, 224, 225, 231, 232

Trabalho 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 26, 34, 37, 47, 48, 57, 67, 69, 70, 73, 81, 83, 84, 85, 86, 88, 90, 91, 92, 94, 95, 96, 97, 99, 100, 101, 103, 106, 107, 109, 111, 112, 113, 116, 122, 123, 124, 128, 129, 131, 133, 134, 135, 136, 137, 139, 140, 141, 142, 144,

148, 150, 151, 182, 185, 197, 198, 199, 204, 208, 209, 210, 211, 216, 217, 218, 219, 220, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 234, 235, 236, 237, 238

Trabalho de parto 11, 81, 84, 85, 86, 88, 90, 91, 92, 94, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 232

Transtornos Traumáticos Cumulativos 100

## U

Úlcera varicosa 114

Urgência obstétrica 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9

UTI 74, 108, 109, 111, 113, 152, 162, 166, 183, 195

## V

Violência Doméstica 24, 25, 26, 27, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38

Voluntariado 84, 86, 129, 135, 136

Agência Brasileira do ISBN

ISBN 978-85-7247-828-1



9 788572 478281