



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

DISCURSOS, SABERES E PRÁTICAS DA ENFERMAGEM 4


Atena
Editora
Ano 2019



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

DISCURSOS, SABERES E PRÁTICAS DA ENFERMAGEM 4

Atena
Editora
Ano 2019

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 di Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Cândido 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 Pietrobon – 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 Gislene 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

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

D611 Discursos, saberes e práticas da enfermagem 4 [recurso eletrônico] /
Organizadora Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra. – Ponta
Grossa, PR: Atena Editora, 2019. – (Discursos, saberes e
práticas da enfermagem; v. 4)

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia.
ISBN 978-85-7247-877-9
DOI 10.22533/at.ed.779192312

1. Enfermagem – Pesquisa – Brasil. 2. Enfermagem – Prática.
I.Sombra, Isabelle Cordeiro de Nojosa. II. Série.

CDD 610.73

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

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

APRESENTAÇÃO

A obra “*Discursos, Saberes e Práticas da Enfermagem*” aborda uma série de estudos realizados na área da Enfermagem, sendo suas publicações realizadas pela Atena Editora. Em sua totalidade está composta por 6 volumes, sendo eles classificados de acordo com a área de abrangência e temáticas de estudo. Em seus 26 capítulos, o volume IV aborda diferentes aspectos relacionados à atuação da enfermagem nas diversas especialidades e áreas de atuação em saúde.

As pesquisas realizadas trazem temáticas que envolvem a atuação do enfermeiro como instrumento de formação e qualificação profissional, assim como atuante na atenção básica, domiciliar e hospitalar. Dentre alguns trabalhos citamos eixos de pesquisa envolvendo assistência de enfermagem no atendimento móvel de urgência, nefrologia, enfermagem clínica-cirurgia, saúde mental, dentre outras.

Portanto, este volume IV é dedicado tanto aos usuários do sistema de saúde quanto aos profissionais atuantes na assistência, docentes da área e discentes, que desejam adquirir conhecimento e informações atualizadas nos diversos eixos de atuação, trazendo artigos que abordam informações atuais sobre as práticas de saúde aos mais variados públicos.

Ademais, esperamos que este livro possa fortalecer e estimular as práticas educativas pelos profissionais da saúde, desde a atuação assistencial propriamente dita, até a prática dos docentes formadores e capacitadores, buscando cada vez mais a excelência na assistência, disseminando práticas promotoras da saúde, e fortalecendo a prática clínica de enfermagem e das demais profissões que cuidam da saúde.

Isabelle C. de N. Sombra

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 1

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO EM SANGRIA TERAPÊUTICA

Christiani Andrea Marquesini Rambo

Roosi Eloiza Bolzan Zanon

Juliana Peres Rist

DOI 10.22533/at.ed.7791923121

CAPÍTULO 2 7

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA: UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE FRAMINGHAM NO PROGRAMA HIPERDIA

Ana Hélia de Lima Sardinha

Andrea Suzana Vieira Costa

Késia Magna Maia Sá

Maria Lúcia Holanda Lopes

Rafael de Abreu Lima

Silvia Cristianne Nava Lopes

DOI 10.22533/at.ed.7791923122

CAPÍTULO 3 21

A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E OS ASPECTOS DA ATUAÇÃO NA ATENÇÃO DOMICILIAR: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Jéssica Fernanda Corrêa Cordeiro

Silvia Rita Maria da Silva Canini

Érika do Carmo Bertazone

DOI 10.22533/at.ed.7791923123

CAPÍTULO 4 36]

A ENFERMAGEM NO EXÉRCITO BRASILEIRO: IDENTIDADE EM CONSTRUÇÃO

Fabrícia Conceição de Carvalho

Ana Maria da Silva Gomes

Daniel Pereira Motta

Ademir Ferreira Soares

Glória de Sousa Bertino Tarlé da Silva

DOI 10.22533/at.ed.7791923124

CAPÍTULO 5 42

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA FORMAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS): PRÁTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Luzia Beatriz Rodrigues Bastos

Maria Alves Barbosa

Diniz Antonio de Sena Bastos

Celiane Gomes Rodrigues

Rosele Aquino de Leão

Ilma Pastana Ferreira

Ana Claudia Jaime de Paiva

DOI 10.22533/at.ed.7791923125

CAPÍTULO 6 52

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

Marcia Cristina Rosa Machado

Clara Cristina Batista de Aquino

Carliane Amorim Da Silva
Josivan de Sousa Lima Nascimento
Gabriela Gomes Leôncio
Maria Filomena Gaspar Pinheiro Gomes
Andressa Mourão Trajano Silva
Luziane Abreu dos Santos
Giselle Reis da Silva

DOI 10.22533/at.ed.7791923126

CAPÍTULO 7 67

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
FRENTE AO PACIENTE POLITRAUMATIZADO

Lindiane Lopes de Souza
Lorena Alencar Sousa
Leiliane de Queiroz Oliveira
Cíntia de Lima Garcia

DOI 10.22533/at.ed.7791923127

CAPÍTULO 8 78

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM COMPLICAÇÕES DE ERISIPELA

Silvana Pereira Gomes
Cicera Alves Gomes
Régina Cristina Rodrigues da Silva
Nair Rose Gomes Bezerra
Regilene de Lima Rodrigues
Lucas Daniel Souza de Vasconcelos

DOI 10.22533/at.ed.7791923128

CAPÍTULO 9 83

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PORTADOR DA SÍNDROME DE STEVEN-JOHNSON: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Maiana Eloí Ribeiro dos Santos
Luana Eloá Ribeiro dos Santos
Daniel da Silva Granadeiro
Raquel Magalhães de Azeredo
Fernanda Bernardo dos Santos
Joanir Pereira Passos
Monique de Souza Nascimento
Cristiane Faustino Silva

DOI 10.22533/at.ed.7791923129

CAPÍTULO 10 88

CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM CIRURGIAS DE GRANDE PORTE: LAPAROTOMIA

Delclinton Ferreira da Paixão
Rafaela Ingrid Mota dos Santos
Sara de Souza Pinto
Valdeli Pantoja de Almeida
José Luiz Picanço da Silva
Dirley Cardoso Moreira
Rosana Oliveira do Nascimento
Fabio Rangel Freitas das Silva
Rubens Alex de Oliveira Menezes

DOI 10.22533/at.ed.77919231210

CAPÍTULO 11 101

DEMANDA DO ENFERMEIRO NA CLÍNICA MÉDICA DE UM HOSPITAL PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL

Stéphanie Guedes de Alencar
Silene Ribeiro Miranda Barbosa

DOI 10.22533/at.ed.77919231211

CAPÍTULO 12 114

CUIDADOS SEGUROS EM SAÚDE: AVALIAÇÃO DE RISCO PARA LESÕES POR PRESSÃO EM PACIENTES CRÍTICOS COM A UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN

Geise Gonçalves Pimentel
Luana Araújo Oliveira Gulinely
Tayná Lívia do Nascimento
Sarah Delgado Braga Silva
Kelly da Silva Pimentel Machado

DOI 10.22533/at.ed.77919231212

CAPÍTULO 13 126

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM ASSOCIADOS AOS PACIENTES COM DOENÇA DE HUNTINGTON: UMA DOENÇA RARA

Jorge Domingos de Sousa Filho
Vivian Susi de Assis Canizares
José Juliano Cedaro
Andonai Krauze de França
Cristiano Lucas de Menezes Alves
Jamaira do Nascimento Xavier
Thamyris Lucimar Pastorini Gonçalves
Naime Oliveira Ramos
Thaynara Naiane Castro Campelo

DOI 10.22533/at.ed.77919231213

CAPÍTULO 14 136

DIFÍCULDADES DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Murilo Dias da Silva
Adriana Antônia De Oliveira
Bianca Morais De Oliveira
Charles Bruno Mendes Bulhões
Danielle Costa de Souza
Fabio Santos Santana
Maria Lucimaria Gama Ribeiro
Priscila Mendes Graña de Oliveira
Simone Teixeira da Luz Costa
Tacio Macedo Silva

DOI 10.22533/at.ed.77919231214

CAPÍTULO 15 146

DIMENSÕES DO PROCESSO DE TRABALHO NA PRÁTICA DAS ENFERMEIRAS EM UMA CLÍNICA DA FAMÍLIA

Valeria de Carvalho Araujo Siqueira
Ruth Terezinha Kehrig
Antônio César Ribeiro
João Pedro Neto de Sousa

DOI 10.22533/at.ed.77919231215

CAPÍTULO 16 159

ENFERMAGEM E ACONSELHAMENTO GENÉTICO: EXPERIÊNCIA INTERDISCIPLINAR COM PORTADORES DE DOENÇA DE HUNTINGTON

Vivian Susi de Assis Canizares
José Juliano Cedaró
Andonai Krauze de França
Jorge Domingos de Sousa Filho
Cristiano Lucas de Menezes Alves
Jamaira do Nascimento Xavier
Thamyris Lucimar Pastorini Gonçalves
Naime Oliveira Ramos
Thaynara Naiane Castro Campelo
Maria Gabriela Souza Fantin
Lucélia Maria Gonçalves

DOI 10.22533/at.ed.77919231216

CAPÍTULO 17 167

FATORES QUE INFLUENCIAM O PROCESSO DE ENFERMAGEM E A QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA

Yeda Miyamae Franco
Marcelo Henrique Ferreira dos Santos
Ana Claudia Nascimento Souza Santos
Vasti Nascimento Borges
Lucimara Passarelli
Angelina Silva Martins

DOI 10.22533/at.ed.77919231217

CAPÍTULO 18 175

HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE NO PERÍODO POPERATÓRIO: VISÃO DO ENFERMEIRO

Alan dos Santos Souza
Elida de Souza Barreto
Denise Mineiro Cunha Alves
Flavia Julianne Moura
Jessica Reis Rocha
Neilda Dantas da Silva

DOI 10.22533/at.ed.77919231218

CAPÍTULO 19 190

UTILIZAÇÃO DA SAE/CIPE NA CONSULTA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

Régina Cristina Rodrigues da Silva
Cicera Alves Gomes
Nair Rose Gomes Bezerra
Kesia Jacqueline Ribeiro Oliveira
Roseane Andrade de Souza
Silvana Pereira Gomes
Maria da Glória Freitas
Raquel Ferreira Lopes

DOI 10.22533/at.ed.77919231219

CAPÍTULO 20 196

LESÃO POR PRESSÃO: O PROTAGONISMO DA ENFERMAGEM NA IMPLEMENTAÇÃO DOS CUIDADOS PREVENTIVOS

José de Siqueira Amorim Júnior
Ieda Valéria Rodrigues de Sousa

Roseanne de Sousa Nobre
Aline Raquel de Sousa Ibiapina
Francisco Arlysson Da Silva Veríssimo
Manoel Renan de Sousa Carvalho
DOI 10.22533/at.ed.77919231220

CAPÍTULO 21 210

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM APLICADA A UM PACIENTE COM BRONCOPNEUMONIA

Luana Gomes Lima Martins
Fernanda Tainá Oliveira da Cruz
Tatiana Menezes Noronha Panzetti
Ingrid Magali Souza Pimentel
Karollyne Quaresma Mourão
Maria de Nazaré Silva Cruz

DOI 10.22533/at.ed.77919231221

CAPÍTULO 22 222

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM PARA PACIENTES COM DOENÇA CARDIOVASCULAR: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Sabrina Puntel
Rosália Figueiró Borges
DOI 10.22533/at.ed.77919231222

CAPÍTULO 23 235

O CONHECIMENTO DO ENFERMEIRO NO MANUSEIO DO CATETER TOTALMENTE IMPLANTADO

Loani Fernanda da Silva. Enfermeira
Marli Aparecida Rocha de Souza
Vagner José Lopes
Aline Cristal Santos
Katia Dias Bialli Enfermeira

DOI 10.22533/at.ed.77919231223

CAPÍTULO 24 247

RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA ACADÊMICA DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

Fernanda dos Santos Tobin
Aniandra Karol Gonçalves Sgarbi
Rafael Henrique Silva
Amanda Lívia Coelho Assis
Vânia Neves

DOI 10.22533/at.ed.77919231224

CAPÍTULO 25 253

TERAPIAS ALTERNATIVAS À TRANSFUSÃO SANGUÍNEA: UMA ANÁLISE SOBRE OS PRINCIPAIS MÉTODOS ALTERNATIVOS, SEUS CUIDADOS E A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Scarlet Silva Nunes
Aline de Jesus Campobell Silva Marinho
Thayanne Louzada Sobral
Taisa Diva Gomes Felippe
Vitória Souza Dias

DOI 10.22533/at.ed.77919231225

CAPÍTULO 26 255

A MORTALIDADE POR TRANSTORNOS MENTAIS COMPORTAMENTAIS DE MÚLTIPLAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Mitieli Vizcaychipi Disconzi

Alisia Helena Weis

Cintia Nasi

Adriana Aparecida Paz

Graciele Linch

DOI 10.22533/at.ed.77919231226

SOBRE A ORGANIZADORA..... 265**ÍNDICE REMISSIVO 266**

CAPÍTULO 1

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO EM SANGRIA TERAPÉUTICA

Data de aceite: 26/11/2019

Christiani Andrea Marquesini Rambo

Universidade Federal de Santa Maria (UFSM),
Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM),
Serviço de Hemoterapia. Santa Maria - RS

Roosi Eloiza Bolzan Zanon

Universidade Federal de Santa Maria (UFSM),
Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM),
Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do
Paciente. Santa Maria – RS

Juliana Peres Rist

Universidade Federal de Santa Maria (UFSM),
Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM),
Serviço de Hemoterapia. Santa Maria - RS

terapêutica. **Discussão:** A sangria terapêutica é realizada por enfermeiro, mediante prescrição médica, é um procedimento simples, mas não isento de efeitos colaterais. Estes efeitos são semelhantes aos que podem ser apresentados na doação de sangue. Limitações do procedimento estão ligadas à rede venosa e à intolerância por parte dos pacientes. O enfermeiro que atua em hemoterapia, embasado na Resolução do COFEN 511/2016, está apto a planejar o procedimento, executar e atuar nas reações indesejadas da sangria terapêutica em conjunto com a equipe multiprofissional, contribuindo para a segurança do paciente e qualidade na assistência. **Considerações Finais:** A atuação na realização da sangria terapêutica, demonstra que o conhecimento científico do profissional reflete em uma assistência segura e de qualidade, que transmite confiança ao usuário do serviço. A escassez de estudos que abordem o papel do enfermeiro na sangria terapêutica, traz à tona a necessidade de incrementar a produção de conhecimento, acerca desta temática, entre as instituições de ensino e serviços especializados.

PALAVRAS-CHAVE: Sangria; flebotomia terapêutica; Enfermagem; Cuidados de enfermagem

RESUMO: A sangria ou flebotomia terapêutica é um procedimento similar à doação de sangue, que consiste na remoção de uma quantidade de sangue com a finalidade de tratamento em pacientes portadores de patologias que ocasionam excesso de hemácias e para remoção de produto metabólico tóxico ao organismo (sobrecarga de ferro). **Objetivo:** Relatar a atuação do enfermeiro na realização da sangria terapêutica em um Hospital Universitário do Rio Grande do Sul. **Método:** Trata-se de um relato de experiência de enfermeiras do Serviço de Hemoterapia (SHT) na realização da sangria

ABSTRACT: Bloodletting or Therapeutic phlebotomy is a procedure like blood donation, which consists in the removal of a blood amount for the purpose of treatment in patients with pathologies presenting red blood cells excess and for the removal of toxic metabolic products to the organism (iron overload). **Objective:** To report the nurse's performance in therapeutic phlebotomy at a University Hospital in Rio Grande do Sul. **Method:** This is an experience report of nurses from the Hemotherapy Service (SHT) in performing therapeutic phlebotomy. **Discussion:** Therapeutic phlebotomy is performed by a nurse, by prescription, it is a simple procedure, but not without side effects. These effects are like those that may be presented in blood donation. Limitations of the procedure are associated to the venous network and patient intolerance. The nurse working in hemotherapy, based on Resolution COFEN 511/2016, can plan the procedure, perform and act on unwanted reactions of therapeutic phlebotomy in conjunction with the multidisciplinary team, contributing to patient safety and quality of care. **Final Considerations:** The performance in the accomplishment of the therapeutic phlebotomy demonstrates that the scientific knowledge of the professional reflects the safety and quality of the assistance, which transmits confidence to the service user. The scarcity of studies that address the role of nurses in therapeutic phlebotomy brings to light the need to increase the production of knowledge on this theme among educational institutions and specialized services.

KEYWORDS: Bloodletting; Therapeutic phlebotomy; Nursing; Nursing care

1 | INTRODUÇÃO

A sangria, ou flebotomia terapêutica é um procedimento similar à doação de sangue, método paliativo simples e antigo que consiste na remoção de uma quantidade de sangue com a finalidade de controlar o aumento da viscosidade sanguínea e, assim, aliviar ou evitar alguns sinais e sintomas. A terapêutica é indicada para pacientes portadores de patologias que ocasionam excesso de hemácias (eritrocitoses) e para remoção de produto metabólico ou depósito tóxico ao organismo (sobrecarga de ferro) (ANGULO; PAPA; CARDOSO, 1999).

A remoção de sangue para fins terapêuticos tem sido praticada há vários milhares de anos, desde a antiguidade até os dias atuais. No passado, o procedimento de sangria podia ser realizado com diferentes técnicas: através de cortes, realizados com lancetas ou bisturis, e com auxílio de tigelas para coletar o sangue retirado; com aplicação de ventosas e até mesmo de sanguessugas (ASSI; BAZ, 2014).

Existem relatos de que no século I a. C., a sangria era um procedimento comum para a cura de qualquer doença e inclusive utilizada em pessoas sadias com a finalidade de prevenir doenças (CAIXETA, 2008; ASSI; BAZ, 2014).

Durante os séculos XVII e XVIII, o uso terapêutico de flebotomias atingiu o auge. Em 1799, o primeiro presidente dos Estados Unidos, George Washington, foi tratado com sangria para dor de garganta. Após abundante sangramento, sucumbiu aos efeitos da anemia e da desidratação, vindo a falecer (COOK et al, 2010; ASSI; BAZ, 2014). No entanto, a crença empírica da eficácia desse procedimento, persistiu até o século XX, quando chegou a ser considerado uma forma de charlatanismo (CAIXETA, 2008).

Com a evolução da ciência, houve o desenvolvimento de novas concepções de patologia e patogênese, as quais alteraram os fundamentos das aplicações de sangrias. Na medicina moderna, a flebotomia terapêutica é aceita cientificamente para o tratamento de três doenças crônicas: hemocromatose, policitemia vera e porfiria cutânea tarda (ZILIO; GROSS; LOPES, 2018).

Na atualidade, as sangrias podem ser realizadas em serviços de hemoterapia públicos e privados, por profissionais de enfermagem, embasados pela Resolução do COFEN 511/2016, que normatiza a atuação do enfermeiro em Hemoterapia. Estando estes, aptos a planejar o procedimento, executar e atuar nas reações indesejadas da sangria terapêutica em conjunto com a equipe de saúde, contribuindo para a segurança do paciente (COFEN, 2016).

Na busca bibliográfica, constata-se escassa produção científica sobre a temática. A maioria dos estudos estão relacionados às morbidades cuja indicação de tratamento é a remoção do sangue através de sangrias. A abordagem da atuação do enfermeiro neste ramo da hemoterapia ainda é pouco pesquisada.

Diante disso, objetiva-se neste trabalho relatar a atuação do enfermeiro na realização da sangria terapêutica em um Hospital Universitário do Rio Grande do Sul.

2 | MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência, de enfermeiras de um Serviço de Hemoterapia (SHT), na realização da sangria terapêutica.

O cenário do estudo é um Hospital Universitário do Rio Grande do Sul, referência regional em saúde e atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS). É credenciado na rede brasileira de hospitais sentinelas e desempenha atividades voltadas para a Tecnovigilância, Farmacovigilância, Vigilância de Saneantes de Uso Hospitalar e Hemovigilância.

A instituição é um hospital de ensino, com sua atenção voltada para o desenvolvimento do ensino, da pesquisa e da assistência em saúde.

O Serviço de Hemoterapia da instituição trata-se de uma Agência Transfusional, de acordo com a RDC 151/2001 que dispõe sobre os níveis de

complexidade dos Serviços de Hemoterapia. A Agência Transfusional tem como função armazenar sangue, hemocomponentes e hemoderivados; atender às demandas transfusionais, ambulatoriais e hospitalares; realizar exames imuno-hematológicos pré-transfusionais; liberar e transportar os produtos sanguíneos para as transfusões; realizar investigações e notificações de incidentes relacionados às transfusões; realizar sangria e aférese terapêuticas. O suprimento de sangue e hemocomponentes é proveniente de um Hemocentro Regional.

A produção mensal, média, da agência transfusional é de 1.200 transfusões em pacientes internados e 150 transfusões em pacientes ambulatoriais. São realizados em torno de 45 procedimentos de aférese terapêutica por semestre. Em relação às sangrias terapêuticas, houve considerável aumento da frequência nos últimos 2 anos, atualmente a média é de 198 procedimentos ao ano, sendo realizados prioritariamente em pacientes ambulatoriais e raras vezes em internados.

3 | DISCUSSÃO

A sangria terapêutica é um procedimento realizado no Serviço de Hemoterapia, executado por um enfermeiro, mediante prescrição médica, seguindo os protocolos institucionais e a legislação vigente, sob acompanhamento de um médico.

Os pacientes atendidos são provenientes dos ambulatórios do hospital, após consulta médica, na qual é definida a periodicidade, o volume de sangue a ser retirado e a duração do tratamento, baseado no diagnóstico clínico, nos valores dos exames laboratoriais (hematócrito, hemoglobina, ferritina sérica), nas condições clínicas do paciente e na resposta ao tratamento.

Os principais diagnósticos clínicos, dos pacientes que buscam o Serviço de Hemoterapia, seguem as evidências científicas, e são: hemocromatose, policitemia vera e porfiria cutânea tarda. Corroborando com os resultados dos estudos de Caixeta (2008) e de Zilio; Gross e Lopes (2018), a maior prevalência é de hemocromatose.

O procedimento consiste na remoção do volume sanguíneo prescrito pelo médico assistente, que varia entre 400 e 600 ml, ou de 5 a 10mL/kg. Inicialmente, o paciente é orientado quanto ao procedimento e assina o Termo de Consentimento Informado. São seguidos os mesmos cuidados de enfermagem dispensados a doadores de sangue, tais como: assepsia; punção de veia calibrosa na fossa antecubital de um dos braços; utilização de bolsas de coleta duplas ou simples, descartáveis e estéreis; retirada do sangue por gravidade; controle do volume prescrito, a ser retirado, com uso de equipamento – balança ou homogeneizador; compressão do local após retirada da agulha de punção e curativo compressivo no local. Os sinais vitais são verificados antes e após o procedimento.

A sangria é realizada com o paciente sentado em cadeira reclinável, ou

deitado, para evitar e facilitar o tratamento dos sinais e sintomas que resultam da hipovolemia transitória. O volume retirado pode ser reposto com solução fisiológica de cloreto de sódio à 0,9%, dependendo da clínica do paciente e à critério médico. O sangue retirado não é utilizado para transfusões.

É um procedimento simples, seguro e de baixo custo, entretanto não isento de efeitos colaterais (ZILIO; GROSS; LOPES, 2018). Estes efeitos são semelhantes aos que podem ser apresentados na doação de sangue, contudo, por ser feita com mais frequência que uma doação voluntária, podem ocorrer sintomas relacionados principalmente à redução transitória do volume sanguíneo, entre eles hipotensão, palidez e tontura, ou de origem psicológica. É importante que o enfermeiro identifique precocemente os sintomas a fim de implementar o manejo adequado, a critério do médico do Serviço de Hemoterapia. As limitações do procedimento estão ligadas à dificuldade de rede venosa, à retirada lenta devido à hiperviscosidade, além da intolerância e resistência ao tratamento por parte dos pacientes.

Da mesma maneira que na doação voluntária de sangue, o paciente submetido a sangria terapêutica recebe orientações pré e pós-procedimento. Este é instruído a estar alimentado antes da flebotomia e aumentar a ingestão de líquidos, conduta que é importante para atenuar reações (HANSON; FRANCE, 2004). Após o término o paciente é aconselhado a evitar o fumo, ingestão de bebidas alcoólicas e esforço físico no dia do procedimento, além de manter adequada ingestão hídrica e alimentar.

A maioria dos pacientes são do sexo masculino, e estes são os que demonstram maior apreensão com a realização do procedimento. O medo e a insegurança são sentimentos presentes em todos os pacientes, especialmente no início do tratamento. Trata-se de uma situação inesperada pelo diagnóstico de uma patologia e a necessidade de um tratamento, apesar de muito difundido na antiguidade, pouco conhecido na atualidade. No entanto, os profissionais da enfermagem que atuam no serviço de hemoterapia priorizam uma assistência humanizada, utilizando comunicação eficaz, empatia e ética no relacionamento com o usuário. Esta conduta promove a interação entre equipe e paciente, é benéfica ao tratamento e proporciona confiança no serviço. O acolhimento ao paciente com responsabilidade e respeito à singularidade das necessidades humanas, é utilizado como estratégia para aumentar a sua satisfação e proporcionar maior segurança na execução do procedimento.

No atendimento ao paciente submetido a sangria terapêutica é imprescindível, ainda, agregar a eficiência técnica e o conhecimento científico do profissional para o sucesso do procedimento e controle dos sintomas decorrentes da patologia. Além de promover resultados diretos na qualidade e na segurança do paciente.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na prática assistencial notam-se os benefícios proporcionados pela sangria terapêutica. O método é simples, mas capaz de controlar os sintomas e tratar patologias específicas. Demonstra, ainda, ser eficaz a longo prazo, aumentando a expectativa de vida, por reduzir os riscos, e melhorar a qualidade de vida.

O conhecimento técnico e científico do profissional, e o cuidado humanizado, dispensados pelo enfermeiro, durante o tratamento com sangrias terapêuticas, refletem em uma assistência segura e de qualidade, que transmite confiança ao usuário do serviço.

Constata-se, ainda, a necessidade de incrementar a produção de conhecimento acerca desta temática, entre as instituições de ensino e os serviços especializados, haja vista a escassez de estudos que abordem o papel do enfermeiro na sangria terapêutica.

REFERÊNCIAS

ÂNGULO, IL; PAPA, FV, CARDOSO, FG. **Sangria terapêutica**. Medicina (Ribeirão Preto), v. 32, n. 3, p. 290-3, jul.-set., 1999.

ASSI, T. B.; BAZ, E. **Current applications of therapeutic phlebotomy**. Blood Transfus, v. 12, supl. 1, p. 75-83, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução RDC nº 151, de 21 de agosto de 2001**. Aprova o Regulamento Técnico sobre Níveis de Complexidade dos Serviços de Hemoterapia. Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 22 de agosto de 2001.

COFEN. Conselho Federal De Enfermagem. **Resolução COFEN Nº 511/2016**. Aprova a Norma Técnica que dispõe sobre a atuação de Enfermeiros e Técnicos de enfermagem em Hemoterapia. Brasília, 31 de março de 2016.

CAIXETA, A. P. M. **Sangrias terapêuticas realizadas pelo Serviço de hemoterapia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU- UFSC)**. Florianópolis, 2008. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Medicina) – Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

CANÇADO, RD; CHIATTONE, CS. **Visão atual da hemocromatose hereditária**. Rev Bras Hematol Hemoter, v. 32, n. 6, p. 469-475, 2010.

COOK, L. S.; et al. **Therapeutic phlebotomy**: a review of diagnoses and treatment considerations. Journal of Infusion Nursing, v. 33, n. 2, mar-abr, 2010.

HANSON, S. A.; FRANCE, C. R. **Predonation water ingeston attenuates negative reactions to blood donation**. Transfusion.; v. 44, n. 6, p. 924-8, jun. 2004.

ZILIO, A. C.; GROSS, P. Q.; LOPES, T. B. **Perfil dos pacientes submetidos a sangria terapêutica na região sul de Santa Catarina atendidos em um consultório privado de hematologia**. Arq. Catarin. Med., v. 47, n. 3, p. 100-115, jul.-set., 2018.

CAPÍTULO 2

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA: UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE FRAMINGHAM NO PROGRAMA HIPERDIA

Data de aceite: 26/11/2019

Ana Hélia de Lima Sardinha

Universidade Federal do Maranhão, São Luís -
Maranhão.

Andrea Suzana Vieira Costa

Universidade Federal do Maranhão, São Luís -
Maranhão.

Késia Magna Maia Sá

Universidade Federal do Maranhão, São Luís -
Maranhão.

Maria Lúcia Holanda Lopes

Universidade Federal do Maranhão, São Luís -
Maranhão.

Rafael de Abreu Lima

Universidade Federal do Maranhão, São Luís -
Maranhão.

Silvia Cristianne Nava Lopes

Universidade Federal do Maranhão, São Luís -
Maranhão.

para rastreamento de risco cardiovascular em indivíduos com pressão arterial limítrofe. O objetivo do estudo foi conhecer, através de uma revisão de literatura, a atuação do enfermeiro no Programa Hiperdia. Foi realizada uma Revisão Bibliográfica Sistemática, do tipo Revisão Integrativa, na qual foram selecionadas dez publicações através de busca eletrônica nas bases de dados Scientific Electronic Library On Line e Biblioteca Virtual de Saúde, no período de abril a junho de 2019. Com base na revisão de literatura, constatou-se que a atuação dos enfermeiros no Programa Hiperdia não atende o padrão assistencial estabelecido nos protocolos do Ministério da Saúde. Além disso, evidenciou-se que a maioria dos enfermeiros não utilizam a Escala de Framingham para a classificação de risco cardiovascular, sendo necessário incorporar a prática avaliativa na Atenção Básica e ações de educação permanente.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da Família; Hipertensão; Doenças Cardiovasculares; Diabetes Mellitus; Atendimento de Enfermagem.

NURSING PERFORMANCE IN PRIMARY
HEALTH CARE: USING THE FRAMINGHAM
SCALE IN THE HYPERDIA PROGRAM

ABSTRACT: The Hiperdia Program is intended

RESUMO: O Programa Hiperdia destina-se ao cadastramento e acompanhamento de portadores de Hipertensão e/ou Diabetes Mellitus atendidos na Atenção Básica, permitindo gerar informação para distribuição de medicamentos e insumos. Com referência a Escala de Framingham, o Ministério da Saúde recomenda aos profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros, a aplicação desta ferramenta

for the registration and monitoring of patients with Hypertension and/or Diabetes Mellitus treated in Primary Health Care, generating of information for the distribution of medications and supplies. With reference to the Framingham Scale, the Ministry of Health recommends to health professionals, including nurses, the application of this tool for cardiovascular risk screening in individuals with borderline blood pressure. The objective of the study was to know, through a literature review, the nurse's role in the Hiperdia Program. A Systematic Bibliographic Review, of the type Integrative Review, was carried out, in which ten publications were selected through electronic search in the Scientific Electronic Library On Line databases and Virtual's Health Library, from June to August, 2016. Based on the review of literature, it was verified that the performance of nurses in the Hiperdia Program does not meet the standard of care established in the protocols of the Health's Ministry. In addition, it was evident that most nurses do not use the Framingham Scale for cardiovascular risk classification. Therefore, it is necessary to incorporate the evaluative practice in Primary Care and actions of permanent education in the area of health.

KEYWORDS: Family Health; Hypertension; Cardiovascular Diseases; Diabetes Mellitus; Nursing Care.

1 | INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) configuram-se como Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT) e são responsáveis por diversas complicações. A cronicidade dessas patologias gera grande impacto na sociedade e por isso, estas patologias são considerados problemas de saúde pública no Brasil, uma vez que produzem elevados custos para o Sistema Único de Saúde (SUS) e previdência social, devido à hospitalização, mortalidade e invalidez precoce (DUNCAN et. al, 2012; BRASIL, 2008).

A HAS se caracteriza por níveis elevados e mantidos da Pressão Arterial (PA) acima de 140/90 mmHg e que está associado a alterações funcionais e estruturais de órgãos alvo como o coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos, como também alterações metabólicas, aumentando o risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais (BRASIL, 2008; SBC, 2010).

A HAS é um fator de risco para complicações e doenças cardiovasculares, tais como: morte súbita, Edema Agudo de Pulmão, insuficiência renal, Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e Acidente Vascular Cerebral (AVC) (SANTOS et. al, 2012).

O DM abrange um grupo de doenças metabólicas e se caracteriza por níveis aumentados de glicose no sangue, por causa de defeitos na secreção e ação da insulina. As principais fontes da glicose vêm da absorção do alimento ingerido no trato gastrointestinal e na formação através do fígado a partir das substâncias alimentares (BRUNNER e SUDDARTH, 2016).

O DM também é fator de risco para doenças cardiovasculares e provoca graves complicações para os portadores desta patologia, tais como: retinopatia, nefropatia, neuropatia, coronariopatia, Doença Arterial Periférica e AVC (CARVALHO, 2012).

A HAS e o DM apresentam aspectos em comum, como a etiopatogenia, fatores de risco, tratamento não medicamentoso, a cronicidade, assintomaticidade em estágios iniciais e de fácil diagnóstico. Estas patologias podem ser controladas com mudanças no estilo de vida e medicamentos eficazes que estão disponíveis na Atenção Básica, através da Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b).

A ESF representa a principal estratégia para a expansão da Atenção Básica no Brasil, na proposta de reorganização do modelo assistencial brasileiro em conformidade com os princípios do SUS. Ela tem potencialidade para resolver até 80,0% das demandas de saúde e dessa forma, tem capacidade de racionalizar ações de saúde por meio da organização do cuidado na rede de serviços. Ser o contato preferencial dos usuários com o SUS é a característica da ESF que viabiliza este fluxo coordenado na rede de serviços de saúde pública (BRASIL, 2007).

Apesar da oferta de tratamento na ESF, o DM e HAS são responsáveis pela primeira causa de morte e hospitalização no SUS e representam mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica, submetidas à diálise e hemodiálise (DATASUS, 2015).

Neste contexto, com a finalidade de minimizar os danos decorrentes de tais condições clínicas, o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa Hiperdia, que deve ser utilizado em todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS). O Hiperdia foi implantado em 2002, pela portaria nº 371/GM, tendo como objetivo, o cadastramento e acompanhamento de portadores de HAS e/ou DM, gerando informações para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos os usuários que estejam cadastrados (DATASUS, 2015).

Em outras palavras, o Hiperdia é um programa que permite o cadastramento e acompanhamento de hipertensos e/ou diabéticos, além de vincular o paciente à UBS e ESF de sua referência (BRASIL, 2008). Ele é consolidado por intermédio dos profissionais de saúde que ao implementarem as ações aos usuários e demonstrarem a importância que a HAS e o DM apresentam, contribuem para a consolidação de modelos de atenção mais responsáveis e estimulam o autocuidado (DATASUS, 2015; BRASIL, 2002).

Na ESF, a abordagem ao paciente portador de HAS e/ou DM cadastrado no Hiperdia deve ser multiprofissional e interdisciplinar, no qual cada profissional realiza sua avaliação e posteriormente, em conjunto, traçam as metas e desenvolvem as ações necessárias para a recuperação e manutenção da saúde. Neste sentido, as atividades ocorrem de forma integrada e com níveis de competência bem

estabelecidos (DATASUS, 2015).

O MS recomenda que a primeira consulta, o qual denominou de Consulta de Rastreamento para a População-Alvo, seja realizada por um enfermeiro e se for caso suspeito, o mesmo deverá ser encaminhado para o médico, a fim de realizar a confirmação do diagnóstico para posterior cadastramento e acompanhamento no Hiperdia (MENDES, 2012).

Neste contexto, a consulta de enfermagem surge como uma estratégia de cuidado importante e resolutiva, respaldada por lei e privativa do enfermeiro, que oferece inúmeras vantagens na assistência prestada, facilitando a promoção da saúde, o diagnóstico, tratamento e a reabilitação, além da prevenção de situações evitáveis (SILVA et. al, 2013).

Esta temática é relevante no contexto das políticas públicas de saúde, na medida em que o Hiperdia é considerado o principal instrumento de monitoramento da assistência aos pacientes portadores de HAS e DM. Entre as DANT, a HAS e o DM merecem maior atenção por serem considerados os principais responsáveis pelo aumento das taxas de mortalidade da população brasileira, especialmente na região nordeste.

Diante da importância que estas patologias apresentam, do valor dos profissionais de enfermagem na assistência aos pacientes e compreendendo que a ação conjunta dos gestores e trabalhadores em saúde no Hiperdia pode contribuir para o controle das DANT, o objetivo geral deste estudo é conhecer a atuação do enfermeiro no Programa Hiperdia. Os objetivos específicos são: 1) Descrever as principais atribuições dos enfermeiros no Hiperdia; 2) Verificar o uso da Escala de Risco de Framingham na consulta de enfermagem direcionada para o Hiperdia e; 3) Identificar os fatores que dificultam a atuação do enfermeiro no manejo do Hiperdia.

2 | MÉTODOS

Trata-se de uma Revisão Bibliográfica Sistemática, do tipo Revisão Integrativa, no período que comprehende os últimos 10 anos (2011-2019). Segundo Rother (2007), estas pesquisas são consideradas originais, uma vez que são elaboradas com rigor metodológico.

A revisão integrativa consiste num método de pesquisa que permite estabelecer uma síntese e conclusões gerais a respeito de uma área de estudo em particular, realizada de maneira sistemática e ordenada, com o objetivo de contribuir para o conhecimento investigado. Esse tipo de revisão deve seguir os mesmos padrões de rigor metodológico de uma pesquisa original, considerando os aspectos de clareza, para que o leitor possa identificar as reais características dos estudos selecionados e oferecer subsídios para o avanço da enfermagem (WHITTEMORE e KNAFL,

2005).

Para o desenvolvimento desta pesquisa, foram percorridas as etapas preconizadas por Rother (2007), quais sejam: formulação da pergunta, localização dos estudos, coleta dos dados, análise e apresentação dos dados, interpretação dos dados, aprimoramento e atualização da revisão.

No que concerne à coleta de dados, a pesquisa foi realizada mediante busca eletrônica de artigos científicos publicados nas bases de dados do SCIELO (Scientific Electronic Library On Line) e BVS (Biblioteca Virtual de Saúde). Esta etapa foi realizada entre os meses de abril a junho de 2019. Foram utilizados os seguintes descritores: saúde da família, hipertensão, doenças cardiovasculares, diabetes mellitus e atendimento de enfermagem. Os critérios de inclusão foram: aqueles que tivessem como assunto principal o Programa Hipedia e que estivessem disponíveis com texto completo em português e/ou inglês, totalizando 10 artigos.

É importante destacar que no processo da coleta de dados, também foram utilizados livros de enfermagem em saúde coletiva, livros de enfermagem médico-cirúrgica, além de documentos oficiais da *American Heart Association*, da Sociedade Brasileira de Cardiologia, da Sociedade Brasileira de Hipertensão, da Sociedade Brasileira de Nefrologia e do MS direcionados à HAS e DM, para que a mesma fosse a mais completa possível.

Em seguida, procedeu-se à definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados. Elas foram catalogadas em ficha bibliográfica e contemplaram: a identificação do periódico de publicação, o ano de publicação, os autores/pesquisadores, os descritores, o tipo de estudo, o local, o período de coleta de dados, amostra, o instrumento utilizado para a coleta de dados, e os preceitos éticos, além de identificar os principais resultados, as conclusões e as recomendações para a prática.

No que concerne à análise dos dados, esta ocorreu após a elaboração das fichas bibliográficas. Nesse sentido, foi realizada uma análise crítica, observando os aspectos metodológicos e a familiaridade entre os resultados. Na última etapa, foi elaborado o resumo das evidências disponíveis, com a produção dos resultados, que foram construídos na forma de quadros.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com o levantamento realizado nas bases de dados do SCIELO e BVS, encontramos 10 artigos relacionados aos objetivos da pesquisa. Os resultados organizados e seus desdobramentos referentes a análise dos dados serão apresentados a seguir. O Quadro 1 aborda à atuação do enfermeiro no Programa Hiperdia.

AUTORES/ANO	RESPOSTA AO OBJETIVO DA PESQUISA
SILVA et. al, (2016, p.82)	“[...] os profissionais de enfermagem são considerados como os que mais ouvem os seus pacientes, deste modo, também assumem um papel de orientadores e são responsáveis diretos na mudança comportamental destes pacientes. As estratégias utilizadas por enfermeiras em pré e pós-consultas, servem para aumentar a eficácia do atendimento ambulatorial, conduzindo a um maior índice de controle da pressão arterial no Programa Hiperdia”.
VALLE et. al, (2015, p.8159)	“[...] a meta do cuidado de enfermagem para os pacientes hipertensos tem como foco a redução e controle dos níveis pressóricos, sem efeitos adversos ou custos indevidos. Para tanto, a enfermagem deve orientar e apoiar o paciente ao máximo para que ocorram as mudanças necessárias”.
CARVALHO (2012, p.33)	“[...] é função do enfermeiro, além de capacitar sua equipe de técnicos de enfermagem na execução das atividades, realizar consultas de enfermagem, identificar fatores de risco e de adesão, além de possíveis intercorrências no tratamento e encaminhar ao médico quando necessário. Dentro desse contexto, ressaltamos que a função do enfermeiro no cuidado ao paciente, através da consulta de enfermagem objetiva estender os conhecimentos do paciente acerca da HAS e DM, conscientizando-o da importância da mudança de comportamentos e atitudes a fim de proporcionar uma melhor convivência no seio familiar e no contexto social”.

Quadro 1 – Distribuição dos artigos científicos, quanto à atuação do enfermeiro no Programa Hiperdia.

Fonte: Sardinha et.al, 2019.

A atuação do enfermeiro no Programa Hiperdia possui relevância no tratamento dos usuários da Atenção Básica, uma vez que, na consulta de enfermagem é possível abordar os fatores de risco para HAS e DM, bem como, as possíveis intercorrências. Também é um momento oportuno para a introdução de práticas educativas visando o autocuidado (SILVA et. al, 2016).

De acordo com o MS, “a consulta de enfermagem está ligada ao processo educativo e deve motivar a pessoa em relação aos cuidados necessários para a manutenção da sua saúde” (BRASIL, 2013a, p.36).

Isto representa um importante estímulo a adesão das ações de atenção básica de fundamental importância no acompanhamento da pressão arterial limítrofe e da hipertensão arterial, pois consegue pactuar metas e planos de como seguir o cuidado. Nesse sentido, o objetivo é trabalhar o processo de educação em saúde, para prevenção primária, por meio do estímulo e da adoção de hábitos saudáveis de vida, além de avaliar e estratificar o risco para doenças cardiovasculares (BRASIL, 2013a).

O Quadro 2 apresenta as atribuições dos profissionais enfermeiros no Programa Hiperdia.

ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO
Acolhimento.
Realizar rastreamento de pacientes portadores de HAS e/ou DM.
Realizar cadastramento no Programa Hiperdia.
Verificar o comparecimento dos usuários às consultas na UBS.
Realizar consultas de enfermagem e solicitar exames de acompanhamento.
Verificar níveis de PA, glicemia, peso, estatura, circunferência abdominal.
Realizar a classificação do risco cardiovascular através da Escala de Framingham.
Observar a presença de complicações e sequelas.
Estabelecer estratégias que favoreçam a adesão ao tratamento.
Transcrever a medicação de indivíduos controlados e sem intercorrências.
Encaminhamento às consultas médicas e aos serviços de referência (se necessário).
Orientar sobre os fatores de risco da HAS e DM.
Orientar sobre automonitorização da glicemia, PA e aplicação da insulina.
Orientar sobre a realização dos exames solicitados.
Estimular o paciente a seguir orientações alimentares e de exercício físico.
Estimular o paciente a abandonar ou reduzir o tabagismo e o consumo de álcool.
Fazer registros em cartões de aprazamento.
Registrar dados do atendimento em prontuários e fichas específicas.
Inspecionar tensiómetros e glicosímetros e solicitar manutenção (se necessário).
Controlar o estoque de medicamentos do programa Hiperdia e solicitar reposição.
Organizar a participação de toda a equipe no tratamento do doente.
Capacitar auxiliares/técnicos de enfermagem e ACS.
Avaliar a qualidade do cuidado prestado e planejar atividades de educação em saúde.

Quadro 2 – Atribuições do enfermeiro preconizadas para o Programa Hiperdia na Atenção Básica.

Fonte: Brasil, 2002.

Podemos observar a importância da atuação do enfermeiro no Programa Hiperdia, seja no rastreamento e cadastramento, seja na consulta de enfermagem ou no planejamento de atividades de educação em saúde para os técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e pacientes, entre outras atribuições. O enfermeiro, enquanto membro da equipe interdisciplinar da ESF contribui, com o seu conhecimento, para uma melhor qualidade de vida dos usuários do programa.

AUTORES/ANO	RESPOSTA AO OBJETIVO DA PESQUISA
SILVA et. al, (2014, p.2544-45)	"[...] constatou-se que as equipes da ESF não realizavam periodicamente estratégias para o diagnóstico precoce da HAS na população. Em relação ao atendimento realizado junto aos pacientes do programa Hiperdia, evidenciou-se que a maioria das equipes (93,6%) não utilizava a Escala de Framingham para a classificação de risco e nem direcionava a terapêutica conforme este risco. A Escala de Framingham é apontada pelo Ministério da Saúde como imprescindível para a tomada da decisão terapêutica, uma vez que, a partir da identificação de risco, são recomendadas medidas adequadas sobre os hábitos de vida tais como: alimentação saudável, interrupção do tabagismo, alcoolismo e sedentarismo. Nos casos de risco elevado, os profissionais de saúde também devem considerar a classificação para definir o tratamento medicamentoso".
RADIGONDA et. al, (2016, p.118)	"[...] na avaliação da consulta de enfermagem, todos os indicadores apresentaram resultados críticos. Somente em 1,5% dos prontuários dos pacientes portadores de HAS e/ou DM, constava pelo menos um registro da Escala de Risco de Framingham nos últimos 12 meses; e desses, apenas um prontuário apresentou número adequado de consulta, de acordo com o risco cardiovascular individual detectado por meio desta escala".
CAMPOS (2011, p.01)	"[...] a Escala de Risco de Framingham existe há 50 anos. Mas, o grande desafio é utilizá-la nas unidades básicas de saúde, com base nas necessidades de cada paciente. Atualmente, marcam-se consultas mensais, simplesmente pelo fato do paciente ser hipertenso e sem nenhum outro critério adequado. É importante sensibilizar e mostrar a importância desta ferramenta para os profissionais de saúde mediante evidências científicas. Em seguida, devemos proporcionar oficinas para ajudar os que ainda enfrentam dificuldades para gerar a classificação de risco e só em um terceiro momento, devemos utilizá-la como base para organizar o atendimento no Hiperdia com finalidade de avaliação do risco coletivo, coisa que as equipes do Saúde da Família, hoje, não têm condições de fazer. Assim, cada unidade poderá criar seu próprio plano de ação, levando em consideração as características de sua população hipertensa e/ou diabética, bem como, a prevalência do tabagismo e etilismo, obesidade, etc. Neste contexto, seriam criados grupos de tratamento direcionado para cada especificação".

Quadro 3 – Distribuição dos artigos científicos, quanto ao uso da Escala de Risco de Framingham na consulta de enfermagem direcionada para o Hiperdia.

Fonte: Sardinha et.al, 2019.

A Escala de Risco de Framingham (ERF) é uma ferramenta útil, de fácil aplicação e baixo custo. Sua aplicação é recomendável para a estratificação de risco cardiovascular dos indivíduos com pressão arterial limítrofe. Na primeira etapa desse processo, são coletadas informações sobre fatores de risco prévios e sua classificação (riscos baixo, médio e alto), permitindo uma abordagem preventiva, incluindo mudanças de hábitos de vida, alimentação saudável, abandono do tabagismo, etilismo e prática de atividades físicas, além de enfatizar o autocuidado nas ações de educação em saúde (OLIVEIRA, FERREIRA e SANTOS, 2016).

O MS propõe a utilização desta escala para definir o prognóstico e a conduta na

abordagem dos pacientes cadastrados no Programa Hiperdia na ESF, que deverá ser realizada por enfermeiros. Dessa forma, durante a consulta de enfermagem será aplicada a ERF para avaliação de risco aos pacientes que tiverem exames realizados há pelos menos no últimos três meses e apresentar mais de um fator de risco (tabagismo, obesidade, sedentarismo, raça negra, entre outros). Para os que não possuem exame, o enfermeiro deve solicitar os exames preconizados (lipidograma e glicose de jejum). A classificação deverá constar no prontuário do paciente, facilitando a visualização da equipe interdisciplinar (BRASIL, 2010).

ERF	HOMENS	MULHERES
Idade (em anos)		
<34	-1	-9
35–39	0	-4
40–44	1	0
45–49	2	3
50–54	3	6
55–59	4	7
60–64	5	8
65–69	6	8
70–74	7	8
Colesterol Total (mg/dL)		
<160	-3	-2
169–199	0	0
200–239	1	1
240–279	2	2
>280	3	3
HDL Colesterol (mg/dL)		
<35	2	5
35–44	1	2
45–49	0	1
50–59	0	0
>60	-2	-3
Pressão Arterial Sistólica (mm Hg)		
< 120	0	-3
120–129	0	0
130–139	1	1
140–159	2	2
>160	3	3
Diabetes		
Não	0	0
Sim	2	4
Tabagismo		
Não	0	0
Sim	2	2

Quadro 4 – Escala de Risco de Framingham para doença cardiovascular proposto pelo Ministério da Saúde, em conformidade com a American Heart Association.

Fonte: Brasil, 2010.

Conforme preconiza o MS, o cálculo do risco absoluto de doenças

cardiovasculares em 10 anos para homens considera o número total de pontos obtido na ERF, conforme a seguir: menor ou igual a 4 pontos preconiza-se 1,0%; de 5 a 6 pontos 2,0%; 7 pontos correspondem a 3,0%; 8 pontos correspondem a 4,0%; 9 pontos equivalem a 5,0%; 10 pontos equivalem a 6,0%; 11 pontos preconiza-se 8,0%; de 12 pontos 10,0%; 13 pontos correspondem a 12,0%; 14 pontos correspondem a 16,0%; 15 pontos equivalem a 20,0%; 16 pontos correspondem a 25,0%; e 17 pontos ou mais se atribui o percentual de 30,0% (BRASIL, 2010).

No que concerne às mulheres, o cálculo do risco absoluto de doenças cardiovasculares em 10 anos também considera o número total de pontos obtido na ERF. Neste sentido, menor ou igual a 12 pontos preconiza-se 1,0%; de 13 a 14 pontos 2,0%; 15 pontos correspondem a 3,0%; 16 pontos correspondem a 4,0%; 17 pontos equivalem a 5,0%; 18 pontos equivalem a 6,0%; 19 pontos preconiza-se 8,0%; de 20 pontos 11,0%; 21 pontos correspondem a 14,0%; 22 pontos equivalem a 17,0%; 23 pontos equivalem a 22,0%; 24 pontos correspondem a 27,0%; e 25 pontos ou mais se atribui o percentual de 30,0% (BRASIL, 2010).

Neste contexto, os pacientes devem ser classificados em Baixo Risco (BR), Médio Risco (MR) e Alto Risco (AR) de desenvolver algum evento cardiovascular em 10 anos. BR representa os indivíduos com risco menor ou igual a 9,0%; MR os pacientes com risco entre 10,0% e 20,0% e; AR os pacientes com risco superior a 20,0% (BRASIL, 2010).

Observamos que a ERF é uma ferramenta importante na prevenção de doenças cardiovasculares. Porém, a maioria dos enfermeiros não a utiliza durante a consulta enfermagem para rastreamento direcionada ao Programa Hiperdia, o que gera dificuldade no cumprimento dos protocolos preconizados pelo MS.

Infelizmente, poucos enfermeiros conhecem e aplicam a ERF na Atenção Básica, o que ressalta a necessidade da realização de ações de educação permanente destes profissionais da saúde, para o manejo do Hiperdia. O quadro abaixo apresenta os principais fatores que dificultam a atuação do enfermeiro no manejo do Hiperdia.

AUTORES/ANO	RESPOSTA AO OBJETIVO DA PESQUISA
CARVALHO et. al, (2012, p.1889-90)	“[...] O enfermeiro, além de realizar consultas, ações de educação em saúde e supervisão do trabalho dos técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, acatou a responsabilidade pelo gerenciamento de materiais e insumos necessários para desenvolver tanto o seu trabalho como os dos outros membros da ESF. Deste modo, o enfermeiro é o profissional com maior responsabilidade na UBS. O que dificulta o trabalho do enfermeiro é a grande responsabilidade de fazer funcionar a ESF e com tanta responsabilidade, não há um atendimento de qualidade, já que a consulta mais procurada é do Hiperdia. Na maioria dos casos, o profissional enfermeiro não tem como acompanhar, orientar e intervir de modo efetivo. Muitas vezes a consulta de enfermagem é realizada sem anotar, prescrever ou transcrever medicamentos e até mesmo cadastrar novos usuários, ficando estas ações para momento posterior a consulta.”
SANTOS et. al, (2011, p.26-27)	“[...] outro fator limitante para a qualidade do atendimento aos pacientes cadastrados no Programa Hiperdia está associado à estrutura da UBS. A precariedade da estrutura física local, como consultórios adaptados em espaços apertados. Além da recorrente falta de medicamentos e as más condições de trabalho. Os profissionais atendem aos usuários do Hiperdia em más condições de trabalho, precariedade de suporte logístico, limitando sua ação interdisciplinar e integral”.
FERNANDEZ et. al, (2016, p. 7-8)	“[...] por outro lado, constatamos que a prática oferecida pelos profissionais enfermeiros aos usuários do Hiperdia limitava-se ao formato de consultas. Não há planejamento estratégico de ações de educação em saúde, visitas domiciliares, atendimento em grupo ou qualquer outro tipo de ação que ultrapassasse os limites dos consultórios. A atuação do enfermeiro pauta-se na oferta de consultas e as orientações para controle da doença, envolvendo tanto o tratamento medicamentoso quanto o não medicamentoso, são repassadas de forma genérica e individual, transparecendo um atendimento em série, para dar conta da grande demanda de atribuições enquanto membro da equipe interdisciplinar da ESF.”

Quadro 5 – Distribuição dos artigos científicos, quanto aos fatores que dificultam a atuação do enfermeiro no manejo do Hiperdia.

Fonte: Sardinha et.al, 2019.

Fernandez et. al, (2016) também destacam que entre as dificuldades mencionadas no manejo do Programa Hiperdia pelos enfermeiros, encontram-se a alta demanda de usuários dos serviços de Atenção Básica e a descrença da população no profissional enfermeiro, que prioriza o atendimento realizado pelo médico da equipe da ESF.

De acordo com Duarte et al. (2010), o abandono de tratamento e/ou dificuldades de adesão no Programa Hiperdia evidenciam pontos que denunciam lacunas no acesso dos pacientes cadastrados à informação e aos serviços de saúde.

Nesse sentido, há um consenso na literatura de que as maiores dificuldades para implementação do Programa Hiperdia está relacionada às práticas assistenciais e organização da assistência, as quais envolvem o trabalho das equipes da ESF e de cada profissional, especialmente do enfermeiro, pela sobrecarga de atribuições,

interferindo de forma negativa o acesso, adesão e a continuidade do tratamento.

4 | CONCLUSÃO

Diante do contexto apresentado nesta pesquisa, o Hiperdia precisa desenvolver ações mais eficazes no controle das DANT como a HAS e DM, o que representa um desafio à atuação dos profissionais da equipe da ESF, em especial, os enfermeiros.

A precarização do Programa Hiperdia e o modelo de atenção vigente, baseado em ações pontuais e fragmentadas limitam o cuidado. Além disso, a atuação dos enfermeiros não atende o padrão assistencial estabelecido nos protocolos do Ministério da Saúde. Por isso, é necessário incorporar a prática avaliativa na Atenção Básica, incluído o monitoramento dos indicadores de desempenho de cada equipe da ESF, com destaque para o acompanhamento das DANT, entre as quais o DM e HAS e; finalmente, implementar ações de educação permanente a esses profissionais.

REFERÊNCIAS

- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de Operação Hiperdia - Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: DF, 2007.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência**. Brasília, 2008.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento**. Brasília. (Cadernos de Atenção Básica, n. 29), 2010.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37), 2013a.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36), 2013b.
- BRUNNER, L.S.; SUDDARTH, D.S. **Tratado de Enfermagem: Medico-Cirúrgica**. 13 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2016.
- CARVALHO, A.L.M.; LEOPOLDINO, R.W.D.; SILVA, J.E.G.; CUNHA, C.P. **Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI)**. Rev. Ciência e Saúde Coletiva, v.17, n.7, p.1885-1892, jul. 2012.
- CARVALHO, C.G. **Assistência de enfermagem aos portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus: educação em saúde no grupo Hiperdia**. Rev. E-Scientia, v.5, n.1, p.39-46, jul. 2012. Disponível em: <www.unibh.br/revistas/escientia>. Acesso: 13 mai. 2019.

CAMPOS, M.V. **Escore de Framingham como elemento para estratificar risco e orientar o agendamento no Hiperdia.** Acontece Comunicação e Notícias [online]. 2011, Disponível em: <www.acontecenoticias.com.br>. Acesso: 18 abr. 2019.

DATASUS, Ministério da Saúde. Departamento de informática do SUS. Informações de Saúde. **Hipedia.** 2015. Disponível em: <<http://hiperdia.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 28 jun. de 2019.

DUARTE, M.T.C. et, al. **Motivos do abandono do segmento médico no cuidado a portadores de hipertensão arterial: a perspectiva do sujeito.** Rev. Ciência e Saúde Coletiva, v.15, n.5, p.2603-2610, 2010.

DUNCAN, B.B.; CHOR, D.; AQUINO, D.E.M.L.; BENENOR, I.M.; MILL, J.G.; SCHMIDT, M.I.; LOTUFO, P.A.; VIGO, A.; BARRETO, S.M. **Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação.** Rev. Saúde Pública. 46 (Supl), p.126-34, 2012.

FERNANDEZ, D.L.R.; ISSE-POLLARO, S.H.; TAKASE-GONÇALVES, L.H. **Programa Hiperdia e suas repercussões sobre os usuários.** Rev. Baiana de Enfermagem, v.30, n.2, p1-11, jul./set. 2016.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família,** jun. 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf>. Acesso em: Acesso: 09 abr. 2019.

NAUDERER, T.M.; LIMA, M.A.D.S. **Práticas de enfermeiros em unidades básicas de saúde em município do sul do Brasil.** Rev Latino-Am Enfermagem. v.16, n.5, p. 47-54, 2011.

OLIVEIRA, A.C.M.; FERREIRA, R.C.; SANTOS, A.A. Avaliação do risco cardiovascular segundo escore de Framingham e obesidade abdominal em indivíduos atendidos por uma clínica escola de nutrição. Rev. Assoc. Med. Bras., v.62, n.2, p.138-144, abr. 2016.

RADIGONDA, B.; SOUZA, R.K.T.; JUNIOR, L.C.; SILVA, A.M.R. **Avaliação do acompanhamento de pacientes adultos com hipertensão arterial e/ou diabetes melitus pela Estratégia Saúde da Família e identificação de fatores associados.** Rev. Epidemiol. Serv. Saúde, v.25, n.1, p.115-126, jan./mar. 2016.

ROTHER, E.T. **Revisão sistemática x revisão narrativa.** Rev. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v.20, n.2, p.05-06, jun. 2007.

SANTOS, J.C.; MOREIRA, T.M.M. **Fatores de risco e complicações em hipertensos/diabéticos de uma região sanitária do nordeste brasileiro.** Rev. Esc Enferm USP, v.46, n.5, p. 1.125 -1.132, 2012.

SANTOS, L.V.B.; BORGES, C.J.; ARAÚJO, M.A.; SOUZA, P.R. **Principais desafios enfrentados pelos enfermeiros em relação às prescrições de medicamentos no Hiperdia.** Cadernos de Estudos e Pesquisas, v.15, n.33, p. 21-28, jun. 2011.

SBC, Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arquivo Brasileiro de Cardiologia.** v.95, n.1, p.1-51, 2010. Disponível em: <<http://publicacoes.cardiol.br>>. Acesso: 21 jun. 2019.

SILVA, C.M.C.; MENEGHIM, M.C.; PEREIRA, A.C.; MIALHE, F.L. **Health education: a historical reflection of its practices.** Rev. Cienc Saude Coletiva [Internet], v.15, n.5, p. 2539-50, out. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a28.pdf>>. Acesso: 29 abr. 2019.

SILVA, M.G.; MONTEIRO, J.G.; FARIA, O.O.; MELO, G.T; FEITOZA, S.M.S. **Hipedia: a importância da consulta de enfermagem,** jun. 2013. Disponível em: <http://www.abeneventos.com.br/anais_senpe/17senpe/pdf/1229po.pdf>. Acesso: 28 mai. 2019.

SILVA, R.L.D.T; BARRETO, M.S.; ARRUDA, G.O.; MARCON, S.S. **Avaliação da implantação do programa de assistência às pessoas com hipertensão arterial.** Rev. Bras Enferm, v.69, n.1, p. 79-87, jan./fev. 2016.

VALLE, W.A.C.; BRAGA, A.L.S.; ANDRADE, M.; MACHADO, M.E.D.; SOUZA, D.F.; ALOI, A.P. **Consulta de enfermagem: uma estratégia de reestruturação do Programa Hiperdia.** Journal Nursing, v.9, n.6, p. 8155-64, jun. 2015.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. **The integrative review: updated methodology.** Journal of advanced nursing, v.52, n.5, p. 546-53, dez. 2005.

A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E OS ASPECTOS DA ATUAÇÃO NA ATENÇÃO DOMICILIAR: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 26/11/2019

Jéssica Fernanda Corrêa Cordeiro

Departamento de Enfermagem Geral e Especializada, Enfermagem Fundamental, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo.

Silvia Rita Maria da Silva Canini

Departamento de Enfermagem Geral e Especializada, Enfermagem Fundamental, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo.

Érika do Carmo Bertazone

Universidade de Ribeirão Preto, Urgência e Emergência e Terapia Intensiva. Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, São Paulo.

integrativa, que buscou artigos científicos publicados entre dezembro 2018 a abril de 2019, nas bases BVS, BDENF, LILACS, na biblioteca virtual Scielo e PubMed. A avaliação foi realizada pelos critérios de inclusão e análise dos resumos que respondessem como é a assistência da equipe de enfermagem e os distintos aspectos da atuação na atenção domiciliar no Brasil? Resultados: A amostra foi composta por dez artigos dos quais foram possíveis identificar três categorias – “descrever como é a atuação da equipe de enfermagem na Atenção Domiciliar”, “apontar as situações de risco de acidente na atuação da equipe de enfermagem na assistência domiciliar” e “características dos serviços de Atenção Domiciliar”. Conclusões: A atenção domiciliar é uma modalidade que gera desospitalização, redução de custo e integralidade do cuidado e a equipe de enfermagem é a mais atuante nessa categoria e precisa de maior preocupação a respeito do risco ocupacional.

PALAVRAS-CHAVE: Serviços de Assistência Domiciliar; Assistência Domiciliar; Equipe de Enfermagem; Riscos Ocupacionais.

ABSTRACT: Introduction: Home care is an expanding model in Brazil characterized by a set of promotion, prevention, treatment and

RESUMO: Introdução: A atenção domiciliar é um modelo em expansão no Brasil, caracterizada por um conjunto de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. A equipe de enfermagem é a mais presente nas visitas e pouco se conhece sobre sua atuação, risco de acidente e característica desse nível de atenção. Objetivo: Identificar a produção científica acerca da assistência da equipe de enfermagem e os distintos aspectos da atuação na atenção domiciliar no Brasil. Método: Revisão

rehabilitation actions. The nurse team is the most present health professionals during the visits and currently there are little information about their performance, risk of accident and characteristic of this level of attention. Objective: To identify the scientific production about nursing team care and the different aspects of home care practice in Brazil. Method: Integrative review, which investigated scientific articles published from December 2018 to April 2019, at the BVS, BDENF, LILACS databases, and at Scielo and PubMed virtual library. The evaluation was performed by the inclusion criteria and analysis of the abstracts that answered how is the nursing team assistance and the different aspects of home care performance in Brazil? Results: The sample consisted of ten articles from which it was possible to identify three categories - “describe how the nursing team acts in Home Care”, “point out the accident risk situations in the nursing team’s performance in home care” and “characteristics of home care services”. Conclusions: Home care is a modality that generates hospitalization, cost reduction and comprehensive care, and the nursing team is the most active health professional in this category and needs greater concern about occupational risk.

KEYWORDS: Home care services; Home care; Nursing team; Occupational Risks.

1 | INTRODUÇÃO

A Atenção Domiciliar (AD), segundo a Portaria nº 2.527, de outubro de 2011, estabelece uma modalidade de atenção à saúde complementar ou substitutiva, caracterizada por um conjunto de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde, com continuidade do cuidado e integrada às Redes de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2011).

Essa modalidade de atenção está disponível no Sistema Único de Saúde (SUS), quando o paciente precisa ser visitado com menos frequência e já está mais estável, o cuidado pode ser desenvolvido pelas equipes da Saúde da Família/Atenção Básica de referência do paciente. Já nos casos mais complexos são acompanhados por Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e equipe de Apoio do Serviço de Atenção Domiciliar (EMAP) (BRASIL, 2016).

Segundo o manual de AD, essa modalidade de atenção tem como princípios a diminuição do risco de infecção para os pacientes, a redução das hospitalizações, melhora do uso de recursos e diminuição da demanda nos serviços de urgência e emergência. Como eixo central estão a “desospitalização”, proporcionando diminuição de intercorrências clínicas, de infecções hospitalares, em especial para os idosos que, no momento, é o maior público do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) (BRASIL, 2016).

Dentre os profissionais atuantes na AD, a equipe de enfermagem é a mais presente nas visitas e corresponde ao maior número de atividades realizadas.

Bonfim et al. (2015) por meio de um estudo metodológico, construíram e validaram um instrumento com intervenções e atividades realizadas pela equipe de saúde da família com o objetivo de mensurar a carga de trabalho dos profissionais da área da saúde que atuavam nas unidades de saúde da família e confirmaram que a maioria das atividades e intervenções desenvolvidas foram de responsabilidade da equipe de enfermagem.

Por se tratar de uma nova modalidade de assistência à saúde, pouco se conhece sobre os riscos ocupacionais inerentes a essa prática profissional. Estudo realizado nos Estados Unidos apontou que o cenário da assistência domiciliar oferece diversas situações de risco adicionais para ocorrência de acidentes ocupacionais, dentre eles a iluminação inadequada, a presença de pessoas drogadas ou alcoolizadas, a presença de animais domésticos, além de o acesso limitado ao Equipamento de Proteção Individual (EPI) e a falta de recipientes apropriados para o descarte de objetos perfurocortantes (GERSHON et al., 2009).

O ambiente de trabalho, na área da saúde, oferece diferentes e variados riscos aos profissionais de saúde e a equipe de enfermagem é a mais suscetível ao risco biológico (VIEIRA; PADILHA; PINHEIRO, 2011). Apesar de haver poucas publicações sobre acidentes ocupacionais com trabalhadores que atuam no SAD já foi documentada acidente na atenção domiciliar (BELTRAMI et al., 2003).

Em relação aos acidentes ocupacionais nesse cenário de assistência, ainda há escassez de estudos. Gershon (2009) apontou que no cenário da AD, nos Estados Unidos, fatores distintos foram contribuintes para a ocorrência de acidentes como a iluminação inadequada, desorganização do ambiente, presença de pessoas drogadas ou alcoolizadas, presença de animais domésticos, acesso limitado a EPI e falta de recipientes para o descarte de objetos perfurocortantes.

Apesar de a maioria dos estudos sobre acidentes ocupacionais com material biológico potencialmente contaminado ainda ser conduzido em instituições hospitalares (CANINI et al., 2008; GUILARDE et al., 2010; KASATPIBAL et al., 2016), nos últimos anos, observou-se um incremento de pesquisas em outras áreas de atuação da equipe de saúde como por exemplo no atendimento pré-hospitalar (TIPPLE et al., 2013; JULIO; FILARDI; MARZIALE, 2014) e mais recentemente na AD (FEIJÃO; MARTINS; MARQUES, 2011; FIGUEIREDO; MAROLDI, 2012; NERY et al., 2018). Assim, torna-se oportuna a realização de uma revisão integrativa para agrupar os estudos sobre o presente tema, identificando os distintos aspectos vivenciados pela equipe de enfermagem nessa nova modalidade de atenção no Brasil.

Considerando-se que a AD é uma modalidade de assistência diferente da hospitalar, retratar o que a literatura aponta sobre suas potencialidades e dificuldades. Ressaltando que a equipe de enfermagem está exposta a diversas

situações de risco e essa categoria é a responsável pela maioria das atividades realizadas. Julgou-se oportuna a realização dessa revisão integrativa, a fim de responder: como é a assistência da equipe de enfermagem e os distintos aspectos da atuação na atenção domiciliar no Brasil?

Neste sentido, para responder a essa pergunta norteadora, este estudo teve por objetivo identificar a produção científica acerca da assistência da equipe de enfermagem e os distintos aspectos da atuação na atenção domiciliar no Brasil.

2 | METODOLOGIA

2.1 Natureza do estudo

Optou-se por uma revisão integrativa da literatura, que consiste em um método de pesquisa para a realização da síntese do conhecimento produzido sobre um determinado tema, cujo objetivo é reunir e sintetizar resultados anteriores, a fim de elaborar uma explicação sobre a questão previamente estabelecida (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Revisão integrativa a partir de seis etapas, a saber: a primeira, a identificação do problema; a segunda, a busca da literatura; a terceira, a avaliação dos estudos encontrados; a quarta, a seleção dos estudos relevantes; a quinta, a apresentação dos resultados e a sexta, a síntese dos estudos com as evidências encontradas (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

2.2 Questão norteadora

A questão norteadora que baseará a pesquisa é: como é a assistência da equipe de enfermagem e os distintos aspectos da atuação na atenção domiciliar no Brasil?

2.3 Busca

Os artigos foram identificados por busca bibliográfica realizada no período de dezembro de 2018 a abril de 2019. A busca pela literatura foi realizada por meio de descritores DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) “serviços de assistência domiciliar” e “assistência domiciliar”, que foram combinados individualmente por meio do conector AND com “equipe de enfermagem” AND “riscos ocupacionais”, indexados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), na Base de Dados da Enfermagem (BDENF) na Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e no Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), consultada por meio do PubMed. Definindo assim, as seguintes palavras chaves: Serviços de

Assistência Domiciliar; Assistência Domiciliar; Equipe de Enfermagem. e Riscos Ocupacionais.

2.4 Coleta dos dados

A busca por artigos sobre o tema nas bases de dados resultou 3 na BVS, 3 no LILACS, 3 no BDENF, na base de dados Scielo retornou 14 artigos e no Pubmed inicialmente 2452 artigos, depois da filtragem foi para 294 depois artigos disponíveis na íntegra 64. Desses, 87 artigos foram excluídos os duplicados, os que não respondiam ao tema e os que não foram realizados no Brasil, somando 10 artigos que foram utilizados para responder à questão norteadora e, portanto, constituíram a amostra final desta revisão.

2.5 Análise dos dados

A análise dos artigos foi realizada por meio de tabulação em forma de tabelas com seguintes informações: autor, título do artigo, estado, objetivo, método/amostra, resultados encontrados e característica do serviço. A apresentação dos resultados foi realizada por meio da discussão dos achados relevantes que possibilitou, aos autores, a realização da análise crítica dos estudos e a inclusão de temas relevantes à pesquisa.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A busca por artigos sobre o tema nas bases de dados resultou 3 na BVS, 3 no LILACS, 3 no BDENF, na base de dados Scielo retornou 14 artigos e no Pubmed inicialmente 2452 artigos, depois da filtragem foi para 294 depois artigos disponíveis na íntegra 64. Desses, 87 artigos após a leitura na íntegra, foram excluídos os duplicados, os que não respondiam ao tema e os que não foram realizados no Brasil, somando 10 artigos que constam nos quadros 1 e 2.

A partir da análise dos artigos selecionados, segundo o ano variou de 2004 a 2017, sendo que três estudos foram realizados na cidade de Ribeirão Preto (Quadro 1).

Nº	Autor/Ano	Título do artigo	País/ Estado	Objetivos
1	FABRÍCIO, S. C. C.; WEHBE, G.; NASSUR, F. B.; ANDRADE, J. I. 2004	Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista.	Brasil/ Ribeirão Preto - SP	Transmitir a experiência do serviço de assistência domiciliar do Hospital São Francisco (HSF), apresentando os resultados de 12 meses de atividades.

2	MARQUES, G. Q.; FREITAS, I. B. A. 2009	Experiência-piloto de assistência domiciliar: idosos acamados de uma Unidade Básica de Saúde, Porto Alegre, Brasil.	Brasil/ Porto Alegre - RS	Descrever o processo de desenvolvimento do projeto-piloto de assistência a idosos acamados.
3	FIGUEIREDO, R. M.; MAROLDI, M. A. C. 2012	Internação domiciliar: risco de exposição biológica para a equipe de saúde.	Brasil/ São Carlos, SP	Caracterizar as ações que envolvam possível contato com material biológico, realizadas no Serviço de Internação Domiciliar e identificar os riscos de exposição a microorganismos envolvidos nessa prática.
4	OLIVEIRA, S. G.; QUINTANA, A. M.; DENARDIN-BUDÓ, M. L.; MORAES, N. A.; LÜDTKE, M. F.; CASSEL, P. A. 2012	Internação domiciliar do paciente terminal: o olhar do cuidador familiar.	Brasil/Pelotas - RS	Conhecer as relações entre paciente, cuidadores familiares e equipe de saúde, na internação domiciliar, sob o olhar do cuidador familiar.
5	OLIVEIRA, S.G; QUINTANA, A. M.; BUDÓ, M. L. D.; KRUSE, M. H. L.; BEUTER, M. 2012	Internação domiciliar e internação hospitalar: Semelhanças e diferenças no olhar do cuidador familiar.	Brasil/Santa Maria - RS	Descrever como o cuidador familiar constrói as representações sociais da internação domiciliar na terminalidade, em relação à internação hospitalar.
6	BÔAS, M. L. C. V.; SHIMIZU, H. E.; SANCHES, M. N. 2016	Tempo gasto por equipe multiprofissional em assistência domiciliar: subsídio para dimensionar pessoal.	Brasil/ Brasília-DF	Analizar o tempo gasto por equipe multiprofissional de saúde no cuidado aos pacientes em assistência domiciliar.
7	CORDEIRO, J. F. C.; ALVES, A. P.; CHAYAMITI, E. M. P. C.; MIRANDA, D. O.; GIR, E.; CANINI, S. R. M. S. 2016	Acidentes ocupacionais com profissionais de enfermagem de um serviço de atenção domiciliar do interior paulista.	Brasil/ Ribeirão Preto - SP	Identificar e caracterizar os acidentes com material biológico relatado por profissionais de enfermagem de um serviço de atenção domiciliar do interior paulista.
8	CORDEIRO, J. F. C.; ALVES, A. P.; GIR, E.; MIRANDA, D.O.; CANINI, S. R. M. S. 2016	Uso de equipamento de proteção individual em um serviço de atenção domiciliar.	Ribeirão Preto - SP	Identificar o uso de Equipamento de Proteção Individual, dispositivos de segurança, descarte de materiais perfurocortantes e fatores que dificultam e/ ou facilitam o seu uso por profissionais da equipe de enfermagem.

9	VILLAS BÔAS M. L. C; SHIMIZU H. E; SANCHES M. N. 2016	Elaboração de instrumento de classificação de complexidade assistencial de pacientes em atenção domiciliar.	Brasil/ Brasília - DF	Elaborar e validar instrumento de classificação de complexidade assistencial de pacientes em atenção domiciliar de um serviço público de saúde.
10	OLIVEIRA, S. G.; KRUSE, M. H. L. 2017	Melhor em casa: dispositivo de segurança.	Brasil/Porto Alegre-RP	Problematizar a atenção domiciliar como dispositivo de segurança, proposta pelo Programa Melhor em Casa, para conhecer os saberes e as condições de possibilidade que sustentam sua rede discursiva.

Quadro 1. Distribuição das referências incluídas na revisão integrativa de acordo com os autores, ano, título do artigo, estado e objetivos. Ribeirão Preto, SP, 2019.

Quanto à natureza dos estudos (Quadro 2), sete artigos tinham delineamento de pesquisa quantitativa e três de natureza qualitativa. Sendo só um estudo realizado em instituição privada e o restante na pública.

Nº	Tipo de estudo/ Amostra	Resultados	Característica do serviço
1	Análise de arquivos eletrônicos utilizou-se estatística descritiva.	O serviço prestou atendimento, em sua maioria, a mulheres (57%), com idade predominantemente entre 70-80 anos (30%), com diagnóstico prevalente de doença neurológica (27%) e neoplasias (17%).	Privado
2	Estudo compõe-se de uma fase descritiva e de uma abordagem qualitativa da temática.	A pesquisa teve características descritivas e avaliativas. Foram revisadas as fichas cadastrais e os prontuários dos pacientes atendidos, assim como os registros de avaliação do projeto.	Público
3	Estudo exploratório e prospectivo, de abordagem quantitativa que visou caracterizar as ações que envolviam risco biológico durante o atendimento de profissionais no Serviço de Internação Domiciliar.	Foram observados 347 procedimentos sendo que, entre os com risco de exposição biológica, foram identificados curativos (31,1%), glicemia capilar (14,4%) e acesso vascular (3,1%). A ocorrência de adesão à higienização prévia das mãos foi de 21,5%, 66,3% no uso de luvas e de 83,5% no descarte adequado do perfurocortante.	Público
4	Trata-se de um estudo qualitativo com 11 cuidadores familiares de doentes terminais.	Foram construídas três categorias: relações entre cuidador familiar, paciente e equipe de saúde; consciência da terminalidade do paciente: o olhar do cuidador; e situação de terminalidade ocultada ao paciente.	Público

5	Tratou-se de um estudo qualitativo com 11 cuidadores familiares de doentes terminais.	A partir da análise de conteúdo, construíram-se duas categorias: internação domiciliar: potencialidades, facilidades e fragilidades; e internação domiciliar e internação hospitalar: semelhanças e diferenças.	Público
6	Exploratório e descritivo, que incluiu 214 pacientes. Após a definição dos principais procedimentos, os mesmos foram cronometrados por observadores treinados, que coletaram os dados em 2009 e 2010. Houve a observação de 245 visitas domiciliares e 441 procedimentos.	Dos procedimentos categorizados como assistência direta, destacou-se o tempo gasto pela equipe de enfermagem que foi de 30,2h, seguido por 11,9h gastas pelo fisioterapeuta, 9,4h pelo nutricionista e 8,9h pelo médico; e como assistência indireta, representada pelo deslocamento da equipe e orientação ao cuidador, família e/ou paciente, verificou-se que foram gastos 65,3h e 20,3h, respectivamente.	Público
7	Estudo de corte transversal/ 30 profissionais de enfermagem que compunham a equipe coordenadora e equipes distritais do SAD.	Dos 28 profissionais que concordaram participar da pesquisa 12 (42,8%) relataram ter sofrido pelo menos um acidente com material biológico durante o exercício profissional no serviço. A maioria das exposições foi percutânea (91,7%), o sangue foi o fluido mais frequentemente envolvido (75%). Em relação ao procedimento, 75% dos indivíduos estava administrando medicamento no momento do acidente e 50% admitiu que estava reencapando agulhas ocas.	Público
8	Um estudo transversal conduzido num Serviço de Atenção Domiciliar do interior paulista.	A população foi composta por 45 participantes e todos relataram usar Equipamento de Proteção Individual, sendo que 100% referiram usar luvas e os procedimentos frequentes para o uso foram curativos e administração de medicamentos.	Público
9	Estudo de acurácia de diagnóstico, com estimativas de validade e de reprodutibilidade do instrumento.	Para o melhor ponto de corte, com o padrão ouro obteve-se sensibilidade de 75,5% com os limites do IC (95%) iguais a 68,3% e 82,8% e especificidade igual a 53,2% com os limites do IC (95%) iguais a 43,8% e 62,7%.	Público
10	Estudo de inspiração genealógica sobre a atenção domiciliar. O material empírico foi constituído por documentos legais sobre o tema, publicados no Diário Oficial	A análise dos documentos possibilitou organizar duas categorias analíticas “Do hospital para o domicílio” e “Atenção domiciliar: segurança para o paciente ou para o Estado”.	Público

Quadro 2. Distribuição das referências incluídas na revisão integrativa de acordo com o tipo de estudo, resultados e característica do serviço. Ribeirão Preto, SP, 2019.

Para a compilação dos dados e discussão foi dividido em três categorias, descritas subsequentes.

Categoria 1: Descrever como é a atuação da equipe de enfermagem na Atenção Domiciliar.

A atuação da equipe de enfermagem é ampla em qualquer nível de atenção e possui papel importante na assistência domiciliar, que por se tratar de uma

nova modalidade de atenção, pouco se conhece sobre a atuação nesse cenário. Em um estudo realizado no serviço de assistência domiciliar de uma entidade hospitalar privada nessa pesquisa a captação para inclusão do cliente é realizada por enfermeiras que, juntamente com o médico do cliente e família, estabelecem o plano de cuidado que será oferecido em casa. Possui, como critério de inclusão, ter indicação médica, ser acamado ou possuir dificuldade para deambulação, residir no município que está alocado o hospital, possuir cuidador apto para dar continuidade aos cuidados e comprometer-se em aderir totalmente ao tratamento proposto. Percebendo que além da parte assistencial que a enfermagem atua, também tem responsabilidades na gestão do serviço, a pesquisa apontou que as enfermeiras gerenciavam todo o atendimento, realizando planejamento do cuidado e solicitando avaliação de outros profissionais (FABRÍCIO et al., 2004).

A maioria das atividades realizadas no domicílio são de competência da equipe de enfermagem (CORDEIRO et al., 2016a), receber a equipe de enfermagem no domicílio tranquiliza os cuidadores familiares, garantindo um atendimento sem que o paciente se descoque em veículo próprio, também relatam que reduz a longa espera nos serviços de pronto atendimento, já que a AD gera uma referência ao paciente proporcionando melhores condições de acesso em sua própria residência (OLIVEIRA et al., 2012b).

Segundo estudo realizado em um hospital privado a frequência das visitas domiciliares foi estabelecida conforme necessidade do cliente, imposta por sua patologia e tratamento (FABRÍCIO et al., 2004). Já estudo realizado no serviço de atenção domiciliar, disponível no SUS, segue a portaria nº825, de 2016, dividindo o atendimento em AD1, AD2 e AD3 sendo essa categorizada de maior necessidade de visitas semanais (BRASIL, 2016; CORDEIRO et al., 2016a).

A realização de curativos no domicílio foi o procedimento mais realizado pela equipe de enfermagem (FABRÍCIO et al., 2004; CORDEIRO et al., 2016a; FIGUEIREDO; MAROLDI, 2012; VILLAS BÔAS; SHIMIZU; SANCHES, 2016). Dentre os outros procedimentos mais realizados observaram sinais vitais, glicemia capilar, aspiração de vias aéreas, coleta de sangue, antibioticoterapia, hidratação parenteral, monitoramento de pacientes em oxigenoterapia, lavagens intestinais, cuidados com traqueostomias e sondas (FABRÍCIO et al., 2004; FIGUEIREDO; MAROLDI, 2012; CORDEIRO et al., 2016a).

Estudos que evidenciaram sobre o tempo gasto na atenção domiciliar, mostraram que os profissionais da enfermagem correspondem a 50% do total da média de tempo despendido em assistência domiciliar, demonstrando uma complexidade assistencial aos pacientes (FABRÍCIO et al., 2004; VILLAS BÔAS; SHIMIZU; SANCHES, 2016). Ressalta-se que no atendimento domiciliar existe um tempo destinado a orientações aos pacientes e cuidadores, que segundo Villas

Bôas, Shimizu e Sanches (2016) corresponde de 13% a 45,5% do tempo total de assistência domiciliar.

Quanto aos EPI utilizados na atenção domiciliar pelos profissionais de enfermagem, um estudo que teve como objetivo identificar o uso de EPI na atenção domiciliar observou-se que o uso de EPI foi mais frequentemente relatado durante a realização de curativos, e nos procedimentos considerados de alto risco, como punções venosas e aspiração de vias aéreas, houve menor adesão ao uso dos EPI. Apesar dos profissionais relatarem que não houve dificuldades para utilizar os EPI e que se preocupam com sua própria segurança, observou-se que a adesão não foi integral (CORDEIRO et al., 2016b).

Categoria 2: Apontar as situações de risco de acidente na atuação da equipe de enfermagem na assistência domiciliar.

A assistência de enfermagem domiciliar ocorre em condições diferentes da hospitalar, sabe-se que os profissionais da saúde e a equipe de enfermagem são os mais susceptíveis ao risco biológico (VIEIRA; PADILHA; PINHEIRO, 2011). Ressalta-se que em alguns setores as atividades requeridas para a assistência são de competência exclusiva da equipe de enfermagem, o que pode justificar maior ocorrência de acidentes com esse profissional, sobretudo em um nível de assistência muitas vezes sem estrutura adequada (CORDEIRO et al., 2016a).

Em um estudo que teve como objetivo caracterizar as ações que envolviam risco biológico durante o atendimento de profissionais no serviço domiciliar, observou-se que dentre os procedimentos com possível risco de exposição biológica, predominou-se o curativo. No entanto, foi observado outras situações como o descarte inadequado das lancetas, glicemias capilares e de agulhas das coletas de sangue realizadas, ou seja, foram transportados até o hospital num recipiente provisório. Outro aspecto relevante é que para a realização da coleta de sangue foram utilizadas seringa e agulha, mesmo estando disponível o sistema de coleta a vácuo (FIGUEIREDO; MAROLDI, 2012).

Uma pesquisa que teve como objetivo identificar e caracterizar os acidentes com material biológico relatado por profissionais de enfermagem de um serviço de atenção domiciliar do interior paulista, apontou que os profissionais de enfermagem afirmaram ter sofrido acidentes com material biológico no domicílio e em relação ao procedimento, a maioria dos profissionais estava administrando medicamentos no momento do acidente e a causa mais comum foi o reencapé de agulhas. Sendo a maioria das exposições percutânea, o fluido mais frequentemente envolvido foi o sangue e metade dos sujeitos relataram mais de uma exposição nos últimos cinco anos (CORDEIRO et al., 2016a).

Quanto ao uso de EPI, foi observado que para a realização dos curativos,

foram utilizadas luvas em todas das vezes. Entretanto, na maioria das vezes essas luvas foram utilizadas em substituição também ao material de curativo, ou seja, o profissional não estava fazendo o uso de instrumentais. Nesses casos, foi observado que algumas vezes, após terminar o curativo, esse profissional mantinha as mesmas luvas e continuava realizando outros procedimentos (FIGUEIREDO; MAROLDI, 2012). Verificou-se que todos os profissionais entrevistados relataram usar EPI, porém, apenas as luvas foram citadas por todos e o menos utilizado segundo o relato dos profissionais foram os óculos de proteção (CORDEIRO et al., 2016b). Ressalta-se que houve um único acidente com exposição da mucosa ocular e nasal com exsudato de ferida, durante a realização de curativo e o profissional referiu que não utilizava óculos de proteção e máscara (CORDEIRO et al., 2016a).

A respeito da ocorrência da higienização das mãos, não ocorreu de forma adequada, sendo que a higienização das mãos dos profissionais antes da realização das atividades ocorreu de forma insatisfatória e depois da realização ocorreu na maioria das visitas (FIGUEIREDO; MAROLDI, 2012). Mostrando uma maior preocupação dos profissionais com o seu próprio autocuidado.

Considerando-se que a ocorrência de acidentes ocupacionais com material biológico não está relacionada apenas a fatores individuais, aspectos indicativos à mudança de comportamento devem ser enfocados nos treinamentos. Estudo mostrou que a maioria dos profissionais referiram ter recebido treinamento sobre prevenção de acidentes com material biológico (CORDEIRO et al., 2016a). Entretanto, apontou a ocorrência de acidentes com material biológico evitáveis se houvesse o uso do EPI, observando a necessidade de mais treinamentos e educação continuada para esses profissionais.

Categoria 3: Características dos serviços de Atenção Domiciliar.

Segundo o Ministério da Saúde (2016), a AD é um nível de atenção ofertada no domicílio do paciente e caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com garantia da continuidade do cuidado e integrada à RAS. Dividido em modalidades, sendo a AD1 executada pela atenção básica, destinada a pacientes que possuem problemas de saúde controlados e que tenham dificuldade de locomoção. Já a modalidade AD2 e AD3 oferecido pelo SUS e organizado pelo programa melhor em casa (SAD), destinado a usuários que possuem problemas de saúde mais complexos e tenham dificuldade de locomoção a AD3 difere no sentido de o usuário utilizar algum equipamento específico.

A AD vem crescendo no Brasil e proporciona ao paciente um cuidado mais direcionado para suas condições, tanto de saúde, estrutura familiar e socioeconômica. Dessa forma, evita-se hospitalizações desnecessárias e diminui o risco de infecções.

Além disso, melhora a gestão dos leitos hospitalares e o uso dos recursos, bem como diminui a superlotação de serviços de urgência e emergência (BRASIL, 2016). Assim, com envelhecimento da população, a cronificação de muitas doenças e o alto custo da atenção hospitalar reforçam cada vez mais a importância da atenção domiciliar (MESQUITA et al., 2005; SILVA et al., 2005).

Durante a realização das visitas domiciliares a atuação da equipe de enfermagem não se restringe somente ao paciente, mas também se estende à sua família. Um estudo que buscou conhecer as relações entre paciente, cuidadores familiares e equipe de saúde, na internação domiciliar, sob o olhar do cuidador familiar. Os cuidadores relataram que em um contexto de dor e sofrimento, a equipe de saúde e, em especial, os enfermeiros, acompanham as fragilidades do paciente e da família, proporcionando-lhes segurança e apoio, além da produção de vínculo (OLIVEIRA et al., 2012a).

Além das orientações técnicas do cuidado, acredita-se que o apoio e a identificação dos sentimentos vivenciados pelos cuidadores e pelo paciente são fundamentais na atenção a eles destinada. Faz-se necessário que se ofereça suporte emocional ao paciente e ao cuidador, objetivando facilitar esse processo e melhorar sua qualidade de vida (OLIVEIRA et al., 2012a).

Um outro estudo que teve como objetivo descrever como o cuidador familiar constrói as representações sociais da internação domiciliar na terminalidade, em relação à internação hospitalar, descreveu que os cuidadores relatam que dentre outras facilidades da atenção domiciliar está o acesso a medicamentos, fraldas, oxigênio. Percebe-se que as facilidades parecem proporcionar certa segurança aos cuidadores, pois eles têm acesso aos materiais presentes no espaço hospitalar, também facilita o atendimento nas urgências, porque a equipe pode se deslocar até o domicílio do paciente ou até mesmo ter acesso mais rápido ao serviço hospitalar evitando certas burocracias (OLIVEIRA et al., 2012b).

A partir das falas dos cuidadores, ressalta que a AD parece proporcionar ao seus usuários conforto, liberdade e também estarem ambientados na sua própria residência, nessa perspectiva difere da atenção hospitalar, que possui sua própria organizações, tirando a autonomia do paciente e cuidador para realização das suas tarefas cotidianas (OLIVEIRA et al., 2012b; OLIVEIRA; KRUSE, 2017).

Conclui-se que existe uma parceria entre os profissionais da saúde e cuidadores na AD, até porque o paciente não vai para o domicílio se não tiver um cuidador, assim os profissionais da AD devem ser treinados para além da assistência prestada, também prover orientações e valorizar o cuidador (OLIVEIRA; KRUSE, 2017), apontando a necessidade de processo de educação continuada para esses profissionais (MARQUES; FREITAS, 2009). Ainda pensando sobre essa demanda aos profissionais da AD, que embora a maioria das vezes realizam visitas com mais

de um profissional, visto que suas atividades vão além da execução de procedimento o tempo do atendimento acaba sendo maior que o mesmo procedimento realizado no âmbito hospitalar, refletindo a necessidade de equipes suficientes para atender as demandas populacionais (MARQUES; FREITAS, 2009; VILLAS BÔAS; SHIMIZU; SANCHES 2016).

Necessita-se de cada vez mais de estudos que abordam esta temática, principalmente no Brasil, a AD sem dúvida é uma realidade que contribuirá para sanar a deficiência na assistência presente no país, com profissionais de saúde mais atuantes, não só na parte procedural, mas também nas orientações e gestão do serviço.

4 | CONCLUSÃO

A atuação da equipe de enfermagem na atenção domiciliar no Brasil é bastante ampla e é responsável pela maioria das atividades realizadas, sendo elas assistências, de gestão, até orientações e educação permanente dos profissionais para atuarem na atenção domiciliar. Durante a realização das visitas domiciliares, a equipe de enfermagem por estar à frente do cuidado acaba enfrentando diversas situações de risco, dentre eles perfuração com agulhas, acidente com material biológico, como acidente na realização de curativos, que é um dos procedimentos mais realizados durante as visitas domiciliares. O serviço de atenção domiciliar tem suas particularidades e é diferente do ambiente hospitalar, os profissionais nesse nível de atenção frequentemente passam por situações de improviso, além do mais, no domicílio o profissional se envolve com os familiares e conhecem o usuário quanto suas estruturas, condições socioeconômicas, permitindo um atendimento mais integral o que preconiza os órgãos públicos.

REFERÊNCIAS

- ADRIANA OLIVEIRA GUILARDE, A. O.; OLIVEIRA, A. M.; TASSARA, M.; OLIVEIRA, B.; ANDRADE, S. S. **Acidentes com material biológico entre profissionais de hospital universitário em Goiânia.** Revista de Patologia Tropical. v. 39, n 2, p. 131-136, 2010.
- BELTRAMI, E. M.; KOZAK, A.; WILLIAMS, I. T.; SAEKHOU, A. M.; KALISH, M. L.; NAINAN, O. V.; STRAMER, S. L.; FUCCI, M. C.; FREDERICKSON, D.; CARDOSO, D. M. **Transmission of HIV and hepatitis C virus from a nursing home patient to a health care worker.** American Journal of Infection Control, v. 31, n. 3, p. 168-175, 2003.
- BONFIM, D.; PEREIRA, M. J. B.; PIERANTONI, C. R.; HADDAD, A. E.; GAIDZINSKI, R. R. **Instrumento de medida de carga de trabalho dos profissionais de Saúde na Atenção Primária: desenvolvimento e validação.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 49, n. sup 2, p. 25-34, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.527 de 27 de outubro de 2011. Diário Oficial da

União. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 208, de 28 out. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2527_27_10_2011.html. Acesso em: 16 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 825/2016. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Diário Oficial da União 78, de 26 abr. Brasília: Ministério da Saúde; p.33-8. 2016. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatricesConsolidacao/comum/15473.html>. Acesso em: 10 jul. 2018.

CANINI, S. R. M. S.; MORAES, S. A.; GIR, E.; FREITAS, I. C. M. Fatores associados a acidentes percutâneos na equipe de enfermagem de um hospital universitário de nível terciário. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 16, n. 5, p. 818-823, 2008.

CORDEIRO, J. F. C.; ALVES, A. P.; CHAYAMITI, E. M. P. C.; MIRANDA, D. O.; GIR, E.; CANINI, S. R. M. S. Acidentes ocupacionais com profissionais de enfermagem de um serviço de atenção domiciliar do interior paulista. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 18, 2016a. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.37613>. Acesso em: 15 abr. 2019.

CORDEIRO, J. F. C.; ALVES, A. P.; MIRANDA, D. O.; GIR, E.; CANINI, S. R. M. S. Uso de equipamento de proteção individual em um serviço de atenção domiciliar. Cogitare Enfermagem, v. 21, n. 3, p. 01-08, 2016b.

FABRÍCIO, S. C. C.; WEHBE, G.; NASSUR, F. B.; ANDRADE, J. I. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. Rev. Latino Am. Enferm, v. 12, n. 5, p. 721-726, 2004.

FEIJÃO, A. R.; MARTINS, L. H. F. A.; MARQUES, M. B. Condutas pós-acidentes perfurocortantes: percepção e conhecimento de enfermeiros da atenção básica de Fortaleza. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, v. 12, p.1003-1010, 2011. Número especial.

FIGUEIREDO, R. M.; MAROLDI, M. A. C. Internação domiciliar: risco de exposição biológica para a equipe de saúde. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 46, n. 1, p. 145-150, 2012.

GERSHON, R. R.; PEARSON, J. M.; SHERMAN, M. F.; SAMAR, S. M.; CANTON, A. N.; STONE, P. W. The prevalence and risk factors for percutaneous injuries in registered nurses in the home health care sector. American Journal of Infection Control, v. 37, n. 7, p. 525-533, 2009.

JULIO, R. S.; FILARDI, M. B. S.; MARZIALE, M. H. P. Acidentes de trabalho com material biológico ocorridos em municípios de Minas Gerais. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 67, n. 1, p.119-126, 2014.

KASATPIBAL, N.; WHITNEY, J. D.; KATECHANOK, S.; NGAMSAKULRAT, S.; MALAIRUNGSAKUL, B.; SIRIKULSATHEAN, P.; NUNTAWINIT, C.; MUANGNART T. Prevalence and risk factors of needlestick injuries, sharps injuries, and blood and body fluid exposures among operating room nurses in Thailand. American Journal of Infection Control, v. 44, n. 1, p. 85-90, 2016.

MARQUES, G. Q.; FREITAS, I. B. A. Experiência-piloto de assistência domiciliar: idosos acamados de uma Unidade Básica de Saúde, Porto Alegre, Brasil. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 825-832, Dec. 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000400013&lng=en&nrm=iso>. access on 26 Apr 2019.

MESQUITA, S. R. A. M.; ANSELMI, M. L.; SANTOS, C. B.; HAYASHIDA, M. Programa interdisciplinar de internação domiciliar de Marília-SP: custos de recursos materiais consumidos. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 13, n. 4, p. 555-561, 2005.

NERY, B. L. S.; FAVILLA, F. A. T.; ALBUQUERQUE, A. P. A.; SALOMON, L. R. Características dos serviços de atenção domiciliar. Rev. enferm. UFPE on line, v. 12, n. 5, p. 1422-1429, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i5a230604p1422-1429-2018>. Acesso em: 10

mai. 2019.

OLIVEIRA, S. G.; QUINTANA, A. M.; BUDÓ, M. L. D.; KRUSE, M. H. L.; BEUTER, M. **Internação domiciliar e internação hospitalar: semelhanças e diferenças no olhar do cuidador familiar.** Texto Contexto. Enferm, v. 21, n.3, p. 591-9. 2012b.

OLIVEIRA, S. G.; KRUSE, M. H. L. **Melhor em casa: dispositivo de segurança.** Texto Contexto Enferm; v. 26,n. 1, p. 2660015., 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017002660015> Acesso em: 2 Jan. 2019.

OLIVEIRA, S. G.; QUINTANA, A. M.; DENARDIN-BUDÓ, M. L.; MORAES, N. A.; LÜDTKE, M. F.; CASSEL, P. A. **Internação domiciliar do paciente terminal: o olhar do cuidador familiar.** Rev Gaúcha Enferm; v. 33, n.3, p.104-110. 2012a.

SILVA, K. L.; SENA, R.; LEITE, J. C. A.; SEIXAS, C. T.; GONÇALVES, A. M. **Internação domiciliar no Sistema único de Saúde.** Revista de Saúde Pública, v. 39, n.3, p. 391-397, 2005.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. **Integrative review: what is it? how to do it?** Einstein, v. 8 n. 1, p. 102-106, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/1679-4508-eins-8-1-0102.pdf>. Acesso em: 25 out. 2018.

TIPPLE, A. F. V.; SILVA, E. A. C.; TELES, S. A.; MENDONÇA, K. M.; SOUZA, A. C. S.; MELO, D. S. **Acidente com material biológico no atendimento pré-hospitalar móvel: realidade para trabalhadores da saúde e não saúde.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 66, n. 3, p.378-384, 2013.

VIEIRA, M.; PADILHA, M. I.; PINHEIRO, R. C. **Análise dos acidentes com material biológico em trabalhadores da saúde.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 19, n. 2, p. 1-8, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_15.pdf. Acesso em: 16 mai. 2019.

VILLAS BÔAS, M.L.C, SHIMIZU, H.E, SANCHES, M. N. **Creation of complexity assessment tool for patients receiving home care.** Rev Esc Enferm USP. v. 50, n. 3, p. 433-439. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000400009> . Acesso em: 3 abr. 2019.

A ENFERMAGEM NO EXÉRCITO BRASILEIRO: IDENTIDADE EM CONSTRUÇÃO

Data de aceite: 26/11/2019

Fábricia Conceição de Carvalho

Enfermeira, Mestranda em Terapia Intensiva Adulto pela Escola Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UNIRIO), especialista em Terapia Intensiva Adulto pelo Instituto Israelita Ensino e Pesquisa Albert Einstein, especialista em Formação Pedagógica pela Escola Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Tenente do Exército Brasileiro
fabriciaccarvalho@yahoo.com.br

Ana Maria da Silva Gomes

Enfermeira e psicóloga, Mestre em Enfermagem em Saúde Mental pela Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense (UFF), Major do Exército Brasileiro

Daniel Pereira Motta

Enfermeiro, especialista em Ciências Militares pela Escola Aperfeiçoamento Oficiais do Exército Brasileiro, capitão do Exército Brasileiro

Ademir Ferreira Soares

Enfermeiro, Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (UNIRIO), Tenente-coronel R2 do Exército Brasileiro

Glória de Sousa Bertino Tarlé da Silva

Graduanda em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem Estácio, sargento de saúde do Exército Brasileiro.

RESUMO: A Enfermagem Brasileira no meio militar surgiu com a Força Expedicionária Brasileira, durante a Segunda Guerra Mundial. No Exército, a Enfermagem efetiva sua atual participação no Quadro Complementar de Oficiais, criado pela Lei 7.831/1989 e alterado pela Lei 12.786/2013. **Objetivo:** Relatar a experiência vivenciada pelos autores como enfermeiros militares no Exército Brasileiro, particularmente no Hospital Militar de Resende - Rio de Janeiro. **Método:** Trata-se de um relato de experiência sobre a vivência intra e pré-hospitalar de enfermeiros militares.

Resultados: A Enfermagem no Exército tem conquistado autonomia mediante participação em atividades de educação continuada, gestão hospitalar, atuação multidisciplinar intra e pré-hospitalar, respectivamente, no Atendimento Pré-Hospitalar pela Portaria ME-072/2015.

Conclusão: A Enfermagem sofreu entraves que emergiram da Segunda Guerra Mundial. Porém, no Quadro Complementar de Oficiais sua identidade é construída mediante atuação na linha de frente do *front* diário de salvar vidas.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem Militar. Enfermagem. Autonomia profissional.

NURSING IN THE BRAZILIAN ARMY:

ABSTRACT: Brazilian nursing in the military environment emerged with the Brazilian Expeditionary Force during World War II. In the Army, nursing effectively completes its participation in the Complementary Officers' Table, created by Law 7,831 / 1989 and amended by Law 12,786 / 2013. **Objective:** To describe the experience experienced by the authors as military nurses in the Brazilian Army, particularly at the Military Hospital of Resende - Rio de Janeiro. **Method:** This is an experience report about the intra and prehospital experience of military nurses. **Results:** Nursing in the Army has gained autonomy through participation in activities of continuing education, hospital management, multidisciplinary work in and prehospital care, respectively, in the Pre-hospital Care by Ordinance ME-072/2015. **Conclusion:** Nursing suffered obstacles that emerged in World War II. However, in the Complementary Officers Board their identity is built by acting on the front line of the daily front to save lives.

KEYWORDS: Military Nursing. Nursing. Autonomy.

ENFERMERÍA EN EL EJÉRCITO BRASILEÑO: IDENTIDAD EN CONSTRUCCIÓN

RESUMEN: La Enfermería Brasileña en el medio militar surgió con la Fuerza Expedicionaria Brasileña, durante la Segunda Guerra Mundial. En el Ejército, la Enfermería efectúa su actual participación en el Cuadro Complementario de Oficiales, creado por la Ley 7.831 / 1989 y modificado por la Ley 12.786 / 2013. **Objetivo:** Informar la experiencia vivida por los autores como enfermeros militares en el Ejército Brasileño, particularmente en el Hospital Militar de Resende - Río de Janeiro. **Método:** Se trata de un relato de experiencia sobre la vivencia intra y prehospitalaria de enfermeros militares. **Resultados:** La Enfermería en el Ejército ha conquistado autonomía mediante participación en actividades de educación continuada, gestión hospitalaria, actuación multidisciplinaria intra y prehospitalaria, respectivamente, en el Servicio Pre-Hospitalario por la Portaria ME-072/2015. **Conclusión:** La Enfermería sufrió obstáculos que emergieron de la Segunda Guerra Mundial. Pero en el Cuadro Complementario de Oficiales su identidad es construida mediante actuación en la línea de frente del frente diario de salvar vidas.

PALABRAS CLAVE: Enfermería Militar. Enfermería. Autonomía profesional.

INTRODUÇÃO

Durante a profissionalização do enfermeiro no Brasil iniciada em 1890, vários foram os fatores que permearam sua identidade profissional: a Missão de Cooperação Técnica “Missão Parsons” que instituiu o modelo Nightingaleano no país, é um exemplo. No final da década de 30 devido à eclosão da Segunda Guerra

Mundial, houve a ruptura da figura feminina tradicional, sua consequente inserção na vida pública por atividades como a enfermagem e a necessidade do preparo de enfermeiras que atuassem em combate no Brasil ou no exterior⁽¹⁾.

Neste contexto, a Enfermagem inicia sua atuação na área militar em 1943, mediante a criação de um Corpo de Enfermeiras para o Serviço de Saúde do Exército incorporado à Força Expedicionária Brasileira (FEB)⁽²⁾.

Apesar da existência, desde 1921, de cabos e sargentos que eram formados pela Escola de Saúde do Exército e atuavam como auxiliares ao serviço de saúde, foi uma orientação norte-americana que fomentou a criação deste Corpo. À época, o Exército solicitou auxílio à diretora da Escola de Enfermagem Anna Nery: Laís Netto dos Reys para autorizar a participação de alunas na composição do referido grupamento. Todavia, isso não foi possível porque não houve a conferência do posto e remuneração condizente à condição de militares oficiais às enfermeiras solicitadas; sendo assim, o Exército abriu voluntariado para organização do quadro, mediante a imprensa⁽²⁾.

Mobilizado para apoio de saúde aos soldados brasileiros, o grupo de enfermeiras voluntárias enfrentou óbices durante a campanha, a fim de continuar como militares: recurso material deficiente, treinamento prévio puramente militar, dificuldades de comunicação em um país europeu, sexismo e paternalismo. Findada a guerra, por vieses ideológicos e políticos totalitários de Getúlio Vargas, o Corpo de Enfermeiras foi desmobilizado⁽²⁾.

Desde então, a Enfermagem foi substituída no Exército pela participação de sargentos que eram formados pela Escola de Saúde dessa instituição, reconhecidos pelo Regulamento Militar Interno e dos Serviços Gerais (RISG) como auxiliares de saúde⁽³⁾.

Contudo, no início da década de 90, mediante a necessidade do profissional enfermeiro de carreira para o atendimento a legislações federais do conselho de classe, demanda aumentada da clientela militar assistida e melhoria das práticas hospitalares, houve a inserção da Enfermagem na instituição.

Assim, a Enfermagem retorna para as fileiras do Exército em 1992 por meio da criação do Quadro Complementar de Oficiais (QCO), instituído pela Lei 7.831/1989 e alterado pela Lei 12.786/2013. Nesse quadro, a história desta valorosa profissão é retomada e começa ser construída sua identidade na Força Terrestre⁽⁴⁻⁵⁾.

MÉTODO

O presente trabalho trata-se de estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado no Hospital Militar de Resende no Rio de Janeiro. O relato foi baseado

na experiência dos autores deste trabalho acerca de sua vivência intra e pré-hospitalar de Enfermagem no âmbito militar, tratando de forma sucinta a inserção da Enfermagem no Quadro de Oficiais, o dia-a-dia de suas atividades, sua participação no Atendimento Pré-Hospitalar (APH) e consequente ganhos com o projeto piloto implementado nesta unidade, e a identidade do enfermeiro militar em construção.

RESULTADOS

Mediante o Quadro Complementar de Oficiais – QCO, a Enfermagem retoma sua história no Exército Brasileiro. Desde 1992, concursos anuais para recrutamento de profissionais de nível superior de interesse para a Força a fim de compor o corpo efetivo e temporário de serviço são realizados; particularmente, na área de Enfermagem, a seleção procura atender requisitos legais de dimensionamento de pessoal exigidos pelo órgão federal de fiscalização da classe.

Neste contexto, o enfermeiro tem se destacado por seu conhecimento e consequente respaldo que lhe conferem autonomia de atuação crescente nos hospitais militares. Os entraves no passado, por motivo de sua inserção em um meio preponderantemente masculino e verticalizado, hoje são minimizados devido à presença deste profissional em diversos cenários nas unidades militares de saúde.

Particularmente, no Hospital Militar de Resende situado na Academia Militar das Agulhas Negras – AMAN em Resende/RJ, uma equipe de Enfermagem composta por sargentos de saúde de formação técnica em Enfermagem e enfermeiros nas patentes de tenente, capitão e major contribuem para a construção da identidade do profissional enfermeiro mediante atividades intra e pré-hospitalares:

- A realização de educação continuada para a equipe de saúde e instruções militares de Suporte Básico de Vida aos cadetes (militares em formação). A educação continuada é uma preocupação constante para a Direção Hospitalar e de Enfermagem, o que fomenta planejamento de cursos de capacitação em saúde, bem como liberação dos militares de saúde para participação em cursos, congressos e palestras.
- A inserção da Enfermagem na equipe multidisciplinar realizando assistência em saúde pela implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem para atender a legislações federais e de pessoal em Enfermagem, o que antes não ocorria quando apenas existiam sargentos auxiliares de saúde que não tinham conhecimento técnico e legal acerca da sistematização na assistência.
- Composição na equipe de gestão hospitalar e comissões hospitalares, assessorando na construção de indicadores que viabilizam a qualidade gerencial e assistencial.
- Atendimento pré-hospitalar (APH) nos Suportes Básico e Avançado de Vida

por meio da Portaria ME-072, de 06 de dezembro de 2015⁽⁶⁾.

Com a aprovação desta portaria, o Exército Brasileiro implementou na Academia Militar das Agulhas Negras (AMAN) equipes de APH compostas por equipes de Enfermagem, corroborando para aumento do efetivo de enfermeiros e impactando na qualidade do atendimento pré-hospitalar. É o primeiro documento legal do Exército que trata do papel do enfermeiro na equipe de APH em situações de risco militar. Em seus artigos 22 e 23, fica claro a responsabilidade técnica do enfermeiro coordenador e do enfermeiro socorrista: profissionais de enfermagem que compõem a equipe⁽⁶⁾.

Tudo isso só foi possível, porque o profissional de Enfermagem conquistou seu espaço e provou seu valor por meio do perfil ético e profissional apresentados à Força Terrestre.

CONCLUSÃO

O reconhecimento legal pelo Exército à Enfermagem, mediante a inserção da profissão no Quadro de Oficiais, se deu por muita luta iniciada na década de 40. Graças à sua participação na Segunda Guerra Mundial, a visibilidade social conquistada despertou o sentimento de defesa de sua integridade profissional no âmbito militar, o que levou, anos depois, ao surgimento de sua identidade nas Forças Armadas.

Destarte, a identidade da Enfermagem no Exército Brasileiro, cuja imagética se inicia com o envio do Corpo de Enfermeiras para cuidar de nossos soldados, apesar da temporária incorporação, sua posterior restituição nos remete a reflexão do que somos capazes, de nossa força e competência.

Ainda que existam desafios a ser enfrentados e mais espaço a ser conquistado, a Enfermagem no contexto militar se inscreve pela história de mulheres que romperam limites culturais e sociais e tiveram a coragem de se impor por sua importância profissional.

Na atualidade, pode-se dizer que a Enfermagem no Exército Brasileiro, tem fortalecido a imagem, construída no século passado, com bravura, conhecimento e resiliência, atuando não na retaguarda, como fizeram as nobres colegas na Itália, mas na linha de frente do *front* diário de salvar vidas.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira AB, Santos TSF, Barreira IA, Lopes GT, Filho AJA, et al. Enfermeiras brasileiras na retaguarda da Segunda Guerra Mundial: repercussões dessa participação. Texto Contexto Enfermagem. 2009;18(4):688-696.

2. Berlofi LM, Sanna MC. Produção científica sobre a enfermagem brasileira na II Guerra Mundial: um estudo bibliométrico. Rev Enf UFSM. 2013;3(1):17-24.
3. Brasil. Portaria nº 816, de 19 de dezembro de 2003. Aprova o Regulamento Interno e dos Serviços Gerais. Boletim da Secretaria Geral do Exército, 19 dez 2003.
4. Brasil. Lei 7.831, de 02 de outubro de 1989. Dispõe sobre a criação do Quadro Complementar de Oficiais do Exército.[publicação on line] 1989 [acesso em 20 jul 2017]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1989_1994/L7831.htm
5. Brasil. Lei 12.786, de 11 de janeiro de 2013. Dispõe sobre alteração do Quadro Complementar de Oficiais do Exército. [publicação on line] 2013 [acesso em 20 jul 2017]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12786.htm
6. Brasil. Portaria 072, de 06 de abril de 2015. Aprova a Diretriz para o Atendimento Pré-Hospitalar nas Atividades de Risco no Exército Brasileiro e Revoga a Portaria EME-149, de 31 de julho de 2013. Boletim da Secretaria Geral do Exército, 06 abr 2015.

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA FORMAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS): PRÁTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Data de aceite: 26/11/2019

Luzia Beatriz Rodrigues Bastos

Professora assistente, Universidade da Amazônia/
UNAMA. Belém, Pará

Maria Alves Barbosa

Professor Associado Nível 3, Universidade
Federal de Goiás/UFG. Goiânia, Goiás.

Diniz Antonio de Sena Bastos

Professor assistente, Universidade do Estado do
Pará/UEPA. Belém, Pará.

Celiane Gomes Rodrigues

Enfermeira, graduada na Universidade da
Amazônia/UNAMA. Belém, Pará.

Rosele Aquino de Leão

Enfermeira, graduada na Universidade da
Amazônia/UNAMA. Belém, Pará.

Ilma Pastana Ferreira

Professora adjunta, Universidade do Estado do
Pará/UEPA. Belém, Pará.

Ana Claudia Jaime de Paiva

Professora de Enfermagem, Faculdade da Polícia
Militar de Goiás/FPM. Goiânia, Goiás.

usuário no desenvolvimento cotidiano de suas atividades (BARTH, et al, 2014). **Objetivo:**

Analisar a atuação de Enfermeiro na promoção de educação permanente aos agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. **Metodologia:** Pesquisa qualitativa, desenvolvida no período de maio a junho de

2017, utilizando-se como instrumento de coleta de dados, a entrevista semiestruturada, aplicada em dez enfermeiras, pautado na técnica de análise de conteúdo. **Resultados:** Na análise do conteúdo emergiram quatro categorias temáticas: Construção de sentidos e habilidade por meio da educação permanente; Quem educa também se atualiza; Desafios na promoção da educação permanente dos ACS; Estratégias de ensino e repercussão no aprendizado dos ACS.

Conclusão: O estudo possibilitou conhecer as estratégias de Educação Permanente desenvolvidas pelo enfermeiro, no qual as práticas educativas contribuem para o trabalho dos ACS, ampliando as possibilidades para o desenvolvimento de competências frente ao indivíduo, família e comunidade. **Contribuições para a Enfermagem.** Incentivar no campo de atuação do enfermeiro na ESF, a desenvolver estratégias focadas nas necessidades dos ACS, mesmo diante das dificuldades, proporcionando mudanças necessárias para o

RESUMO: **Introdução:** A Educação Permanente em Saúde é uma estratégia para a construção de novas práticas em saúde e enfermagem e pode ser definida como um campo de relações sociais, estabelecidas pelos profissionais de saúde, entre si, com a instituição e, com o

melhor desempenho profissional na comunidade.

PALAVRAS-CHAVE: Educação continuada. Enfermeiros. Agentes Comunitários de Saúde.

NURSE'S ACTION IN TRAINING COMMUNITY HEALTH AGENTS (ACS): PERMANENT EDUCATION PRACTICE IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY

ABSTRACT: Introduction: Permanent Health Education is a strategy for the construction of new practices in health and nursing and can be defined as a field of social relations, established by health professionals, among themselves, with the institution and with the user in development. their daily activities (BARTH, et al, 2014). Objective: To analyze the role of nurses in the promotion of continuing education to community health agents of the Family Health Strategy. Methodology: Qualitative research, conducted from May to June 2017, using as a data collection instrument, the semi-structured interview, applied to ten nurses, based on the technique of content analysis. Results: In the content analysis emerged four thematic categories: Construction of meanings and skill through continuing education; The educator also updates himself; Challenges in promoting continuing education of CHWs; Teaching strategies– and repercussions on ACS learning. Conclusion: The study allowed to know the strategies of Permanent Education developed by the nurse, in which the educational practices contribute to the work of the CHA, expanding the possibilities for the development of competences facing the individual, family and community. Contributions to Nursing. Encourage nurses in the field of FHS to develop strategies focused on CHA needs, even in the face of difficulties, providing necessary changes for better professional performance in the community.

KEYWORDS: Continuing Education. Nurses Community Health Agents.

1 | INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem como principal finalidade a reorganização da atenção básica no país. É considerada uma estratégia de expansão e qualificação da atenção básica por fortalecer a premissa de levar a saúde para perto das famílias e ser a porta de entrada nos serviços. Atua com equipes multidisciplinares, destacando-se o enfermeiro que tem a função de planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde, dentre eles o agente comunitário de saúde (ACS) (KEBIAN, ACIOLI, 2014).

Dentre as atribuições dos ACS, destacam-se: cadastrar pessoas e famílias que fazem parte de determinada área geográfica, mantendo os dados atualizados no sistema de informação da Atenção Básica vigente, com apoio da equipe, para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas,

culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local, dentre outras (PNAB, 2017).

O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) dentro de uma ESF implica em um constante aperfeiçoamento pedagógico diante de educação permanente em saúde, sendo esta juntamente apoiada pelo enfrentamento psicológico e mental para os mesmos, que se expõem a múltiplas realidades diferenciadas a cada dia de trabalho encarado dentro de cada microrregião/área (SANTOS, et al, 2015).

Nesse sentido, cabe ao enfermeiro, enquanto gerente e/ou gestor da ESF, treinar sua equipe de profissionais o que inclui técnicos, auxiliares de enfermagem, e ACS, que possuem práticas relacionadas ao acompanhamento dos problemas de saúde da comunidade. Fazem parte das responsabilidades do enfermeiro, supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS com o objetivo de qualificar o trabalho e buscar mudanças nas práticas cotidianas.

Definida por um conjunto de ações educativas que buscam alternativas e soluções para a transformação das práticas em saúde por meio da problematização coletiva, a educação permanente surgiu como uma estratégia para alcançar o desenvolvimento da relação entre o trabalho e a educação, contribuindo para melhorar a qualidade da assistência (SILVA, DUARTE, 2015).

Em decorrência dos agentes comunitários de saúde, representarem o elo entre a comunidade e a unidade de saúde, por seu vínculo afetivo e profissional, o presente estudo propõe-se a analisar a atuação do enfermeiro na promoção de educação permanente aos agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família de Benevides;/PA

2 | METODOLOGIA

O estudo apresenta abordagem qualitativa aplicada em dez enfermeiras atuantes há pelo menos um (01) na atenção básica. O estudo teve seu lócus nas Unidades de Saúde da Família (USF) Médici, 3^a Travessa, Canutama, Liberdade e Piçarreira do município de Benevides/PA, cuja coleta de dados ocorreu no período de maio a junho de 2017. O instrumento de coleta de dados pautou-se em entrevista semiestruturada com duração em média de 15 minutos, sendo gravadas para posterior transcrição e análise de conteúdo (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2015).

Para a garantia da privacidade dos participantes, foram utilizados códigos como ENF¹, ENF², ENF³, ENF⁴, ENF⁵ e ENF⁶, ENF⁷ ENF⁸ ENF⁹ ENF¹⁰, para fazer referência ao vocábulo “enfermeira”.

Houve o agendamento prévio dos pesquisadores com os profissionais

enfermeiros, realizando-se a leitura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), seguido da sua assinatura. O estudo foi consonante com os princípios éticos presentes na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre a pesquisa envolvendo seres humanos, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Amazônia, sob o número CAAE 2.036.075.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os pesquisados que compõem o quadro profissional das USF, estão na faixa etária entre 31 e 63 anos, sendo 50% acima de 50 anos. Todos os pesquisados pertencem ao sexo feminino; 66,7% com especialização; 50% desempenham atividades profissionais na atenção básica há mais de quatro anos.

Destaca-se que todas as capacitações realizadas pelos enfermeiros aos ACS, ocorreram no horário de trabalho, totalizando 67,7% de capacitações mensais, e as demais de forma semanal e semestral.

A partir da transcrição das gravações, aplicou-se a análise de conteúdo da qual emergiram quatro (4) categorias: Construção de sentidos e habilidade por meio da educação permanente; Quem educa também se atualiza; Desafios na promoção da educação permanente dos ACS; Estratégias de ensino e repercussão no aprendizado dos ACS.

Das categorias de análise, a primeira traduz o real sentimento do enfermeiro na construção de habilidades do ACS por meio da Educação Permanente. A segunda categoria, aborda a atualização do enfermeiro, no sentido de demonstrar que quem educa também tem a necessidade de se atualizar, visando melhorar a qualidade da prestação dos serviços de saúde. Na terceira categoria, a sobrecarga de tarefas do enfermeiro; e na última categoria, o uso de técnicas de ensino apropriadas que favoreçam o aprendizado de boa qualidade aos ACS.

1^a Categoria: Construção de sentidos e habilidades por meio da educação permanente.

A educação permanente em saúde (EPS) está voltada à construção de sentidos, abrindo, assim, caminhos para a transformação e não para reprodução acrítica da realidade social. Está pautada nos compromissos com os princípios do SUS. Problematiza a realidade, contribuindo para melhorar a qualidade da assistência, conforme depoimentos:

Vejo que os ACS têm um perfil de liderança social e tem uma capacidade de mobilizar a comunidade. É o elo que liga o serviço à população (ENF²).

Os princípios do SUS, são respeitados por eles, que falam muito em direito na saúde. Percebo que alguns ACS estão envolvidos em movimentos populares.

(ENF⁶).

Outro ponto de destaque das entrevistas se refere à realização da educação permanente pelos enfermeiros aos ACS, no sentido de assegurar a qualidade de suas práticas, bem como fornecer subsídios para aplicá-las com segurança e confiabilidade. No depoimento a seguir é demonstrado que o poder público estadual e federal, programam suas capacitações com pouca frequência e desconsideram a mudança constante de ACS nas ESF.

O Ministério da Saúde promoveu um curso há dois ou três anos atrás, nunca mais teve, agora entrou uma turma nova ano passado no município, eles não tiveram essa formação que é a formação profissional, formação técnica, no caso; como eles não têm esse curso oficial nós enfermeiros, promovemos a educação permanente. Nesse caso, os professores dos ACS são os enfermeiros (ENF¹).

Constatou-se que as alterações constantes dos documentos ministeriais em relação à atenção primária à saúde, especificamente às vacinas, com novos calendários a cada ano dificultam o trabalho de formação dos ACS, no entanto, há compromisso dos enfermeiros com a formação e por esse motivo se adequam rapidamente às mudanças, conforme relatam os entrevistados,

Na saúde muda muita coisa, se pensar na vacina quantas coisas mudaram do ano passado para cá, dependendo da situação endêmica, ou então muitas vezes a gente faz atualização e tudo o que a gente recebe, resume logo e repassa aos ACS (ENF³).

Nesses momentos a gente soma os conhecimentos que eles já têm, com a teoria ministrada juntamente com a prática, por que a maioria das vezes eles veem algumas situações na área e aqui complementa com a parte teórica (ENF⁶).

A EPS torna-se uma nova estratégia de formação para a transformação das práticas de saúde com base nas necessidades sociais, não só qualificando os serviços, mas tornando o profissional mais seguro. Pode constituir-se como dispositivo de transformação de realidades ao proporcionar reflexões sobre a prática e mobilizar intervenção nos serviços de saúde.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), revela que as atividades de capacitação são estratégias frequentes para o desenvolvimento da aprendizagem dos ACSs. Essas ações intencionais e planejadas visam fortalecer conhecimentos, habilidades, atitudes e práticas conforme demanda observada nas organizações (AVELAR, 2016).

A fala da ENF³ revela que os conhecimentos são somados com o que aprendem na prática e depois complementam com a teoria, essa junção ajuda bastante no potencial intelectual dos ACS. As capacitações precisam ser contextualizadas e baseadas no compromisso com os princípios do SUS, se traduzindo em trabalho realizado e não apenas em prescrições de habilidades, comportamentos e perfis (SILVA, DUARTE, 2015).

Na indagação: será que os Agentes Comunitários de Saúde conseguem resolver problemas relacionados aos usuários, ao nível de sua competência? foram obtidos os seguintes relatos:

Eles fazem não tem dúvida, claro que tem coisas que eles têm que chamar o enfermeiro ou médico. Na competência deles, eles resolvem, e às vezes a gente até precisa da equipe multiprofissional (ENF⁸).

A maioria deles tem formação, já tem alguns anos de experiência na profissão, os mais novos que passaram no processo seletivo agora, mas justamente pelo tipo, é muito interessada, procura ajuda, vem logo conversar (ENF⁷).

Teve o processo seletivo, então os que entraram ainda não tinham muita experiência, então normalmente eles recorrem ao enfermeiro para estar fazendo a assistência (ENF⁴).

O processo educativo dos ACS baseia-se na visão do trabalho como conjunto de acontecimentos, com forte dose de imprevisibilidade, que dispensa um estoque de saberes, para se transformar em capacidade de ação diante de acontecimentos. Sua competência é entendida como a capacidade de enfrentar situações e acontecimentos próprios de um campo profissional, com iniciativa e responsabilidade, segundo uma inteligência prática sobre o que está ocorrendo e com capacidade para coordenar-se com outros atores na mobilização de suas capacidades (VIDAL; MOTTA; SIQUEIRA-BATISTA, 2015).

2ª Categoria: Quem educa também se atualiza.

Durante as entrevistas, os enfermeiros enfatizaram a busca de atualização através de cursos, grupos de estudo ou de artigos disponibilizados na internet, para desenvolver a função educadora junto aos ACS, além de se capacitar, conforme depoimentos a seguir:

A gente procura na internet e muitas vezes nos próprios grupos de trabalho por WhatsApp ou e-mail, a gente recebe as notas técnicas, sem contar com as reuniões, que a gente coloca em comum toda estratégia o que podemos melhorar (ENF¹⁰).

Sempre leio alguns artigos, estudo, as dúvidas deles, pesquiso, assisto alguns vídeos ou converso com alguém mais experiente; às vezes a Secretaria disponibiliza capacitações para gente, para que possamos repassar aos ACS (ENF⁶).

Através de capacitações que têm para os enfermeiros e através de livros, artigos. Hoje tem o WHATZAAP onde podemos baixar várias apostilas, documentos e mostrar para eles, então hoje só não aprende, não capacita quem não quer (ENF⁹).

As falas revelam a busca por cursos e capacitações, através da internet, que pode ser vantajosa como ferramenta para disponibilizar as atividades de capacitação; a possibilidade de um trabalho multiprofissional; a facilidade de acesso, especialmente em lugares carentes de especialistas (GODOY; GUIMARÃES;

ASSIS, 2014).

Ressalta-se que o modelo de assistência da ESF constitui um desafio para o enfermeiro que como participante da equipe de saúde, deve considerar o envolvimento do seu agir com os aspectos sociais, políticos, econômicos e culturais relevantes para a consolidação do novo modelo da assistência à saúde. O cenário exige qualificação e perfil diferenciado, com pleno conhecimento de suas atribuições, como forma de garantir a efetividade de suas ações (FIRMINO, et al, 2016).

Assim, o enfermeiro deve ter conhecimento dos conceitos de família, saúde da família e interação familiar, para prestar uma assistência e promover a educação permanente, considerando o aspecto estrutural e organizacional da assistência em saúde pública, para que assim possa oferecer um cuidado de maior qualidade e resolutividade (REIS, SCHERER, CARCERERI, 2015). Faz-se necessário que o enfermeiro busque a construção do seu próprio conhecimento, orientando sua prática a partir de uma reflexão sobre o domínio e a natureza do seu trabalho.

Quem aprende e quem ensina estão intimamente integrados num processo de partilha de conhecimentos, vivências e sentimentos. Principalmente quando se trata de qualificar pessoas que já trazem consigo uma bagagem composta pelo conhecimento técnico e fortemente influenciada por experiências vivenciadas em seu cotidiano, permeada de valores, atitudes e significações pessoais (SILVA, DUARTE, 2015).

3^a Categoria: Desafios na promoção da educação permanente dos ACS.

Nesta categoria, as pesquisadas ressaltam a falta de recursos tecnológicos e humanos, destacando que apenas um profissional enfermeiro não é suficiente para atender todas as necessidades. Ao desenvolver a tarefa de educação permanente, as enfermeiras que atuam na ESF se deparam com barreiras, dentre as quais, a principal é a falta de tempo, por estarem inseridas paralelamente em atividades assistenciais e gerenciais, que demandam grande parte do seu tempo.

Minha dificuldade maior é tempo, ou seja, muitas vezes, desempenhamos as funções de gerência e atendimento assistencial nas unidades (ENF ²).

A dificuldade maior é por que tem ACS que acham que sabem tudo, por isso não prestam atenção na hora do curso aí vão ocorrer casos dentro da comunidade que não darão conta de resolver (ENF ³).

Nós temos as salas, mas muitas vezes não temos materiais, a gente tem computador, mas não tem um data show; o da secretaria está sempre ocupado, e aí a gente fica com essa dificuldade e também de impressão de documentos (ENF ⁴).

Nota-se que as condições são desfavoráveis para o adequado desenvolvimento das atividades e do desempenho dos profissionais envolvidos, incluindo ambientes de trabalho inadequados. Há grandes desafios a serem superados quanto aos

recursos humanos, devido as diferentes personalidades e opiniões divergentes e o próprio despreparo dos ACS para intervir nos problemas sociais da população (REIS, SCHERER, CARCERERI, 2015).

Barth e colaboradores (2014), relatam que algumas dificuldades como a falta de recursos humanos e materiais, a sobrecarga de trabalho e a falta de motivação das chefias em desenvolver a educação permanente nos serviços, tornam-se agravantes para a anuência dos profissionais nos processos de capacitações.

A falta ou deficiência de infraestrutura comprometem a organização, o planejamento e a implementação das ações da ESF, interferindo de modo direto no trabalho da equipe e na assistência prestada aos usuários e ainda gerando desmotivação e desresponsabilização na execução das atividades (FIRMINO, et al, 2016).

4^a Categoria: Estratégias de ensino e repercussão no aprendizado dos ACS.

Os relatos das pesquisadas, demonstram como desenvolvem suas estratégias de ensino na educação permanente:

A gente faz roda de conversa, oficinas, por que eu gosto sempre de preparar material como slide, mas sempre a gente procura problematizar, tem que puxar o que eles sabem para complementar depois o que falta (ENF ⁶).

Eu dou orientação para ver se eles pegaram alguma coisa, eu ponho eles para dar aquela palestra, orientação nas escolas, [...]cada um fala um pouco, por exemplo vou falar sobre alimentação, aí um pouco de cada coisa (ENF ⁷).

Normalmente a gente sorteia algum tema, aí a gente faz em cima daquele tema por meio de palestras, uma vez a gente chegou a fazer tipo um questionário antes e depois para ver se eles pegaram os assuntos (ENF ⁵).

Eu trago material para colocar no computador e mostro os slides para eles e tento pegar mesmo o dia-a-dia deles, os casos que eles me trazem e através desses casos vou explicando (ENF ⁹)

Nota-se que os enfermeiros buscam desenvolver a criatividade dos ACS, levando-os à compreensão mais ampla do processo saúde-doença, responsabilizando-os pelas atividades a serem desenvolvidas, estimulando a cooperação e envolvimento dos demais membros da equipe.

Ressalta-se que as práticas educativas contribuem para o trabalho dos ACS, na medida em que permitem conhecer assuntos novos a serem levados à comunidade e, dessa forma responder às suas dúvidas; relembrar assuntos já vistos e que são pouco utilizados no cotidiano do trabalho; a fim de não deixá-los acomodados, incentivando-os à busca constante pelo aprendizado, que possibilite a eles darem sua contribuição à comunidade, como explicitam os depoimentos abaixo:

A eficácia é vista e comprovada na comunidade, no caso, quando o ACS está bem orientado, a comunidade corresponde e as patologias diminuem, as coisas

ficam, mais controladas (ENF¹).

[...] Educação Permanente é muito eficaz por que sem o conhecimento você não sabe como agir em determinado problema, sendo ele de qual esfera for (ENF⁶).

Percebe-se a importância das ações educativas, que promovam a qualificação profissional em seu local de trabalho, criando meios de interação entre os profissionais, para que necessidades pessoais e as experiências prévias sejam consideradas. É necessário planejar detalhadamente as propostas de capacitação profissional, pensando no enfermeiro como um profissional que alberga dimensões técnico-científica, ético, política, educativa e social (PEIXOTO, et al, 2015).

Enfatiza-se que a importância da Educação Permanente, deve iniciar desde o treinamento introdutório na equipe da atenção básica, portodos os meios pedagógicos e de comunicação disponíveis, assim como de acordo com as realidades de cada contexto, partindo do pressuposto de que esse processo deva ser privilegiado a partir da realidade das práticas concretas de saúde, através de metodologias ativas, considerando seus determinantes e limitantes de saúde (GAVALOTE, et al, 2016).

4 | CONCLUSÃO

As práticas educativas contribuem para o trabalho dos ACS, havendo destaque aos aspectos relativos à sua formação para melhor atuar junto ao indivíduo, família e comunidade, implementadas em atenção às suas necessidades de aprendizagem.

Destaca-se que um aprendizado qualificado, pautado na educação permanente com utilização de metodologias ativas, podem qualificar de forma mais eficiente o ACS, transformando-o em elo de comunicação mais expressivo, transformado em melhora do estado de saúde da população assistida.

No entanto, constatou-se que os pesquisados enfrentam dificuldades no desenvolvimento e aplicabilidade de suas ações educativas expressas pelos próprios membros da equipe, insuficiência de recursos físicos e materiais, sobrecarga de trabalho, e falta de disponibilidade de tempo, devido o enfermeiro estar inserido em atividades assistenciais e gerenciais simultaneamente.

Há necessidade de se desenvolver meios que esclareçam os propósitos da ESF, que estabeleçam programas de capacitação profissional mais efetivos e contínuos, a fim de propiciar o pleno desenvolvimento da educação em saúde e, consequentemente, a promoção da saúde das pessoas.

Espera-se que o estudo venha contribuir no campo de atuação do enfermeiro na ESF, incentivando-os a desenvolver mais estratégias focadas nas necessidades dos ACS, capazes de incentivar mudanças necessárias para um melhor desempenho dessa categoria na atenção básica.

REFERÊNCIAS

- AVELAR, Janina Mara de Freitas. O agente comunitário de saúde e a educação permanente em saúde. 2016.
- BARTH, Priscila Orlandi et al. Educação permanente em saúde: concepções e práticas de enfermeiros de unidades básicas de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 604-11, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. 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). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
- FIRMINO, Anilson Augusto et al. Atuação de enfermeiros na estratégia de saúde da família em um município de minas gerais. **Saúde (Santa Maria)**, v. 42, n. 1, p. 49-58, 2016.
- GALAVOTE, Heletícia Scabelo et al. O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 90-98, 2016.
- GODOY, Solange Cervinho Bicalho; GUIMARÃES, Eliane Marina Palhares; ASSIS, Driely Suzy Soares. Avaliação da capacitação dos enfermeiros em unidades básicas de saúde por meio da telenfermagem. **Escola Anna Nery revista de enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 148-155, 2014.
- KEBIAN, Luciana Valadão Alves; ACIOLI, Sonia. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 161-9, 2014.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu Cruz. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. In: **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 2015.
- PEIXOTO, Letycia Sardinha et al. Percepção de enfermeiros em relação ao treinamento em serviço oferecido pelo serviço de educação permanente. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 2, p. 2323-2335, 2015.
- REIS, Wagner Gomes; SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; CARCERERI, Daniela Lemos. O trabalho do Cirurgião-Dentista na Atenção Primária à Saúde: entre o prescrito e o real. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 56-64, 2015.
- SANTOS, Michele Goulart dos, et al. Desafios enfrentados pelos agentes comunitários de saúde na estratégia saúde da família. **Inova Saúde**, v. 4, n. 1, p. 26-46, 2015.
- SILVA, Débora Schimming Jardini Rodrigues da; DUARTE, Lúcia Rondelo. Educação permanente em saúde. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**. ISSN eletrônico 1984-4840, v. 17, n. 2, p. 104-105, 2015.
- VIDAL, Selma Vaz; MOTTA, Luís Cláudio de Souza; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. Agentes comunitários de saúde: aspectos bioéticos e legais do trabalho vivo. **Saúde e Sociedade**, v. 24, p. 129-140, 2015.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

Data de aceite: 26/11/2019

**Marcia Cristina Rosa Machado
Clara Cristina Batista de Aquino
Carliane Amorim Da Silva
Josivan de Sousa Lima Nascimento
Gabriela Gomes Leôncio
Maria Filomena Gaspar Pinheiro Gomes
Andressa Mourão Trajano Silva
Luziane Abreu dos Santos
Giselle Reis da Silva**

Artigo apresentado ao curso de Enfermagem, da Faculdade Pitágoras São Luís/MA.

RESUMO: Atualmente no mundo muitas pessoas sofrem com doença crônicas não transmissíveis, se não tratadas adequadamente poderá levar consequências graves ou até a morte. A insuficiência renal crônica se inclui nesse contexto, sendo uma patologia que acomete a função renal, considerada um grande problema de saúde pública, atingindo todas as classes sociais, principalmente as de baixa renda por não ter hábitos alimentares saudáveis ou não ter conhecimento sobre a doença. A hipertensão arterial e a diabetes mellitus são grandes fatores de risco para o aparecimento

da doença. Teve como objetivo conhecer os tratamentos para que esse cliente venha a ter uma expectativa de vida prolongada. Os dados foram obtidos através de busca nos principais site científicos, Scielo, Glooglo acadêmico, revista online e livros no ano de 2008 a 2017. Sobretudo, a pesquisa foi desenvolvida com o objetivo de realizar uma revisão literária sobre a importância da assistência de enfermagem ao paciente com insuficiência renal crônica, fatores de risco e seus tratamentos. Observa-se que o conhecimento e atuação do enfermeiro, mostra que esse profissional tem um papel de grande valia na vida desse paciente e seus familiares; acolhendo, orientando e cuidando para que esse cliente venha ter uma boa qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Insuficiência renal crônica; Tratamento; Cuidados de enfermagem.

ABSTRACT: In today's world many people suffer from chronic non-communicable disease, if not treated properly can bring serious consequences or even death. Chronic renal failure if includes in this context, being a condition that affect kidney function, considered a major public health problem, affecting all classes, especially the members of low-income families not to have healthy eating habits or not having knowledge

about the disease. The arterial hipertenção and diabetes mellitus are major risk factors for the disease. Aimed to meet the treatments for this customer have a prolonged life expectancy. The data were obtained through search in major scientific site, Scielo, Glooglo, online magazine and academic books in the year 2008 to 2017. Above all, the research was developed with the objective of carrying out a review of literature on the importance of nursing care to patients with chronic kidney failure, risk factors and their treatments. It is observed that the knowledge and expertise of nurses, shows that this professional has a valuable role in the life of the patient and their family members; Welcoming, guiding and caring for this customer to come to a good quality of life.

KEYWORDS: chronic kidney failure; Treatment; Nursing care.

1 | INTRODUÇÃO

A insuficiência renal crônica (IRC) considerada um problema de saúde pública, vem crescendo no mundo, atingindo todas as classes sociais, principalmente a de baixa renda, por maus hábitos alimentares e falta de informação sobre a doença. No entanto a IRC favorece o aparecimento de outras doenças que se não tratadas adequadamente levará o paciente a morte, principalmente quando apresentam fatores de risco tais como: hipertensão arterial e a diabetes mellitus, predominantes dos principais fatores que contribuem para a perda da função renal.

Atualmente muitas pessoas sofrem com doença crônicas não transmissíveis (DCNT) tais como: diabetes, hipertensão doenças cardiovasculares e entre outras, que se não diagnosticada ou tratada de forma previa poderá levar a um comprometimento de alguns órgãos vitais. No caso da IRC os órgãos acometidos são os rins, que perdem a função de filtração do volume sanguíneo e acumulando substâncias prejudiciais a sua função, por ser uma doença incurável leva esse paciente a procurar um serviço especializado.

Considerando esses fatores, torna-se de grande importância o papel da enfermagem, acolhimento e orientações desses pacientes, promoção e prevenção, tendo como base essencial a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) a prestar os cuidados básicos e necessários, para que o paciente venha a ter um tratamento adequado e de qualidade, conforme suas necessidades físicas e psicológicas, evitando assim danos futuros a sua saúde. Portanto considera-se pertinente amenizar os sofrimentos desses doentes, afim de promover a capacidade de resgatar seus recursos emocionais, proporcionando uma qualidade de vida a esse paciente.

Por ser uma patologia irreversível a IRC leva o paciente a um tratamento obrigatório, e é submetido ao tratamento hemodialítico, ou diálise peritoneal a mais usada para esse tipo de tratamento e a hemodiálise. Trata-se de um tratamento

longo, doloroso e duradouro, mas de suma importância para sua sobrevivência. Dessa maneira, requer muita atenção e dedicação de uma equipe multidisciplinar, com médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas e assistentes sociais e entre outros.

Nesta direção, a relevância do presente trabalho baseia-se na necessidade da assistência de enfermagem, como ferramenta essencial para promoção e prevenção desses pacientes em questão. Para isso, procurou-se ao longo dessa análise estudar 10 como ocorre a insuficiência renal crônica. Em seguida, descrever quais as causas e fatores de risco que levam o paciente a adquirir a IRC. E por fim conhecer como a assistência de enfermagem contribuirá para os casos diagnosticados com IRC.

Essa pesquisa foi elaborada através de estudos descritivos exploratórios de revisão bibliográfica, para isso foi utilizado meios de pesquisas publicados nos anos de 2008 a 2017, tais como: revista online, livros e site de busca (scielo e Google acadêmico) abordando aspectos relacionados a insuficiência renal crônicos pacientes dialíticos, fatores de riscos, nefrologia em geral e os cuidados de enfermagem, tendo como base os cuidados com a doença e seu tratamento.

2 | INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

A IRC é uma patologia em que os rins não consegue fazer suas funções adequadamente conforme a fisiologia renal, ou seja, a remoção de algumas substâncias prejudiciais ao seu funcionamento, tais como: ureia, creatinina, sódio potássio e água em excesso. Tem como a perda total da função renal e se não houver tratamento adequado, poderá levar o paciente a óbito.

Geralmente assintomática, implica na importância do acompanhamento rigoroso da doença no seu estágio inicial, de forma a auxiliar em sua prevenção e controle, a IRC pode evoluir até 5 estagio, no qual a filtração glomerular torna-se menor que 15ml/min sendo denominada de insuficiência renal terminal ou dialítica (ROSO et al 2013).

Segundo Caracas et al. (2017), a doença renal crônica (DRC) é caracterizada pela perda da filtração glomerular (TFG) menor que 60 ml/min, por um período que equivalente a mais de 3 meses. Esta disfunção renal apresenta elevada morbidade e letalidade e está associada a inúmeras doenças, o que ocasiona restrições de atividades físicas e metabólicas.

Ainda de acordo com os autores acima, a DRC vem atingindo cada vez mais indivíduos e isso se deve ao envelhecimento da população, e condições precárias de vida e ao aumento da incidência de doenças como: hipertensão arterial e diabetes mellitus, que são as principais patologias associadas a DRC.

Quando o indivíduo é acometido a algumas doenças não transmissíveis,

encara várias transformações e modificações na sua vida, principalmente quando ele adquiri uma patologia na qual afeta sua saúde como a doença renal crônica. Siviero, Machado e Cherchiglia (2014, p.76) declaram que:

Nomundo, as doenças do rim e trato urinário são responsáveis por aproximadamente 850 milhões de mortes anuais, e a incidências da DRC aumenta em torno de 9% ao ano. No Brasil, aumentou 150% em uma década, pois passou de 24 mil em 1994 para 60 mil em 2004. Assim, a DRC é um problema de saúde pública.

Sendo assim um grande problema de saúde pública que vem atingindo inúmeras pessoas de toda faixa etária, por falta de atividade física adequada, e uma alimentação saudável.

Para SILVA et al. (2016) a insuficiência renal crônica tem como a ausência lenta progressiva e irreversível das funções renais, sendo assim os rins não consegue manter-se regular conforme a fisiologia normal, do meu interno do paciente. A taxa de prevalência e incidência da doença vem crescendo a cada dia, aumentando os números dos estágios mais graves da doença, fazendo com que esse paciente percam a chance da recuperação renal, atingindo assim a fase renal crônica da doença.

A doença renal crônica e a danificação dos componentes renais internos dos rins como néfrons, glomérulos e túbulos coletores pela perda da função de um desses componentes por um período de 3 meses ou mais. Doença do sistema renal, onde sua função fica comprometida e não consegue fazer adequadamente suas necessidades fisiológicas necessárias para a manutenção e equilíbrio para seu funcionamento, é uma doença que não deixa sintomas, em alguns casos os paciente que são acometido pela doença só relatam alguns sintomas, quando sua função está totalmente comprometida, levando assim o paciente apresentar alguns sintomas, tais como: edemas de membros superiores e inferiores, nictúria e enjoos e entre outros. Para a confirmação do diagnóstico da DRC é preciso que esse paciente seja avaliado por um médico nefrologista, diante desses sintomas citados acima.

A IRC tem como índice várias causas para a perda total sem reversão do quadro, por ser uma doença grave e sem pouco conhecimento pela população. Sendo assim, torna-se uma doença letal, se não houver condições adequada para correção. Por ser uma doença pouco conhecida tem elevado índice de morbidade, levando assim, a uma grande alta de mortalidade.

De acordo com a Revista da sociedade brasileira de clínica médica (2010) a IRC é definida como uma síndrome provocada por uma variedade de nefropatias que em decorrência da sua evolução progressiva determinam de modo gradativo e quase sempre inexorável uma redução global da múltiplas funções renais, isto é glomerulares, tubulares e endócrinas. Em consequência disso os rins tornam-se

incapaz de desempenhar suas múltiplas e essências atividades hemostática.

A progressão do IRC se deve a múltiplos mecanismos vasculares, metabólicos e imunológicos, que envolve fatores hemodinâmicos, mecânicos, substâncias vasoativos, citocinas e fatores de estresses.

A nova definição da doença renal crônica (DRC) em uso desde 2002, propiciou um estagiamento da doença que independe da sua causa. A partir dessa nova abordagem, ficou evidente que a DRC é muito mais frequente do que até então se considerava e sua evolução clínica está associada a taxas altas de morbitalidade (BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010).

3 | ANATOMIA E FISIOLOGIA RENAL

O sistema renal é constituído pelos rins, ureteres, bexiga urinária e uretra, esses órgãos são fundamentais para a manutenção do equilíbrio humano, por ser responsável pelas funções regulatórias, excretoras e endócrinas. Quando o ritmo da filtração glomerular (RFG) é diminuído no caso da insuficiência renal crônica (IRC) essas funções são atingidas, comprometendo o funcionamento de diversos órgãos do organismo, impedindo a remoção de resíduos e excesso de água do organismo. Sendo composto pela anatomia e fisiologia renal externa e interna (SILVA et al., 2016).

Para Malagutti e Ferraz (2012 p.2) "A anatomia é composta pelos rins direito e esquerdo, artéria aorta, pelas artérias ilíaca comum e externa, bexiga e uretra. Os rins são muito mais que um simples FILTROS."

Segundo da Silva et al. (2016) São órgãos pares, situado na parede superior do abdômen, em cada lado da coluna vertebral, com função de limpar o plasma sanguíneo de substâncias indesejáveis ao organismo. Sendo o principal mecanismo pelo qual os rins limpam todas as impureza que não tem utilidades ao corpo, fazendo todo processo de filtração, reabsorção e secreção tubular.

Localizados bilateral posteriormente ao peritônio em uma altura que corresponde por aproximação ao espaço localizado entre 12a vértebra torácica e intimamente por uma capsula fibrosa, medindo cerca de 16 cm de comprimento e 6 cm de largura e 2,5 cm de espessura, pesa em média 120 a 170g no adulto saudável (FERRAZ; de DEUS; MALAGUTTI, 2012).

Ainda sobre os rins, Bastos, Bregman e Kirsztajn (2009) complementam que os mesmos são órgãos fundamentais para manutenção da homeostase do corpo. Assim, não é surpresa constatarmos que, diminuição progressiva da função renal, implique em comprometimento de essencialmente todos os outros órgãos.

Para FREITAS et al. (2010) Além de realizar a filtração do plasma os rins são responsáveis pela depuração de produtos químicos endógenos e exógenos,

manutenção do volume e da composição química dos líquidos corporais, síntese de eritropoetina e, regulação do metabolismo de minerais.

A unidade renal é bastante vascularizada, como qualquer outros órgãos, sendo o importante receptor do débito cardíaco, fazendo com que a unidade renal exerça um papel fundamental no funcionamento do corpo.

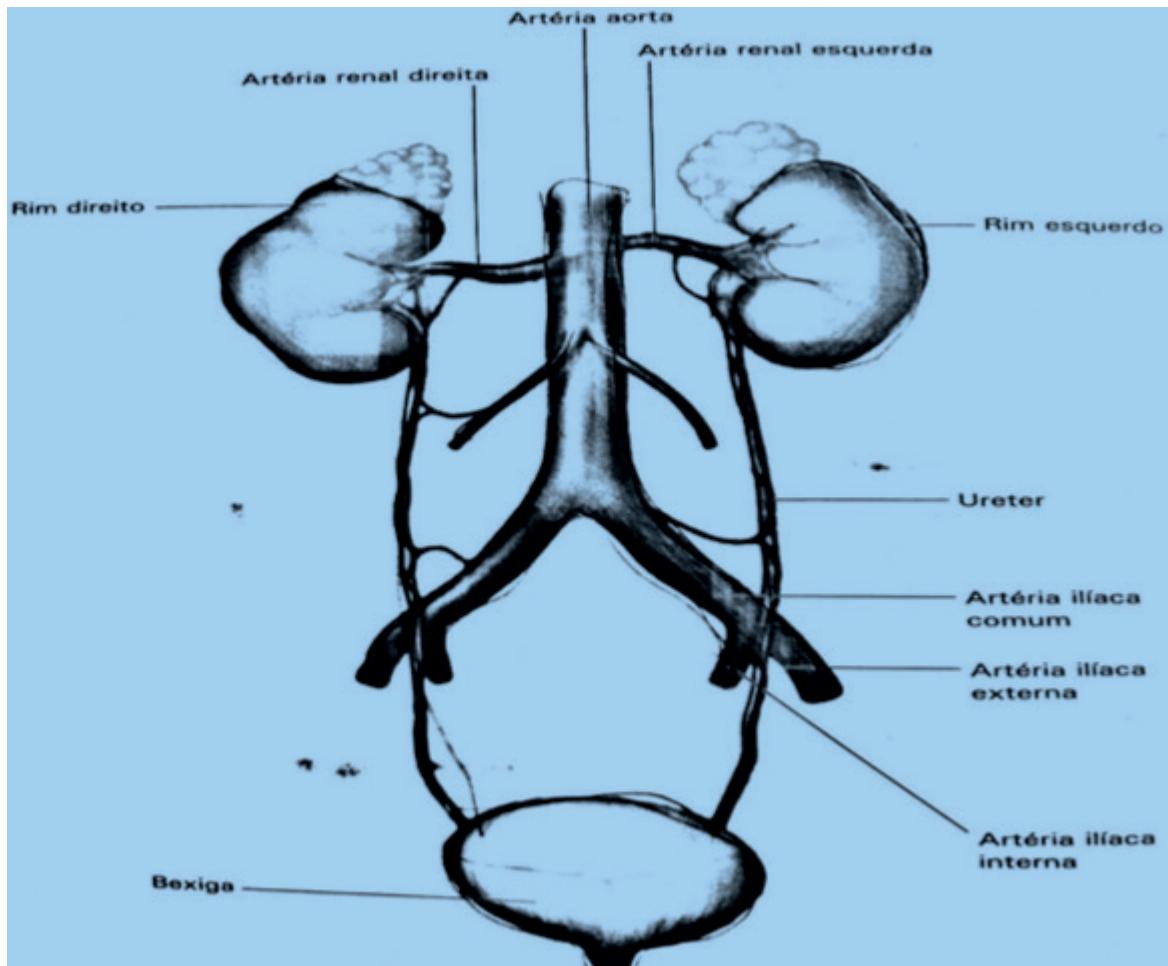


Figura 1 - Órgãos do sistema urinário

Fonte: Ferraz (2012)

Conforme mostra a figura 1, os rins têm a função da filtragem ou retirada de todas as substâncias tóxicas do sangue, da qual faz a limpeza das impurezas deixando somente as substâncias necessárias para o funcionamento do organismo, fazendo com que o corpo se mantém em equilíbrio, é um órgão fundamental para sobrevivência humana. Enquanto as artérias renais fornecem sangue oxigenado de outros órgãos para os rins, fazendo todo processo depuração do sangue, já a bexiga se dar como uma bolsa coletora da urina, onde a urina fica armazenada até ser direcionada a uretra, onde a mesma, faz a expulsão da urina para o meio externo.

Quanto a anatomia renal interna, Malagutti e Ferraz (2012) complementam que os néfrons compõem a unidade básica e funcional dos rins, ao passo que existem

em torno de 700 mil a 1,2 milhões de néfrons em cada rim. Sendo que em cada néfron é constituído por um corpúsculo renal, em geral denominado simplesmente glomérulos, e um sistema tubular. Conforme mostra a figura abaixo:

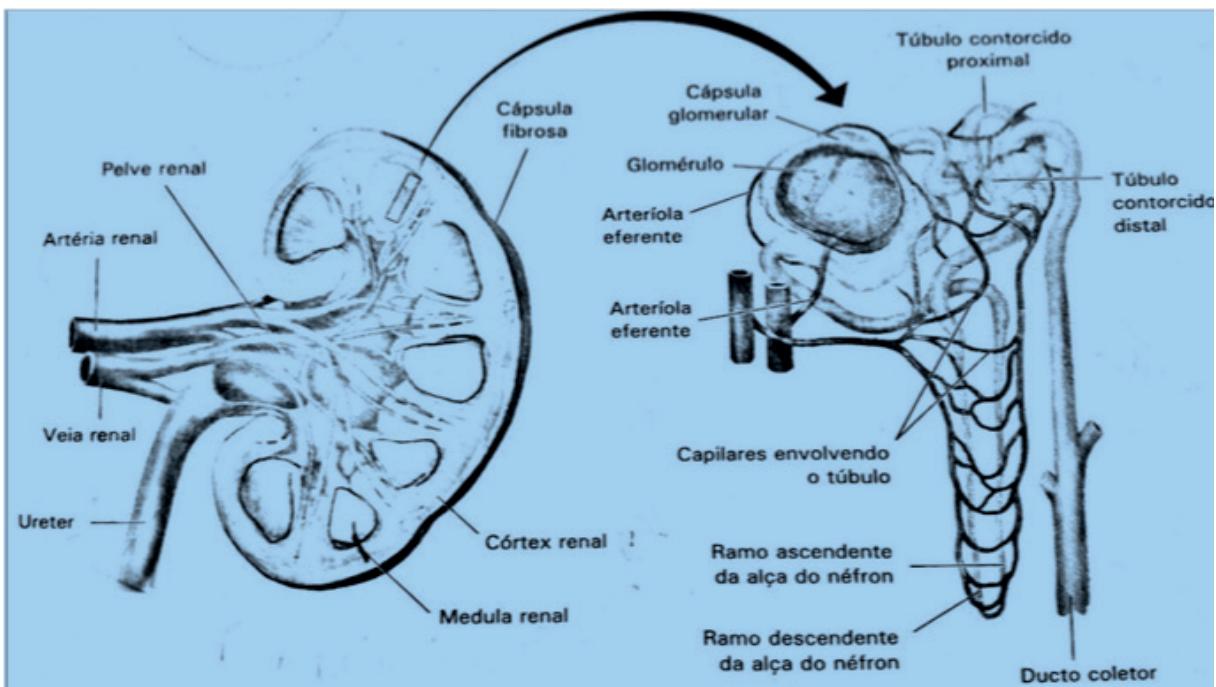


Figura 2 - Nefron, unidade funcional

Fonte: Ferraz, (2012)

Ainda sobre a estrutura de filtração, os glomérulos têm a função de filtrar o sangue, a fim de eliminar as impurezas prejudiciais ao nosso organismo. Sobre a fisiologia do sistema renal externa, Malagutte e Ferraz (2012, p.1) afirmam que: “Nossos rins são verdadeiros órgãos vasculares, que realizam funções excretoras, secretoras e regulatórias.”

4 | CAUSA E FATORES DE RISCO QUE LEVAM O PACIENTE A ADQUIRIR A INSUFIÊCIA RENAL CRÔNICA

Até a segunda metade do século XX, a principal causa da DRC era as glomerulonefrites primárias, uma doença que atinge os glomérulos, onde ocorre uma inflamação dessa parte interna do rim, na qual os pacientes ficavam com o sistema imunológico bem comprometido, ocasionando lesão nos glomérulos renais. Com o avanço da ciência a glomerulonefrite primária tem se tornado uma causa menos frequentes, mas de importância para a DRC constituindo a terceira causa para doença no Brasil e nos Estados Unidos. Hoje no mundo mais da metade dos casos de DRC, vem com o aparecimento das doenças tais como hipertensão, diabetes e doenças cardiovasculares (ZATTZ, 2012).

De acordo com Rocha e Santos (2009) a causa da DRC está no envelhecimento da população, mudanças nos hábitos de vida, principalmente nas grandes cidades onde existem o crescimento de centros de industrialização, com fábrica de produtos alimentício, onde são fabricados alimentos com conservantes que são prejudiciais ao organismo, por esse motivo entre outros, as pessoas acabam adquirindo produtos enlatados em conservas por falta de tempo ou acomodação. Na qual elas se restringem a ter hábitos alimentares saudáveis devido a correria do dia a dia. Por esses motivos vem crescendo a cada ano as doenças crônicas, tais como: hipertensão arterial, e diabetes mellitus, doenças que acaba levando adquirir outras patologias, inclusive a DRC.

Os principais fatores contribuintes para DRC são diabetes mellitus, hipertensão arterial, envelhecimento, história familiar de DRC, lidipidemias, obesidades, tabagismo entre outros.

O sedentarismo vem sendo um dos principais vilões no mundo, por isso as pessoas estão adoecendo mais e adquirindo doenças, entre elas, cardiovasculares e obesidades, contribuindo para o crescimento da demanda de pessoas com DRC. (ARAUJO; PEREIRA; dos ANJOS, 2009).

Segundo Bastos, Bregman e Kirsztajn (2010) os fatores de risco para DRC são: hipertensos, diabéticos, idosos doenças cardiovasculares, e familiares com antecedentes da doença. A hipertensão é a mais comum na DRC, ocorrendo mais 75% em pacientes de qualquer faixa etária. Ao passo que a diabetes deve ser controlada com frequência para que não ocorra a lesão renal. Pessoas idosas são bastante suscetíveis a DRC, pela diminuição fisiológica da filtração glomerular (FG).

A doença cardiovascular também se enquadra na diminuição da frequência glomerular, e familiares com pacientes portadores da DRC tem grandes chances de adquirir a doença.

A grande elevação do nível socioeconômico da população também é um fator importante para o risco da DRC, devido a falta de controle da diabetes e hipertensão por dificuldade ao acesso ao sistema de saúde, condições financeiras e falta de informação sobre as doenças, levando assim esse paciente a não ter uma boa qualidade de vida adequada, conforme suas necessidades para uma vida futuramente saudável, evitando assim, doenças futuras como as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) principalmente a doença renal crônica (COSTA et al., 2016).

Para Sancho, Tavares e Lago (2013) os fatores de risco mais comuns para o aparecimento da IRC são as doenças em questão, sendo assim se não ocorrer o tratamento adequado poderá levar a lesionar totalmente os rins tais como: glomerulonefrites, diabetes mellitus, hipertensão, infecções urinárias de repetição, presença de cálculos ou cistos, quanto maior é o agravo dessas doenças maior o

risco e danos aos rins, considerando assim a insuficiência renal como uma patologia irreversível, na qual precisará de um tratamento por um tempo indeterminado, com o objetivo de controlar substâncias indesejáveis e prejudiciais ao rins como: ureia, potássio, creatinina, sódio etc. evitando a morte do paciente.

Travagim et al. (2010, p.292) declaram que:

A hipertensão arterial (HA) e o diabetes mellitus (DM) são os principais grupos de risco para o desenvolvimento da DRC. Em 2003 essas duas condições foram responsáveis por 75% da população em diálise nos estados unidos. O ministério da saúde (MS), no Brasil, divulgou recentemente que HA e DM representam respectivamente 26 % e 18 % dos casos de pacientes em tratamento dialítico. Dentre os 2.467.812 pacientes com hipertensão e/ou diabetes cadastrados no programa Hiperdia do MS em 2004 foi para 6,63%.

PEREIRA et al. (2016) ressalta que a insuficiência renal aguda, também vem sendo umas das patologias de grande relevância, que leva o paciente adquirir a DRC, incluindo assim uma das grandes complicações que vem contribuindo para mais da metade das mortes desses pacientes, e aumentando o tempo de internação hospitalar (TIH) se tiverem chances de sobrevida, os mesmos desenvolvem o risco de doença renal terminal (DRT) ou doença renal crônica (DRC) pacientes internados e com idade avançada, como os idosos, com algum tipo de neoplasia maligna ou doença cardiovasculares e que esteja na fase da IRA é mais suscetível adquirir a DRC pelo fato da imunidade que está bastante comprometida.

De acordo com Travagim e Kusumota (2009) a função renal é classificada em cinco estágios, em que cada um tem a sua progressão, sabendo que cada etapa onde o rim vem perdendo a função onde os sintomas são mais aparentes. Também vem incluindo os grupos de riscos para DRC, tais como: hipertensos, diabéticos, e pessoas com familiares renais crônicos. O estagio 1 corresponde a taxa de filtração glomerular esteja maior que 90ml/min, onde há um comprometimento leve da função renal. No estágio 2 ainda assintomática ocorre uma discreta perda da função renal, com a taxa de filtração glomerular entre 60 a 89 ml/min. no estágio 3 a doença entra no quadro de moderada com TFG 30 a 59 ml/min mais já vem indicando algumas alterações nos exames laboratoriais. No estagio 4 comprehende a DRC já vem bastante avançada e com sintomas da doença e alem dos exames laboratoriais bastante alterados. No estagio 5 corresponde ao estagio terminal, ocorrendo somente 15ml/min da TFG e o paciente é sintomático onde o paciente irá precisar de uma terapia renal substitutiva.

5 | TRATAMENTO

A opção pelo método dialítico deve ser uma decisão entre o paciente , a família e a equipe médica nefrologista, onde o mesmo se encaixe qual será o melhor

tratamento para seu caso e conforme as suas necessidades básicas, onde ele não deixe em hipótese nenhuma de realizar seu tratamento.

Para que o paciente sobreviva existem 3 tipos de tratamento para DRC: Hemodiálise, diálise peritoneal e transplante. A primeira escolha para o paciente emergencial é a hemodiálise, a terapia mais utilizada para os doentes renais crônicos, onde eles terão a possibilidade de sobrevida por longos anos.

Segundo Terra et al. (2010 apud SILVA et al., 2016, p.230) a hemodiálise é um processo terapêutico, capaz de remover os resíduos tóxicos produzidos pelo organismo para limpar e corrigir alterações do meio interno ao meio externo do organismo, através de uma máquina na qual realiza a circulação sanguínea extracorpórea com a junção de tubos com membranas semipermeáveis que são produzidos por soluções eletrolíticas adequada, fazendo com que a filtragem de resíduos tóxicos e líquidos em excesso seja removido por um deslizador chamado capilar, onde esse capilar vai fazer todo processo de filtragem do sangue em seguida retorna para o organismo do paciente.

A máquina de hemodiálise é um dos equipamentos essencial para o tratamento do paciente com a doença renal crônica, onde em conjunto com o dialisador chamado capilar fazendo todo processo de filtração dos rins. Para que esse procedimento aconteça é necessário a implantação de um cateter duplo lúmen (CDL) ou de uma fistula (FAV) fistula arteriovenosa.

A diálise peritoneal é uma alternativa de tratamento com a possibilidade de realização no domicílio. Sendo uma modalidade que utiliza a membrana peritoneal para realizar trocas entre o sangue e a solução de diálise. Os princípios fundamentais são a difusão, por onde são retirados os solutos, a ultrafiltração, por onde é retirado o excesso de volume e a convecção, quando solutos são arrastados junto aos líquidos ultrafiltrados (SILVA et al., 2016).

Na diálise peritoneal existem 3 tipos procedimentos. Sendo que cada uma é utilizada conforme a necessidade do paciente tais como: diálise peritoneal, intermitente ambulatorial continua, continua automatizada noturna e ambulatorial diária (DPAD) Para que esse procedimento aconteça é necessário a inserção de um cateter de longa permanência cateter de TENCKHOFF.

O transplante renal é uma forma de tratamento para a insuficiência renal crônica, onde gera uma grande expectativa no cliente em lista de espera, onde o paciente espera uma nova qualidade de vida. (da SILVA et al., 2016).

O transplante renal é um procedimento cirúrgico onde é realizado a inserção de um rim de um doador vivo ou de um doador morto, para que o indivíduo possa a vim ter uma melhor qualidade de vida. Sabendo que mesmo com o transplante renal esse paciente irá ter que se adaptar com uma nova rotina de vida, tendo muito cuidados com a preservação desse rim implantado, para que não venha perder-lo e

conservando assim seu bem está físico e mental.

6 I ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE JÁ DIAGNOSTICADO COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

Quando o paciente é diagnosticado com a IRC, é causado um impacto muito grande na vida desse paciente e de seus familiares, na maioria das vezes o paciente se nega a aceitar a doença e qualquer tratamento que ele venha a ser submetido, cuidar do paciente nefropata exige muito do profissional de enfermagem, que ele tenha um bom conhecimento e treinamento em nefrologia, pois esse profissional deve estar preparado com a situação em questão, para que possa poder receber esse paciente, fornecendo apoio psicológico para que esse paciente venha a receber a notícia com menos impacto e aceitar o tratamento com menos rejeição. Fazendo com que esse paciente venha a realizar seu tratamento com mais qualidade de vida dentro das suas limitações (MALAGUTTI; FERRAZ, 2012).

Malagutti e Ferraz (2012), ainda complementam que a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) Resolução cofen n 272/2002 inicia-se na admissão do paciente ,em que o enfermeiro realiza a consulta direcionando todo seu objetivo a ser atingido no exato momento da admissão desse paciente, como exame físico e o histórico de enfermagem que são ferramentas fundamentais para um bom diagnóstico, tendo como o papel fundamental para uma boa prescrição de enfermagem e uma boa evolução do paciente. Realizar um atendimento baseado na SAE é uma estratégia muito mais fácil para equipe de enfermagem, para o profissional consiga atingir seus objetivos necessários. Para que se tenha uma assistência de enfermagem a esse paciente é muito importante a utilização do NANDA, onde tem uma linguagem clara que permite ao enfermeiro a entender melhor o diagnóstico da DRC e de outras patologias.

O paciente que é portador da IRC convive com uma doença incurável, que o obriga a submeter a um tratamento doloroso e de longa duração que provoca muitas limitações, tais como: isolamento social, perda de emprego, dependência da previdência social, perda da autoridade no contexto familiar, afastamentos dos amigos, impossibilidade de passeios e viagens prolongadas em razão da periodicidade das sessões de hemodiálise, diminuição de atividade física, disfunção sexual, sentimento de morte é alem de complicações que pode ocorrer durante e após o tratamento. Com todos esses empecilhos esse paciente fica com o sistema psicológico abalado, fazendo com que o enfermeiro nefrologista venha ter tenha todo o cuidado, para que esse paciente não venha a desistir do seu tratamento, evitando assim complicações futuras ou até mesmo sua morte (MALAGUTTI;

FERRAZ, 2012).

A atuação do enfermeiro em nefrologia exige muito, além de conhecimentos técnicos e científicos. Em muitos momentos deve ter bastante agilidade, rapidez e criatividade para que consiga atender as necessidades básicas desse paciente.

Todo trabalho do enfermeiro com o paciente inicia-se a partir do momento em que esse paciente está sendo admitido até o preparo para iniciar uma terapia substitutiva. O trabalho do enfermeiro nefrologista vai além de treinamento e capacitação da equipe de enfermagem (MALAGUTTI; FERRAZ, 2012).

O enfermeiro tem um papel fundamental na vida do paciente diagnosticado com a DRC, ao passo que entra com um perfil ético, facilitando assim o convívio com esse paciente, para que ele venha desenvolver confiança de falar de questões suas e de seu tratamento, facilitando que esse paciente não venha tomar decisões sem comunicar ao enfermeiro, ao passo que esse profissional gere situações para que o paciente coopere com seu tratamento. Sendo assim, como esse paciente está em fase de adaptação da doença, precisará do apoio desse profissional.

Como o paciente portador de doença renal crônica irá precisar de uma terapia renal substitutiva, o enfermeiro tem alguns cuidados, tais como: promoção da saúde, prevenção de outras doenças como HIV, Hepatite B e Hepatite C, pois esses pacientes ficam mais suscetíveis a essas doenças, uma vez que eles têm a função imunológica bastante comprometida por conta do tratamento que é invasivo.

De acordo com Noleto et al. (2015) o profissional de enfermagem é fundamental, no ato do cuidar, já que favorece a relação entre o paciente e o profissional, tendo um olhar diferenciado a esse cliente, pensar e o agir faz com que a assistência de enfermagem seja a base fundamental a esse paciente, principalmente por analisar os aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais, para poder entender as necessidades reais básicas de cuidados desses indivíduos. Dessa maneira, contribui para que esse profissional venha a ter um relacionamento interpessoal com esse cliente e seus familiares.

Para Ribeiro (2016) considerando o estado debilitado em que o paciente se encontra, a equipe de enfermagem terá que ter uma preparação adequada, e observar suas limitações e necessidades tendo que ter conhecimentos e condições para elaborar planos de cuidados, que visa garantir e combater alguns danos causados pela doença e também pelo tratamento, prevenindo assim danos futuros. Outro ponto importantíssimo que deve ser bem aproveitado na assistência dos cuidados de enfermagem em contexto com o paciente renal crônico é utilização da SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem) no ato de planejar e executar cuidados no âmbito hospitalar quanto na atenção básica, garantindo assim o enfermeiro autonomia e segurança além do atendimento humanizado e individual.

Para Rocha e Santos (2009) os pacientes que são acometidos pela DRC, tem

limitações na sua vida pessoal e social, vindo a conviver com inúmeras mudanças no seu cotidiano, que interfere na sua qualidade de vida. Com todo esse processo, o paciente poderá vir adquirir algum tipo de estresse. Neste contexto, entra o papel da enfermagem, principalmente do enfermeiro no qual irá lidar com a situação em questão, e também outras que poderá surgir ao longo do período da doença, fazendo orientações bem explicativas sobre sua patologia e seu tratamento, facilitando também o convívio com sua família, no trabalho e em sociedade, para que esse cliente venha a ter uma boa aceitação da doença e de seu tratamento, facilitando que esse paciente venha a ter um auto cuidado e sua independência.

A enfermagem por sua vez, tem uma grande responsabilidade sobre o paciente. No momento em que o profissional recebe esse cliente para fazer sua avaliação, através de uma anamnese bem feita, o profissional terá o conhecimento sobre a patologia e história de vida desse cliente, para que o enfermeiro venha trabalhar em cima de questões positivas. Facilitando que o paciente em questão, venha ter um tratamento satisfatório para que ele não venha abandonar a terapia. A família por sua vez, tem uma grande importância na hora da anamnese, pois é no grupo familiar que esse cliente sente-se seguro, pois para ele a família nesse momento crucial da sua vida, é um porto seguro, onde ele recebe todo apoio e dedicação.

Além de abordar as questões do paciente, cabe ao enfermeiro explicar a importância da família nesse momento, onde o paciente recebe a notícia da DRC, esclarecendo que a partir daquele diagnóstico a rotina passa a mudar e as necessidades desse paciente é bem maior do que era antes de ser acometido pela doença renal crônica.

Para Ribeiro (2016) a enfermagem tem que ter um preparo adequado para realizar o auto cuidado desse paciente, não só na área ambulatorial, mas também hospitalar. Na área hospitalar, como o profissional está em tempo integral com o cliente, facilita assim, o trabalho desse profissional na hora que for criar e realizar um plano de cuidados, para que possa melhor abordar as necessidades e limitações do paciente em questão, observando assim, algum dano causado pela patologia ou a terapia. Com a descoberta da DRC, o paciente terá uma mudança de vida bastante atribulada, como algumas limitações físicas, sexuais e psicológicas, principalmente na parte psicológica desse paciente, onde ele pode se achar inútil não só na vida pessoal, mas também na vida social. Com todo esse contexto, o enfermeiro irá fazer uma abordagem geral para que ele possa vim elaborar todo plano de cuidados.

Para Noleto et al.(2015) a dificuldade de não aceitar a doença interfere na adesão ao tratamento, baseado a esses fatos a enfermagem, principalmente o enfermeiro terá que estar atento aos aspectos psicológicos, físicos e ambientais, que esse cliente possa desencadear com a doença. Com relação a esse cliente,

o profissional terá uma visão ampla e direcionada na assistência desse paciente, facilitando assim o convívio com a família e a sociedade.

De acordo com da Silva et al. (2016) quando o paciente adquire a IRC, o paciente necessita de uma terapia renal substitutiva tais como: diálise peritoneal, hemodiálise e o transplante renal. O mais usado em ocorrência de urgência é a hemodiálise, onde a enfermagem vai orientar todo processo desse tratamento, na qual o paciente junto com a equipe multidisciplinar (médicos, enfermeiros e assistente social etc.), irá optar pela terapia de melhor necessidade a esse cliente, facilitando assim, seu auto cuidado para que o mesmo venha a ter uma qualidade de vida conforme sua realidade.

Quando o paciente recebe o diagnóstico da DRC, pode ficar deprimido, sensível e com auto índice de estresse por conta da doença. Com todo esses problemas que o mesmo vem apresentando após o diagnóstico, a enfermagem, principalmente o profissional enfermeiro, tem que ter autonomia em relação a terapia que o paciente vai precisar pelo resto da sua vida, o profissional tem que ter um bom dialogo, uma boa habilidade para poder conduzir essa situação. que esses cliente se encontra, demonstrar confiança para o cliente tem uma boa relação com o cuidador, já que a partir desse momento, o paciente irá necessitar de uma terapia substitutiva, ou seja, a hemodiálise ou diálise peritoneal (RODRIGUES; BOTTI, 2009).

7 | CONCLUSÃO

Apesar do crescimento relevante das doenças crônicas não transmissíveis a doença renal crônica tem como fator importante para informações sobre esse tema, onde levam a embasar assuntos relacionados com o cuidar, visando elaborar planos para a importância da prevenção e tratamentos da doença em questão.

Como foi apresentado nesse estudo, os rins tem a função regulatória, excretora e endócrino, fazendo todo controle interno para o meio externo e remoção de líquidos e resíduos prejudiciais ao organismo humano, dando sobrevida a outros órgãos. Neste contexto, o estudo revisado demonstrou que a população em geral está cada vez envelhecendo e adoecendo mais devido ao estresse, sedentarismo, maus hábitos alimentares e falta de informações sobre as doenças. Por esses motivos, vem crescendo cada vez mais pessoas com hipertensão arterial, diabetes mellitus e doenças cardiovasculares, fazendo com que essas pessoas sejam alvo de outras doenças, principalmente as doenças crônicas não transmissíveis, entre elas a insuficiênci renal crônicas.

Além disso, comprovou-se a importância do conhecimento da enfermagem com relação a doença renal crônica e o paciente envolvido nesse quadro, principalmente o profissional enfermeiro, onde esse profissional deve ser capacitado para realizar

tarefas de grande valia para o acolhimento, tratamento e o cuidado com o cliente e seus familiares, para que o mesmo venha a ter uma boa aceitação da doença, levando-o a ter uma boa qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

RODRIGUES, Tatiana Aparecida; BOTTI, Nádia Cristiane Lappann. **Cuidar e o ser cuidado na hemodiálise.** 2009. p. 528-530.

ROSO, Camila Castro et al. **Progressão da insuficiência renal crônica:** Percepções de pessoas em pré-diálise. Rio Grande do Sul: 2014.

SACHO, Priscylla Oliveira Sena; TAVARES, Rafaelle Pereira; LAGO, Cristiana da Costa Libório. **Assistência de enfermagem frente às principais complicações do tratamento hemodialítico em pacientes renais crônicos.** 2013.

SILVA, Andreia Soares et al. **Perfil de pacientes portadores de insuficiência renal crônica submetidos à terapia hemodiálitica.** 2016.

SILVA, Guilherme Dallapicola et al. **Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico:** análise de fatores associados. 2016.

SIVIERO, Pâmila Cristina Lima; MACHADO, Carla Jorge; CHERCHIGLIA. **Insuficiência renal crônica no Brasil segundo enfoque de causas múltiplas de morte.** Rio de Janeiro: 2014.

TERRA, Fábio de Sousa et al. As principais complicações apresentadas pelos pacientes renais crônicos durante as sessões de hemodiálise. **Revista Brasileira Clínica Médica.** 2010.

TRAVAGIM, Darlene Suellen Antero et al. **Prevenção e Progressão da doença renal crônica: atuação do enfermeiro com diabéticos e hipertensos.** 2010.

TRAVAGIM, Darlene Suellen Antero; KUSUMOTA, Luciana. **Atuação do enfermeiro na prevenção e progressão da doença renal crônica.** 2009.

ZATZ, Roberto. **Bases Fisiológicas da Nefrologia.** São Paulo: ed. Atheneu. 2011. p. 335.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA FRENTE AO PACIENTE POLITRAUMATIZADO

Data de aceite: 26/11/2019

Lindiane Lopes de Souza

Faculdade Estácio de Juazeiro do Norte,
Juazeiro do Norte – Ceará

Lorena Alencar Sousa

Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do
Norte
Juazeiro do Norte - Ceará

Leiliane de Queiroz Oliveira

Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde
pela Faculdade de Medicina do ABC.
Juazeiro do Norte – Ceará

Cíntia de Lima Garcia

Enfermeira. Doutora em Ciências pela Faculdade
de Medicina do ABC.
Juazeiro do Norte – Ceará

Metodo: Trata-se de uma revisão integrativa. Utilizando Qualidade da assistência AND Enfermagem AND SAMU. Optou-se por incluir estudos realizados nos últimos 05 anos, nos idiomas inglês e português, que estivessem disponíveis gratuitamente e completos. Foram excluídas duplicatas, cartas ao autor, Monografias, teses, dissertações, pesquisas com animais e revisões de literatura.

Resultados: Dos 6 artigos selecionados, quatro foram publicados no ano de 2015, e os demais no ano de 2017. Todos os estudos foram publicados em diferentes periódicos sendo eles: Resuscitation, Rev Esc Enferm USP, Rev Enferm UFSM, Rev Min Enferm, Journal of trauma nursing e Rev enferm UFPE. Os estudos destacam a influência da estrutura organizacional e física na assistência, ressaltando também a importância de capacitação profissional para assistência neste serviço de alta complexidade. **Conclusão:** Foi possível identificar a importância do enfermeiro diante a assistência ao paciente politraumatizado e o seu papel frente a assistência prestada no contexto pré-hospitalar, bem como destacar a importância de um enfermeiro qualificado para otimização da assistência.

PALAVRAS-CHAVE: Qualidade da assistência. Enfermagem. SAMU.

RESUMO: **Introdução:** O Serviço de atendimento móvel de urgência ampara toda a população, principalmente em casos envolvendo traumas, onde necessita de diversos profissionais devidamente capacitados, entre eles o enfermeiro, contribuindo de forma positiva e eficaz para o perspectivo quando clínico minimizando maiores agravos. **Objetivo:** Destacar a importância da qualificação dos profissionais de enfermagem para assistência pré-hospitalar diante paciente politraumatizado.

NURSING CARE IN CARE MOVÉL OF URGENCY IN FRONT OF THE POLYRAMAGED PATIENT

ABSTRACT: **Introduction:** The Mobile Emergency Care Service supports the population, especially in cases involving trauma, where it needs several trained professionals, including the nurse, contributing positively and effectively to the perspective when clinical minimizing major injuries. **Objective:** To highlight the importance of qualifying nursing professionals for prehospital care in the case of polytrauma patients. **Method:** This is an integrative review. Using Quality of Care AND Nursing AND SAMU. We chose to include studies conducted in the last 05 years, in English and Portuguese, which were available for free and complete. Duplicates, letters to the author, monographs, theses, dissertations, animal research and literature reviews were excluded. **Results:** Of the 6 selected articles, four were published in 2015, and the others in 2017. All studies were published in different journals: Resuscitation, Rev Esc Enferm USP, Rev Enferm UFSM, Rev Min Enferm, Journal of trauma nursing and Rev enferm UFPE. The studies highlight the influence of the organizational and physical structure on care, also highlighting the importance of professional training to assist in this highly complex service. **Conclusion:** It was possible to identify the importance of nurses in relation to polytraumatized patient care and their role in relation to care provided in the prehospital context, as well as highlighting the importance of a qualified nurse for the optimization of care.

KEYWORDS: Quality of care. Nursing. SAMU.

1 | INTRODUÇÃO

O trauma em 2014 predominou no gênero masculino (69,5%) e de idades entre 18 e 37 anos (46,5%). As ocorrências concentraram-se nos finais de semanas (37,8%) e no período noturno (52,0%). Evidenciou-se preponderância dos acidentes de trânsito (41,3%) como principal mecanismo do trauma, dentre os quais prevaleceram (73,0%), relacionado ao envolvimento de motocicletas (IBIAPINO et al., 2017).

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), visa minimizar agravos à saúde à nível pré-hospitalar, assistindo à população diante de suas urgências e emergências através do serviço móvel contatado gratuitamente por meio do 192 (BRASIL, 2016).

No momento que o serviço móvel de urgência é requisitado, o técnico auxiliar de regulação médica obtém todas as informações pertinentes sobre a ocorrência, incluindo a condição atual da vítima, bem como a cinemática do local do acidente, em seguida as mesmas são repassadas para o médico regulador do serviço, que

por meios dos protocolos internos definem qual viatura será enviada para melhor intervenção. (FERNANDES et al., 2017)

São disponibilizadas dois tipos de viaturas no SAMU, sendo elas: unidades de suporte básico, para atendimento a vítimas sem risco elevado de morte, onde a equipe é constituída pelo menos por dois profissionais (técnico de enfermagem e condutor) capacitados para o atendimento, e a unidade de suporte avançado para casos com risco iminente de morte tanto na área pré-hospitalar quanto hospitalar com no mínimo 3 profissionais (Médico, enfermeiro e condutor) devidamente treinados (CARRENO, VELEDA, MORESCHI, 2015).

Porém, essa realidade é mensurável de acordo com a população do município a ser assistido, sendo que as ambulâncias de suporte de vida básico são instituídas a cada grupo de 100.000 a 150.000 habitantes, já avançada só em grupos de 400.000 a 450.000 habitantes, isso visando qualidade de vida e saúde, englobando urgências clínicas e decorrentes de causas externas. O conjunto de agravos denominado causas externas, atrai muita atenção devido à sua significativa incidência e suas consequências como o politrauma, onde é possível destacar o acidente automobilístico, em consonância com a realidade a colisão moto/moto culmina no mecanismo de trauma mais prevalente seguido de sequelas e morte na maioria das vezes (IBIAPINO et al., 2017).

Em casos com múltiplos traumas é necessário que o enfermeiro esteja apto para agir de forma rápida e eficaz, como também está hábil para atuar em situações excepcionais, necessitando de um olhar crítico e reflexivo para tomar decisão imediata frente a gravidade de cada ocorrência (LUCHEMBERG; PIRES, 2016).

Atualmente os acidentes automobilísticos crescem de maneira exacerbada devido ao aumento populacional em centros urbanos, sendo que os acidentes com maior incidência envolvem motocicletas. Os Autores Martins, Boing e Peres (2013) afirmam a premissa anterior destacando que os acidentes que envolvem motos, além de acontecerem com maior frequência ocasionam maiores danos para os envolvidos, na maioria das vezes resultando em politraumatizados ou morte.

O atendimento precoce dessas vítimas por profissionais devidamente qualificados e especializados contribui de forma positiva e eficaz para o perspectivo quando clínico minimizando maiores agravos à saúde. Logo este estudo visa contribuir para qualificação dos profissionais formados ou em formação através do conteúdo científico nele aplicado, diante dos resultados coletados e analisados, favorecendo a otimização da assistência de enfermagem no serviço.

Além disso, este estudo trará vantagens para população, já que os mesmos serão os mais beneficiados com o atendimento capacitado em situações de trauma, o que minimizará o número de ocorrências iatrogênicas em acidentes, assim como pode contribuir para diminuir o tempo de tratamento dependendo da gravidade

do trauma.

Fica explícito a importância de capacitar cada vez mais os profissionais do SAMU com intuito de oferecer melhor assistência nos atendimentos envolvendo politraumas visando reduzir sequelas e mortes em casos mais extremos.

Diante do exposto é possível notar a importância do SAMU para a população, principalmente em casos envolvendo traumas, onde necessita de diversos profissionais devidamente capacitados, entre eles o enfermeiro, logo surge o questionamento: Qual a importância da qualificação da enfermagem no atendimento pré-hospitalar? Quais as suas principais intervenções diante o paciente politraumatizado?. Então o objetivo deste estudo é destacar a importância da qualificação profissional para assistência pré-hospitalar diante paciente politraumatizado.

2 | MÉTODO

2.1 Trata-se de uma revisão integrativa da literatura.

A revisão integrativa da literatura visa encontrar resultados de pesquisa, através de uma questão norteadora, bem como por a sistematização e o ordenamento da pesquisa, auxiliando diretamente no entendimento de como a literatura se refere a tal questão (CROSSETTI, 2012).

Para desenvolver esta proposta metodológica, serão seguidos seus seis passos: Inicialmente a elaboração da pergunta norteadora para a pesquisa; em sequência a realização da busca dos artigos na literatura; Coleta de dados; Análise crítica dos estudos incluídos (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Para formulação da pergunta de pesquisa foi utilizado a estratégia PICO, acrônimo para Paciente (P), Interesse (I), Comparação (C) e Desfechos (O-Outcomes) (Figura 01).

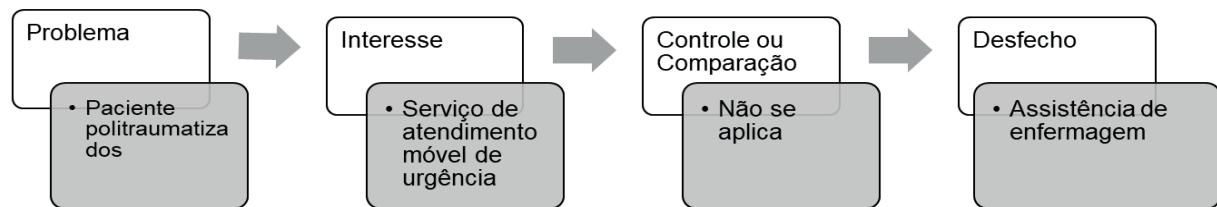


Figura 01: Estratégia PICO. Juazeiro do Norte, Ceará, 2019.

Fonte: Autores

Para busca da amostragem da literatura selecionou-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), que foram utilizados para conduzir a busca na Biblioteca

Virtual em Saúde (BVS), mediados pelo operador booleano *AND*, a fim de obter literaturas com a temática afim, logo constituímos a seguinte estratégia de entrada nas bases de dados (Quadro 1):

ESCOLHA DOS DADOS DE ENTRADA PARA PESQUISA INTEGRADA	
DeCS	Operador booleano
Qualidade da assistência	AND
Enfermagem	
SAMU	

Quadro 1 - Estratégia de entrada de dados para a pesquisa integrada

Fonte: Elaborado pela Autora (2019).

Como critérios de elegibilidade, optou-se por incluir estudos realizados nos últimos 05 anos, ou seja, de 2014 a 2019, nos idiomas inglês e português, que estiverem disponíveis gratuitamente e completos. Foram excluídas duplicatas, cartas ao autor, Monografias, teses, dissertações, pesquisas com animais e revisões de literatura.

Através da busca inicial foram encontrados 170 artigos. Para dar continuidade ao processo de seleção foi feita a leitura dos títulos e resumos de cada artigo. Em um segundo momento foi excluído os estudos que não contemplaram a temática, priorizando os critérios de elegibilidade e posteriormente foi realizado a leitura dos artigos na íntegra para análise final, resultando em 6 artigos no total.

Este estudo só incluiu artigos que respeitaram os aspectos éticos preconizados pelas Resoluções nº 466/12 e a de nº 510/16. Além disso, todas as informações fornecidas no texto estão identificadas e mencionadas a origem dos dados, bem como a dos seus autores.

3 | RESULTADO

Dentre os artigos selecionados para este estudo, três foram indexados na Base de dados em Enfermagem (BDENF), Dois na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e um na Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE). Para facilitar a análise inicialmente foi traçado o perfil bibliométrico da amostra, enquadrando os artigos levantados de acordo com os seguintes aspectos: título, autor, ano, periódico e país de publicação (Quadro 2).

Nº	TITULO	AUTORES /ANO	PERIODICO	PAIS DE PUBLICAÇÃO
1	Um mecanismo de feedback individualizado melhora a qualidade de RCP extra-hospitalar?	Weston et al., 2017	Resuscitation	EUA
2	Instrumento para avaliação da qualidade da assistência pré-hospitalar móvel de urgência: validação de conteúdo	Dantas et al., 2015	Rev Esc Enferm USP	BRASIL
3	Nível de complexidade assistencial e dimensionamento de enfermagem no pronto-socorro de um hospital público	Casarolli et al., 2015	Rev Enferm UFSM	BRASIL
4	Características da equipe de atendimento pré-hospitalar no interior do rio grande do sul	Carreno, Veleda e Moreschi, 2015	REME • Rev Min Enferm	BRASIL
5	Projetando um desastre.	Fletcher; Justice e Rohrig, 2015	Journal of trauma nursing	EUA
6	Serviço de atendimento móvel de urgência: satisfação de usuários	Ferreira et al., 2017	Rev enferm UFPE	EUA

Quadro 2 - Descrição dos estudos incluídos na Revisão Integrativa, segundo o autor, ano da publicação, base de dados e objetivo

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Dos 6 artigos selecionados, quatro foram publicados no ano de 2015, e os demais no ano de 2017. Todos os estudos foram publicados em diferentes periódicos sendo eles: Resuscitation, Rev Esc Enferm USP, Rev Enferm UFSM, Rev Min Enferm, Journal of trauma nursing e Rev enferm UFPE (Quadro 03).

Nº	OBJETIVO	AMOSTRA	INSTRUMENTO	PRINCIPAIS RESULTADOS
1	Avaliar se o feedback individualizado de RCP foi associado à melhoria da qualidade da RCP medidas no contexto pré-hospitalar.	Não Identificada	Benchmarking	O feedback individual está associado à melhoria marginal da qualidade da ressuscitação cardiopulmonar no ambiente pré-hospitalar. Mais pesquisas com amostras maiores são necessárias para melhor quantificar efeito.
2	Validar um instrumento de avaliação da qualidade da assistência pré-hospitalar móvel de urgência.	10 enfermeiros e 10 médicos	Instrumento denominado Avaliação da Qualidade do Atendimento Pré-hospitalar (AQ-APH).	Três itens foram excluídos do instrumento: Compensação Profissional; Satisfação no Trabalho e Serviços Realizados. Os itens que obtiveram índices adequados de permaneceram no instrumento foram: estado de conservação da ambulância; Estrutura física; conforto na ambulância; disponibilidade de recursos materiais; segurança do usuário / pessoal; aprendizado contínuo; segurança demonstrada pela equipe; entre outros.

Nº	OBJETIVO	AMOSTRA	INSTRUMENTO	PRINCIPAIS RESULTADOS
3	Analisar o nível de complexidade assistencial e o dimensionamento dos profissionais de enfermagem no pronto-socorro de um hospital público.	998 Prontuários	Prontuários	O predomínio de pacientes classificados como em cuidados mínimos pressupõe a inadequação do fluxo de atenção dos serviços de saúde, e consequente utilização equivocada da atenção terciária, gerando número expressivo de atendimentos. Este contexto é agravado pelo quantitativo reduzido de profissionais de enfermagem para prestar assistência com qualidade e segurança.
4	Caracterizar a equipe de atendimento pré-hospitalar no interior do Rio Grande do Sul.	44 profissionais	Foi utilizado instrumento estruturado que deu origem ao banco de dados em planilha Excel e análises estatísticas no software SPSS.	A maioria dos entrevistados (43,2%) sente-se motivada pela área de atuação, 40,9% pela questão salarial e 86,4% estão satisfeitos. A maior parte dos entrevistados conhece o protocolo utilizado na empresa e reconhece as complicações de um cuidado mal-assistido, na dúvida (97,7%) questiona o colega, pois reconhece as complicações éticas. O atendimento de profissionais capacitados e integrados resultará na qualidade do atendimento pré-hospitalar, influenciando positivamente na diminuição de complicações de um cuidado primário mal-assistido.
5	fornecer aos alunos uma experiência realista e prática em um ambiente seguro.	Alunos da Ohio State University	Algoritmo com 5 questões criado pelos autores	A simulação foi uma maneira eficaz de reforçar o conteúdo didático, sendo que como modalidade de ensino elimina o risco de não agir adequadamente, resultando em danos ao paciente. Ao participar da simulação em massa de vítimas, nossos estudantes de enfermagem podem assumir papéis que talvez nunca tivessem tido a chance de desempenhar de outra forma.
6	Relacionar o grau de satisfação do usuário atendido pela equipe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.	40 usuários	questionário semiestruturado	O atendimento foi classificado com alto grau de satisfação dos usuários em todos os níveis dos serviços oferecidos pelo SAMU 192.

Quadro 3 - Síntese dos artigos incluídos por objetivos, amostra, instrumento para coleta de dados e principais resultados.

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

O quadro 3, sistematizou os seguintes critérios para facilitar a elaboração das discussões do presente estudo: objetivos, amostra, instrumento para coleta de dados e principais resultados.

4 | DISCUSSÃO

O surgimento dos serviços de emergência pré-hospitalar no Brasil foi construído com base nos modelos Francês e Americano. Em parceria com o Ministério da Saúde, no Brasil os estados e municípios regulamentaram os serviços de Atendimento Pré-Hospitalar (APH), com o intuito de promover uma visão expandida das instituições de serviço de emergência (CARRENO, VELEDA, MORESCHI, 2015).

O estudo de Dantas et al., (2015), corrobora com a premissa anterior destacando a importância dos aspectos estruturais do serviço pré-hospitalar reforçando a relevância da estrutura geral e sua influência na dinâmica da estabilização da saúde do paciente que se encontra dentro da ambulância.

Ainda falando sobre estrutura, Carreno; Veleda e Moreschi,(2015), objetivam caracterizar a equipe de atendimento pré-hospitalar no interior do Rio Grande do Sul, evidenciando que a maioria dos profissionais nestes serviços são enfermeiros e técnicos de enfermagem, ressaltando que esta classe se destaca, ganhando espaço devido a busca de atualizações técnico científicas.

O autor supracitado, salienta que os profissionais de enfermagem optam por livros e cursos de aperfeiçoamento para atualiza-se, realizados pela própria empresa, ou por universidades (CARRENO, VELEDA, MORESCHI, 2015).

Comprovando que os profissionais estão investindo em suas qualificações, Dantas et al., (2015), afirma que os enfermeiros emergêncistas buscam a cada ano se especializar na área de urgência e emergência.

A dedicação à continuidade dos estudos é necessária para manter atualizados os seus conhecimentos e as aptidões para atendimento do paciente (CARRENO, VELEDA, MORESCHI, 2015).

Trazendo outro aspecto, Fletcher; Justice e Rohrig, (2015), aponta lacunas entre o conhecimento teórico e a experiência na prática, vinculando a graduação ineficaz, sobrelevando a importância de analisar os impactos na comunidade desde a graduação, abordando as implicações do cuidado de enfermagem no contexto pré-hospitalar ao paciente traumatizado e suas peculiaridades.

Carreano et al., 2015, realizou levantamento de dados com 44 profissionais do SAMU, em que destaca que a maior parte dos envolvidos tem cinco anos, ou mais, de experiência.

Sobretudo, o enfermeiro do SAMU pode apresentar dificuldades devido a sobrecarga diante o quantitativo reduzido, implicando na execução de suas funções técnico-científicas, optando por delegá-las para técnicos, entretanto é importante enfatizar as especificidades atribuídas ao enfermeiro, tais quais demandam de maior complexidade técnica e exigem conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas (Casarolli et al., 2015).

Tomando uma contrapartida, Carreno; Veleda e Moreschi,(2015), argumentam acerca do vasto campus de atuação do enfermeiro diante o serviço pré-hospitalar, inclusive dando ênfase nas tarefas de gerência e administração, mesmo que sua maior inserção seja no suporte assistencial lidando diretamente com traumas de diferentes aspectos, necessitando em ambas raciocínio crítico e imediato.

Vale salientar que há insatisfação profissional relacionada a questões de remuneração que implica em desmotivação e insatisfação pessoal e profissional desses trabalhadores, sendo necessário uma melhor valorização que culminará em um melhor atendimento e consequentemente no contentamento dos usuários que necessitam do SAMU (DANTAS et al., 2015).

Partindo deste pressuposto, Ferreira et al., (2017), notabiliza no seu estudo realizado com 40 usuários do SAMU através do 192, que é de extrema importância leva em consideração o feedback da população relacionado ao cuidado de enfermagem no atendimento pré-hospitalar, para que assim continue a agradar.

A Ressucitação Cardio Pulmonar é abordada no estudo de Weston et al., (2017), destacando que diante um paciente politraumatizado é executado protocolo padrão para RCP, sendo que o trauma pode apresentar particularidades que cabe ao profissional reconhece-las e agir.

Faz parte das atribuições do enfermeiro empoderar a população por meio de medidas educativas para a redução desses traumas, bem como coordenar a equipe de enfermagem de forma objetiva possuindo habilidades e conhecimento técnico-científico, possibilitando minimizar as sequelas no paciente politraumatizado, bem como pleitear por condições melhor de trabalho, visando um ambiente pertinente para tal e equipamentos necessários para a assistência à saúde adequada (FERREIRA et al., 2017).

5 | CONCLUSÃO

Diante da revisão integrativa, esse estudo possibilitou identificar a importância do enfermeiro diante a assistência ao paciente politraumatizado e o seu papel frente a assistência prestada no contexto pré-hospitalar, bem como destacar a importância de um enfermeiro qualificado para otimização da assistência.

É visto a necessidade de incrementar dentro do SAMU ciclos de educação permanente para atualizar os profissionais vinculados a este serviço.

Dentro deste estudo, percebeu-se como limitações as poucas publicações relacionadas a temática. Apesar disso, o escopo dessa revisão reforça a importância da qualificação do profissional enfermeiro para assistência, não só no paciente politraumatizado quanto no geral.

Necessidade de urgência na realização de novas pesquisas ao que diz respeito

à assistência da enfermagem ao politraumatizado, levando em consideração que é a enfermagem uma das principais responsáveis no atendimento a esses pacientes.

REFERÊNCIAS

- ADÃO, R.S. SANTOS, M.R. Atuação Do Enfermeiro No Atendimento Pré-hospitalar.
- ANTUNES, C.R.; DALSASSO, G.T.M. Processo de enfermagem informatizado ao paciente Politraumatizado de terapia intensiva. Santa Catarina, 2008.
- ARAÚJO, A.B.G. SANTO, F.R.E. Assistência de enfermagem no atendimento inicial
- BRASIL, Ministério da Saúde. Protocolos de Suporte Básico de Vida. Brasília/ DF, 2014.
- CARRENO, Ioná; VELEDA, Cristiano Noelli; MORESCHI, Claudete. CHARACTERISTICS OF A PRE- HOSPITAL CARE TEAM IN THE STATE OF RIO GRANDE DO SUL. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, [s.l.], v. 19, n. 1, p.88-94, 2015.
- CASAROLLI, A. C. G. et al. Nível de complexidade assistencial e dimensionamento de enfermagem no Pronto-Socorro de um hospital público. **Revista de Enfermagem da Ufsm**, [s.l.], v. 5, n. 2, p.327-345, 2 jul. 2015. Universidad Federal de Santa Maria. <http://dx.doi.org/10.5902/2179769216811>.
- CROSSETTI, M. G. O. Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem: o rigor científico que lhe é exigido. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 2, p. 08-13, 2012. de urgência e emergência ao traumatizado, p. 01-25. 2011.
- DANTAS, R. A. N. et al. Instrument for assessing the quality of mobile emergency pre-hospital care: content validation. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 49, n. 3, p.380-386, jun. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420150000300004>.
- FERNANDES, Luciane Cristina Rodrigues et al. Antidote availability in the municipality of Campinas, São Paulo, Brazil. **Sao Paulo Medical Journal**, [s.l.], v. 135, n. 1, p.15-22, 13 mar. 2017.
- FERREIRA, A. M. et al. SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA: SATISFAÇÃO DE USUÁRIOS. **Rev Enferm Ufpe On Line**, Recife, p.107-133, 2017.
- FLETCHER, L.; JUSTICE, S; ROHRIG,L. Designing a Disaster. **Journal Of Trauma Nursing**, [s.l.], v. 22, n. 1, p.35-40, 2015. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/jtn.0000000000000098>.
- IBIAPINO, Mateus Kist et al. Serviço de atendimento móvel de urgência: epidemiologia do trauma no atendimento pré-hospitalar. Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba, [s.l.], v. 19, n. 2, p.72-76, 26 jun. 2017.
- LUCHTEMBERG, Marilene Nonnemacher; PIRES, Denise Elvira Pires de. Enfermeiros do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: perfil e atividades desenvolvidas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 69, n. 2, p.213-220, abr. 2016.
- MARTINS, Evandro Tostes; BOING, Antonio Fernando; PERES, Marco Aurélio. Mortalidade por acidentes de motocicleta no Brasil: análise de tendência temporal, 1996-2009. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 47, n. 5, p.931-941, out. 2013.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. BRASIL. SAMU 192. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Móvel. Rem E – Rev. Min. Enferm,p.601-608, 2012.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, Revista Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein, São Paulo, v. 8, p. 102-106, 2010.

VIEIRA, E.M. Aph e socorrista. 1^a ed. Volume 1. Porto Velho: CIPERON.

WESTON, B.w. et al. Does an individualized feedback mechanism improve quality of out-of-hospital CPR? **Resuscitation**, [s.l.], v. 113, p.96-100, abr. 2017. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2017.02.004>.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM COMPLICAÇÕES DE ERISIPELA

Data de aceite: 26/11/2019

Silvana Pereira Gomes

Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de
Maceió- SMS/AL
pg.sil2011@gmail.com

Cicera Alves Gomes

Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de
Maceió- SMS/AL

Régina Cristina Rodrigues da Silva

Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de
Maceió- SMS/AL

Nair Rose Gomes Bezerra

Enfermeira pelo Centro Universitário Maurício de
Nassau

Regilene de Lima Rodrigues

Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde
de Maceió- SMS/AL

Lucas Daniel Souza de Vasconcelos

Graduando em Fonoaudiologia na Universidade
Estadual de Ciências
da Saúde de Alagoas- UNCISAL

(SAE) é um método assistencial fundamentado no cuidado de enfermagem ao paciente, sendo a essência do processo de trabalho do enfermeiro. **OBJETIVO:** Promover os cuidados de enfermagem na reabilitação do paciente; **METODOLOGIA:** Trata de um estudo qualitativo de natureza descritiva do tipo estudo de caso, realizado no município de Maceió-AL, em julho 2016 a janeiro 2017. A paciente C.R.S. de 78 anos, sexo feminino, diabética, apresentava complicações de erisipela no membro inferior esquerdo (MIE). A coleta de dados foi realizada durante os atendimentos ambulatoriais na estratégia de saúde da família. O diagnóstico foi feito através do histórico de enfermagem, exames físico e laboratorial. O tratamento foi realizado com a troca de curativo diariamente e uso da medicação prescrita. **RESULTADOS:** A lesão do MIE evoluiu com fibrina, submetida inicialmente ao desbridamento químico com papaína a 6% e posteriormente aumentando a porcentagem para 10%. Após aparição do tecido de granulação foi realizado curativo com gaze de rayon até a cicatrização. **CONCLUSÃO:** A erisipela é um grave problema de pele e necessita de bastante atenção. Ao apresentar os sinais e sintomas o paciente deve procurar rapidamente o serviço de saúde. O compromisso e o conhecimento da equipe e da

RESUMO: INTRODUÇÃO: A Erisipela bolhosa é uma infecção cutânea aguda de etiologia geralmente causada por Streptococcus pyogenes do grupo A, caracterizada pelo inicio agudo de sinais locais de infamação, como eritema delimitado, edema, dor e calor. A Sistematização da Assistência de Enfermagem

família contribuem na evolução do paciente. **CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** A SAE contribui para assistência integral, proporcionou impacto no acompanhamento contínuo, mudança de comportamento entre os profissionais de saúde, pacientes e familiares.

PATIENT NURSING CARE WITH ERISIPELA'S COMPLICATIONS

ABSTRACT: INTRODUCTION: Erysipelas bullosa is an acute cutaneous infection of etiology usually caused by group A Streptococcus pyogenes, characterized by the acute onset of local signs of inflammation, such as delimited erythema, edema, pain and heat. The Nursing Care Systematization (SAE) is a care method based on nursing care to the patient, being the essence of the nurse's work process. **OBJECTIVE:** To promote nursing care in patient rehabilitation; **METHODOLOGY:** This is a qualitative descriptive case study, conducted in the city of Maceió-AL, from July 2016 to January 2017. The patient C.R.S. A 78-year-old diabetic female presented complications of erysipelas in the left lower limb. Data collection was performed during outpatient visits in the family health strategy. The diagnosis was made through nursing history, physical and laboratory exams. The treatment was performed with daily dressing change and use of the prescribed medication. **RESULTS:** MIE lesion evolved with fibrin, initially submitted to chemical debridement with 6% papain and subsequently increasing the percentage to 10%. After appearance of the granulation tissue, a rayon gauze dressing was performed until healing. **CONCLUSION:** Erysipelas is a serious skin problem and needs close attention. When presenting the signs and symptoms the patient should quickly seek health care. The commitment and knowledge of staff and family contribute to the patient's evolution. **CONTRIBUTIONS / IMPLICATIONS FOR NURSING:** SAE contributes to comprehensive care, has provided impact on ongoing follow-up, behavioral change among health professionals, patients and family members.

INTRODUÇÃO

Os estudos de Grosshan (2001) e Bonnetblanc (2003) apontam que a erisipela bolhosa é uma infecção cutânea aguda de etiologia geralmente causada por Streptococcus pyogenes do grupo A, com ocorrência de recidiva constante. É uma celulite superficial com intensa implicação do plexo linfático subjacente e se apresenta por placas eritematosas e pode ser associada à febre alta, adenopatia, dor e edema. Apresenta, ainda, bordas elevadas e endurecimento conferindo a pele um aspecto de casca de laranja (BERNARDES *et al.*, 2004). Manifesta-se, de preferência, nas pernas e nos pés, mas também pode apresentar-se em membros superiores, tronco e face em uma magnitude menor. A bactéria se espalha pelos vasos linfáticos e pode acometer pessoas de qualquer idade, sendo mais

comum nos diabéticos, obesos e portadores de deficiência da circulação venosa dos membros inferiores (MMII) não é contagiosa. Devido às diversas variações regionais, a doença também é conhecida popularmente como: “Esipra”, “Mal-da-Praia”, “Mal-do-Monte”, “Maldita” e “Febre-de-Santo-Antônio” (SILVA *et al.*, 2013). É imprescindível um olhar individualizado em realizar uma orientação adequada quanto a relevância do problema e ao prosseguimento do tratamento principalmente aos cuidados com relação a prevenção das complicações (SOARES *et al.*, 2016).

A supervisão do cuidado de enfermagem refere-se às ações de cuidado direto e indireto, de caráter instrumental e expressivo realizado pelo enfermeiro de forma integrada e articulada, cuja finalidade é oferecer um cuidado sistematizado e de qualidade aos clientes dos serviços de enfermagem (CHRISTOVAM *et al.*, 2012).

O enfermeiro, como um importante membro da equipe básica multidisciplinar, necessita de instrumentos que viabilizem a sua prática profissional. Para tanto a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) mostra-se uma ferramenta essencial para atender aos princípios do SUS e nortear sua práticas, constitui um instrumento metodológico que propicia e orienta a assistência de enfermagem, assim como oferece condições necessárias para a organização do trabalho do enfermeiro. A aplicabilidade da SAE pode-se assim promover um planejamento mais amplo, podendo identificar os agravantes do processo saúde-doença e necessidades de cuidados de enfermagem, bem como as intervenções de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade. (SILVEIRA *et al.*, 2016).

O objetivo desse estudo é promover os cuidados de enfermagem na reabilitação do paciente e avaliar a contribuição da família no cuidado do paciente portador de complicações de erisipela.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo de natureza descritiva do tipo estudo de caso, realizado em uma unidade básica de saúde no município de Maceió-AL durante o período de Julho de 2016 a Janeiro de 2017.

A coleta de dados foi realizada durante os atendimentos ambulatoriais, na estratégia de saúde da família, da paciente C.R.S. de 78 anos, sexo feminino, diabética, que apresentava complicações de erisipela no membro inferior esquerdo (MIE). O diagnóstico foi feito através do histórico de enfermagem, exames físico e laboratorial. A equipe começou o tratamento realizando a troca de curativo diariamente e com o surgimento do tecido de granulação foram realizados curativos com gaze de rayon até a cicatrização do membro afetado e consequentemente foi dada a alta da paciente, em janeiro de 2017.

RESULTADOS/ DISCUSSÃO

Na paciente C.R.S., sexo feminino, 78 anos, acometida com diabetes mellitus a erisipela iniciou-se através de um processo infeccioso cutâneo em forma de bolha, quando chegou à unidade relatando dor excessiva no membro inferior esquerdo (MIE), dificuldade para se movimentar e insônia, procurou atendimento médico foi prescrito benzilpenicilina benzatina 1.200.000 U a cada 21 dias. Após avaliação da equipe de enfermagem juntamente com a médica da unidade, foi constatado vermelhidão na altura da panturrilha apresentando bastante fibrina, edema local e integridade da pele prejudicada, características do quadro de Erisipela.

A lesão do MIE evoluiu com fibrina, submetida à desbridamento químico. Iniciamos o tratamento com papaína a 6%, onde a paciente foi orientada a fazer o curativo diariamente na unidade. Durante uma semana trocando o curativo diariamente, foi observado que a papaína a 6% não estava dando o resultado esperado. Em contato com a médica unidade, foi sugerido o aumento da porcentagem da papaína para 10% e realização do desbridamento mecânico. Após quinze dias realizar ao esse feito, ocorreu desbridamento total e registramos tecido de granulação presente, onde começamos utilizar a gaze de Rayon, com a finalidade de acelerar o processo de cicatrização.

Durante seis meses realizando a troca de curativos diariamente e fazendo o uso da benzilpenicilina benzatina, o mesmo evoluiu com cicatrização e cura da lesão.

Esse relato de caso proporcionou o crescimento técnico-científico dos profissionais da atenção básica, que trabalharam de forma interprofissional, permitindo uma visão integral da paciente, seguindo os princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde e promovendo o cuidado em saúde com a paciente e sua família.

CONCLUSÃO

A erisipela é um grave problema de pele e necessita de bastante atenção. Uma vez que não tratada adequadamente pode evoluir para uma necrose no tecido e em casos extremos, pode levar a amputação do membro ou até mesmo a morte. Ao apresentar os sinais e sintomas clássicos da erisipela, como eritema delimitado, edema, dor e calor, o paciente tem que procurar rapidamente o serviço de saúde para que não ocorra evolução da doença. O tratamento será prescrito pelo médico de acordo com indicação do quadro. Em pacientes que apresentam esse tipo de lesão cutânea, os cuidados são fundamentais para o tratamento e cura. O compromisso e o conhecimento da equipe e da família contribuem na evolução do paciente.

REFERENCIAS

- BERNARDES, Carlos Henrique de A. et al . Experiência clínica na avaliação de 284 casos de erisipela. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro , v. 77, n. 5, p. 605-609, Oct. 2002 .
- BONNETBLANC, Jean-Marie; BÉDANE, Christophe. Erysipelas: recognition and management. Am J Clin Dermatol. 2003;4(3):157-63.3
- CHRISTOVAM, Barbara Pompeu; PORTO, Isaura Setenta; OLIVEIRA, Denise Cristina de. Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 46, n. 3, p. 734-741, June 2012 .
- GROSSHAN, Edouard. Erysipelas: Clinicopathological classification and terminology. Ann Dermatol Venereol. 2001;128:307-11. 2.
- OKAJIMA, Renata Mie Oyama; FREITAS, Thaís Helena Proença de; ZAITZ, Clarisse. Estudo clínico de 35 pacientes com diagnóstico de erisipela internados no Hospital Central da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro , v. 79, n. 3, p. 295-303, May 2004 .
- SANTOS, José Luís Guedes dos et al . Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 66, n. 2, p. 257-263, Apr. 2013 .
- SILVA, Patrick Leonardo Nogueira da; ABREU, Glauclie Graysse Duarte de; FONSECA José Ronivon; SOUTO, Simone Guimarães Teixeira; GONÇALVES, Renata Patrícia Fonseca. Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem em Paciente com Erisipela: Estudo de Caso em Hospital de Ensino. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde** Vol.04, Nº. 04, Ano 2013 p.1512-1526.
- SILVEIRA, Vanusa da; SILVA , Kerlly Cristina da; HERTEL , Valdinéa Luíz. Sistematização da assistência de enfermagem. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 10(11):3892-900, nov., 2016 SM1011201610.
- SOARES, Sara Gabrielly de Sousa Costa; CARVALHO, Brenna Emmanuella de; LOPES, Antonia Mauryane; SIQUEIRA, Roxana Mesquita de Oliveira. Assistência de enfermagem a um paciente com integridade da pele prejudicada relacionada à erisipela: relato de experiência. **Nursing (São Paulo)**; 17(223): 1300-1303, jun. 2016. Illus.

CAPÍTULO 9

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PORTADOR DA SÍNDROME DE STEVEN-JOHNSON: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 26/11/2019

Maiana Eloí Ribeiro dos Santos

Especialista em Terapia Intensiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Luana Eloá Ribeiro dos Santos

Especialista em Terapia Intensiva pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro – RJ

Daniel da Silva Granadeiro

Doutorando em Enfermagem e Biociência pela PPGEnf da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro – RJ

Raquel Magalhães de Azeredo

Mestre em Enfermagem pelo MPEA da Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro – RJ

Fernanda Bernardo dos Santos

Mestre em Ensino na Saúde pela Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro – RJ

Joanir Pereira Passos

Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Rio de Janeiro – RJ

Monique de Souza Nascimento

Mestranda do curso de Telemedicina e Telessaúde pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro – RJ

Cristiane Faustino Silva

Mestre em Terapia Intensiva pela Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva. Rio de Janeiro – RJ

RESUMO: A síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) é uma patologia mucocutânea pouco frequente e potencialmente fatal. É uma afecção inflamatória aguda, febril e autolimitada, com duração aproximada de duas a quatro semanas, que afeta a pele e a membrana mucosa. Objetiva-se relatar a assistência prestada pelo enfermeiro frente as lesões causadas pela SSJ. Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência sobre o cuidado de uma paciente portadora da SSJ internada em um hospital municipal do Rio de Janeiro. Os resultados evidenciam que a assistência de enfermagem adequada, juntamente com a equipe multidisciplinar, corrobora para o pronto restabelecimento do paciente portador da SSJ, assim como diminuição de infecções secundárias a síndrome e diminuição do tempo de internação.

PALAVRAS-CHAVE: Síndrome de Steven-Johnson; Assistência de enfermagem

NURSING CARE FOR STEVEN-JOHNSON

SYNDROME PATIENT: EXPERIENCE

REPORT

ABSTRACT: Stevens-Johnson syndrome (SSJ) is an uncommon and potentially fatal mucocutaneous disorder. It is an acute, feverish,

self-limiting inflammatory condition lasting approximately two to four weeks that affects the skin and mucous membrane. The objective is to report the care provided by nurses in the face of injuries caused by SSJ. This is a descriptive study of the type experience report on the care of a patient with SSJ admitted to a municipal hospital in Rio de Janeiro. The results show that adequate nursing care, together with the multidisciplinary team, corroborates the prompt recovery of patients with SSJ, as well as a decrease in infections secondary to the syndrome and a reduction in hospitalization time.

KEYWORDS: Stevens-Johnson syndrome; Nursing Care

1 | INTRODUÇÃO

A síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) é uma patologia mucocutânea pouco frequente e potencialmente fatal, que se caracteriza pela necrose dos queratinócitos, expressa clinicamente por descolamento epidérmico (OLIVEIRA et al, 2011). É uma afecção inflamatória aguda, febril e autolimitada, com duração aproximada de duas a quatro semanas, que afeta a pele e a membrana mucosa (EMERICK et al, 2014).

Esta síndrome é imunologicamente mediada pela ação de anticorpos IgG ou IgM específicos para drogas, na maioria das vezes secundária à administração de fármacos (RUBEN et al 2006). 50 a 80% dos casos de SSJ estão relacionados a este fator. Foram relatados mais de cento e cinquenta fármacos potenciais causadores desta enfermidade. Os anticonvulsivantes aromáticos como carbamazepina, fenitoína e fenobarbital fazem parte deste grupo (ARRUDA e SAMPAIO,2014). O reconhecimento do fármaco e posterior suspensão é essencial para o tratamento desta afecção (SILVA, 2011).

O diagnóstico clínico é feito após resultados de exames histológicos cuja principal característica é a necrose dos queratinócitos e a clivagem da junção dermoepidérmica (JUNQUEIRA e NAPIMONGA. 2015).

As manifestações clínicas geralmente têm um início agudo; na forma leve da doença desenvolvem-se ulcerações que afetam primariamente a mucosa bucal. Na forma mais grave podem ser observadas áreas de descamação difusas e ulceração de pele e mucosa. Os sinais prodrônicos incluem febre, mal-estar, cefaleia, tosse e dor de garganta ocorrendo aproximadamente uma semana antes do surgimento das primeiras lesões (OLIVEIRA et al, 2011).

Não existe tratamento específico para a doença, a abordagem farmacoterápica resume-se ao uso de corticosteroides sistêmicos. Na cavidade bucal as lesões podem ser tratadas com corticosteroide tópico⁶. A taxa média de mortalidade relatada de SSJ é de 1-5% (JUNQUEIRA e NAPIMONGA. 2015).

Este estudo tem por finalidade relatar a experiência do cuidado prestado pelo enfermeiro a um paciente portador da SSJ internado em um hospital municipal do

município do Rio de Janeiro.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência sobre o cuidado de uma paciente portadora da SSJ internada na terapia intensiva de um hospital do município do Rio de Janeiro no período de julho a agosto de 2016.

A equipe de enfermagem do setor, capacitada e sensibilizada, prestou assistência a esta paciente utilizando matérias pré-determinados pela rotina de enfermagem.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Paciente do sexo feminino, 40 anos, internada para pós-operatório de clipagem de aneurisma. Na cirurgia, realizou craniectomia descompressiva que consiste na retirada em monobloco de grande parte do osso frontal, temporal, parietal ou esfenóide, no caso desta paciente, parietal esquerdo. É uma cirurgia indicada no tratamento da hipertensão intracraniana em situações graves de traumas crânioencefálicos. Com a retirada de parte da calota craniana, permitimos a expansão do edema cerebral diminuindo a pressão intracraniana. Apesar da aparência bizarra que esta cirurgia confere ao paciente, pois o mesmo fica com a cabeça deformada, o pós-operatório decorria sem grandes alterações (MARICEVICH e CAMPOLINA, 2017).

A paciente fazia uso de anticonvulsivante fenitoína para controle e prevenção de crises convulsivas, o que é amplamente utilizado neste tipo de cirurgia. A fenitoína age aumentando o tempo de inativação dos canais de sódio dos neurônios com hiperpolarização. Ela se liga aos picos negativos dos canais de sódio evitando as crises convulsivas. Situações passíveis de toxicidade incluem a SSJ, além de outros efeitos adversos (FIRMINO, 2017).

Após 24 dias de internação na terapia intensiva e 28 dias de uso de fenitoína apresentou lesões eritematosas em face, mucosas, membros superiores, inferiores, abdome e dorso; febre e disfagia. Foi suspenso o uso da fenitoína e foi diagnosticado SSJ.

A assistência de enfermagem consistiu no tratamento das lesões eritematosas bolhosas que foram feitas diariamente com o uso de soro fisiológico, Ácidos Graxos Essenciais e placas de hidrocolóides nas regiões mais afetadas, neste caso, o dorso.

Os Ácidos Graxos Essenciais promovem quimiotaxia e angiogênese, mantêm o meio úmido, facilitam a entrada de fatores de crescimento, promovem mitose e

proliferação celular, auxiliam o desbridamento autolítico e são bactericidas para *S. aureus*. São indicados na prevenção de lesões por pressão, feridas abertas superficiais com ou sem infecção (PEREIRA e BACHION, 2005).

Os hidrocolóides ao serem aplicados no leito da ferida produzem um ambiente úmido, facilitando o desbridamento autolítico, controlando o exsudato e fornecendo uma barreira para microrganismos externos. São curativos constituídos por uma camada externa de poliuretano e uma camada interna de gelatina, pectina e carboximetilcelulose (HESS, 2002). Além disso, mantêm o pH ácido no leito da ferida, o que impede o crescimento bacteriano, termostático, promovem a angiogênese, aumentam o número de fibroblastos da derme, estimulam a produção de tecido de granulação e aumentam a quantidade de colágeno sintetizado, essenciais ao processo cicatricial (PEREIRA e BACHION, 2005).

As placas de hidrocolóide foram instaladas nas feridas que apresentavam secreção e tecido desvitalizado, deixadas até 7 dias ou sua saturação, conforme indicação do fabricante. O AGE foi utilizado nas feridas com tecido de granulação, fixado e ocluído com cobertura secundária, gaze e micropore quando necessário. Sua troca foi realizada a cada 12 ou 24 horas, conforme indicação do fabricante.

A higiene oral foi feita três vezes ao dia ou sempre que havia necessidade. A higiene ocular também foi implementada três vezes ao dia. O uso de corticoide tópico foi prescrito pelo médico responsável. Além dos cuidados diários com a paciente, orientações foram feitas para minimizar a ansiedade quanto a sua aparência, motivo do surgimento da doença e melhora do quadro. A ingestão hídrica foi estimulada para repor líquidos perdidos devido às lesões.

Orientações a equipe de enfermagem também foram imprescindíveis para diminuir o risco de infecção sistêmica e desta maneira aumentar o tempo de internação. A assistência de enfermagem foi eficaz, assim como o tratamento estabelecido pela equipe de saúde. A paciente teve todas as lesões causadas pela SSJ cicatrizadas, sem infecções secundárias e obteve alta hospitalar.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência de enfermagem adequada corrobora para o pronto restabelecimento do paciente, assim como diminui o tempo de internação e seus agravos. O cuidado prestado pelo enfermeiro é primordial ao paciente acometido da SSJ, sendo o diferencial para a sua pronta recuperação.

Como reflexões finais, acreditamos que a temática sobre a SSJ constitui um campo enorme de investigação, o qual tem sido pouco explorado pelos enfermeiros. Esse fenômeno assume relevância pois é o enfermeiro o principal responsável no tratamento das lesões causadas por esta síndrome.

REFERÊNCIAS

- OLIVEIRA, A.; SANCHES, M.; SELORES, M. **O espectro clínico síndrome de Stevens-Johnson e necrólise epidérmica tóxica.** Acta Med Port. Lisboa, 24(4):995-1002, 2011.
- EMERICK M.F.B.; RODRIGUES M.M.T.; PEDROSA D.M.A.S.; NOVAES M.R.C.G.; GOTTEMS L.B.D.; **Síndrome de Stevens-Johnson e Necrólise Epidérmica Tóxica em um hospital do Distrito Federal.** Rev Bras Enferm, Rio de janeiro, nov/dez; 67(6):898-904, 2014.
- RUBIN E et al. **Rubin Patologia: Bases Clinicopatológicas da medicina.** 4.ed. Rio de janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- ARRUDA J.A.A.; SAMPAIO G.C. **Síndrome de Stevens-johnson associada à alopurinol e nimesulida: relato de caso.** Rev Cir Traumatol. Buco-Maxilo-Fac, Camaragibe, jul/set;14(3):59-64, 2014.
- SILVA D. F.; **Eritema Multiforme e síndrome de Stevens-johnson: relato de casos.** Rev saúde e ciência. Campina Grande, jan/jun;2(1):47-54, 2011.
- JUNQUEIRA J. L. C.; NAPIMONGA M. H. **Ciência e Odontologia: casos clínicos baseados em evidências científicas.** Campinas: Mundi Brasil, 2015.
- MARICEVICH P.; CAMPOLINA A. C. **Reconstrução de calota craniana com prótese customizada de PMMA após craniectomias descompressivas.** Rev. Bras. Cir. Plást. São Paulo, 32(1):46-55, 2017.
- FIRMINO, F. **Potencial Terapêutico da fenitoína na cicatrização de radiodermites.** Esc Anna Nery R Enferm, Rio de janeiro, mar; 11 (1): 143 – 9, 2017.
- PEREIRA, A.L.; BACHION, M.M. **Tratamento de feridas: análise da produção científica publicada na Revista Brasileira de Enfermagem de 1970-2003.** Rev Bras Enferm. Rio de janeiro, v.58, n.2, p.208-213, 2005.
- HESS, C.T. **Tratamento de feridas e úlceras.** Rio de Janeiro: Reichmann& Affonso, 2002.

CAPÍTULO 10

CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM CIRURGIAS DE GRANDE PORTE: LAPAROTOMIA

Data de aceite: 26/11/2019

Delclinton Ferreira da Paixão

Universidade Federal do Amapá (Unifap).
Graduando em Enfermagem. Macapá -AP- Brasil.

Rafaela Ingrid Mota dos Santos

Universidade Federal do Amapá (Unifap).
Graduanda em Enfermagem. Macapá -AP- Brasil.

Sara de Souza Pinto

Universidade Federal do Amapá (Unifap).
Graduanda em Enfermagem. Macapá -AP- Brasil.

Valdeli Pantoja de Almeida

Universidade Federal do Amapá (Unifap).
Graduanda em Enfermagem. Macapá -AP- Brasil.

José Luiz Picanço da Silva

Universidade Federal do Amapá (Unifap). Docente
de Enfermagem da Universidade Federal do
Amapá. Macapá - Amapá.

Dirley Cardoso Moreira

Universidade Federal do Amapá (Unifap). Docente
de Enfermagem e Mestre em Ciências da Saúde.
Macapá - Amapá.

Rosana Oliveira do Nascimento

Universidade Federal do Amapá (Unifap). Docente
de Enfermagem e Mestre em Saúde Coletiva.
Macapá - Amapá, Brasil.

Fabio Rangel Freitas das Silva

Universidade Federal do Amapá (Unifap). Docente
de Fisioterapia e Mestre Ciência da Motricidade
Humana. Macapá - Amapá, Brasil.

Rubens Alex de Oliveira Menezes

Universidade Federal do Amapá (Unifap),
Laboratório de Estudos Morfolisiológicos e
Parasitários (Lemp). Docente de Enfermagem e
Doutor em Agentes Infecciosos e Parasitários.
Macapá -AP - Brasil.

RESUMO: **Introdução:** Laparotomia é um procedimento cirúrgico, ela é indicada com a finalidade de obter via de acesso a órgãos intra-abdominais, em operações eletivas, vista de drenagem, também, é um método diagnóstico.

Objetivo: Realizar revisão sistemática sobre os cuidados de enfermagem periopeatorios em pacientes submetidos à laparotomia apartir de artigos científicos indexados e publicados nos anos de 2013 a 2017. **Método:** Trata-se de um estudo qualitativo, tipo revisão integrativa. **Resultados:** A partir da leitura e análise dos artigos científicos encontrados, foram identificadas duas temáticas principais: Diagnósticos de Enfermagem no Perioperatório de Cirurgia de Grande Porte: Laparotomia; Principais Intervenções e Benefícios dos Cuidados de Enfermagem Sistematizados a Pacientes Submetidos à Laparotomia.

Conclusão: Nesse sentido, requer o olhar atento por parte de todos os profissionais

envolvidos em sua assistência direta. Portanto, a sistematização da assistência de enfermagem é uma importante ferramenta para auxiliar o enfermeiro a diagnosticar as necessidades dos pacientes submetidos à laparotomia.

PALAVRAS-CHAVE: cuidado de enfermagem, período perioperatorio, laparotomia.

NURSING CARE IN LARGE PORTE SURGERIES: LAPAROTOMY

ABSTRACT: **Introduction:** Laparotomy is a surgical procedure, it is indicated for the purpose of obtaining access route to intra-abdominal organs, in elective operations, view of drainage is also a diagnostic method. **Objective:** To perform a systematic review on perioperative nursing care in patients submitted to laparotomy from scientific articles indexed and published in the years 2013 to 2017. **Method:** This is a qualitative study, type integrative review. **Results:** From the reading and analysis of the scientific articles found, two main themes were identified: Nursing Diagnoses in the Perioperative of Large-Scale Surgery: Laparotomy; Main Interventions and Benefits of Systematized Nursing Care for Patients Undergoing Laparotomy. **Conclusion:** In this sense, it requires the attentive look of all the professionals involved in their direct assistance. Therefore, the systematization of nursing care is an important tool to help nurses to diagnose the needs of patients undergoing laparotomy.

KEYWORDS: nursing care, perioperative period, laparotomy.

INTRODUÇÃO

Laparotomia (*laparon = flanco + tome = corte = ia*) significa, na acepção exata do termo, “secção do flanco”; tem, entretanto, o significado de “abertura cirúrgica da cavidade abdominal” no conceito da maioria dos cirurgiões (TAZIMA; VICENTE; MORIYA, 2011). Ela é indicada com a finalidade de obter via de acesso a órgãos intra-abdominais, em operações eletivas, vista de drenagem de coleções líquida e, também, é um método diagnóstico (laparotomias exploradoras) o qual é usado para identificar e determinar a extensão de uma lesão abdominal (SILVA *et al.*, 2010).

A Laparotomia exploradora expõe o paciente a mais riscos por ser um procedimento invasivo e que necessita de anestesia do tipo geral para a realização do procedimento cirúrgico, corroborando com aparecimento de complicações pós-operatórias, quando comparada a procedimentos cirúrgicos pouco invasivos como a laparoscopia (MATOS *et al.*, 2013). Vale ressaltar que as cirurgias enquadraram-se dentre os procedimentos mais onerosos fornecidos pelo Sistema de Saúde, além disso, em países mais pobres, a falta de estrutura, de materiais básicos e de um efetivo controle de infecção hospitalar podem ser fatores que elevam o risco à segurança do paciente (STUDART *et al.*, 2017).

E com intuito de minimizar os riscos no processo cirúrgico a equipe de enfermagem possui papel fundamental na prestação da assistência, em especial, cabe ao enfermeiro a elaboração de um plano de cuidados para o paciente e a sua implementação, visando sempre a prevenção de complicações decorrentes da cirurgia e do procedimento anestésico (MIRANDA *et al.*, 2016). Igualmente, a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP), que é uma valiosa ferramenta para que o paciente seja assistido de forma integralizada, contínua, segura e humanizada pela enfermagem (RIBEIRO *et al.*, 2017).

Nesse sentido, através de uma assistência efetiva por parte do enfermeiro no período perioperatório, é possível minimizar em grande parte a ocorrência de diversas complicações antes durante quanto após o procedimento cirúrgico, principalmente em laparotomias, que são cirurgias de grande porte e que resultam em grande lesão tecidual. Ressalta - se então, o interesse pelo presente estudo surgiu a partir da vivência da disciplina Enfermagem em Ambiente de alta complexidade da Universidade Federal do Amapá, em centro cirúrgico, no qual houve a necessidade de conhecer/comparar a práxis dos cuidados de enfermagem ao paciente submetido à laparotomia percebido e realizados aos pacientes no Hospital de clínicas do Dr. Alberto Lima, no município de Macapá.

Assim, houve a necessidade de construir uma revisão integrativa, a partir de artigos científicos publicados e indexados entre os anos de 2013 a 2017, com intuito de conhecer as outras realidades/experiências. Portanto ao reunir os materiais disponíveis nos últimos anos, veio demonstrar em suma as convergências e divergências do tema em voga, o qual pode subsidiar e guiar os enfermeiros na direção do atendimento das reais necessidades do paciente cirúrgico, submetidos a esse procedimento.

Dessa maneira, tomou-se como pressuposto o seguinte problema: Quais os cuidados de enfermagem perioperatórios em pacientes submetidos à laparotomia descritos na literatura no período de 2013 a 2017?

Com a finalidade de responder o problema de pesquisa elaborou - se o seguinte objetivo geral: Realizar revisão integrativa sobre os cuidados de enfermagem perioperatórios em pacientes submetidos à laparotomia apartir artigos científicos indexados e publicados nos anos de 2013 a 2017. Os objetivos específicos delineados no presente estudo enfocaram 2 principais:

- Identificar os principais diagnósticos de enfermagem mencionados pelos enfermeiros relacionados aos cuidados a pacientes submetidos à Laparotomia.
- Perceber os principais benefícios dos cuidados de enfermagem sistematizados a pacientes submetidos à Laparotomia.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, tipo revisão integrativa (RI). Revisão Integrativa para o seu desenvolvimento é um tipo de pesquisa que busca identificar, analisar e sintetizar o conhecimento de outros estudos independentes e fazer a sua aplicação na prática, constituindo, assim, um instrumento da Prática Baseada em Evidências (PBE) (SOUZA et al., 2010).

Nesse sentido, Mendes *et al.* (2008) divide a RI em seis etapas, quais sejam, a elaboração da pergunta norteadora, a busca na literatura e estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão, a coleta de dados (onde se obtém as informações pretendidas dos artigos selecionados) seguida de uma categorização destes estudos, a análise dos achados, a interpretação dos resultados e, por fim, a síntese do conhecimento.

E obedecendo estas etapas acima descritas, considerando a pergunta de pesquisa já mencionada na introdução, para o presente estudo a coleta de dados ocorreu no período de Outubro e Novembro de 2018. Utilizou- se a metodologia PICo, onde P - representou a População (Equipe de Enfermagem), I – Interesse (cuidados de enfermagem) e Co – Contexto (período perioperatório).

Quando a descrição da coleta de dados, ou seja, realização de busca nas bases de dados, foram usados os descritores cadastrados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “Cuidado de enfermagem”, “periodo perioperatorio” e “punção”. As combinações foram realizadas com o operador booleano “AND”.

Assim a busca dos artigos nesta revisão, incluíram as bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), Banco de Dados e Enfermagem (BDENF). A escolha destas bases de dados justifica-se por serem referências no contexto brasileiro e internacional, o que provê uma melhor discussão através de estudos desenvolvidos em distintas regiões.

Para seleção dos artigos da pesquisa, optou-se por periódicos nacionais referentes. Os critérios de inclusão utilizados foram:

- Artigos publicados no período de 2013 a 2017,
- Artigos disponíveis na íntegra e gratuitos, cuidados de enfermagem com o paciente submetido à laparotomia,
- Artigos publicados em português.

Os critérios de exclusão para os artigos selecionados foram:

- Artigos não disponíveis na íntegra,
- Dissertações ou teses, monografias.
- Publicações fora do período estipulado,
- Artigos repetidos,

- Artigos que somente disponibilizavam resumo e que não abordaram a temática pesquisada.

O percurso o qual se chegou no substrato da análise, pode ser visto na figura 1:

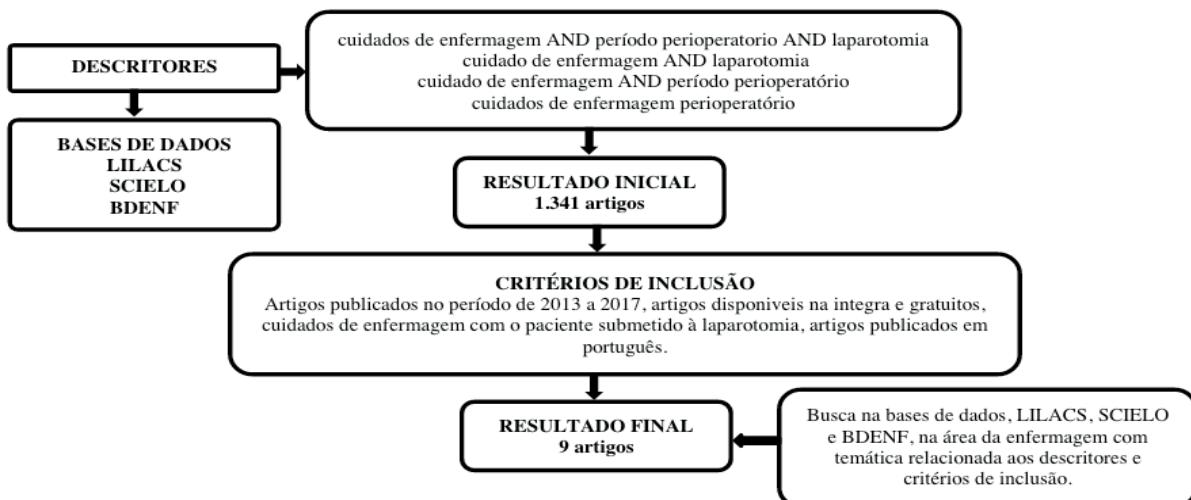


Figura 1 – Etapas de coleta de dados

RESULTADOS

Com base nos resultados obtidos durante a pesquisa, foi formulado um quadro, organizado com as bases de dados LILACS, SCIELO e BDENF com os achados utilizados como válidos sem repetições e referentes às variáveis determinadas. Adicionalmente, em busca realizada na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) com os descritores “cuidado de enfermagem AND laparotomia AND período perioperatório”, estavam disponíveis 1.185 artigos. Após a aplicação dos filtros, apenas 5 foram selecionados.

Na base de dados da Base de Dados Enfermagem (BDENF) foram utilizados os mesmos descritores acima citados, e estavam disponíveis 156 artigos, dos quais somente 4 foram selecionados após submissão dos critérios de exclusão. Então ressalta-se que o total de artigos que compuseram os resultados da presente pesquisa, foram 9, conforme quadro 1.

Código	Título / Autor(es)	Base de Dados	Periódico/ Ano	Características do estudo	Principais resultados/ evidências	Modalidade da pesquisa
DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0100-69912017003011 .	Incidência e fatores de complicações pulmonares pós-operatórias em pacientes submetidos à cirurgias de tórax e abdome. AVILA; FENILI, 2017.	BDENF	Rev. Col. Bras. Cir.; 44(3): 284-292, 2017.	País de realização: BRASIL Tipo de estudo: Estudo analítico observacional Amostra: 314 pacientes Local: Hospital Santo Antônio de Blumenau-SC Técnica de coleta de dados: estatística descritiva Técnica de análise de dados: software Microsoft office excel	As complicações pulmonares pós-operatórias são frequentes e os fatores associados a maior risco foram diabetes, internação prolongada e presença de doença pulmonar prévia.	Estudo analítico observacional
DOI: http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.4.281061	Laparotomia exploratória e colecistectomia: análise da frequência respiratória e saturação de oxigênio de pacientes no pós-operatório imediato. SANTOS et al. 2017.	BVS	Enfermería Global N° 48 Octubre, 2017.	País de realização: Brasil Tipo de estudo: pesquisa transversal, quantitativa. Amostra: 63 pacientes Técnica de coleta de dados: questionário estruturado Técnica de análise de dados: programa BioEstat 5.0	Evidenciou-se que não houve significância estatística quanto a alterações clínicas pertinentes a FR ($p=0,4$) e alterações clínicas da SapO2 ($p=0,8$) quando comparadas as amostras de ambos os grupos e os procedimentos cirúrgicos realizados.	pesquisa transversal, quantitativa
DOI: http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i3.45265	Assistência de enfermagem segura e qualificada: avaliação do risco cirúrgico no cuidado perioperatório ao idoso. LOCKS et al. 2016.	BVS	Cogitare Enferm. Jul/set; 21(3): 01-07, 2016.	País de realização: Brasil Tipo de estudo: comentário crítico, compreendido como recurso reflexivo e argumentativo Amostra: Local: Técnica de coleta de dados: análise individualizada do estudo Técnica de análise de dados:	Os resultados evidenciam que escalas preditoras são tecnologias de cuidado que devem ser utilizadas pelos enfermeiros no cuidado ao idoso no período perioperatório com foco na cirurgia segura.	Comentário crítico, compreendido como recurso reflexivo e argumentativo

DOI: https://doi.org/10.5327/Z1414-442520160002000	Frequência de hipotermia não intencional no perioperatório de cirurgias eletivas. NAVARRO <i>et al.</i> 2016.	BVS	REV. SOBECC, SÃO PAULO. ABR/JUN.; 21(2); 68-74, 2016.	País de realização: Brasil Tipo de estudo: Estudo transversal descritivo de abordagem quantitativa Amostra: 53 pacientes Local: Hospital privado de São Paulo Técnica de coleta de dados: roteiro de estudo de caso Técnica de análise de dados: roteiro de observação sistemática	Alguns dos resultados demonstram a variação da temperatura durante o período perioperatório, dividida em dois momentos, na SO e na SRPA, quando a temperatura auricular foi mensurada de 15 em 15 minutos, a partir do momento em que o paciente adentrou o CC até sua saída.	Estudo transversal descritivo de abordagem quantitativa
DOI: 10.5935/1414-8145.20150077	Métodos de aquecimento na prevenção da hipotermia no intraoperatório de cirurgia abdominal eletiva. DANCZUK. <i>et al.</i> 2015.	BDENF	Esc Anna Nery; 19(4): 578-584, 2015.	País de realização: Brasil Tipo de estudo: Estudo quantitativo, exploratório e descritivo, prospectivo. Amostra: 63 pacientes Local: hospital público da região sul do Brasil Técnica de coleta de dados: estatística descritiva Técnica de análise de dados: software SEStatNet.	A infusão de fluidos aquecidos para irrigação da cavidade abdominal foi a medida mais empregada (nº 63; 100%) do método ativo, enquanto que a manutenção do sistema de refrigeração desligado até o início da cirurgia foi a medida mais utilizada (nº 57; 90,5%) do método passivo.	Estudo quantitativo, exploratório e descritivo, prospectivo.
DOI: https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201500020002	Complicações em idosos em sala de recuperação pós-anestésica (SRPA). NASCIMENTO; BREDES; MATTIA, 2015.	BDENF	REV. SOBECC, SÃO PAULO. ABR/JUN.; 20(2); 64-72, 2015.	País de realização: Brasil Tipo de estudo: Estudo prospectivo, exploratório, com método qualitativo. Amostra: 50 idosos Local: Hospital Universitário de Belo Horizonte Técnica de coleta de dados: roteiro semiestruturado Técnica de análise de dados: Excel 2007 e SPSS	O papel do enfermeiro é indispensável na SRPA nas medidas de prevenção das complicações, sendo estas planejadas no período pré-operatório.	Estudo prospectivo, exploratório, com método qualitativo

DOI: ISSN1679-4605	Dor em pacientes no pós-operatório de cirurgias torácicas e abdominais. SANTOS et al. 2014.	BDENF	Rev. Ciênc. Ext. v.10, n.3, p.99-107, 2014.	País de realização: BRASIL Tipo de estudo: Estudo transversal de abordagem quantitativa Amostra: 37 pacientes Local: Hospital público no Maranhão Técnica de coleta de dados: questionário semiestruturado Técnica de análise de dados: software Microsoft office excel	Os achados apresentados permitem deduzir que a dor tem enfoque relevante pelo seu envolvimento no estado geral do paciente comprometendo a atuação dos extensionistas.	Estudo transversal de abordagem quantitativa
DOI: 10.9789/2175-5361.2014.v6i4.1601-1609	Cuidado de enfermagem perioperatório: revisão integrativa de literatura. GUIDO et al. 2014.	BVS	J. res.: fundam. care. online out./dez. 6(4):1601-1609, 2014.	País de realização: Brasil Tipo de estudo: Revisão Integrativa de literatura Amostra: 23 artigos Local: Técnica de coleta de dados: Técnica de análise de dados:	Dividiu-se em duas categorias: cuidado de enfermagem no perioperatório: identificam-se como cuidado as orientações de enfermagem, cuidados na hipotermia e na prevenção das lesões de pele. Organização da assistência de enfermagem no perioperatório, os estudos evidenciam estratégias desenvolvidas para oferecer qualidade de assistência por meio da organização do trabalho de enfermagem.	Revisão Integrativa de literatura

DOI: EISSN: 2177-9333	A influência da frequência respiratória sobre os gases sanguíneos arteriais no pós - operatório imediato de laparotomia exploradora por trauma abdominal. MATOS et al. 2013.	BDENF	ASSOBRAFIR Ciênc. Ago; 4 (2): 53-63, 2013.	País de realização: BRASIL Tipo de estudo: Estudo quantitativo Amostra: 55 pacientes Local: Centro de Trauma do Hospital Governador João Alves Filho Técnica de coleta de dados: Técnica de análise de dados: software SPSS 10.0	médias para a frequência respiratória $27,49 \pm 5,31$ irpm (24hs), $25,35 \pm 5,32$ irpm (48hs), $24,15 \pm 3,94$ irpm (72hs), para a PaCO ₂ $32,84 \pm 4,49$ mmHg (24hs), $33,65 \pm 3,36$ mmHg (48hs), $34,04 \pm 3,73$ mmHg (72hs), para a PaO ₂ $85,29 \pm 18,30$ mmHg (24hs), $87,53 \pm 17,56$ mmHg (48hs), $89,31 \pm 16,57$ (72hs), com significância estatística para a frequência respiratória ($p < 0,05$).	Estudo quantitativo
-----------------------	--	-------	--	---	---	---------------------

Quadro 1 – Referências bibliográficas dos artigos das bases de dados LILACS, SCIELO e BDENF.

DISCUSSÕES DOS RESULTADOS

A partir da leitura e análise dos artigos científicos encontrados, foram identificadas duas temáticas principais, as quais parecem ser o cerne da discussão dos estudos encontrados relacionados aos cuidados de enfermagem no perioperatório de laparotomia. Para melhor compreensão, foram categorizadas nos tópicos a seguir:

- Diagnósticos de Enfermagem no Perioperatório de Cirurgia de Grande Porte: Laparotomia;
- Principais Intervenções e Benefícios dos Cuidados de Enfermagem Sistematizados a Pacientes Submetidos à Laparotomia.

- Diagnósticos de Enfermagem no Perioperatório de Cirurgia de Grande Porte: Laparotomia

Após a análise dos estudos encontrados através desta revisão integrativa, percebeu-se que embora alguns dos autores tenham realizado suas pesquisas com públicos diferentes e em locais distintos, entram em consenso sobre os diagnósticos de enfermagem de pacientes submetidos a laparotomia. Dessa forma, foram 3 diagnósticos de enfermagem para compor este estudo e são eles: i) alterações no padrão respiratório, ii) dor ocasionada pelo ato operatório e iii) hipotermia.

Em seu estudo, Matos *et al* (2013) identificou alterações no padrão respiratório de pacientes submetidos a cirurgia de grande porte, evidenciando que as lesões

advindas do procedimento cirúrgico contribuem para a disfunção da musculatura respiratória e impossibilitam a ventilação pulmonar adequada. O autor ressalta ainda que a dor provocada por estas lesões é fator predisponente das alterações na FR, principalmente por se tratar de um procedimento cirúrgico muito invasivo.

Ainda com relação a dor ocasionada pelo ato operatório, Santos *et al* (2014) destaca que os achados permitem deduzir que a álgia em grandes proporções no pós-operatório interfere diretamente na recuperação geral do indivíduo, onde cita também as alterações no padrão respiratório que podem até mesmo prolongar o tempo de internação do paciente.

Outro diagnóstico de enfermagem evidenciado nas pesquisas foi a hipotermia. Nos resultados de seu estudo, Ribeiro *et al* (2017) mostra que a diminuição da temperatura corporal durante e após o procedimento cirúrgico representam alto risco aos paciente, principalmente à população idosa. Neste mesmo estudo, ressalta-se que a incidência da hipotermia decorre do uso da anestesia geral, que provoca uma deficiência nos mecanismos termoregulatórios e se combinada ao anestésico local, também impossibilita a manutenção dos mecanismos compensatórios (como tremores, vasoconstrição periférica e sensação térmica) (SANTOS *et al.*, 2017; RIBEIRO *et al.*, 2017).

- Principais intervenções e benefícios dos cuidados de enfermagem sistematizados a pacientes submetidos a laparotomia.

No primeiro diagnóstico, tem-se a função respiratória como foco dos cuidados no pós-operatório. As cirurgias abdominais podem influenciar negativamente a respiração do paciente ao influenciar na diminuição da expansibilidade abdominal e torácica devido a dor que os pacientes sentem no pós-cirúrgico (SANTOS *et al.*, 2017). De acordo com Matos *et al* (2013), cirurgias abdominais tem estreita ligação com a ocorrência de hipoxemia tardia e distúrbios ventilatórios pós-operatórios. Além disso, outros fatores que influenciam na função respiratória são a anestesia e a posição supina prolongada na mesa cirúrgica.

Há convergência entre autores afirmando que o acompanhamento sistemático é fator essencial para a minimização de tais complicações (MATOS *et al.*, 2013; SANTOS *et al*, 2017). No que concerne à dor experienciada no pós-cirúrgico de laparotomia, ela é um elemento presente para a maioria dos pacientes e representa um obstáculo no processo de recuperação do paciente, uma vez que, pode interferir na respiração e causar alterações sistêmicas. Além disso, ela é capaz de prejudicar a mobilidade e o sono dependendo da sua intensidade (SANTOS *et al.*, 2014).

Nesse sentido, Santos *et al* (2014) consideram que para a promoção do bem-estar do paciente e o auxílio na mitigação do processo de dor, a administração de medicação analgésica é imprescindível. Além disso, a avaliação da dor através de

escalas e a execução de exercícios respiratórios são da mesma forma relevantes, e tais atribuições são pertinentes às ações de cuidados da enfermagem.

Em adição a isso, Nascimento *et al.* (2015) em seu estudo afirma que na cidade de São Paulo, as enfermeiras já possuem uma legislação que regulamenta o uso da Terapia Complementar, a Lei nº 13.717, de 8 de janeiro de 2004, que dispõe sobre o uso de terapias como a aromaterapia, a reflexologia, as essências florais, e com isso a Enfermagem tem mais um recurso a utilizar em seu plano de cuidados. Contribuindo com essa análise, o estudo de Santos *et al.* (2014) revelou que quando os pacientes aceitaram a realização dos exercícios respiratórios para alívio da dor, ao final, os mesmos relataram redução do quadro doloroso, relaxamento e segurança no ato de respirar.

No período intraoperatório, uma das dificuldades que podem aparecer é a hipotermia. Com a baixa da temperatura à menos de 36 °C durante o procedimento cirúrgico, já se considera como que o paciente está hipotérmico. Dentre as possíveis causas para esse quadro estão o processo anestésico, a baixa temperatura das salas operatórias, infusões venosas frias, entre outros. Nesse sentido, a preservação da normotermia é fator importante para a segurança do paciente e para a obtenção de resultados cirúrgicos positivos (DANCZUK *et al.*, 2015).

Segundo Moysés *et al* (2014), a hipotermia pode ser responsável por algumas complicações como o aumento do risco de sangramento, infecção do sítio cirúrgico, período de internação prolongado, aumento da dor pós-cirúrgica e diminuição do débito urinário. Para prevenção de hipotermia em cirurgias com exposição visceral, Danczuk (2015) chama atenção para a relação risco/benefício, pois o custo que envolve a prevenção da hipotermia no intraoperatório é menor se comparado ao de tratamento dos resultados adversos, tal como a necessidade de transfusão sanguínea originada pelo estado hipotérmico no paciente cirúrgico.

No mesmo estudo ele ressalta que Acredita-se na tendência crescente da aplicação rotineira dos vários métodos de aquecimento do paciente para prevenir a hipotermia durante cirurgia, uma vez que o uso desses não é demorado nem problemático. Além disso, Lopes *et al.* (2015) elencam alguns cuidados que são eficazes no combate à hipotermia durante as cirurgias. Dentre eles estão a administração venosa de fluidos aquecidos, utilização de cobertores de aquecimento, colchões e vestuários com circulação de água quente e irradiação de calor.

Nascimento, Bredes e Mattia (2015) reforçam a importância da participação do enfermeiro no acompanhamento vigilante da temperatura do paciente, em especial a do idoso, em todo o processo anestésico-cirúrgico é essencial para assegurar que tal paciente mantenha normotermia, reduzindo as complicações e proporcionando ao paciente conforto.

Outra estratégia para uma melhor assistência está descrita no estudo de

Locks (2016) a utilização de escalas de avaliação de risco do idoso em condição perioperatória possibilita fundamentar os princípios da segurança do paciente, pois propicia ao enfermeiro realizar avaliação global, identificando fatores de risco e, por conseguinte, possibilitando a prevenção de complicações cirúrgicas.

De acordo com Ribeiro *et al* (2017) contribui ao dizer o quanto importante e necessário é o desenvolvimento de mecanismos que possam auxiliar na detecção precoce do quadro de hipotermia, bem como investimentos na instrumentalização da equipe, por meio de métodos capazes de auxiliar na prevenção de complicações no período perioperatório, oferecendo uma assistência qualificada livre de danos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que a laparotomia é um tipo de cirurgia que, por sua extensão, pode ocasionar diversas complicações tanto durante o período intraoperatório quanto no pós operatório. Nesse sentido, requer o olhar atento por parte de todos os profissionais envolvidos em sua assistência direta. Portanto, a sistematização da assistência de enfermagem é uma importante ferramenta para auxiliar o enfermeiro a diagnosticar as necessidades dos pacientes submetidos à laparotomia, assim como a implementar seus cuidados principalmente no sentido de prevenir situações que venham a afetar a recuperação do paciente cirúrgico.

Os diagnósticos de enfermagem de pacientes submetidos à laparotomia que foram identificados neste estudo estão: i) alterações no padrão respiratório, ii) dor ocasionada pelo ato operatório e iii) hipotermia. E para tais necessidades existem cuidados de enfermagem específicos, os quais podem ter repercussão direta no sucesso da cirurgia, bem como no processo de recuperação pós-cirúrgica.

REFERÊNCIAS

- DANCZUK *et al.* Métodos de aquecimento na prevenção da hipotermia no intraoperatório de cirurgia abdominal eletiva. **Revista Escola Anna Nery**, v. 19, n.4, pgs. 578-584, 2015.
- LOCKS, M. O. H. *et al.* Assistência de enfermagem segura e qualificada: avaliação do risco cirúrgico no cuidado perioperatório ao idoso. **Cogitare Enferm.**; v.21, n.3, p.01-07, Jul/set, 2016.
- LOPES, I. G. *et al.* Prevenir a hipotermia no perioperatório: revisão integrativa da literatura. **Rev. Enf. Ref.** vol. ser IV no.4 Coimbra fev. 2015.
- MATOS, C. J. O, *et al.* A influência da frequência respiratória sobre os gases sanguíneos arteriais no pós - operatório imediato de laparotomia exploradora por trauma abdominal. **ASSOBRAFIR Ciênci**a. n.4,v.2,p.53-63.2013.
- MENDES, K.D.S. *et al.* Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Revista Texto e contexto enfermagem**, Florianópolis. v.14. n.4, p.758-764,

2008.

MIRANDA, A.B. *et al.* Posicionamento cirúrgico: cuidados de enfermagem no transoperatório. Revista SOBECC, São Paulo, v.21, n.1, p.52-58, jan/mar 2016.

MOYSÉS, A. M. *et al.* Prevenção da hipotermia no transoperatório: comparação entre manta e colchão térmicos. **Rev Esc Enferm USP**; v.48, n.2, p.228-35, 2014.

NASCIMENTO; P.D.F.S.N; BREDES, A.C.; MATTIA, A.L. Complicações em idosos em sala de recuperação pós-anestésica (SRPA). **REV. SOBECC**, São Paulo. ABR/JUN.; v.20, n.2, p. 64-72, 2015.

RIBEIRO.E.*et al.* Atitudes dos enfermeiros de centro cirúrgico diante da sistematização da assistência de enfermagem perioperatória. **rev. sobecc**. n.22,v.4,p. 201-207. out./dez 2017.

SANTOS, F.D.R.P. *et al.* Laparotomia exploratória e colecistectomia: análise da frequência respiratória e saturação de oxigênio de pacientes no pós-operatório imediato. **Revista Eletrônica Trimestral de Enfermagem**, v., n.48, pg. 266-274, 2017.

SANTOS, F. D. R. P. *et al.* Dor em pacientes no pós-operatório de cirurgias torácicas e abdominais. **Rev. Ciênc. Ext.**, v.10, n.3, p.99-107, 2014.

SILVA, F.A. *et al.*Tratamento fisioterapêutico no pós-operatório de laparotomia. **Health Sci Inst.**;n.28,v.4,p.341-4.2010.

SOUZA, M.T. *et al.* Revisão integrativa: o que é e como fazer. Revista Einstein, São Paulo. v.8, n.1, p.102-106, 2010.

STUDART, R.M.B. *et al.* Avaliação sobre a segurança do paciente durante o procedimento anestésico-cirúrgico. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v.11(Supl. 5), p.2195-201, maio, 2017.

TAZIMA, M.F.G.S, VICENTE Y.A.M.V, MORIYA, T. Laparotomia. **Medicina.**;n.44,v.1,p.33-8. 2011.

DEMANDA DO ENFERMEIRO NA CLÍNICA MÉDICA DE UM HOSPITAL PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL

Data de aceite: 26/11/2019

Stéphanie Guedes de Alencar

Especialista em Saúde do

Adulto no hospital Regional de Taguatinga
pela Escola Superior de Ciências da Saúde
(ESCS). Distrito Federal, Brasília DF, Brasil.

Silene Ribeiro Miranda Barbosa

Enfermeira Mestre em Gerontologia pela
Universidade Católica de Brasília (UCB).

Distrito Federal, Brasília DF, Brasil.

RESUMO: O objetivo deste trabalho foi identificar a demanda do enfermeiro em uma unidade de Clínicas Médicas do Hospital Regional de Taguatinga. Trata-se de um método misto do tipo exploratório-descritivo, com a realização de observação direta e sistematizada das atividades. Participaram da pesquisa seis enfermeiras assistenciais e três residentes de enfermagem. Como resultado identificou-se 1.905 atividades, sendo 64% atividades de cuidados diretos, 32% atividades de cuidados indiretos, 3% atividades relacionada à unidade e 11% atividades pessoais. É sugestivo um novo dimensionamento dos enfermeiros e a criação de protocolos para favorecer uma demanda de trabalho justa e igualitária.

PALAVRAS-CHAVE: Demanda. Carga de trabalho. Atividades.

NURSE DEMAND IN THE MEDICAL CLINIC
OF A PUBLIC HOSPITAL IN THE FEDERAL
DISTRICT

ABSTRACT: The objective of this study was to identify the nurse's demand in a Clinical Medical Unit of the Regional Hospital of Taguatinga. It is about a mixed method of the exploratory-descriptive type, with the direct observation and systematized of the activities. Six nursing assistants and three nursing residents participated in the study. As a result, 1,905 activities were identified, of which 64% were direct care activities, 32% were indirect care activities, 3% related to the unit and 11% were personal activities. It is suggestive a new dimension of nurses and the creation of protocols to foster a demand for just and equal work.

KEYWORDS: Demand, Workload. Activities

INTRODUÇÃO

As atividades e responsabilidades assumidas pelo enfermeiro modificam-se conforme o cenário no qual o profissional está

inserido. Para analisar o trabalho de enfermagem deve-se levar em consideração o tamanho da instituição, a capacidade de leitos e a complexidade dos serviços prestados.

As unidades de internação, particularmente nos hospitais de ensino, caracterizam-se por reunir indivíduo internado de diferentes níveis de complexidade assistencial e, em muitos casos, indivíduos internados de diferentes especialidades.

O reconhecimento das atividades desenvolvidas pelo enfermeiro, no cotidiano das instituições, é de fundamental importância, visto que possibilita visualizar as lacunas existentes no seu trabalho e, consequentemente, auxiliar na delimitação de suas funções. Além disso, pode trazer elementos que possam contribuir para um desempenho gerencial mais criativo, inovador e participativo, promovendo a segurança do indivíduo internado.

O enfermeiro deve ter habilidades em assistir ao indivíduo internado, em realizar tarefas administrativas e de coordenação em toda equipe de enfermagem, conferindo-o competência para supervisionar as atividades desempenhadas por sua equipe de trabalho.

Nas últimas décadas, a carga de trabalho em enfermagem tornou-se um tema mundialmente discutido nas instituições hospitalares, pelas suas implicações na qualidade de vida dos profissionais, nos custos hospitalares decorrentes do quadro de pessoal, na qualidade da assistência e segurança do paciente.

Para tanto, é fundamental adotar um método de trabalho capaz de direcionar e organizar as atividades de enfermagem de acordo com as necessidades individuais. O processo de enfermagem possibilita organização do serviço, através de uma metodologia embasada em referências teóricas, de acordo com a filosofia de cada instituição, podendo atender aos indivíduos internados de forma individualizada e integral nas suas necessidades biopsicossociais.

Exemplificado os benefícios da linguagem padronizada e acreditando-se que a assistência de enfermagem deva ocorrer de forma sistematizada, visando à excelência da prática da enfermagem, é que se adotou a ***Nursing Interventions Classification***- NIC como referência neste estudo. Sendo assim, o presente estudo teve como objetivo primário identificar a demanda do enfermeiro em uma unidade de clínicas médicas. E secundários, descrever e relacionar as atividades realizadas pelo enfermeiro na unidade de clínicas médicas do Hospital Regional de Taguatinga.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um método misto do tipo exploratório-descritivo, com a realização de observação direta e sistematizada das atividades desenvolvidas pelos enfermeiros.

Autores definem métodos mistos como um procedimento de coleta, análise e combinação de técnicas quantitativas e qualitativas em um mesmo desenho de pesquisa. O pressuposto central que justifica a abordagem multimétodo é o de que a interação entre eles fornece melhores possibilidades analíticas.

O estudo foi desenvolvido na Unidade de Clínicas Médicas (UCM) do Hospital Regional de Taguatinga (HRT). A UCM está localizada no 2º andar do HRT e dispõe de sessenta e sete (67) leitos, sendo dois leitos-dia. O quadro do pessoal de enfermagem desse setor era composto de seis enfermeiros assistenciais, e uma enfermeira supervisora. Três enfermeiras assistenciais trabalhavam 20 horas (60 horas semanais), as outras três possuíam carga horária de 40 horas (120 horas semanais). O que totaliza 180 horas de enfermeiros assistências no setor por semana.

Os dados coletados sucederam no período de 22 de Setembro a 15 de Outubro de 2015. A amostra foi constituída por sete enfermeiros e três residentes de enfermagem. Desses profissionais quatro enfermeiras (57%) que cumpriam carga horária de 20 horas, três enfermeiros (43%) trabalhavam com carga horária semanal de 40 horas e três residentes de enfermagem com 60 horas semanais. Para a inclusão foram considerados os enfermeiros que estavam lotados na unidade a no mínimo seis meses e que estivessem trabalhando nos respectivos dias da pesquisa. Como critério de exclusão considerou-se os enfermeiros que tivesse tempo de serviço inferior a seis meses, não estavam lotados na unidade (plantonista de folga) e, não estavam presentes nos respectivos dias da pesquisa.

Para direcionar o estudo foi elaborado o instrumento “Atividades realizadas na unidade pelo enfermeiro”. Esse instrumento contém as atividades realizadas, na unidade, pelo enfermeiro identificando a atividade realizada e seu quantitativo, após a observação da rotina de trabalho no setor e uma discussão dialogada a respeito do instrumento que seria utilizado no estudo. Participaram dessa discussão os sete enfermeiros lotados na unidade e as três residentes de enfermagem nas datas 17/08/2015 período da manhã, 19 e 21/08/2015 no período da tarde com duração de três horas.

Esse documento foi fundamentado no sistema categorial da ***Nursing Interventions Classification*** – NIC, baseado em um sistema categorial proposto por Dochterman e Bulechek. Constituindo em sete categorias que estão descritas no quadro I.

Categoria	Descrição	Atividades
I–Cuidados diretos de enfermagem	São realizados na presença do indivíduo internado e as subcategorias foram baseadas nas necessidades humanas básicas, preconizadas por Horta.	Sinais vitais, higienização, oxigenação, nutrição e hidratação, eliminações, mobilidade/locomoção, integridade cutaneomucosa e transporte.
II–Cuidados indiretos de enfermagem	Aqueles que são realizados distante do indivíduo internado, mas em seu benefício.	Preparo de medicação, visita diária ao indivíduo internado buscar material em outra unidade, confirmar alta, instalar isolamento, conferir temperatura da geladeira de medicações, admitir paciente e organizar transporte do mesmo para transferência e/ou exames.
III – Comunicação	Considerou-se atividades de interação tanto com indivíduo internado/familiar como demais profissionais que não podem ser classificadas nos cuidados diretos e indiretos.	Anotação no livro de passagem de plantão e prontuário eletrônico, elaboração de relatórios da unidade, preenchimento de impresso diversos, imprimir etiquetas de identificação de leitos e medicamentos.
IV– Documentação	Relacionadas à formulação de documentos específicos da unidade, ao preenchimento dos mesmos e evolução no prontuário do indivíduo internado.	Orientação ao indivíduo internado/familiar, apoiar recém-admitido/servidor, passagem de plantão, realizar chamada telefônica para outro setor, passar as vagas disponíveis, comunicar resultados de exames e Raio X ao médico.
V–Atividades relacionadas à unidade	São necessárias à gestão do ambiente	Fazer escala diária de distribuição de enfermaria, escala mensal de enfermeiros e técnicos de enfermagem, solicitar matérias e medicamentos, solicitar concerto e substituição (estrutural e material), conferência e reposição de carrinho de parada e medicamentos psicotrópico.
VI–Tempo Pessoal	Relacionadas ao trabalhador	Alimentação, eliminações fisiológicas, socializar com os colegas, descanso e chamada telefônica pessoal.
VII–Outras atividades	Que não foram descritas nas categorias anteriores	-----

Quadro I. Atividades realizadas na unidade pelo enfermeiro conforme o sistema categorial da *Nursing Interventions Classification – NIC*.

A partir da categorização dos cuidados e das atividades, formulou-se um sistema de checagem por agrupamento de dados em intervalos de vezes que determinada atividade foi realizada da seguinte forma: foi realizada de uma a cinco vezes (1-5), seis a dez (6-10), onze a quinze (11-15), dezesseis a vinte (16-20) e mais de vinte (20) vezes. O sistema de checagem foi elaborado para ser preenchido a partir da observação direta do profissional realizando os procedimentos e sistematizando as atividades.

Portanto, para cada enfermeiro foi utilizado um instrumento de coleta. A cada realização das atividades, o mesmo era registrado pela pesquisadora. Ao final do turno era realizado uma apuração do quantitativo de cada atividade, e os dados eram organizados, categorizados e codificados em planilhas, no Software Excel.

Os dados coletados foram analisados a partir do programa estatístico *Statistical*

*Package for Social Science for Windows (SPSS)⁹*e analisados conforme a estatística descritiva, observando a frequência absoluta e percentual, apresentada em formas descritivas e através de quadros. Para a discussão e a análise de conteúdo usou-se como base o referencial bibliográfico pertinente ao tema.

O projeto proposto atendeu as considerações éticas de pesquisa conforme a Resolução 466/12, que trata de pesquisa envolvendo os seres humanos. Foi solicitada autorização aos participantes da pesquisa por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Estudo aprovado pelo parecer consubstanciado nº 1.107.460 na data 15/06/2015.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos profissionais

Participaram da pesquisa sete enfermeiros e três residentes, verificou-se que 86% dos profissionais são do sexo feminino e 14% do sexo masculino. Apresentavam uma média de idade de trinta e um anos. Cinco tinham uma pós-graduação. Três já eram concursados há mais de cinco anos e oito estavam lotados na unidade de pesquisa há dois anos.

Demandas de Atividades Desenvolvidas pelo Enfermeiro

Ao término da pesquisa foram aplicados trinta e quatro (34) instrumentos, resultando em 1.905 atividades realizadas. Para tal cálculo foi considerado o agrupamento de dados em intervalos de vezes que mais foi marcado no instrumento de coleta. Com os seguintes resultados, 64% de atividades de cuidados diretos, 32% de atividades de cuidados indiretos, 3% de atividades relacionada à unidade e 11% atividades pessoais.

Esse resultado tem como média diária de cento e vinte e sete (127) atividades realizadas pelo enfermeiro. Considerando os turnos de seis horas, cada profissional realizou vinte e um (21) atividades e os que fizeram 12 horas tiveram um valor de onze (11) atividades no período.

Após aplicar o instrumento foram criados três quadros com as atividades que mais foram realizadas e as que não foram realizados no período da pesquisa, sendo dividido em atividades exclusiva do enfermeiro (Quadro II), da equipe de enfermagem (Quadro III) e da equipe de saúde (Quadro IV).

ATIVIDADES	NÚMERO DE VEZES	LEGISLAÇÃO	OBSERVAÇÃO
Administração e/ou controle de quimioterápicos	0	Parecer COREN-SP CAT nº 019/2009	O enfermeiro é responsável pela administração de drogas antineoplásicas e por uma série de fatores intrínsecos e extrínsecos a esse processo. Ressaltando que o técnico/auxiliar, não poderá assumir o preparo e administração de quimioterápicos, em hipótese alguma.
Anotação no livro de plantão	90		
Passagem de plantão	84	Seção 01, pág. 21. Diário Oficial do Distrito Federal 19 de julho de 2006.	Efetua o registro da evolução diária do indivíduo internado e a assistência de enfermagem no prontuário, realiza visitas diárias aos indivíduos internados.
Anotação no prontuário eletrônico do indivíduo internado	78		
Visita diária	78	Manual Administrativo da Enfermagem do Hospital Universitário Júlio Müller de Cuiabá-MT (2006)	Deve receber e passar plantão junto com a equipe e com a presença do enfermeiro do período anterior. Uma rotina comum em Unidades de Terapias Intensivas (UTIs), porém realizada diariamente na UCM.
Sinais vitais (Pressão arterial-PA, Pulso, Frequência respiratória-FR e Oximetria de pulso).	PA: 72; Pulso: 66; FR: 60 e Oximetria de Pulso: 60	DODF ¹² e o Decreto nº 94.406/87.	Verificação de sinais vitais e assistir intensivamente ao indivíduo internado, que se encontre em estado grave, sendo auxiliado pelo técnico de enfermagem na prestação e cuidados diretos de enfermagem.
Alta Hospitalar	24	Parecer COREN-SP CAT nº 023/2010.	Cabe ao enfermeiro elaborar, entregar e orientar plano de alta para indivíduo internado e familiar. As orientações pós-alta são realizadas pelo enfermeiro do setor quando o indivíduo internado solicita. A elaboração, entrega e orientação por escrita é realizada somente pelos residentes de enfermagem.
Sonda Nasoenteral	24	Resolução COFEN nº 453 de 2014.	O enfermeiro participa da escolha da via de administração da nutrição enteral (NE) em consonância com o médico responsável pelo atendimento estabelecendo o acesso enteral por via oro/gástrica ou transpilórica para a administração da NE. É protocolo na UCM após a passagem da sonda é realizado o raio X (RX) para confirmação de posição e liberação da dieta conforme legislação.
Aspiração	18	Parecer técnico COREN RO nº 012/2012.	Realizado tanto pelos enfermeiros quanto pelos fisioterapeutas do setor. Sabe-se que prescrição, acompanhamento e supervisão da assistência é ato privativo, mas pouco realizado.

Quadro II: Atividades Exclusivas do Enfermeiro, de acordo com as atividades desenvolvidas na Unidade de Clínicas Médicas do Hospital Regional de Taguatinga. Brasília. Distrito Federal, 2015.

No período da pesquisa não foi observado administração e/ou controle de quimioterápicos por nenhum enfermeiro do setor, mesmo tendo nesse período a internação de pacientes no leito dia para realização de pulsoterapia. Lembrando

que de acordo com o Parecer COREN-SP CAT nº 019/2009 é função exclusiva do enfermeiro realizar essa atividade. A administração de quimioterápico por profissional não habilitado é um risco tanto para o profissional que executa a função, sem ter o conhecimento necessário, quanto ao indivíduo que recebe a medicação, colocando em risco a segurança de ambos.

A unidade no período da pesquisa possuía em média quatro pacientes graves que estavam monitorizados e/ou intubados. Sabe-se que a UCM não é o local ideal para atender esse cliente, não possui os recursos humanos suficientes e os materiais como monitores cardíacos, de PA e oxímetros de pulso não tinham o suficiente para atender a demanda.

O valor de dezoito (18) aspirações pode estar associado à demanda da unidade que no momento estava com pacientes graves necessitando deste procedimento. A Unidade de Clínicas Médicas contava com dois fisioterapeutas no período de segunda a sexta-feira, dentre as funções que eles desempenhavam está a aspiração das vias aéreas, que, consequentemente, auxiliou na assistência aos clientes.

De acordo com o Parecer técnico COREN RO nº 012/2012, sabe-se que a realização do procedimento de aspiração de indivíduo internado em hospitais e congêneres é de competência do Enfermeiro, do Técnico de Enfermagem e do Auxiliar de Enfermagem, de acordo com suas qualificações técnicas e o grau de complexidade desse atendimento, organizado mediante a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a prescrição de Enfermagem. E em caso de paciente considerado grave, com iminente risco de morte este ato é de competência do profissional Enfermeiro, salvo em situações que configurem caráter de urgência ou emergência.

A Resolução CREFITO-6 Nº 002/2013, Artigos 2º e 3º resolve que aspiração das vias aéreas superiores e traqueobrônquica pode ser um dos componentes do protocolo de intervenção fisioterapêutica, sendo facultado ao fisioterapeuta, somente e quando necessário, a execução da técnica, após a realização de exame e avaliação fisioterapêutica criteriosa do quadro físico funcional e instituição de diversos recursos que compõem o escopo da terapia para a remoção da secreção e quando feita de modo isolado não é atribuição do fisioterapeuta. Portanto os fisioterapeutas da UCM têm desenvolvido atividades de competência da enfermagem.

ATIVIDADES	NÚMERO DE VEZES	LEGISLAÇÃO	OBSERVAÇÃO
Curativos em lesão por pressão	84	Resolução COFEN nº 358/2009.	Realização de curativos e/ou assistência durante a realização de procedimentos invasivos são atividades de enfermagem. Realizada na UCM somente pelo enfermeiro.

Troca de fraldas	90	Decreto 94.406 de 1987. ART 13.	O Auxiliar de Enfermagem (cargo extinto) exerce atividades de nível médio, de natureza repetitiva, bem como a participação em nível de execução simples como cuidados de higiene e conforto ao indivíduo internado.
Higiene íntima	24		
Troca de roupas de cama	24		
Banho no leito	21		
Coleta de amostra de sangue para hemocultura	33	Manual de procedimentos do Hospital Regional de Taguatinga 2012.	Pode ser realizado pelos enfermeiros e pelo técnico de enfermagem. Realizado exclusivamente pelos enfermeiros, devido a uma rotina estabelecida na unidade.
Coleta de sangue para análises laboratorial.	45	Parecer COREN – BA nº 008/2014.	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem possuem competência legal para realizar coleta de sangue para exames de laboratório.
Curativo de acesso venoso central	39	Parecer do COREN – BA nº 035/2014.	A realização de curativos e/ou assistência durante a realização de procedimentos invasivos são atividades de enfermagem.
Ferida operatória	18		
Instalar/prepar soro	24	Seção 01, pág. 15. Diário Oficial do Distrito Federal, 19 de julho de 2006.	É de competência do enfermeiro e do técnico de enfermagem preparar e administrar medicamentos por via oral, parenteral e tópica.
Instalar/prepar medicamentos	18		
Realizar/ Auxiliar transferência do indivíduo internado da maca para a cama	27	Parecer COREN-SP CAT nº 041/2010.	A transferência dos indivíduos internados ocorre quando é necessário transferir os pacientes de enfermarias para outras clínicas, para exames e hemodiálise. Não há protocolo para essa atividade estando em desacordo com a legislação.
Conferir temperatura da geladeira de medicações	0	Resolução SESA Nº 590/2014 no seu Art. 42, inciso II.	Devendo ser realizada diariamente pela equipe de enfermagem.

Quadro III: Atividades desenvolvidas pela equipe de enfermagem na Unidade de Clínicas Médicas do Hospital Regional de Taguatinga. Brasília. Distrito Federal, 2015.

É preocupante a realização de oitenta e quatro curativos realizado em quinze dias. A maioria os pacientes já chegam à unidade com Lesão por Pressão (LPP) em região trocantérica, sacral e calcânea. Essa quantidade de curativos associado a pacientes graves demanda muito tempo de assistência do enfermeiro.

A LPP apresenta alta incidência e prevalência, tratamento complexo, aumento no tempo de internação, no tempo e na carga de trabalho da enfermagem, além de elevar substancialmente os custos.²⁵

Devido ao número de pacientes graves internados na unidade, houve a necessidade do enfermeiro e dos residentes de enfermagem prestarem cuidados de higiene e conforto, principalmente aos pacientes que estavam em uso de ventilação mecânica. Por isso o resultado demonstrado no quadro III.

No HRT existe o serviço de laboratório para coleta de amostra de sangue na unidade no período da manhã para exames de rotina e durante a tarde para exames emergências. Na condição de acesso venoso difícil ou uma emergência clínica, o

enfermeiro faz a coleta desse material, justificando, o número tão expressivo de amostra de sangue coletado.

A UCM apresentou um déficit de técnicos de enfermagem e um aumento de pacientes graves, sendo assim por vários momentos os enfermeiros tiveram que preparar e/ou instalar soro e medicamentos, principalmente quando indivíduo internado apresentou alguma intercorrência.

No ano de 2014 foi realizado o dimensionamento da equipe de enfermagem da unidade que no período era composta por 36 técnicos de enfermagem o que totalizava 1232 horas, porém ao realiza a classificação dos pacientes conforme o Cofen determina encontrou-se ao valor 1720 horas necessárias de técnicos de enfermagem para atender a demanda da UCM. Verificando, assim, o subdimensionamento dos trabalhadores com um déficit de 488 horas.

É necessária a existência de protocolo institucional que padronize os cuidados a serem prestados assim como ações de enfermagem referentes à transferência do paciente entre setores da mesma instituição ou para outras instituições, garantindo a assistência de enfermagem segura, sem riscos ou danos ao indivíduo internado. Pois nesse período foram realizadas vinte e sete (27) transferências do paciente da maca para a cama de acordo com o quadro III.

Ao considerar que os processos de trabalho desses profissionais tornam-se cada vez mais complexos, e os avanços tecnológicos, destaca-se a relevância de protocolos que orientem, normatizem e proporcionem segurança e qualidade no desempenho das atividades da enfermagem.²⁷

Durante o tempo de pesquisa não foi realizada a observação e/o anotação da temperatura da geladeira de medicamentos da unidade. Uma alteração de temperatura pode causar a instabilidade ou oxidação do medicamento, gerando um dano ao indivíduo internado.

De acordo com o Resolução SESA N° 590/2014 no seu Art. 42, inciso II, deve-se fazer a leitura da temperatura, diariamente, no mínimo duas vezes ao dia (no início e no final da jornada de trabalho), por meio de termômetro digital de máxima e mínima, e anotar os valores no formulário de controle diário de temperatura.

ATIVIDADES	NÚMERO DE VEZES	LEGISLAÇÃO	OBSERVAÇÃO
Troca de sonda vesical de demora (SVD)	6	Parecer COREN-RO nº 007/2012.	Devendo este ser realizado por equipe de Enfermagem pelo profissional Enfermeiro, da mesma forma que a técnica de sondagem pode ser executada pelo profissional médico.

Eletrocardiograma	30	Parecer nº: 1891/2007 – Conselho Regional de Medicina do Paraná (CRM/PR) e a Câmara Técnica Assistencial do COREN do Espírito Santo pelo Parecer Técnico nº 05/2012.	O ECG pode ser realizado por qualquer um dos membros da Equipe de Enfermagem e pelo profissional médico.
Auxílio na inserção do tubo endotraqueal	9	Parecer COREN-SP CAT nº 046 / 2010.	Não é de competência do enfermeiro realizar programações e alterações de parâmetros de aparelhos de ventilação pulmonar mecânica (VPM). Quanto à checagem e montagem dos aparelhos de VPM, podem ser desenvolvidas, de acordo com a Lei do Exercício Profissional.
Testar ventilador mecânico	6		
Instalar ventilação não invasiva (VNI)	3		

Quadro IV: Atividade de outros profissionais de Saúde, de acordo com as atividades desenvolvidas na Unidade de Clínicas Médicas do Hospital Regional de Taguatinga. Brasília. Distrito Federal, 2015.

Devido ao agravamento no estado de saúde de alguns pacientes foi necessário, neste período, que o enfermeiro auxiliasse na inserção do tubo endotraqueal, testasse ventilador mecânico e instalasse ventilação não invasiva, como demonstrado no quadro IV. Esses valores estão relacionados à ausência de fisioterapeutas na unidade no período noturno, no final de semana e aos indivíduos internados em estado grave, consequentemente, realizadas pelos enfermeiros.

De acordo com o Parecer COREN-SP CAT nº 046 / 2010 é permitido em caso de emergências e na ausência do médico, o enfermeiro pode assumir esta responsabilidade, desde que se sinta capaz de realizar esta atividade com segurança. Cabe ressaltar que é função do enfermeiro auxiliar na inserção do tubo endotraqueal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho buscou identificar a demanda do enfermeiro na Unidade de Clínica Médica do Hospital Regional de Taguatinga, do Distrito Federal, e, por conseguinte, descrever e relacionar tal demanda.

Os resultados partiram das atividades realizadas e categorizadas como cuidados diretos e indiretos de enfermagem, comunicação, documentação, atividades relacionadas à unidade, tempo pessoal e outras atividades.

No segundo momento, as atividades foram subdivididas diante da categorização, e assim, totalizaram 64% de atividades de cuidados diretos, 32% de atividades de cuidados indiretos, 3% de atividades relacionadas à unidade e 11% de atividades pessoais. Esse quantitativo equivale a 1905 atividades realizadas em quinze dias.

Percebe-se que muitas das atividades descritas não estão em conformidade com a legislação da categoria profissional, colocando o indivíduo internado e o profissional em risco, indo de encontro com a Política de Segurança do Paciente.

A identificação destes procedimentos enquanto oriundos de condições que fogem da legislação, pontuam a necessidade de mudanças que assegurem a assistência ao indivíduo internado.

Obviamente, que esta questão está intimamente ligada ao dimensionamento de pessoal de enfermagem. É válido sugerir a necessidade de rever a quantificação e categorização da equipe de enfermagem, diante da demanda de pacientes e suas necessidades e dependências.

Vale destacar o quanto foi importante à presença dos residentes de enfermagem na UCM, pois estavam em treinamento em serviço desenvolvendo atividades teórico-complementares, aprimorando a assistência de enfermagem, auxiliando na gestão da unidade e promovendo a educação permanente e demais demandas enquanto membro da equipe.

A interação enfermeiros e residentes favorecem a complexidade de educação no serviço visando uma capacitação contínua e uma troca rica de experiência teórico-prática.

Sugere, contudo, que os resultados obtidos deverão ser considerados pelos gerentes, a fim de proporcionar uma nova análise diante do dimensionamento dos enfermeiros, para favorecer uma demanda de trabalho justa e igualitária, com disponibilidade para a realização de treinamento aos funcionários.

Conclui-se com essa pesquisa que o enfermeiro realizou muitas atividades que não são de sua competência e deixou de realizar as que literalmente, estavam sob sua responsabilidade.

Recomenda-se, ao enfermeiro gestor ou ao residente de enfermagem em ação corroborativa a criação de um protocolo, favorecendo uma discussão sobre a real atribuição do enfermeiro.

REFERÊNCIAS

Barros ALBL. **O trabalho docente assistencial de enfermagem no Hospital São Paulo da UNIFESP/EPM [tese]**. São Paulo: Departamento de Enfermagem, Escola Paulista de Medicina da UNIFESP da Universidade Federal de São Paulo; 1998.

Barros, MA. **Incidência e prevalência de úlcera por pressão em um hospital universitário**. In: Jornada maranhense de estomaterapia, 1., 2012. São Luís: UFMA/COREN, 2012.

Brasil. **Decreto Nº 27.006, DE 18 DE JULHO DE 2006**. Dispõem sobre as atribuições das Especialidades dos Cargos das Carreiras: Assistência Pública à Saúde do Distrito Federal, Cirurgião Dentista, Enfermeiro e Médica. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, Nº 137, de 19 de julho de 2006. . Seção I, p. 200607191-2006071936.

Brasil. **DECRETO Nº 94.406, DE 8 DE JUNHO DE 1987.** dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. [online]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D94406.htm.

Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 0453/2014.** Dispõe sobre a Atuação da Equipe de Enfermagem em Terapia Nutricional. [online]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04532014_23430.html.

Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 358/2009.** Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. [online]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009_4384.html.

Conselho Regional de Enfermagem da Bahia. **Parecer COREN-BA nº 008/2014.** Coleta de Sangue pela Equipe de Enfermagem. [online]. Disponível em: http://ba.corens.portalcofen.gov.br/parecer-coren-ba-n%E2%81%B0-0082014_15498.html.

Conselho Regional de Enfermagem da Bahia. **Parecer COREN-BA nº 035/2014.** Atividades pertinentes aos Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem. [online]. Disponível em: http://ba.corens.portalcofen.gov.br/portaria-coren-ba-n-o-0352014_9730.html

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. **Parecer COREN- SP CAT- nº 023/2010** Alta hospitalar [online]. Disponível em: http://www.corenp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2010_23.pdf.

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. **Parecer COREN- SP CAT- 046/2010.** Atribuições do Enfermeiro e da equipe de enfermagem na assistência ao paciente submetido à ventilação pulmonar mecânica. [online]. Disponível em: http://www.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2010_46_0.pdf

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. **Parecer COREN-SP CAT nº 041/2010.** Transferência de paciente entre setores e comunicação entre as equipes [online]. Disponível em: http://www.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2010_41.pdf

Conselho Regional de Enfermagem do Espírito Santo COREN –ES. **Parecer Técnico nº 05/2012.** Solicitação de Parecer sobre responsabilidade técnica pela execução do exame eletrocardiograma (ECG). [online]. Disponível em: http://www.coren-es.org.br/parecer-tecnico-no-0052012_3040.html

Conselho Regional de Enfermagem Rondônia. **Parecer técnico COREN-RO nº012/2012.** Aspiração de pacientes internados em hospitais, de quem é a competência e responsabilidade. [online]. Disponível em: http://www.coren-ro.org.br/parecer-no-0122012_433.html.

Conselho Regional de Enfermagem Rondônia. **Parecer técnico COREN-RO nº007/2012.** **Competência de colocação de sonda vesical.** [online]. Disponível em: http://www.coren-ro.org.br/parecer-tecnico-n-0072012-competencia-de-colocacao-de-sonda-vesical_1163.html

Conselho Regional de Enfermagem São Paulo. **Parecer COREN-SP CAT- 019/2009.** Infusão de fármacos antineoplásicos vesicante. [online]. Disponível em: http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2009_19.pdf

Conselho Regional de fisioterapia e terapia ocupacional da sexta região do Ceara- CE. **Resolução CREFITO-6 nº002/2013.** Dispõe sobre a atribuição do profissional Fisioterapeuta da execução da aspiração das vias aéreas superiores e traqueobrônquica como procedimento isolado e coleta de secreção para obtenção de cultura, dentro de suas respectivas áreas de atuação. [online]. Disponível em: <http://www.crefito6.org.br/novo/index.php/legisla-mainmenu-21/resolus crefito-6-mainmenu-121/1900-resolucao crefito-6-no-0022013>.

Conselho Regional de Medicina do Paraná (CRMPR). **Parecer nº 1891/2007.** A responsabilidade

técnica do serviço de eletrocardiografia é exclusiva do profissional médico e preferencialmente de especialista em cardiologia. [online]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/pareceres/crmpr/pareceres/2007/1891_2007.htm

Costa RA, Shimizu HE. **Atividades desenvolvidas pelos enfermeiros nas unidades de internação de um hospital escola.** Rev Latino-am Enfermagem; 2005 setembro-outubro; 13(5):654-62.

Creswell, JW; Plano Clark, VL. **Pesquisas de métodos misto.** Tradução: Magda França Lopes. Revisão técnica: Dirce da Silva. 2^a edição. Porto Alegre: Penso, 2013

Cunha CKO, Neto FRGX. **Competências gerenciais de enfermeiras: um novo velho desafio?** Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis; 2006 Jul-Set; 15(3): 479-82.

Field, A. **Descobrindo a estatística usando o SPSS;** 2. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2009

HORTA, WA. **Processo de enfermagem.** São Paulo: EPU, 1979.

Maria HBC, Sandro RGS, **Manual de Procedimentos do Enfermeiro.** Hospital Regional de Taguatinga. Brasília 2012.

Medri. W. **Análise exploratória de dados.** Universidade Estadual de Londrina; Paraná; 2011. [online]. Disponível em: http://www.uel.br/pos/estatisticaquantitativa/textos_didaticos/especializacao_estatistica.pdf

Menezes, DS. **Diagnósticos e intervenções de enfermagem aos pacientes com Doença de Creutzfeldt-Jakob.** 2010. 59 f. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) – Curso de Enfermagem, Universidade Bandeirante de São Paulo, Osasco, 2010.

Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Estado de Goiás/ organizadores Claci Fátima Weirich Rosso...[et al.]. – Goiânia: Conselho Regional de Enfermagem de Goiás, 2014. 336p.: il. [online]. Disponível em: <http://www.corengo.org.br/wp-content/uploads/2015/02/Protocolo-de-Enfermagem-2015.pdf>

Ribeiro, RLR. **Manual administrativo de enfermagem/** Rosa Lúcia Rocha Ribeiro, Rosa Maria Bottosso, Aldenan Lima Ribeiro Corrêa da Costa, Janaína Porto (organizadoras) – Cuiabá: HUJM; 2006. 174 p. (Coleção Assistência de Enfermagem Hospitalar)

Rodrigues FCP, Lima MADS. **A multiplicidade de atividades realizadas pelo enfermeiro em unidades de internação;** Revista gaúcha de enfermagem; Porto Alegre; Vol. 25, n.3 (dez., 2004), p. 314-322

Rothrock JC, Meeker MH. Alexander: Meeker MH, Rothrock JC Alexander: **cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico.** 10^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997. p. 3-17

Secretarial Estadual de Saúde do Paraná. **Resolução SESA N° 590/2014.** Estabelece a Norma Técnica para abertura, funcionamento, condições físicas, técnicas e sanitárias de farmácias e drogarias no Paraná. [online]. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/RESOLUCAO_2014/Resolucao5902014.pdf

Silva, KDG. **Sistema de Classificação de Pacientes em uma Unidade de Clínicas Médicas de um Hospital Público do Distrito Federal.** Trabalho de conclusão de curso Brasília 2013.

CAPÍTULO 12

CUIDADOS SEGUROS EM SAÚDE: AVALIAÇÃO DE RISCO PARA LESÕES POR PRESSÃO EM PACIENTES CRÍTICOS COM A UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN

Data de aceite: 26/11/2019

Geise Gonçalves Pimentel

Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO)
Teresópolis – Rio de Janeiro

Luana Araújo Oliveira Gulinely

Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO)
Teresópolis – Rio de Janeiro

Tayná Lívia do Nascimento

Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO)
Teresópolis – Rio de Janeiro

Sarah Delgado Braga Silva

Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO)
Teresópolis – Rio de Janeiro

Kelly da Silva Pimentel Machado

Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO)
Teresópolis – Rio de Janeiro

RESUMO: Os pacientes críticos e submetidos a cuidados intensivos, geralmente apresentam risco para desenvolver lesões por pressão (LP), devido à limitação e a restrição ao leito por tempo prolongado. O objetivo do presente estudo foi analisar os fatores de risco para o desenvolvimento de LP em pacientes adultos internados em Unidade da Terapia Intensiva de um hospital na Região Serrana do Estado do Rio de Janeiro. Trata-se de um estudo transversal descritivo referindo-se a uma estimativa de

incidência e prevalência de um determinado evento.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão de Riscos; Cuidados de Enfermagem; Segurança do Paciente.

SAFE HEALTH CARE: RISK ASSESSMENT FOR PRESSURE INJURIES IN CRITICAL PATIENTS USING THE BRADEN SCALE

ABSTRACT: Critical and intensive care patients are often at risk for pressure injury (LP) due to limitation and prolonged bed restraint. The aim of the present study was to analyse the risk factors for the development of LP in adult patients admitted to the Intensive Care Unit of a hospital in the highland region of Rio de Janeiro State. This is a descriptive cross-sectional study referring to an estimate of incidence and prevalence of a given event.

KEYWORDS: Risk management; Nursing care; Patient safety.

1 | INTRODUÇÃO

De início, é oportuno a conceituação sobre Lesão por Pressão (LP), que é um dano localizado na pele e/ou tecidos moles

subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea, relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato. É um problema de saúde frequente no atendimento da Atenção Primária à Saúde (APS), especialmente identificado em visitas domiciliares na avaliação de pacientes acamados, podendo levar a repercussões graves como infecção bacteriana disseminada.

Existem vários sistemas de classificação das lesões por pressão sendo as mesmas categorizadas para indicar a extensão do dano tissular. O sistema mais utilizado é o National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) e inclui as definições dispostas no Quadro 1.

Lesão por pressão	Definição
Estágio 1	Pele íntegra com eritema que não embranquece
Estágio 2	Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme
Estágio 3	Perda da pele em sua espessura total.
Estágio 4	Perda da pele em sua espessura total e parcial
Não Classificável	Perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível
Tissular Profunda	Coloração vermelho escura, morrom ou púrpura, persistente e que não embranquece
Definições adicionais	
Relacionadas a dispositivos médicos	Resulta do uso de dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos e terapêuticos. A lesão por pressão resultante geralmente apresenta o padrão ou forma do dispositivo. Essa lesão deve ser categorizada usando o sistema de classificação de lesões por pressão.
Em membranas mucosas	Encontro quando há histórico de uso de dispositivos médicos no local do dano. Devido à anatomia do tecido, essas lesões não podem ser categorizadas.
Relacionadas a utensílios domésticos	Resulta do contato prolongado com utensílios usualmente encontrados no domicílio de pacientes cadeirantes ou restritos ao leito.

Quadro 1 – Classificação das lesões por pressão segundo NPUAP

Fonte: Adaptado de National Pressure Ulcer Advisory Panel (2016)

Na avaliação de pacientes com LP é importante determinar as características da ferida, o tipo de tecido presente e se existe infecção secundária. Essas medidas permitem estabelecer um plano de cuidado apropriado. A identificação adequada do estágio da LP é importante para fornecer medidas preventivas e tratamento adequado conforme o tipo de lesão.

Segundo Paranhos, Santos (1999, p. 3) a Escala de Braden é uma ferramenta para avaliar os riscos de um paciente adulto desenvolver LP.

A escala de Braden (quadro 2) foi traduzida no Brasil por Paranhos e Santos e esta fornece 6 parâmetros para avaliação pelas subescalas: percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento. Cada subescala tem pontuação que varia de 1 a 4, com exceção do domínio fricção e cisalhamento

varia de 1 a 3. Os escores totais da Escala de Braden variam de 6 a 23, conforme tabela 4, sendo que quanto maior o valor do escore, menor o risco para desenvolver LP. E os escores de menor valor, indicam maior risco para ocorrer este tipo de lesão.

Descrição	1	2	3	4
Percepção Sensorial	Totalmente Limitado	Muito Limitado	Levemente Limitado	Nenhuma Limitação
Umidade	Completamente Molhado	Muito Molhado	Ocasionalmente Molhado	Raramente Molhado
Atividade	Acamado	Confinado à Cadeira	Anda Ocasionalmente	Anda Frequentemente
Mobilidade	Totalmente Imóvel	Bastante Limitado	Levemente Limitado	Não Apresenta Limitações
Nutrição	Muito pobre	Provavelmente Inadequada	Adequado	Excelente
Fricção e Cisalhamento	Problema	Problema em Potencial	Nenhum Problema	

Quadro 2 – Escala de Braden

Fonte: Paranhos e Santos, 1999.

Classificação de Risco	Escore- pontuação obtida
Sem risco	19-23
Risco baixo	15-18
Risco Moderado	13-14
Risco elevado	10-12
Risco muito elevado	9 ou menos

Quadro 3 – Classificação de Risco

Fonte: Domanesky, Borges, 1999.

No Brasil a adoção de recursos tecnológicos no cuidado de enfermagem é um fato crescente desde a década de 60, com a fundamentação científica da profissão. A tecnologia e o cuidado estabelecem uma relação bem-sucedida com finalidade terapêutica, são esses os pilares de sustentação da prática do cuidar. A atuação do enfermeiro em unidade de terapia intensiva (UTI) visa o atendimento do cliente, incluindo o diagnóstico de sua situação, intervenções e avaliação dos cuidados específicos de enfermagem, a partir de uma perspectiva humanista voltada para a qualidade de vida.

Considerando que um dos indicadores dessa qualidade é a higidez do cliente a qual conduz ao seu bem-estar nas dimensões física, mental e espiritual, acredita-se que a atuação da equipe de enfermagem pode ser favorecida pela institucionalização de um instrumento de avaliação de enfermagem que oriente os profissionais para, por exemplo, predizer se o cliente admitido na UTI apresenta ou não fatores de risco para desenvolver, lesão por pressão (LP).

A partir deste contexto o tema se tornou pertinente devido ao risco elevado de pacientes desenvolverem LP no período de internação na UTI. Segundo Gould D, Goldstone L, Kelly D, et al. (2004) o reconhecimento dos indivíduos vulneráveis em relação à lesões por pressão não depende somente da habilidade clínica do profissional de saúde, mas também é importante o uso de instrumentos de medida acurados para auxiliar na identificação de sujeitos em risco, situação em que se enquadram, por exemplo, escalas e protocolos.

O diagnóstico e avaliação de lesão por pressão baseado apenas na subjetividade do profissional de saúde, através do seu olhar, são imprecisos. Devido a este fato, a utilização da escala de Braden se torna um instrumento potente, a fim de apresentar riscos e proporcionar para os pacientes o cuidado seguro, com um olhar minucioso para aqueles pacientes que estão propensos a essas lesões, facilitando nas estratégias de prevenção.

Segundo Borges EL, SRC, Magalhães MBB (2008), as escalas de avaliação de risco para lesão por pressão são uma tecnologia inovadora e têm apresentado resultados significativos nesta problemática. A partir de levantamento bibliográfico, foi possível encontrar mais de 40 escalas de risco para lesão por pressão no mundo. As mais utilizadas nas Américas e na Europa são as escalas de Norton, Gosnell, Braden e Waterlow.

Estes instrumentos abordam fatores intrínsecos e extrínsecos aos pacientes relacionados com o desenvolvimento de lesões. Tais aspectos auxiliam o enfermeiro na mensuração do risco e no planejamento de uma assistência direcionada para cada paciente. Todavia, o seu uso deve ser regular e não limitado apenas à admissão do paciente, pois o risco é contínuo e a identificação precoce destes pacientes permite a implementação de medidas preventivas, capazes de reduzir a incidência das lesões por pressão (LP).

Pacientes críticos e submetidos a cuidados intensivos, geralmente apresentam risco para desenvolver lesões por pressão, devido à limitação e a restrição ao leito por tempo prolongado. Esses pacientes têm prioridade para a identificação e/ou risco elevado para a ocorrência dessas lesões e esta identificação pode ser realizada através das escalas de avaliação do risco.

A LP caracteriza um indicador negativo de qualidade do cuidado. É avaliada internacionalmente como evento adverso e representa importante desafio para o cuidado em saúde por contribuir com o aumento da morbidade, da mortalidade, tempo, custos do tratamento de saúde e afetar elevado número de pessoas. Assim, no Brasil, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente, no qual um dos objetivos é a diminuição da ocorrência da LP.

O National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), European Pressure Ulcer

Advisory Panel (EPUAP) e o Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA) publicaram recentemente novas diretrizes internacionais sobre a prevenção e tratamento de lesões por pressão, lançando recomendações para o desenvolvimento de políticas públicas, educação e pesquisas de tratamento e prevenção de lesões por pressão.

Apesar da ocorrência de LP ser considerada um evento adverso que pode, na maioria das vezes ser evitado, existem algumas ocasiões que mesmo utilizando medidas de prevenção, as condições fisiológicas do paciente tornam as lesões inevitáveis.

Pessoas com sensibilidade diminuída, imobilidade prolongada ou acamadas, com idade avançada são as mais susceptíveis à LP, que ocorrem mais frequentemente nas regiões occipital, escapular, cotovelo, sacral, ísquio, trocânter, crista ilíaca, joelho, maléolo e calcâneo. Outros fatores que aumentam o risco de desenvolver LP englobam doenças degenerativas, tolerância tecidual reduzida (pele frágil), incontinência urinária ou intestinal e desnutrição ou obesidade. Nestes casos, é crucial a implementação de cuidados adequados, o que instiga o enfermeiro a buscar capacitação para o reconhecimento do problema e para novas intervenções.

Utilizamos neste projeto como instrumento de avaliação a escala de Braden, que foi criada em 1987, validada e adaptada para língua portuguesa, onde é constituída por 6 dimensões: percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição e fricção e forças de deslizamento, contribuindo todas para o desenvolvimento de lesões. A pesquisa foi realizada em um Hospital da Região Serrana do estado do Rio de Janeiro, onde pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva, foram avaliados quanto ao risco de desenvolvimento de LP, sistematicamente pela equipe de enfermagem.

2 | JUSTIFICATIVA

Devido ao aumento de lesões que se desenvolve no período de internação e visando as metas internacionais de segurança do paciente, o tema se torna relevante para possível análise e intervenção através da escala de avaliação do risco.

Uma das implicações mais comuns, em decorrência da longa permanência em hospitais, é o surgimento de alterações de pele. Dentre estas destaca-se a lesão por pressão (LP), cuja a incidência aumenta proporcionalmente à combinação de fatores de riscos, como a idade avançada e restrição ao leito (BRASIL, 2013). A presença de LP causa danos consideráveis aos pacientes, dificultando o processo de recuperação funcional, frequentemente causando dor e levando ao desenvolvimento de infecções graves, internações prolongadas, sepse e mortalidade (BRASIL, 2013). Além dos vários transtornos físicos e emocionais que acometem o paciente com LP, trazem implicações diversas na vida dos familiares e das instituições de

saúde (DOMANSKY; BORGES, 2012). Nos EUA a prevalência de LP em hospitais é de 15% e a incidência de 7% (MOORE; COWMAN, 2014). No Brasil, estudos sobre incidência e prevalência de LP são escassos. Em pesquisa feita em um hospital universitário evidenciou-se uma incidência de 39,81% no hospital como um todo (ROGENSKI; SANTOS, 2005). A incidência de LP tem se constituído em um importante indicador de qualidade assistencial, permitindo analisar os casos quanto à sua distribuição, os pacientes mais vulneráveis e o local em que são mais frequentes. Este indicador serve para orientar medidas de prevenção à lesão, subsidia o planejamento, gestão e avaliação das ações em saúde, além de orientar práticas educativas à equipe interdisciplinar (SANTOS; et al, 2013). Em estudo realizado nos Estados Unidos da América, durante um período de tempo de 29 meses, aponta para o fato de o tratamento de lesões de categoria IV, custar 129.248 dólares quando em ambiente hospitalar e 124.327 dólares quando em ambiente comunitário (BREM; et al, 2010). Estes resultados evidenciam o impacto econômico do tratamento das LP, confirmando a relevância de sua prevenção, principalmente com a utilização da Escala de Braden e identificação precoce, antecipando e prevenindo as complicações que lhes estão associadas.

3 | OBJETIVOS

3.1 Geral

- Analisar os fatores de risco para o desenvolvimento de lesões por pressão em pacientes internados em Unidade da Terapia Intensiva de um Hospital da Região Serrana do estado do Rio de Janeiro, através da escala de Braden.

3.2 Específicos

- Verificar a incidência e prevalência de Lesões por pressão (LP) em pacientes internados no centro de terapia intensiva do HCTCO;
- Identificar possíveis fatores que influenciam o desenvolvimento de lesão por pressão;
- Classificar os níveis de risco através da escala de Braden de cada participante.

4 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal descritivo, refere-se a uma estimativa de incidência e prevalência de um determinado evento, no qual participaram da pesquisa pacientes em internação na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital na Região Serrana no Estado do Rio de Janeiro.

Utilizamos como instrumento de avaliação a escala de Braden, que foi criada em 1987, validada e adaptada para língua portuguesa, onde é constituída por 6 dimensões: percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição e fricção e forças de deslizamento.

Por ser uma pesquisa que envolve seres humanos, foram tomadas as devidas providências para um enquadramento ético da mesma. O Comitê de Ética do Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO) aprovou o projeto através do parecer de nº 1.935.621.

A pesquisa foi iniciada após a aprovação do comitê de ética e assinatura dos participantes no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O presente trabalho está em consonância com o estabelecido na Resolução 466/12 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a pesquisa que envolve seres humanos.

A avaliação do risco foi realizada através da análise de dados coletados pela equipe de pesquisa. Essa avaliação tem como instrumento norteador a escala de Braden, que foi aplicado pela equipe de enfermagem da UTI com o acompanhamento de 1 (um) pesquisador discente e docente. A sua aplicação foi associada com uma avaliação das condições clínicas do paciente. Considerando que um dos indicadores dessa qualidade é a higidez do cliente a qual conduz ao seu bem-estar.

Os discentes foram inseridos por 8 semanas em turnos diurnos para acompanhamento da avaliação de risco para LP junto a equipe de enfermagem do setor, supervisionados pela coordenadora da pesquisa e enfermeira supervisora do setor.

O estudo transversal descritivo refere-se a uma estimativa de incidência e prevalência de um certo evento, realizamos a análise da amostra do estudo com os seguintes critérios. 1) Pacientes que apresentaram alguma exposição ao risco para o desenvolvimento de LP e no ato da avaliação já apresentava lesão por pressão, 2) exposto ao risco sem lesão por pressão, 3) não exposto ao risco com lesão por pressão, 4) não exposto ao risco e sem lesão por pressão. Também foram analisados quais os principais fatores de risco para desenvolvimento da LP, encontrados em pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva.

5 | RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Foram avaliados 13 pacientes obedecendo aos critérios de inclusão da pesquisa, 6 pacientes desenvolveram a LP no período de internação, correspondendo uma incidência de 46%, desses 60% era do sexo masculino e 80% apresentavam idade maior que 60 anos. A análise mostra que 52% dos pacientes internados na UTI não desenvolveram LP e o índice de prevalência se manteve em 2%.

Escala de Braden	%	%
Risco Bando 15 a 16	-	31%
Risco Moderado 13 a 14	15%	15%
Risco Severo Abaixo 11	38%	-

TABELA 1 Análise dos níveis de risco nas escalas de Braden dos pacientes com e sem lesão por pressão, Teresópolis, Rio de Janeiro, 2017.

Tabela 1- Dados da Pesquisa

A Tabela 1 demonstra que na avaliação do risco para desenvolvimento de LP com a escala de Braden o escore abaixo de 11(Risco severo) foi de 38% dos pacientes internados na UTI.

TEMPO DE INTERNAÇÃO	%	%
< 10 DIAS	0	15%
> 10 DIAS	23%	62%
DIAGNÓSTICO CLÍNICO		
CARDIORESPIRATÓRIO	0	15%
DIGESTIVO	8,00%	8,00%
NEUROLÓGICO	15%	23%
TIPO DE DIETA		
ZERO	0	8,00%
ENTERAL	15%	31%
ORAL	15%	15%
NÃO INFORMADO	8,00%	8,00%
VENTILAÇÃO MECÂNICA		
SIM	8,00%	38%

TABELA 2 - Análise dos dados clínicos dos pacientes com e sem lesão por pressão, Teresópolis, rio de janeiro, 2017.

Tabela 2- Dados da Pesquisa

Na tabela 2 a análise foi feita através dos dados clínicos dos pacientes internados na UTI, com Lesão por Pressão e sem Lesão Pressão. Dos 13 pacientes analisados, quanto ao tempo de internação, verificou-se que 15% permaneceram por mais de 10 dias e não apresentou LP, enquanto 23% permaneceram menos de

10 dias com desenvolvimento de LP.

Quanto a o diagnóstico clínico, 15% apresentaram problemas cardiorrespiratórios e desses nenhum apresentou LP, 16% apresentaram problemas digestivos onde 8% desenvolveram LP, dos pacientes com problemas neurológicos totalizamos 34 % sendo que desses 15 % desenvolveram LP.

Quanto a nutrição, 8% dos pacientes se encontravam em dieta zero, sem desenvolvimento de LP, 46% dos pacientes encontravam-se em dieta enteral, dos quais 15 % desenvolveram LP, 30% dos pacientes encontravam-se em dieta oral, sendo que 15% apresentavam LP.

Dos pacientes analisados 46% estavam em ventilação mecânica, destes, 8% apresentaram LP.

A aplicação da escala de Braden foi realizada não só no período de admissão, mas como também diariamente em todos os pacientes internados na UTI. Além disso, a avaliação do risco é realizada pela equipe de enfermagem com auxílio de outros profissionais, onde a maioria possui habilidades e competências necessárias para analisar a pele e o preenchimento desse instrumento.

A UTI possui o POP (Procedimentos Operacional Padrão) que é disponibilizado no setor para tornar o cuidado homogêneo, e de fácil acesso a equipe. O POP é atualizado e validado para ser utilizado em todos os setores com a descrição da técnica que deve ser aplicada no ato da avaliação com a escala de Braden.

As estratégias de prevenção de lesões por pressão na UTI, consiste na utilização de colchões pneumáticos (possui pressão alternada e tem um papel positivo na prevenção e cura de LP) e colchão piramidal; além do uso do hidrocoloide e mudança de decúbito constantemente. A identificação da incidência das lesões por pressão foi imprescindível para demonstrar a relevância desse evento adverso na UTI e para nortear a assistência e cuidados de enfermagem.

A obtenção sistemática desses indicadores nos serviços de saúde está intimamente ligada às metodologias de avaliação dos processos assistenciais e aquelas relacionadas à segurança do paciente. Investigações com essa temática podem promover a discussão no meio acadêmico e científico de forma a ampliar o conhecimento das tecnologias em enfermagem voltadas para a prevenção de lesões por pressão e habilidades para a prática clínica.

6 | CONCLUSÃO

Observou-se com os estudo que a incidência ainda é elevada, mesmo com uso da escala de avaliação de risco para desenvolvimento de LPs, é necessário a identificação das características clínicas e metabólicas do pacientes para associar

os fatores de seu desenvolvimento, demonstrando a necessidade de estudos que utilizem protocolos e cuidados com uso de tecnologias apropriadas, visando diminuir a incidência em pacientes críticos, visto que os custos com a prevenção serão inferiores aos demandados no tratamento dos agravos.

A prevalência de pacientes com LP foi baixa em relação aos riscos expostos. Levando em consideração que maioria dos pacientes avaliados estavam em condições patológicas agudas. Vale ressaltar que para além das dimensões avaliadas pela escala de Braden, se fez necessário um estudo de fatores determinantes que também podem interferir na integridade da pele, sendo esses: Tempo de internação, doença de base, medicamentos dentre outros.

A avaliação do risco de lesão por pressão com a escala de BRADEN, se mostrou eficiente na construção das medidas preventivas, uma vez que de posse das informações coletas, a equipe de enfermagem possa implementar ações que minimizem tais riscos.

De saída, é oportuno afirmar que a iniciação científica na graduação de Enfermagem é essencial para formação da identidade de ser enfermeiro. Perpassando pela interligação dos saberes práticos e científicos no interior do ambiente hospitalar.

Sem dúvidas, ao iniciamos o projeto traçamos como objetivos primordiais: trazer conforto, fazer o bem, respeitar, oferecendo o melhor ao cliente na cena de prevenção, promoção, recuperação e reabilitação das pessoas e das famílias.

Estar no ambiente hospitalar, em especial, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) requer competência profissional constituída, afinal os enfermeiros são administradores dos serviços de saúde. Além de possuir atribuições como: reconhecer a singularidade, a fragilidade emocional, física e psíquica do cliente são fundamentais nos fluxos assistenciais.

Ao iniciarmos o projeto, fomos recebidos de maneira muito acolhedora pela enfermeira e pela equipe multiprofissional do Hospital Das Clínicas de Teresópolis Constantino Ottaviano (HCTCO). Facilitando os processos, afinal, foi essencial que houvesse envolvimento de todos para que o cuidado e a assistência fossem prestados de forma efetiva.

Falar sobre lesões por pressão é desafiador. Ainda mais com o tempo prolongado de permanência no ambiente hospitalar, sendo prevalente em clientes idosos ou clientes impossibilitados de realizar sua própria mobilização devido a complexidade.

Quando tratamos dos aspectos relacionados às lesões de pele, encontramos as feridas crônicas como principais injúrias que demandam cuidados contínuos e de longo tempo, sendo prejudicial para a qualidade de vida do cliente/família, quanto para a instituição, gerando um alto custo para o Sistema Único de Saúde.

Tem-se consciência que não apenas participamos de um projeto de pesquisa (Pielx) que apenas contêm dados e será arquivado para cumprir normas e protocolos institucionais, mas que fizemos a diferença, conhecendo, orientando, estabelecendo encontros de corpos com desvios à saúde com corpos que realmente entendem o que é o ofício do cuidado.

Um dos pontos positivos, foi realmente traçar o perfil desses pacientes, entendendo que existem inúmeros fatores que contribuem para o aparecimento dessas lesões por pressão.

Além de sistematizar o cuidado, lidando com as particularidades inerentes aos diferentes tipos de cliente. É algo complexo que requer preparo dos profissionais e pesquisadores atuantes, sendo necessária a desenvoltura de um trabalho sistematizado e voltado integralmente ao ser humano/cliente enquanto possuidor de necessidades de saúde iminentes no momento de sua internação.

A Escala de Braden foi o instrumento na pesquisa, para predizer o risco que o paciente encontra de desenvolver a lesão por pressão. Segundo COFEN – 311(2007) Lei do Exercício profissional e o Código de ética da enfermagem é dever do enfermeiro assegurar uma assistência que não ofereça danos à saúde do paciente, constituindo crime de maus tratos.

Evidenciando assim, a importância do conhecimento de condutas baseadas em pesquisa para aplicação na sistematização da enfermagem. Na maioria das vezes, as lesões são evitáveis com a utilização de medidas preventivas diminuindo os custos com tratamento e progressão dos estágios, evitando complicações e um menor tempo de internação.

Em contrapartida, um dos pontos negativos inclui aos horários. Pois devido a rotina (devido o trabalho/faculdade), o período que iríamos realizar a pesquisa não conseguíamos encontrar a família para assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, dificultando a inclusão de novos clientes. Além dos paciente que vinham a óbito, logo após ao início da pesquisa.

Espera-se que esta pesquisa contribua para ampliação na forma de pensar, criar estratégias de cuidados, atuar na prevenção de lesões por pressão e conhecer quais são os fatores diretos e indiretos que propiciam este risco.

Portanto, é necessária uma assistência precisa e integral. Cuidar do cliente idoso e daquele que se dedica a acompanhá-lo de uma maneira completa e holística, é algo que se tem buscado incessantemente dentro da atuação do profissional enfermeiro. Sabe-se que de certo modo, é compreendido como um desafio mediante ao déficit do sistema de saúde e das condições de trabalho vivenciadas, porém não é inalcançável.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTOMATERAPIA. **Classificação das lesões por pressão – Consenso NPUAP 2016 – adaptada culturalmente para o Brasil.** São Paulo: SOBEST, 2016.

BERNARDES, Rodrigo Magri; CALIRI, Maria Helena Larcher. Pressure ulcer prevalence in emergency hospitals: a cross-sectional study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 15, n. 2, p. 236-244, 2016

Blanes L, Duarte IS, Calil JA, Ferreira LM. Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no Hospital São Paulo. **Rev Assoc Med Bras**, 2014;

Borges EL, Saar SRC, Magalhães MBB. Feridas: como tratar. 2^a ed. Belo Horizonte: **Coopmed**; 2008

BRASIL. Ministério da Saúde. Anvisa/Fiocruz. Anexo 02: **Protocolo para prevenção de úlcera por pressão.** Brasília: Ministério da Saúde; 2013

BREM, H., MAGGI, J., NIERNAN, D., et al. **High cost of stage IV pressure ulcers.** Am J Surg. 2010; 200(4):473-7

DOMANSKY, R. C., BORGES, E. L. **Manual para prevenção de lesões de pele.** Rio de Janeiro, Rubio; 2012.

Gould D, Goldstone L, Kelly D, Gammom J. Examining the validity of pressure ulcer risk assessment scales: a replication study. **Int J Nurs Stud.** 2004;41(3):331-9

MOORE, Z., COWMAN, E. H. S. **Risk assessment tools for the prevention of pressure ulcers.** Cochrane Database of Systematic Reviews. In: The Cochrane Library, Issue 3, 2009, Art.

National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel, Pan Pacific Pressure Injury Alliance. **Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Clinical Practice Guideline.** Washington:NPUAP/EPAUAP/PPPI 2014

PALAGI, Sofia et al. Laser therapy in pressure ulcers: evaluation by the Pressure Ulcer Scale for Healing and Nursing Outcomes Classification. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 5, p. 826-833, 2015.

Paranhos WY, Santos VL. Avaliação de risco para úlceras por pressão por meio da Escala de Braden, na língua portuguesa. **Revista Escola de Enfermagem USP.** 1999.

Rocha ABL, Barros SMO. Avaliação de risco de úlcera por pressão: propriedades de medida da versão em português da escala de Waterlow. **Acta Paul Enferm.** 2007.

ROGENSKI, Noemi Marisa Brunet; DE GOUVEIA SANTOS, Vera Lúcia Conceição. Estudo sobre a incidência de úlceras por pressão em um hospital universitário. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 474-480, 2005

SANTOS, Cássia Teixeira dos et al. Indicador de qualidade assistencial úlcera por pressão: análise de prontuário e de notificação de incidente. **Revista gaúcha de enfermagem.** Porto Alegre. Vol. 34, n. 1 (2013), p. 111-118, 2013.

Sousa CAC, Santos I, Silva LD. Apropriação de concepções de Neuman e Braden na prevenção de úlceras de pressão. **Rev Enferm UERJ.** 2004;

CAPÍTULO 13

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM ASSOCIADOS AOS PACIENTES COM DOENÇA DE HUNTINGTON: UMA DOENÇA RARA

Data de aceite: 26/11/2019

Jorge Domingos de Sousa Filho

Universidade Federal de Rondônia, Laboratório de Genética Humana, Porto Velho – Rondônia

Vivian Susi de Assis Canizares

Universidade Federal de Rondônia, Laboratório de Genética Humana, Porto Velho – Rondônia

José Juliano Cedaro

Universidade Federal de Rondônia, Laboratório de Genética Humana, Porto Velho – Rondônia

Andonai Krauze de França

Universidade Federal de Rondônia, Laboratório de Genética Humana, Porto Velho – Rondônia

Cristiano Lucas de Menezes Alves

Universidade Federal de Rondônia, Laboratório de Genética Humana, Porto Velho – Rondônia

Jamaira do Nascimento Xavier

Universidade Federal de Rondônia, Laboratório de Genética Humana, Porto Velho – Rondônia

Thamyris Lucimar Pastorini Gonçalves

Universidade Federal de Rondônia, Laboratório de Genética Humana, Porto Velho – Rondônia

Naime Oliveira Ramos

Universidade Federal de Rondônia, Laboratório de Genética Humana, Porto Velho – Rondônia

Thaynara Naiane Castro Campelo

Universidade Federal de Rondônia, Laboratório de Genética Humana, Porto Velho – Rondônia

RESUMO: INTRODUÇÃO: A Doença de Huntington (DH) é uma doença genética rara caracterizada pelo progressivo comprometimento neurológico, afetando principalmente o sistema psicomotor. O diagnóstico de enfermagem é uma etapa da Sistematização da Assistência de Enfermagem que se baseia nos sintomas clínicos e achados da história familiar. A padronização dos diagnósticos de enfermagem é uma tarefa desafiadora nos serviços de saúde e de pouco uso, embora sua aplicação seja um método facilitador na comunicação entre a equipe de enfermagem. OBJETIVO: Identificar os principais diagnósticos de enfermagem associados aos pacientes acometidos pela DH. MATERIAL E MÉTODOS: Estudo exploratório, descritivo de abordagem qualitativa. Os sujeitos da amostra foram sete pacientes acometidos pela DH, que estão inseridos no grupo de

pesquisa do Laboratório de Genética Humana, pertencente à Universidade Federal de Rondônia. A coleta de dados foi realizada entre maio e dezembro de 2016. A partir dos dados obtidos foram elaborados os diagnósticos de enfermagem e nesta abordagem serão destacados os principais. **RESULTADOS:** 1. Deglutição prejudicada relacionada à lesão neuromuscular caracterizada por engasgos antes da deglutição; 2. Incontinência urinária e fecal relacionada à cognição prejudicada caracterizada por incapacidade de retardar a evacuação e micção; 3. Mobilidade física prejudicada relacionada a prejuízos neuromusculares caracterizados por movimentos descoordenados; 4. Comunicação verbal prejudicada relacionada a prejuízo no sistema nervoso central caracterizado por dislalia e disartria. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Considerando a condição de raridade, ressalta-se a importância da atuação da enfermagem nas pesquisas e trabalhos em doenças genéticas assim como a divulgação dos diagnósticos de enfermagem em portadores de DH.

PALAVRAS-CHAVE: Doença de Huntington. Processo de enfermagem. Genética.

NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATED WITH HUNTINGTON DISEASE PATIENTS: A RARE DISEASE

ABSTRACT: INTRODUCTION: Huntington's disease (HD) is a rare genetic disease characterized by progressive neurological impairment, mainly affecting the psychomotor system. Nursing diagnosis is one of the stages of Nursing Care Systematization that is based on clinical symptoms and family history findings. The standardization of nursing diagnoses is a challenging task in health services and of little use, although its application is a facilitating method in communication between the nursing staff. OBJECTIVE: The objective this study was to identify the main nursing diagnoses associated with DH patients. MATERIAL AND METHODS: This is an exploratory, descriptive study of qualitative approach. The subjects of the sample were seven patients with HD, who are part of the research group of the Laboratory of Human Genetics, belonging to the Federal University of Rondônia. Data collection was performed between May and December 2016. From the data obtained, the nursing diagnoses were elaborated and in this approach the main ones will be highlighted. RESULTS: 1. Impaired swallowing related to neuromuscular injury characterized by choking before swallowing; 2. Impaired cognitive-related urinary and fecal incontinence characterized by an inability to delay bowel movement and urination; 3. Impaired physical mobility related to neuromuscular impairment characterized by uncoordinated movements; 4. Impaired verbal communication related to central nervous system impairment characterized by dyslalia and dysarthria. FINAL CONSIDERATIONS: Considering the rarity condition, it is emphasized the importance of nursing performance in research and work on genetic diseases as well as the dissemination of nursing diagnoses in patients with DH.

KEYWORDS: Huntington Disease. Nursing Process. Genetics.

1 | INTRODUÇÃO

As doenças degenerativas causam grande impacto na qualidade de vida dos portadores e seus familiares, sobretudo se forem raras, que vão além daqueles relacionados ao comprometimento físico e psicológico. Além dos problemas trazidos pelas doenças, há também o fato delas serem pouco conhecidas pelos profissionais de saúde. Tais fatos evidenciam a necessidade da implantação de novas responsabilidades e compromissos, por meio de políticas públicas de saúde que proponham uma rede de atenção com o apoio social e de saúde a essa população.

A falta de estrutura e apoio e o desconhecimento por parte dos profissionais acerca dessas doenças ocasiona o difícil acesso a serviços sociais e de saúde, implicando na necessidade a da reorganização desses serviços de maneira a atender as necessidades dos usuários e de seus cuidadores (SANTOS LUZ et al., 2016)

As DR representam de 6 a 10 % das doenças conhecidas no mundo, sendo descritas, na literatura, mais de sete mil tipos. Portanto, são mais comuns do que possamos imaginar à primeira vista (DOS SANTOS LUZ et al., 2015).

O termo DR foi primeiramente atribuído devido à baixa frequência com que essas doenças acometem à população. Apesar da denominação ter a conotação de pouca frequência e pouca prevalência, essas doenças atingem um percentual significativo da população. Estimativas apontam que no Brasil exista atualmente cerca de 13 milhões de portadores de DR, número este que pode ser ainda maior, uma vez que não existe no Brasil meios de diagnósticos disponíveis no sistema público de saúde, para a comprovação em caso de suspeitas clínicas (OLIVEIRA; SILVEIRA, 2016).

Há poucas opções terapêuticas, muito provavelmente pela gravidade da doença e da falta de produção científica na área, acarretando no aumento da morbimortalidade dos portadores de DR. Uma das questões verificadas quando se acompanham esses pacientes é a presença de graves riscos de complicações que poderiam ser evitadas e como também há um diagnóstico tardio, fragiliza o contexto familiar e as alternativas que os profissionais de saúde poderiam executar.

Entre as DR destacam-se as Doenças Neurodegenerativas Raras (DNR) de origem genética, como a Doença de Huntington (DH) que afeta os portadores de maneira crônica, progressiva e incapacitante. Em relação ao fenótipo, destaca-se a alteração na habilidade motora como os movimentos coreicos, dificuldades na marcha, perda da habilidade cognitiva, além de alterações de comportamento, psíquicas e também de linguagem (Silva et al., 2015). Estas características podem levá-los ao óbito precoce além de provocar significativo impacto no contexto familiar,

visto que a maioria dos afetados possui elevado grau de dependência, necessitando de um cuidador em período integral (RAMOS et al., 2018).

O diagnóstico é feito a partir da identificação dos aspectos clínicos, história familiar da doença e confirmação por meio de análise genética. A prevalência de DH sofre variações de acordo com a região e a etnia estudada, mas estima-se a existência de um caso para cada 10 mil ou 20 mil indivíduos (DOS SANTOS LUZ et al., 2015).

O Ministério da Saúde (MS), na tentativa de desenvolver políticas públicas que atendam às necessidades de saúde de portadores de DR, publicou a Portaria nº 199, em 30 de janeiro de 2014, instituindo a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, com diretrizes para a atenção integral às pessoas que sofrem com essas moléstias e criou também mecanismos para financiamento e custeio das ações que vão ao encontro dessas questões (BRASIL, 2014).

De acordo com Dos Santos Luz, Silva e Demontigny, (2015), o preconceito enfrentado por essa população é percebido pela falta de acolhimento na rede de atenção à saúde, existindo uma relação de desigualdade. O SUS estabelece os princípios como a equidade, universalidade e a integralidade como sendo direitos dos usuários, porém esse direito nem sempre é respeitado com o legítimo exercício de cidadania.

Em relação ao tratamento e os cuidados dos portadores de DH, salienta-se a importância de ações por meio de uma abordagem multiprofissional e multidisciplinar a fim de promover uma melhor qualidade de vida a partir da implementação de um plano de cuidado individualizado, sendo fundamental a participação de diversos profissionais como médicos, enfermeiros, nutricionistas, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, psicólogos e terapeutas ocupacionais (MACIEL et al., 2013).

O profissional enfermeiro assume um papel de grande relevância no cuidado de pessoas com DH e seus familiares, pois carecem de ampla atenção, que se encaixa na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que é uma ferramenta metodológica capaz de integrar o planejamento, execução, controle e avaliação das ações vinculadas a esta profissão (INÁCIO SOARES et al., 2015).

Ainda de acordo com Inácio Soares et al., (2015), existem diferentes maneiras de sistematizar a assistência de enfermagem, como planos de cuidado, padronização de procedimento, protocolos e principalmente com a implementação do Processo de Enfermagem (PE). Sendo assim, esses instrumentos e ferramentas podem ser usados na busca da solução de um problema percebido, de maneira que o resultado seja positivo para o usuário, família e comunidade.

O diagnóstico de enfermagem é uma das etapas da SAE que se baseia nos sintomas clínicos e achados da história familiar. Sua padronização é um desafio para os profissionais, pois, mesmo sendo um método organizacional capaz de

facilitar a assistência oferecida, tem sido pouco utilizado nos serviços.

Silva et al (2017), fundamentados na Resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que trata exatamente sobre a SAE, destacam que é atribuição desse profissional estabelecer o diagnóstico e prescrições do cuidado. Por isso, ele exerce o papel de liderança na execução do Processo de Enfermagem (PE) e deve avaliar os seus resultados de maneira a corrigir, implementar ou incrementar novas ações.

Na região amazônica as informações sobre os cuidados de enfermagem a portadores de DH ainda são desconhecidas e a rede de atenção de saúde ainda não dispõe de instrumentos e tecnologias que possibilitem o registro, o acolhimento e a classificação de risco de forma efetiva. Este fato dificulta o diagnóstico e a definição do itinerário terapêutico baseado na rede de atenção à saúde.

O desconhecimento dos profissionais sobre essas doenças, a ausência de unidades de referência, insuficiência de recursos humanos, financeiros e até mesmo a falta de especialistas na área, dificulta a suspeita clínica, o tratamento da sintomatologia e os cuidados a serem dispensados a estes pacientes e a seus familiares.

Por isso, há a importância do aprofundamento de estudos que descrevam a SAE em portadores de DH, com destaque para os principais diagnósticos de enfermagem, podendo contribuir para o entendimento, aprimoramento e organização da assistência a usuários e familiares. A partir da definição dos principais diagnósticos de enfermagem será possível intervir de forma preventiva a uma série de problemas, minimizando os riscos e aumentando a qualidade de vida de portadores e cuidadores.

O estudo responde a seguinte questão norteadora: quais são os principais diagnósticos de enfermagem elencados em um portador de DH? Na perspectiva de elucidar tal questionamento, o objetivo do estudo foi identificar os principais diagnósticos de enfermagem associados aos pacientes acometidos pela DH.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo com abordagem qualitativa. Os sujeitos da amostra foram sete pacientes acometidos pela DH, residentes nos municípios de Porto Velho e Guajará Mirim, ambos estado de Rondônia, os quais são acompanhados por pesquisadores que estão inseridos no grupo de pesquisa do Laboratório de Genética Humana, pertencente à Universidade Federal de Rondônia.

A coleta de dados foi realizada por meio de visitas domiciliares, sendo aplicado instrumento de coleta de informações acerca do histórico de enfermagem e realizados exames físicos, compondo a primeira etapa do estudo.

Na etapa seguinte, os dados foram analisados possibilitando a identificação das necessidades humanas básicas afetadas, de acordo com a hierarquização de Maslow, e a categorização dos diagnósticos de enfermagem segundo a *NANDA International Inc.* (SILVA et al., 2019).

Considerando as questões éticas vigentes, a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Núcleo de Saúde da Universidade Federal de Rondônia, obtendo parecer favorável nº 1.849.777.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

PRINCIPAIS DIGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PORTADORES DE DOENÇA DE HUNTINGTON

3.1 Deglutição prejudicada relacionada à lesão neuromuscular caracterizada por engasgos antes da deglutição

A disfagia é um distúrbio caracterizado por uma descoordenação na deglutição, capaz de afetar o transporte dos alimentos e/ou líquidos da boca para o estômago, sendo manifestada, na maioria das vezes, por tosse e/ou engasgos frequentes. Desse modo, a identificação dos sinais e sintomas é um fator primordial para o reconhecimento precoce da patologia e sua evolução (LUCHESI; CAMPOS; MITUUTI, 2018).

Para que uma pessoa possa realizar o processo de deglutição, é necessária a coordenação de nervos e músculos da boca respeitando o processo de mastigação do alimento e transferência para a faringe e fechamento da laringe, para evitar a broncoaspiração muito presente em portadores de DH (LOZI, 2014).

As alterações e dificuldades apresentadas por estes portadores para deglutição impedem um processo de alimentação seguro, com a presença de riscos e danos que podem ocasionar o óbito.

A dificuldade dos pacientes em estágio final da DH para realizar a deglutição dos alimentos foi destacada neste estudo. Intrieri et al. (2015) evidenciam este achado ao afirmar que, com o passar do tempo às atividades motoras são prejudicadas, cabendo ao profissional de enfermagem uma atenção específica tanto na assistência à alimentação ao afetado bem como em relação às orientações corretas aos familiares.

3.2 Incontinência urinária e fecal relacionada à cognição prejudicada caracterizada por incapacidade de retardar a evacuação e micção

Uma característica muito presente em portadores de DH diz respeito à incontinência urinária e fecal devido ao relaxamento dos esfíncteres anal e uretral presente, sobretudo, na fase final da vida desses portadores (HELENA DA SILVA et al., 2014).

É essencial, neste caso, que o enfermeiro esteja atento às questões fisiológicas do acometido que apresentará tal dificuldade, uma vez que esse paciente irá necessitar de uma atenção integral, que vai desde o auxílio para o autocuidado até a prevenção de maiores problemas.

Outro aspecto a ser levado em consideração diz respeito ao aparecimento de lesão por pressão (LP), associadas à fragilidade tecidual por meio do aumento da umidade, presença de sujidades e higiene insatisfatória, sendo fundamental os cuidados de prevenção, como o uso de protetores na região sacra, trocas de fraldas e cuidados com a sonda vesical.

Nesse sentido, com a progressão dos sintomas, o paciente ao decorrer da doença torna-se incapaz de realizar o autocuidado bem como as atividades de vida diária, sendo esses os principais fatores a serem enfrentados pelo acometido e seus familiares.

Portanto, é necessário que o enfermeiro possua as habilidades necessárias para o planejamento da assistência, identificando as prioridades e estabelecendo ações a serem realizadas pela equipe multiprofissional a curto, médio e longo prazo (FERRAZ et al., 2013).

3.3 Mobilidade física prejudicada relacionada a prejuízos neuromusculares caracterizados por movimentos descoordenados

Os primeiros sinais perceptíveis em portadores de DH são os distúrbios do movimento, sejam involuntários ou caracterizados por discinesia que se manifestam como coreia, atetose, tremores, mioclonia, entre outros. A DH é a causa mais comum de coreia sendo responsável por incapacidade e morte precoce. Os familiares e pessoas mais próximas são os primeiros a perceberem alguma alteração de movimento e prejuízo da mobilidade física. O enfermeiro, especialmente da Estratégia da Saúde da Família (ESF) pode ser o primeiro profissional a notar e identificar os distúrbios de movimento (CUNHA; LOPES, 2016).

Nesse contexto, é fundamental o acompanhamento correto dos pacientes por meio de escalas preditivas como a escala de Avaliação das Atividades de Vida Diária (AVD) que tem como intuito observar a real progressão da perda da capacidade funcional, proporcionar uma atenção individualizada frente às limitações

manifestadas de acordo com a progressão da doença e, dessa maneira, orientar tanto os acometidos como os familiares acerca do planejamento de exercícios físicos e a importância do acompanhamento fisioterápico em todas as fases da doença, em busca de melhor qualidade de vida (OLIVEIRA et al., 2018).

Portanto, é primordial que além dos cuidados a respeito da dificuldade na marcha, o enfermeiro por meio da SAE seja capaz de observar e orientar os aspectos relacionados aos sinais e sintomas manifestados de forma sutil, com o objetivo de prevenir o risco de queda e maiores complicações, baseada em uma abordagem diferenciada (OLIVEIRA et al., 2015).

3.4 Comunicação verbal prejudicada relacionada a prejuízo no sistema nervoso central caracterizado por dislalia e disartria

Jona et al., (2017), em um estudo que teve como objetivo avaliar o funcionamento familiar em domicílios, observou que aproximadamente 52% dos familiares que convivem com portadores de DH relataram dificuldade de comunicação.

Destaca-se que durante a progressão da DH, há comprometimento relacionado aos aspectos cognitivos como redução da capacidade de memorização e fala, além da diminuição de habilidades no raciocínio lógico, que requerem uma assistência integral e individualizada, pois geralmente dificultam o cuidado e a comunicação dos pacientes, familiares e profissionais da saúde. Assim, o papel do enfermeiro e de sua equipe se baseará na identificação precoce de acometimentos que são resultantes da doença, atuando na promoção, prevenção e acompanhamento apropriado do indivíduo (RAMOS et al., 2018; INTRIERI et al., 2015).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista a condição de raridade, ressalta-se a importância da atuação da enfermagem nas pesquisas e trabalhos científicos sobre doenças genéticas para o levantamento e divulgação dos diagnósticos de enfermagem em portadores de DH.

Os diagnósticos elencados para os indivíduos afetados pela DH precisam englobar os diferentes sintomas que são manifestados durante a progressão da doença, entre eles, as manifestações motoras, cognitivas e psicológicas dos pacientes, a partir da mensuração do grau de dependência dos mesmos para realizar as atividades de vida diária.

O enfermeiro pode distinguir o grau de comprometimento de cada afetado, priorizando as dificuldades de acordo com a necessidade afetada, resultando em diagnósticos parecidos, mas intervenções completamente diferentes, tendo em

vista o estágio da DH que cada pessoa pode apresentar.

Além disso, destaca-se que por meio da elaboração dos diagnósticos de enfermagem, pode-se planejar o cuidado, bem como implementá-lo de forma eficaz, levando em consideração os aspectos sintomatológicos, econômicos culturais e sociais.

Por fim, vale salientar a necessidade de o profissional enfermeiro avaliar constantemente a evolução ou regressão dos sintomas manifestados, visto que a DH é uma doença de caráter genético e que não tem cura, sendo possível diminuir os impactos gerados pela patologia nas famílias e nas gerações sucessivas de afetados, minimizando os impactos na qualidade de vida desses pacientes.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes para atenção integral às pessoas com doenças raras no sistema único de saúde – SUS. Portaria nº 199 de 30 de janeiro de 2014. Brasília, 2014.

CUNHA, H. T.; LOPES, F. B. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar rpmgf.** [s.l.] Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, 2016. v. 32

DOS SANTOS LUZ, G. et al. Artigo Original Rare diseases: diagnostic and therapeutic journey of the families of affected people. **Acta Paul Enferm**, v. 28, n. 5, p. 395–400, 2015.

FERRAZ, C. C. B; ORTEGA, F. B; REIS, M. G; CHEADE, M. F. M. Sistematização da Assistência de Enfermagem ao Paciente com Doença de Huntington: relato de experiência. **Rev. Enferm UFPE on line**, v. 7, n. 7, p. 4796-800, jul. 2013.

HELENA DA SILVA, A. et al. **Huntington: dificuldades enfrentadas pela família Huntington's disease: difficulties faced by family** J Health Sci Inst. [s.l: s.n.]. Disponível em: <https://200.136.76.129/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2014/02_abr-jun/V32_n2_2014_p168a172.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2019.

INÁCIO SOARES, M. et al. Sistematização da assistência de enfermagem: facilidades e desafios do enfermeiro na gerência da assistência Systematization of nursing care: challenges and features to nurses in the care management Sistematización de los cuidados de enfermería: facilidades y desafíos de enfermeros en el soporte de gestión PESQUISA I RESEARCH. **Nery**, v. 19, n. 1, p. 47–53, 2015.

INTRIERI, A. C. U; FILHO, H.B; SABINO, M. R. L. S; ISMAIL, M; FURTADO, C. C. Huntington: Distúrbio no cromossomo 4. **Rev. UNILUS Ensino e Pesquisa**, v. 12, n. 29, p. 22-34, out/dez. 2015.

LOZI, B. S. ET AL. **Aspectos relacionados à disfagia orofaríngea e às condições de saúde em portadores da doença de Huntington em um município da Zona da Mata mineira**. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/316243656_Aspectos_relacionados_a_disfagia_orofaringea_e_as_condicoes_de_saude_em_portadores_da_doenca_de_Huntington_em_um_municipio_da_Zona_da_Mata_mineira>. Acesso em: 24 ago. 2019.

LUCHESI, K.F.; CAMPOS, B.M.; MUTUUTI, C.T. Identificação das alterações na deglutição: percepção de pacientes com doenças neurodegenerativas. **Revista CoDAS**. Santa Catarina, v.30, n.6, p. 1-10, 2018.

MACIEL, R. O. H. et al. Care of patients with Huntington's disease in South America: a survey. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 71, n. 6, p. 368–370, jun. 2013.

OLIVEIRA, A. G. DE; SILVEIRA, D. MEDICAMENTOS ÓRFÃOS - DOENÇAS RARAS E A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE. **Infarma - Ciências Farmacêuticas**, v. 27, n. 4, p. 203, 6 jan. 2016.

OLIVEIRA, R.G. de; RODRIGUES, D.C.; PALVA-OLIVEIRA, E.L.; COLOMBIANO, J.M.R.; PALVA, C.L.A.; AGOSTINHO, L.A. Avaliação funcional em indivíduos com Doença de Huntington: uma série de casos. **Revista Brasileira de Neurologia**. Minas Gerais, v. 54, n. 3, p. 5-8, 2018.

OLIVEIRA, S. R; ALMEIDA, C. E; AZEVEDO, M. N; ALMEIDA, P. A. M; OLIVEIRA, C. G. J. Reflexões sobre as bases científicas e fundamentação legal para aplicação da sistematização do cuidado de enfermagem. **Revista UNIABEU Belford Roxo**, v. 8, n. 20, p. 350-362, set-dez. 2015.

RAMOS, N. O. et al. Doença neurodegenerativa rara caracterização dos portadores de Doença de Huntington e ataxia espinocerebelar na Amazônia Ocidental, Brasil. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 1, n. 2, p. 63–74, 14 dez. 2018.

SANTOS LUZ, G. DOS et al. PRIORITY NEEDS REFERRED BY FAMILIES OF RARE DISEASE PATIENTS. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 25, n. 4, 2016.

SILVA, D. V. A. et al. Nursing diagnoses in a home-based program: cross-mapping and NANDA-I Taxonomy. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 3, p. 584–591, jun. 2019.

SILVA, A. S. R. DA et al. O jogo como facilitador do processo ensino- aprendizagem da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE): aprende ou “Sae”. **Anais do Seminário Tecnologias Aplicadas a Educação e Saúde**, v. 0, n. 0, 30 jul. 2017.

SILVA, C. S. DA et al. Comportamento, competência social e qualidade de vida na Doença de Huntington. **Revista CEFAC**, v. 17, n. 6, p. 1792–1801, dez. 2015.

DIFÍCULDADES DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Data de aceite: 26/11/2019

Tacio Macedo Silva

Faculdade Dom Luiz de Orleans e Bragança

Ribeira do Pombal-BA

Murilo Dias da Silva

Faculdade Dom Luiz de Orleans e Bragança

Ribeira do Pombal-BA

Adriana Antônia De Oliveira

Faculdade Dom Luiz de Orleans e Bragança

Ribeira do Pombal-BA

Bianca Moraes De Oliveira

Faculdade Dom Luiz de Orleans e Bragança

Ribeira do Pombal-BA

Charles Bruno Mendes Bulhões

Faculdade Dom Pedro II

Salvador -BA

Danielle Costa de Souza

Unigranrio

Rio de Janeiro-RJ

Fabio Santos Santana

Centro Técnico de Ensino em Saúde

Tucano-BA

Maria Lucimaria Gama Ribeiro

Faculdade Dom Luiz de Orleans e Bragança

Ribeira do Pombal-BA

Priscila Mendes Graña de Oliveira

Faculdade Dom Luiz de Orleans e Bragança

Ribeira do Pombal-BA

Simone Teixeira da Luz Costa

Faculdade Dom Luiz de Orleans e Bragança

Ribeira do Pombal-BA

RESUMO: A assistência de enfermagem ao cliente com transtorno mental no Brasil, historicamente vem se desenvolvendo e buscando atender as propostas oriundas da reforma psiquiátrica, que propõe aos profissionais de saúde uma prática divergente aquela iniciada com a psiquiatria tradicional, caracterizada pelo isolamento, tratamento desumano e punitivo, voltado para a contenção física e química desses clientes. Esse artigo tem por objetivo discutir as principais dificuldades encontradas pelo enfermeiro na assistência no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Trata-se de pesquisa qualitativa, com revisão bibliográfica e análise de conteúdo. Apesar dos grandes avanços, ainda se evidencia dificuldades encontradas pelos enfermeiros na assistência ao portador de algum distúrbio mental.

PALAVRAS-CHAVE: CAPS. Enfermeiro. Assistência. Dificuldades.

ABSTRACT: Nursing care for the mentally ill client in Brazil has historically been developing and seeking to meet the proposals stemming from the psychiatric reform, which proposes to health professionals a practice that is different from that initiated with traditional psychiatry characterized by isolation, inhuman and punitive treatment , aimed at the physical and chemical containment of these clients. This article aims to discuss the main difficulties encountered by the nurse in the care at the Center for Psychosocial Care (CAPS). This is a qualitative research, with bibliographical review and content analysis. Despite the great advances, there are still evidences difficulties encountered by the nurses in assisting the patient with some mental disorder.

KEYWORDS: CAPS, Nurse, Care, Difficulties.

1 | INTRODUÇÃO

Na década de 80, é vivenciado o começo da mudança da realidade dos manicômios onde viviam mais de 100 mil pessoas com transtornos mentais. Diante o descaso e da falta de atenção à saúde nesses hospitais, foram criados movimentos que defendiam os direitos humanos, principalmente pelos próprios usuários, familiares e trabalhadores da área da saúde. Com isso, é visto como resultado a atual política de saúde mental que visa também os princípios do SUS: universalidade, integralidade e equidade. Nas últimas décadas, essas mudanças se expressam especialmente pelo cuidado mais humanizado dos profissionais de saúde ao usuário, sobretudo após os movimentos sociais, da luta antimanicomial e a reforma psiquiátrica. Essa surge com o intuito de mudar o modelo de atenção e de gestão do cuidado ao usuário e quebrar o paradigma do tratamento punitivo do modelo manicomial. (BRASIL, 2005)

Os Centros de Atenção Psicossocial são formalmente definidos pela portaria nº 224 de 29 de Janeiro de 1992, com nível de cuidado intermediário entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar. Diante disso, é preciso um atendimento mais organizado e especializado para uma melhor assistência e cuidado ao usuário, sendo criada a Portaria nº 336 de fevereiro de 2002, que define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos CAPS, sendo definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, constituindo-se em CAPS 1, 2 e 3; modalidades que deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais mais severos e persistentes em sua área territorial, considerando ainda que na equipe mínima de cada um desses centros deve conter ao menos um enfermeiro. (BRASIL, 2013)

Com a Portaria nº 3.088 de 23 DE DEZEMBRO DE 2011, fica instituída a

Rede de Atenção Psicossocial, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades e dependentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 2011)

A assistência de enfermagem ao cliente com transtorno mental no Brasil, historicamente, vem se ampliando e buscando atender e desenvolver as propostas oriundas da Reforma Psiquiátrica, que propõe aos profissionais de saúde uma prática divergente àquela iniciada com a psiquiatria tradicional, caracterizada pelo isolamento, tratamento desumano e punitivo, voltado para a contenção física e química desses clientes. (BRASIL , 2005).

Assim, o objetivo deste artigo é discutir as principais dificuldades encontradas pelo enfermeiro na assistência no CAPS no Brasil no período de Janeiro de 2010 a Janeiro de 2015, tendo como objetivos específicos definir o CAPS, suas modalidades e funções, a atribuições de enfermagem e realizar uma análise de artigos publicados no período de Janeiro 2010 a Janeiro 2016.

É considerável salientar a importância do enfermeiro na rede de atenção psicossocial, com intuito de integrar os pontos de saúde. Vamos mostrar suas dificuldades diante de sua assistência, sendo a manutenção dessa vital para um atendimento integral e de qualidade ao usuário no CAPS. (BRASIL, 2013).

2 | METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de uma pesquisa qualitativa. O método de abordagem é o de análise e síntese selecionado devido a escolhas de uma variação de dados bibliográficos escolhidos para análise e descrição de conteúdo, incorporando definições e conceitos, revisão de teóricos, evidências e análise de problemas metodológicos de artigos publicados em periódicos.

O que se deseja é discutir as principais dificuldades da assistência de enfermagem no CAPS no período de 2010 a 2014, utilizando, para este fim, a busca de materiais de caráter qualitativo, sendo as palavras-chave de forma aleatoriamente associadas “CAPS”, “Enfermeiro”, “Assistência”, “Dificuldades”, excluindo-se todos os artigos que não se fossem do período estudado e com a temática abordada.

Foi utilizada a análise de conteúdo, que segundo Bardin (2010), sendo que a primeira fase foi a leitura e separação do material. A segunda fase consistiu na separação do material conforme categorias e a terceira fase, análise dos dados conforme método de avaliação, desenvolvendo-se em três categorias.

Na Categoria 1, através de dados qualitativos, foi realizada uma revisão bibliográfica sobre definir o CAPS, suas modalidades e funções. Na categoria 2, com base na literatura, foram extraídas informações qualitativas as atribuições do

enfermeiro. Já na categoria 3, foram levantados artigos que abordassem a principais dificuldades da assistência do enfermeiro no CAPS, para análise comparativa dos resultados.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Categoria 1: caps, suas modalidades e funções

Os CAPS possuem caráter aberto e comunitário, dotados de equipes multiprofissionais e transdisciplinares, realizando atendimento a usuários com transtornos mentais graves e persistentes, a pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais em geral sem excluir aqueles decorrentes do uso de crack álcool ou outras drogas. (BRASIL, 2004).

A Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, republicada em 21 de maio de 2013 sobre os Centros de Atenção Psicossocial e os organiza nas modalidades de:

CAPS I - atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de quinze mil habitantes. (BRASIL, 2011).

CAPS II - atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, além de outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes. (BRASIL, 2011).

CAPS III - atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, como também outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes. (BRASIL, 2011).

CAPS AD - atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de *crack*, álcool e outras drogas. Indicado

para municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes. (BRASIL, 2011).

CAPS AD III - atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de *crack*, álcool e outras drogas. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno. Indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes. (BRASIL, 2011).

CAPS i.- atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes. (BRASIL, 2011).

São pontos da rede de Atenção Psicossocial na atenção de urgência e emergência o SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, as portas hospitalares de atenção a urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde entre outros. (BRASIL, 2011).

3.2 Categoria 2: atribuições do enfermeiro no CAPS

O enfermeiro no CAPS tem o papel de coordenador, uma “ponte” entre equipe, usuário e toda a rede de saúde, é representante perante outros serviços e a comunidade e o centralizador das questões administrativas e burocráticas da unidade, ou seja, é mediador de toda e qualquer decisão, seja técnica ou administrativa. (Protocolo de consulta no CAPS,2008)

O trabalho do Enfermeiro no CAPS deve ser desenvolvido com os seguintes objetivos: planejar, programar, avaliar a assistência de enfermagem, a cada paciente ou grupo de pacientes; criar e manter o ambiente terapêutico voltado para a realização das diversas atividades do CAPS; atuar junto ao cliente, à família e à equipe no atendimento de suas necessidades básicas para obtenção de uma saúde, física e mental; colaborar na formação e aperfeiçoamento de novos profissionais na área de saúde mental e demais profissionais interessados na área, (TOWNSEND, 2002).

Desenvolve ainda funções de: pré-consulta de triagem, dividindo essa atividade com outros membros da equipe; consulta especializada de enfermagem psiquiátrica; organização e liderança de grupos terapêuticos; palestras, orientações, coordenação e elaboração de trabalhos na área de saúde mental para o CAPS, a família e a comunidade; organização e manutenção do serviço de enfermagem e

do SAME; atendimento individual, grupal, eletivo ou de urgência, (GOMES, 2008).

Vale ressaltar que, atualmente, os enfermeiros e enfermeiras são importantes agentes de mudança de modelo no tratamento do doente mental, de um aspecto manicomial e asilar para um tratamento ambulatorial, com o consentimento e participação do paciente e da família. (BRASIL, 2013)

O cumprimento das atribuições específicas do enfermeiro já lhe garantirá um volume considerável de ações a serem desenvolvidas, bem como trará aos portadores de sofrimento psíquico de sua cidade uma atenção diferenciada e de qualidade. (BRASIL, 2013).

3.3 Categoria 3: análise de artigos publicados no período de janeiro 2010 a janeiro 2016

Título do Estudo	Autores/País/Ano	Tipo de Pesquisa	Objetivos/Resultados
1. Percepção do enfermeiro no cuidar ao doente mental: Uma revisão de literatura	AMORIM, Ana Maria Menezes Neiva Eulálio; CRUZ, Diana Karinne Rocha; CARDOSO, Maria de Lourdes Lima Oliveira; Brasil, 2013.	Resumo Bibliográfico	Objetiva-se analisar os estudos publicados sobre a percepção do enfermeiro no cuidado ao portador de transtorno mental.
Título do Estudo	Autores/País/Ano	Tipo de Pesquisa	Objetivo
2. A atuação do enfermeiro nos grupos terapêuticos dos caps ad Do estado do espírito santo	BOURGUIGNON, Livia Nossa; GUIMARÃES, Élem dos Santos; SIQUEIRA, Marluce Miguel de; Brasil; 2010.	Descritivo-exploratório e qualitativo	O objetivo foi descrever a assistência prestada pelos enfermeiros nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas-CAPS ad do Espírito Santo, com enfoque nos grupos terapêuticos.
3. Ações realizadas pelo enfermeiro em Centros de Atenção Psicossocial	LUZ, Vera Lúcia Evangelista de Sousa; BARJUD, Andréa Carla Portela; MOURA, Ailana Silva; Brasil; 2014.	Estudo qualitativo	Objetivou-se identificar e discutir as ações realizadas pelo enfermeiro em Centros de Atenção Psicossocial.
4. Enfermeiros dos centros de atenção psicossocial em Álcool e drogas (caps ad): a formação e a busca pelo Conhecimento específico da área	VARGAS, Divanede ; DUARTE, Fernando Augusto Bicudo; Brasil; 2010.	Descritivo-exploratório e qualitativo	Este estudo objetivou identificar a formação em dependência química e as fontes de conhecimento utilizadas pelos enfermeiros que atuam nos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas.

Quadro I: Análise de Artigos Selecionados no período de 2010 a 2016

Fonte: Elaborado pelos autores.

Inicialmente, veremos a discussão dos quatro artigos citados, evidenciando principalmente a atuação do enfermeiro no cuidado ao paciente com distúrbios

mentais.

Amorim (2013) mostra a importância das mudanças dos tipos de assistência, da individual para a interpessoal. Assim, a prática da assistência de enfermagem teve uma mudança significativa com o tempo, principalmente após a reforma psiquiátrica, Sendo que o cuidado à Saúde Mental não se restringe apenas a minimizar riscos de internação, mas também envolve questões pessoais, emocionais, sociais e financeiras. Para isso, é preciso a capacitação tanto da família, usuário e profissional, para fim de envolver uma aproximação entre esses com o cuidado humanizado.

Amorim (2013) ainda descreve sobre algumas dificuldades do enfermeiro psiquiátrico na sua formação acadêmica sendo refletidas no seu comportamento diante a prática da implementação da assistência devido às características de cada doença mental, evidenciando, dessa maneira, a necessidade de atualização e de continuidade de estudos na área de saúde mental com o objetivo de prestar uma assistência de qualidade e efetiva.

A assistência de enfermagem em grupos terapêuticos que é a principal estratégia terapêutica empregada nos CAPS ad, segundo Bourguignon (2010) são encontradas dificuldades que estão diretamente relacionadas à capacidade de lidar com o processo grupal. Como relatado por Amorin (2013) sobre a formação acadêmica, esse mostra também que o tema ainda é pouco abordado nas instituições de ensino superior de todo país e, embora a temática seja de extrema relevância, o número de cursos que tratam o conteúdo na formação do enfermeiro ainda é insuficiente para a demanda que se apresenta na atualidade.

Relacionando os artigos, é evidente que, para se ter uma base mais segura, ao enfermeiro não basta ter um bom rendimento teórico, mas também construir a prática no cotidiano para se sentir-se mais seguro e confiante em sua assistência.

De acordo com Luz (2014), vemos que “o enfermeiro é responsável”, juntamente com a equipe, por organizar-se para acolher os usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, trabalhar nas atividades de reabilitação psicossocial, compartilhar do espaço de convivência do serviço e resolver problemas imprevistos e outras situações que requerem providências imediatas, durante todo o período de funcionamento da unidade.

Luz (2014), também mostra a grande importância da assistência do enfermeiro ao usuário do CAPS, evidencia o acolhimento com olhar mais holístico buscando promover, proteger e reabilitar o mesmo de forma humanizada e integral. Mas, para isso, o enfermeiro tem que saber articular sua assistência de forma multiprofissional em uma equipe, como refere o Luz (2014) “De acordo com Kantorski, Mielke e Teixeira Júnior (2008), o enfermeiro deve estar preparado para essa nova realidade de saúde mental, pois, além de acolher o usuário deve desenvolver um trabalho com características coletivas e com auxílio de uma equipe interdisciplinar na busca

da reabilitação deste paciente”.

É preciso interligar esses profissionais (psiquiatras, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, artesãos, educadores físicos, nutricionistas, técnicos de enfermagem, auxiliares administrativos, serviços gerais e porteiros) também na terapia em grupo para uma assistência completa e a criação do vínculo do usuário com a unidade. (BOURGUIGNON, 2010)

Vargas (2010) mostra um problema comum entre os já mencionados, que é a fragilidade na formação acadêmica, e, além disso, esse mostra a falta de capacitação e as dificuldades que os enfermeiros passam quando começam a atuar em áreas mais específicas, como por exemplo, a de substâncias psicoativas. Para melhorar a qualidade da assistência os enfermeiros buscam leituras em livros e revistas, a internet e o convívio com os demais profissionais da equipe como fontes de conhecimento.

Aliado ao pouco preparo recebido durante a graduação, os enfermeiros dos estudos evidenciam que existe carência de iniciativas do próprio serviço no oferecimento de capacitações e treinamentos que subsidiem sua atuação, em prol de sua autonomia para melhor qualidade da assistência. (VARGAS, 2010)

Dessa forma, após avaliar os quatro artigos percebem-se uma carência na formação acadêmica e a falta de incentivo para qualificação, relacionado também aos paradigmas do contexto histórico da reforma psiquiátrica.

4 | CONCLUSÃO

Por fim, é visto que a assistência efetiva de enfermagem é necessária no CAPS para manter a qualidade e integralidade do cuidado ao usuário. O papel do enfermeiro no CAPS vai da organização da unidade até a assistência direta ao paciente usuário, isso exige do mesmo um conhecimento vasto sobre Saúde Mental, visando sua atuação no CAPS em suas modalidades e especificidades. Apesar dos grandes avanços, ainda se evidencia dificuldades encontradas pelos enfermeiros na assistência ao portador de algum distúrbio mental.

Como mostram os artigos científicos, enfermeiros que atuam no CAPS ainda têm dificuldades em realizar a assistência devida por falta de conhecimento e capacitação, seja durante a graduação ou pela falta de promoção de capacitação nas unidades da rede de saúde. Para a elaboração do plano terapêutico é preciso ser realizado por toda equipe multidisciplinar e o enfermeiro é quem faz o papel de interligar a equipe para realizar o plano de cuidado de acordo com a necessidade de cada usuário.

É preciso que o profissional busque especialização na área junto as

universidades com programas de pós-graduação e até tem estágios voluntários. Somado a isso, os CAPSs podem capacitar e atualizar a equipe atuante, afim de estimular o aprendizado e sanar as dificuldades na assistência prestada, equiparando o nível de proficiência, garantindo assim, a qualidade do cuidado ao usuário e família.

REFERÊNCIAS

- AMORIM, Ana Maria Menezes Neiva Eulálio; CRUZ, Diana Karinne Rocha; CARDOSO, Maria de Lourdes Lima Oliveira. **Percepção do enfermeiro no cuidar ao doente mental: uma revisão de literatura** -Rev. Multip. Saúde HSM. Teresina: v. 1, n. 2, 2013. Disponível em><http://www.saomarcos.org.br/web/noticia/2015/11/20/revista-cientifica-do-hospital-sao-marcos-1257.html> Acesso em 02/06/2017.
- BARDIN, Laurence. Análise de Conteúdo. 4ºed.Lisboa, 2010
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS: Brasília, 2005.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica: **cadernos de Atenção Básica, n. 34**, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – 5. ed.ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011-Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BOURGUIGNON, Livia Nossa; GUIMARÃES, Élem dos Santos; SIQUEIRA,Marluce Miguel de: **A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NOS GRUPOS TERAPEUTICOS DOS CAPS AD DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**-Revista cogitare enfermagemV.15 N.3(2010).Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/18889/12198>> Acesso em 02/06/2017.
- COREN, MG. **Protocolo de consulta no CAPS**. Disponível em <www.coren.mg.org.br/protocolocaps.htm> Acesso em 28 de Março de 2008
- TOWNSEND, M. C. **Enfermagem Psiquiátrica Conceitos de Cuidados**. (3ª ed). Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan S. A, 2002
- GOMES, E. C. M. **Papel da Enfermeira no Caps**. (Pinto, D.&Araújo, L. Entrevistador) Barreiras, Bahia/Brasil, 2008.
- LUZ, Vera Lúcia Evangelista de Sousa; BARJUD , Andréa Carla Portela; MOURA, Ailana Silva: **Ações realizadas pelo enfermeiro em Centros de Atenção Psicossocial-** R. Interd. v. 7, n. 4, p. 1-12, out. nov. dez. 2014, Disponível em ><http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/368> Acesso em > 02/06/2017 Acesso em > 02/06/2017.

MARTINS,Gizele da Conceição Soares; FILHO, Antonio Jose de Almeida; MORAES ,Ana Emilia Cardoso. Unirio as residências terapêuticas: **implicações para assistência de enfermagem psiquiátrica no município de volta redonda – RJ** Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, Número Suplementar dos 120 anos da EEAP. Rio de Janeiro, 2005-2009.

VARGAS, Divanede ;DUARTE, Fernando Augusto Bicudo, **enfermeiros dos centros de atenção psicossocial em álcool e drogas (caps ad): a formação e a busca pelo conhecimento específico da área**-Texto contexto - enferm. vol.20 no.1 Florianópolis Jan./Mar. 2011, Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000100014>. Acesso em 02/06/2017.

DIMENSÕES DO PROCESSO DE TRABALHO NA PRÁTICA DAS ENFERMEIRAS EM UMA CLÍNICA DA FAMÍLIA

Data de aceite: 26/11/2019

Valeria de Carvalho Araujo Siqueira
Ruth Terezinha Kehrig
Antônio César Ribeiro
João Pedro Neto de Sousa

RESUMO: O enfermeiro atua em diferentes dimensões no seu processo de trabalho, sendo elas, assistir, administrar, ensinar, pesquisar e participar politicamente. O objetivo foi analisar as dimensões do processo de trabalho das enfermeiras em uma Clínica da Família do município de Cuiabá-MT. Estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado com cinco profissionais. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada e observação direta, sistemática e não participante. Foi utilizada a análise de conteúdo temática. A dimensão assistir e administrar é inerente ao trabalho do enfermeiro. Nas consultas de enfermagem, o trabalho em equipe e o uso do sistema de informação potencializam o gerenciamento. As ações educativas individuais e coletivas são realizadas de forma contínua e rotineira. Na dimensão ensinar e participar politicamente destaca-se a participação efetiva da universidade, de representantes da comunidade e da gestão. Conclui-se que as

cinco dimensões do processo de trabalho estão presentes, com menos destaque na pesquisa.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Trabalho. Enfermagem.

DIMENSIONS OF THE WORK PROCESS IN THE PRACTICE OF NURSES IN A FAMILY CLINIC

ABSTRACT: The nurse work in different dimensions in their work process, namely, assisting, managing, teaching, researching and participating politically. The objective was to analyze the dimensions of the nurses' work process in a Family Clinic in the city of Cuiabá-MT. Descriptive study with qualitative approach, conducted with five professionals. Data were collected through semi-structured interviews and direct, systematic and non-participant observation. Thematic content analysis was used. The assist and administer dimension is inherent to the nurse's work. In nursing consultations, teamwork and the use of the information system enhance management. Individual and collective educational actions are carried out continuously and routinely. In the teaching and political participation dimension, we highlight the effective participation of the

university, community representatives and management. It is concluded that the five dimensions of the work process are present, with less prominence in the research.

KEYWORDS: Primary Health Care. Family Health Strategy. Work. Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

A atenção primária à saúde (APS) é orientada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), regulamentada em 2004, atualizada em 2011, e reformulada em 2017 por meio da Portaria nº 2.436. A PNAB define a APS como o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizadas com equipe de saúde multiprofissional e com responsabilidade sanitária para com uma população adstrita em um território definido. A política refere a Estratégia Saúde da Família (ESF) como a forma de qualificação e consolidação dos serviços de saúde na APS no país por meio da ampliação do acesso, da qualificação e reorientação das práticas de saúde, constituindo-se de uma estratégia com propostas e técnicas inovadoras, a integralidade do cuidado à população (BRASIL, 2017).

Em relação ao processo de trabalho, a PNAB destaca como atribuições específicas do enfermeiro: realizar atenção à saúde dos indivíduos e família na unidade, domicílio e comunidade; realizar as consultas e os procedimentos de enfermagem; realizar e/ou supervisionar o acolhimento com classificação de risco; realizar a estratificação de risco e elaborar o plano de cuidado; realizar as atividades em grupo e encaminhar para outros serviços quando necessário; planejar, gerenciar, avaliar e supervisionar as atividades realizadas pela equipe de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS); implementar e manter atualizadas as normas e rotinas do serviço; e, executar as demais atividades previstas na lei do exercício profissional da enfermagem(BRASIL, 2017).

Para este estudo, adotou-se como referencial teórico o processo de trabalho em saúde (MENDES-GONÇALVES, 1992) baseando em autores que discutem o processo de trabalho na enfermagem, e que define o enfermeiro como integrante de uma equipe de saúde e que este possui a possibilidade de atuar em cinco dimensões no seu processo de trabalho, que são: assistir, administrar, ensinar, pesquisar e participar politicamente (SANNA, 2007).

O interesse no estudo deu-se pelo fato da Clínica da Família (CF) ser um modelo relativamente novo de conformação da ESF no Brasil e esta unidade ser a primeira no estado de Mato Grosso e a única na capital Cuiabá, além da escassez de estudo que aborde tal proposta de reorganização da ESF bem como o processo de

trabalho do enfermeiro neste serviço. Ainda, a CF vendo sendo um local privilegiado de integração com o ensino, serviço e comunidade por meio das atividades de ensino de graduação e residência, pesquisa e extensão de cursos da área de saúde e afins da Universidade Federal de Mato Grosso.

Surgiram alguns questionamentos que nortearam o estudo. Como que se dá o processo de trabalho do enfermeiro na Clínica da Família?. E, quais as facilidades e/ou dificuldades encontradas pelo enfermeiro no seu trabalho na Clínica da Família?. A pesquisa teve como o objetivo analisar as dimensões do processo de trabalho na prática das enfermeiras de uma Clínica da Família.

2 | MÉTODO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa por ser a que mais se aproxima da compreensão do objeto de investigação, possibilitando um aprofundamento nos questionamentos emergidos. Segundo os objetivos trata-se de um estudo descritivo, que tem como intenção a descrição das características de determinada população ou fenômeno. Quanto aos procedimentos técnicos trata-se de um estudo de campo, que busca um aprofundamento de fatos de uma realidade específica (GIL, 2008).

A unidade de saúde de escolha foi a Clínica da Família foi primeira unidade nesta conformação no estado de Mato Grosso, inaugurada em novembro de 2013. Está localizada na capital Cuiabá, até o momento é a única unidade do município. Atualmente outras clínicas da família têm sido implantadas em municípios no interior do estado. O local deste estudo se organiza em uma mesma estrutura física com cinco equipes de saúde da família, sendo composta cada uma por um enfermeiro, um médico da família, dois técnicos de enfermagem, e, em média cinco ACS. A clínica possui uma gerência administrativa, recepcionistas, serviços gerais e vigilantes. A unidade conta ainda com o primeiro Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) do município, onde atuam diversos profissionais de saúde.

Esse modelo representa uma proposta inovadora na prestação da atenção primária à saúde à população e um modo novo de estruturação da ESF no Brasil. Foi fomentada pela Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro-RJ (HARZHEIM, LIMA, HAUSER, 2013) e se caracteriza por possuir cinco ou mais equipes de saúde da família.

Foram sujeitos deste estudo todas as enfermeiras das equipes de saúde da família que compõe a Clínica da Família, em um total de cinco. Não foram utilizados critérios de amostragem ou de saturação, inclusão ou exclusão, uma vez que se optou por incluir todas as profissionais que atuam na unidade, para a compreensão ampliada do objeto de estudo investigado.

Os dados foram coletados por meio da técnica de entrevista semiestruturada,

contendo questões norteadoras, com objetivo de analisar as cinco dimensões do processo de trabalho em saúde das enfermeiras neste contexto. Também foi utilizada para coleta de dados a técnica de observação direta, sistemática e não-participante. Tal observação apresenta como principal vantagem, em relação a outras técnicas, a de que os fatos são percebidos diretamente, sem qualquer intermediação (GIL, 2008).

A coleta de dados foi realizada no período de janeiro a março de 2017, sendo previamente agendadas com as profissionais e foram registradas em gravador de áudio, de forma privativa nos consultórios das enfermeiras, com duração média de 40 minutos cada. O roteiro foi composto por duas questões abertas, sendo elas: como você desenvolve seu trabalho na clínica da família? E, quais as dificuldades e facilidades você identifica nesse processo?. Outros questionamentos foram surgindo conforme as falas dos sujeitos, buscando sempre contemplar o objetivo do estudo conforme o referencial adotado.

Após a conclusão das entrevistas, foram agendadas as observações. Para esta técnica, o pesquisador permaneceu na unidade em dias e horários alternados, com objetivo de acompanhar as diferentes atividades desenvolvidas pelos enfermeiros, o que correspondeu a aproximadamente 48 horas de observação com cada profissional. Esse acompanhamento foi individual, ou seja, a cada ida até a unidade, o pesquisador permanecia junto com uma única enfermeira, mesmo que as demais também estivessem em atividades na unidade de saúde. Essas observações foram registradas em um instrumento semiestruturado, organizado em um diário de campo de modo a contemplar as cinco dimensões do processo de trabalho (SANNA, 2007), com intuito de registrar as observações das atividades equivalentes a cada uma delas.

As profissionais foram caracterizadas pela inicial E (Enfermeiras), em sequência numérica sucessiva de acordo com a ordem das entrevistas (E1, E2...), garantindo assim o anonimato dos sujeitos de estudo. As entrevistas foram identificadas com a letra “E” e as observações com a letra “O”, essas colocadas logo após a numeração, de modo assim se apresentar (E1E, E1O; E2E, E2O...).

Os resultados foram organizados e analisados, por meio da técnica de análise de conteúdo do tipo temática (BARDIN, 1977). Esse tipo de análise remete a noção de tema, relacionado a uma afirmação a respeito de um determinado assunto (MINAYO, 2016).

Assim, nesse estudo a análise se deu por meio da identificação das unidades de significados extraídas das entrevistas e observações realizadas, que foram sistematizadas conforme as cinco dimensões do processo de trabalho (SANNA, 2007). A partir disso, surgiram os seguintes núcleos de sentidos: consultas de enfermagem, trabalho em equipe e sistema de informação para registro das

consultas, que agrupados formaram a primeira categoria, o gerenciamento do cuidado de enfermagem. Os núcleos educação permanente e educação em saúde formaram a segunda categoria: ações educativas realizadas pela enfermeira. Os núcleos gerenciamento de pessoal, recursos materiais e estruturais, reunião de equipe e supervisão dos técnicos e ACS compuseram a terceira categoria: o gerenciamento do serviço no cotidiano do processo de trabalho. E por fim, o apoio da universidade, conselho gestor e gestão, agruparam a quarta e última categoria: a interação ensino-serviço-gestão-usuário no contexto do trabalho do enfermeiro.

Esse estudo é um recorte da pesquisa “A organização do trabalho na Estratégia de Saúde da Família na perspectiva da Clínica Ampliada”, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller da Universidade Federal de Mato Grosso, sob o parecer de número 869.608/2014, respeitando a Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para apresentação dos resultados e discussão organizou-se nas quatro categorias temáticas emergidas no processo de análise.

O gerenciamento do cuidado de enfermagem na Clínica da Família

A presença do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família (ESF) mostra-se fundamental para a consolidação e expansão dessa estratégia, fortalecendo a reorganização deste modelo de atenção à saúde no Brasil, isto porque, esse profissional possui diversas atribuições de várias naturezas em seu trabalho, que contemplam, desde a organização das atividades da ESF, seu funcionamento, até ao cuidado prestado direto ao indivíduo, família e comunidade (CAÇADOR et al., 2015).

As enfermeiras conseguem efetivar o cuidado com o usuário e sua família, fortalecendo o vínculo e buscando cada vez mais trazer o usuário para a unidade. Na organização do seu processo de trabalho no que tange a dimensão assistir, foi relatado e observado que a consulta de enfermagem é uma prática comum na rotina das entrevistadas, como visto a seguir:

[...] na terça feira eu trabalho no programa do hiperdia nos dois períodos, atendimentos de consultas, na quarta feira é atendimento de gestante, saúde da mulher, na quinta feira é adolescente e criança. Na quarta feira também eu atendo a saúde do homem, do adulto [...] (E5E).

[...] realizou assistência e acolhimento ao usuário e família, através da consulta de enfermagem, abordando os problemas e as melhores maneiras para convivência com os mesmos [...] (E1O).

Foi enfatizado ainda que o trabalho em equipe, o suporte multiprofissional

e o apoio matricial do NASF nas atividades assistenciais qualificam o cuidado de enfermagem, destacado nas falas:

[...] eu acho que a interação com as outras enfermeiras, é complexo, mas facilita, a gente divide saberes e entra em consenso quando a gente trabalha em equipe, com os enfermeiros, técnicos, com a unidade, com o médico, com o odontólogo, com o farmacêutico. A equipe do NASF também é um facilitador, é onde a gente discute os casos complexos e isso facilita muito aqui [...] (E2E).

O trabalho em saúde busca superar a fragmentação do trabalho, das relações entre os diferentes profissionais e do entendimento de saúde como simples ausência de doença, tramita para uma ampliação e fortalecimento da concepção de saúde (GALAVOTE et al., 2016). E o bom relacionamento entre os profissionais na ESF, favorece uma assistência adequada aos usuários e uma qualidade de vida no trabalho destes profissionais, prevenindo adoecimento, absenteísmo, sentimento de impotência e frustração (CAÇADOR et al., 2015).

No contexto da atenção primária, o NASF representa o apoio matricial, que é organizado a partir de uma equipe multiprofissional, com a finalidade de atuar integrando e apoiando os profissionais em sua assistência para a população, desse modo, ampliar as ações de saúde, e possibilitando uma diminuição das demandas para outros níveis de atenção (BRASIL, 2017).

Também foi referido o uso do sistema de informação durante as consultas de enfermagem. Essa ferramenta tem sido utilizada na unidade de forma rotineira pelas enfermeiras e demais profissionais, devido a facilidade no registro dos dados, conforme os relatos abaixo:

[...] com a vinda do e-SUS tem trazido mais ferramentas no atendimento clínico. A gente acaba atendendo com prontuário eletrônico, o que facilita muito, porque o prontuário do paciente está disponível para todos que necessitam do prontuário naquele momento, então não se perde mais o papel, vê no histórico quem atendeu o paciente, então está sendo proveitoso [...] (E2E).

O e-SUS é uma ferramenta lançada pelo Ministério da Saúde através da Portaria N°1.412 de 10 de junho de 2013. Esse sistema de informação foi formulado para reestruturar os dados da atenção primária e trouxe como propósitos: a sistematização do trabalho de coleta de dados; a individualização do registro; a produção de informação integrada; o cuidado centrado no indivíduo, família, comunidade e território; orientados pelas demandas dos usuários da saúde (BRASIL, 2013).

Uma das dificuldades referidas pelos sujeitos do estudo, foi que durante a implementação do e-SUS a gestão municipal não capacitou todos os profissionais da equipe. Porém, uma facilidade relatada, foi a de sistematização da consulta e riqueza de dados coletados, devido ao sistema solicitar a inclusão e não finalizar a consulta sem que determinados espaços sejam preenchidos.

Portanto, ao se analisar o processo de trabalho das enfermeiras destaca no

gerenciamento do cuidado, as dimensões do assistir, administrar e ensinar. As enfermeiras utilizam dessas dimensões para tornar a consulta mais qualificada, proporcionando mais resolutividade para as necessidades de saúde apresentados pelos usuários. Destaca ainda, o trabalho em equipe, no qual enfatizam a troca de saberes e informações e a busca pelo fortalecimento do serviço. Também nessa dimensão de assistir, as enfermeiras valorizam as atividades de educação em saúde, como será visto na categoria a seguir.

Ações educativas realizadas pelas enfermeiras na Clínica da Família

Durante as consultas de enfermagem, observou que a educação em saúde é realizada aos usuários e família, como um meio de promoção à saúde, prevenção de doença e tratamento da doença, fortalecendo o vínculo, o autocuidado, a autonomia e a corresponsabilização dos indivíduos. A educação em saúde é uma atividade inerente ao profissional enfermeiro, o qual geralmente apresenta uma concepção ampliada em relação à tríade usuário, família e profissional (ARNEMANN et al., 2018).

Realizou orientações na consulta com as mães explicando as diferenças do leite materno e o industrializado, trazendo seus benefícios e malefícios, buscando criar o vínculo com elas (E4O).

Realizou educação em saúde com os pacientes, com roda de conversa com gestantes e hipertensos, abordando suas dúvidas e explicando a maneira correta e fez atividade na sala de espera, explicando sobre métodos contraceptivos e infecções sexualmente transmissíveis (E5O).

O enfermeiro realiza um cuidado voltado para a promoção da saúde, que percorre toda a vida cotidiana das famílias, suas relações interpessoais, e suas diferentes culturas, nos diversos cenários sociais e no modo como as famílias vivem. Assim, os profissionais estando mais próximo dos indivíduos e da comunidade, utilizam desta oportunidade para envolver as famílias no seu cotidiano do seu cuidado, incentivando-as para um viver mais saudável e autônomos de forma participativa (COSTA et al., 2016).

Foram destacadas as ações de educação permanente em saúde que as enfermeiras buscam constantemente desenvolver as atividades com os profissionais da sua equipe, para que o atendimento aos usuários seja da forma mais adequada e respeitosa o possível, e ainda, para que possam responder as dúvidas das pessoas assistidas, conforme relatadas nos trechos a seguir:

[...] a educação permanente com os profissionais, com toda equipe! A gente faz com os agentes comunitários, a gente tem feito com os técnicos de enfermagem, e agora assim a gente está conseguindo de fato colocar o NASF para de fato apoiar agente [...] (E3E).

Se reuniu com os ACS para orientá-los sobre a melhorar maneira de abordar a

família para efetivar o cadastro, como preencher na plataforma e como explicar aos pacientes sobre o funcionamento da Clínica da Família [...] (E3O).

De acordo com a política nacional, a educação permanente em saúde é o aprendizado realizado no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano do serviço de saúde. Baseia-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais e pode ser compreendida como aprendizagem no trabalho. É desenvolvida a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já possuem, e se fortalece por meio da articulação do quadrilátero ensino, serviço, gestão e comunidade (BRASIL, 2009).

As enfermeiras relatam que participam constantemente de cursos ofertados pela secretaria de saúde, ampliando o conhecimento para um cuidado mais qualificado aos usuários do serviço de saúde. Também são multiplicadores deste conhecimento para os demais profissionais da equipe.

[...] a maioria das vezes é solicitado ao enfermeiro ir fazer os cursos, então a gente já coloca essa programação na agenda para a gente estar se ausentando da unidade para ir no curso e retornando e passando essas informações para os técnicos ou os médicos mesmo [...] (E4E).

O ensinar tem por seu objeto os indivíduos e para efetivá-lo, os agentes exercitam as teorias, métodos e recursos, empregados como instrumentos para atender à finalidade de promover o aprendizado à aqueles sujeitos ativos no processo de ensinagem e aprendizagem (DIESEL, BALDEZ, MARTINS, 2017).

O gerenciamento do serviço no cotidiano do processo de trabalho.

As enfermeiras desenvolvem várias atividades administrativas para o gerenciamento do serviço, visto que é uma unidade com uma estrutura grande e que abrange muitos profissionais. Percebeu-se que a demanda de atividades gerenciais consome boa parte do tempo do enfermeiro, sendo este a referência da equipe de saúde, mesmo em uma unidade com uma gerente administrativa.

[...] E ai tem a parte de gestão, administrativa, que a gente entrega os relatórios de medicação, a parte da farmácia também, da vacina[...](E3E).

[...] atendo na segunda feira de manhã e deixo aberto para administrativo para, alimentação do sistema SISCAN, SISPRÉNATAL, É resolver questão de uma planilha agendamento [...] (E5E).

O enfermeiro é o profissional capacitado para assumir a atividade gerencial, de coordenação do trabalho da equipe, dos processos de cuidado, e ter como principal tarefa ofertar a população o direito a uma assistência integral de maneira eficaz e satisfatória (SILVA et al., 2016).

O trabalho em equipe também é destacado nas falas das enfermeiras, que referem que o fato da unidade possuir cinco equipes de saúde da família e ainda

NASF, é tanto um facilitador como um dificultador, visto que as maiorias das decisões da unidade devem ser tomadas em conjunto. Uma das dificuldades apontadas pelas enfermeiras se dá em marcar reuniões para tomar decisões sobre o trabalho na unidade, visto que por ter muitos profissionais acaba por adiar esse momento.

[...] é uma vantagem ter cinco enfermeiras, mas acaba sendo uma dificuldade, porque as vezes a demanda que acaba tendo de cada unidade não consegue que a gente reúna os cinco juntos para tomar as decisões melhores para unidade [...] (E1E).

Destacam que por terem que supervisionar o trabalho dos técnicos de enfermagem e dos ACS, elaborar escalas, gerenciar a farmácia, a sala vacina, a sala de procedimentos e organizar o fluxo de trabalho, além da gestão das demandas administrativas que o cuidado de enfermagem gera, por muitas vezes, deixam de realizar atividades programadas para se dedicarem a gestão do serviço.

Conforme a lei nº. 7.498 de 1986 que regulamenta o exercício da Enfermagem, o ACS não faz parte da equipe de enfermagem, sendo parte dela somente o enfermeiro, o técnico e o auxiliar de enfermagem, quando ainda existir (BRASIL, 1986). Porém a PNAB, traz que como uma das atividades do enfermeiro a supervisão do trabalho do ACS, como visto na prática das enfermeiras da Clínica da Família na qual as mesmas supervisionam e orientam todo o processo de trabalho do ACS (BRASIL, 2017).

[...]as enfermeiras se reuniram para discutir sobre as escalas com os demais profissionais que não estavam satisfeitos com o que foi elaborado, mas acabaram conseguindo convencer sobre o que era melhor para os setores e aos pacientes [...] (E3O, E1O, E2O, E4O, E5O).

A atividade de gerência está ligada ao processo de cuidar e é constante no trabalho do enfermeiro. O gerenciamento abrange os processos administrativos e clínicos, em que o primeiro, está relacionado com a coordenação de recursos para atingir metas, enquanto o segundo diz respeito à coordenação da assistência prestada ao usuário (SANTOS, SILVA, COSTA, 2011). O enfermeiro acaba sendo o agente das tarefas gerenciais, possuindo domínio teórico e de ferramentas práticas para exercê-las, visto que desde a graduação, esse conhecimento é fortalecido ao longo da sua formação, estimulando o uso de instrumentos planejamento e tomadas de decisões.

A interação ensino-serviço-gestão-usuário no contexto do trabalho.

Ao entendimento das enfermeiras, o apoio institucional, tanto da secretaria de saúde, do conselho gestor, presidentes de associação de moradores dos bairros e da universidade, é de grande importância para melhorar a assistência e as demais ações a serem desenvolvidas com a população.

[...] essa gestão desse ano, acho que é uma gestão tem uma boa visão,

principalmente porque a diretora é uma enfermeira. Então melhorou bastante assim, em questão de apoio matricial [...] (E3E).

[...] a maioria das vezes é solicitado ao enfermeiro ir fazer essas reuniões e cursos, então a gente já coloca essa programação na agenda para a gente estar se ausentando da unidade para estar indo... ir para o curso e retornando e passando essas informações para os técnicos ou os médicos mesmo [...] (E4E).

O apoio da secretaria municipal de saúde foi destacado nas falas das enfermeiras, no que refere a oferta de cursos e reuniões de planejamento e organização do serviço. E, por ser a única CF no município, é bastante comum a presença de profissionais da gestão municipal na unidade.

O conselho gestor realiza reuniões uma vez por mês na Clínica da família, onde são abordadas questões referentes tanto às necessidades da comunidade como da unidade, buscando juntamente com os gestores e os profissionais das equipes as melhores resoluções para os problemas enfrentados. Nas falas e nas observações foi relatada a importância do conselho gestor e se destaca o fato das enfermeiras e exporem nas reuniões as dificuldades que se deparam no dia-a-dia do trabalho.

Participaram de reunião com o conselho gestor para fortalecer a Clínica da Família e saber dos problemas que a população enfrenta, e também sobre como abordar novas estratégias para trazer a população para a CF [...] (E3O, E2O, E4O, E5O, E1O).

[...] o conselho gestor, né, que tem na clínica, composto só por pessoas competentes que traz cada... cada reunião que tem que traz ideias nova, é... as vezes é lento um pouco pra gente né... conseguir administrar tudo isso e colocando tudo em prática. Eu só vejo facilidades [...] (E5E).

O conselho gestor de saúde local se configura como um espaço de promoção à saúde e fomenta a cultura de participação popular nesses serviços. Além disso, também contribui para o fortalecimento da intersetorialidade ao discutir as diversas formas de assistir as necessidades de saúde. É primordial que os profissionais informem a população atendida desse espaço de gestão estratégica (GREGORA et al., 2017).

A Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) possui um espaço de grande relevância na Clínica da Família, devido à presença contínua de acadêmicos de cursos de graduação da área da saúde e residentes de medicina e multiprofissionais, além de ser um espaço para atividades de pesquisa e extensão, fazendo com que as equipes troquem experiências e saberes e também participem como educadores no processo de formação de novos profissionais de saúde.

Nas entrevistas e observações foi possível identificar a importância do enfermeiro enquanto preceptor de acadêmicos da UFMT que estagiam no local, promovendo a atualização destes profissionais sobre determinados assuntos que já vinham sendo esquecidos pela rotina da unidade.

[...] a UFMT com parceira com a gente é uma facilidade, com os alunos de medicina, de enfermagem, com os alunos da residência, com os alunos da nutrição [...] (E5E).

Realiza preceptoria com os alunos da UFMT, troca de conhecimento e fortalecendo o aprendizado do aluno na prática, e criando o vínculo com o mesmo, explicando como o serviço funciona, trazendo seus aspectos gerenciais e assistências. [...] (E1O).

A atividade de preceptoria na Enfermagem é uma prática reflexiva desempenhada pelos enfermeiros dos serviços de saúde do Brasil. Se realiza em nível de graduação ou residência, na qual podemos intitular de preceptor aquele enfermeiro que acompanha, supervisiona, coordena, ensina e aprende com os alunos no cotidiano do processo de trabalho na saúde (SILVA, 2011).

Outra dimensão identificada foi a de pesquisar. Foi observado o uso de evidências científicas pelas enfermeiras que se embasam em resultados de pesquisas a fim de aprimorar o cuidado.

[...] abordou juntamente com a acadêmica durante uma consulta à gestante, a utilização de artigos científicos para proporcionar mais conhecimentos sobre problemas na gravidez, trazendo novos conhecimentos a população [...] (E3O).

[...] realizou junto a acadêmica de enfermagem a consulta aos pacientes, enfatizando os benefícios de uma alimentação mais saudável. Forneceu a paciente materiais que mostrasse o benefício dos alimentos e como fazê-los sem que haja uma perda de nutrientes [...] (E2O).

Destaca nesta categoria, as dimensões ensinar e participar politicamente e em alguns momentos a de pesquisar. Na dimensão ensinar, as enfermeiras estimulam o conhecimento dos acadêmicos que realizam estágio na unidade, incentivando para que busquem embasamentos teóricos para posterior discussão e ao mesmo tempo possibilite a de conhecimento, fortalecendo assim a relação ensino-serviço. Na dimensão participar politicamente é de grande relevância, pois ela permeia todas as outras, e por muitas vezes está presente sem que o enfermeiro esteja consciente disso. As enfermeiras acabam fazendo isso no cotidiano do seu processo de trabalho, pois buscam as resoluções dos problemas com o apoio de outros profissionais, gestão, universidade e mesmo com os usuários. Já a dimensão pesquisar, foi a que menos se observou na prática das enfermeiras, porém pode-se afirmar que tem buscado utilizar-se de evidências científicas para a qualificação cuidado, e ainda o espaço ser local de realização de estudos pela Universidade, fomentando a cultura de pesquisa.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o objetivo do estudo foi possível perceber que as cinco dimensões do processo de trabalho defendidas na referência adotada estão intrínsecas no

cotidiano do trabalho enfermeiro. Na dimensão assistir foi relatada na rotina de trabalho no cuidado aos usuários e família, visando ações que contribuam com a saúde e a criação de vínculos. A dimensão administrar foi a mais destacada, tendo em vista que essa atividade exige das enfermeiras uma demanda maior de tempo. A dimensão ensinar também teve destaque e é efetiva em boa parte das atividades que realizam. A dimensão pesquisar, mesmo sendo pouco observada, tem tido algumas iniciativas pelas enfermeiras, principalmente na relação com a Universidade. E por fim a dimensão de participar politicamente vem sido realizada por todas as enfermeiras, por meio das relações com representantes sociais e da secretaria de saúde, tanto no cotidiano do trabalho como por meio do conselho gestor.

Esse estudo possibilita uma reflexão do processo de trabalho do enfermeiro na ESF, especialmente em uma proposta inovadora como a Clínica da Família. Isso favorece a qualificação da atenção à saúde, do cuidado de enfermagem e ainda subsidia a gestão para a implantação de novas unidades no município. A abordagem qualitativa foi imprescindível para a compreensão das questões relativas ao objeto de estudo, assim como a aplicação de duas técnicas de coleta de dados a fim de correlacionar os aspectos relatados e observados no processo de trabalho das enfermeiras. Para novos estudos, vislumbra-se a incorporação de outras técnicas de coleta de dados, como por exemplo, a análise documental dos instrumentos e sistemas de informação utilizados no local, bem como a investigação dos processos de trabalhos dos demais profissionais que compõe a equipe de saúde da família e do NASF, de modo a contemplar todo o serviço, contribuindo assim com possíveis melhorias nas práticas de saúde.

REFERÊNCIAS

ARNEMANN, C.T; LAVICH, C.R.P; TERRA, M.G; MELLO A.L; RADDATZ M. Educação em saúde e educação permanente: ações que integram o processo educativo da enfermagem. **Rev. baiana enferm.** 2018 Jan/Mar, v. 32: e24719.

BARDIN, L. **Análise do conteúdo.** Lisboa: Edições 70; 1977.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Lei nº 7498.** Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e das outras providências. Legislação Básica para o exercício Profissional da Enfermagem. 1986

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

BRASIL. Progestores. Nota técnica. **Estratégia E-SUS.** Atenção Básica e Sistemas de Informação em Saúde da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Portaria 2436** aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: 2017.

CAÇADOR, B.S.; BRITO, M.J.M.; MOREIRA, D.D.A.; REZENDE, L.C., VILELA, G.D.S. Ser enfermeiro na estratégia de saúde da família: desafios e possibilidades. **Rev. Min. Enferm.**, 2015 Jul-Set, v. 19, n. 3, p.612-626.

COSTA, J.C.; NITSCHKE, R.G.; THOLL, A.D.; HENCKEMAIER, L.; MICHELIN S.; MARTINI, J.G. A promoção da saúde familiar no quotidiano da atenção primária: uma revisão integrativa. **Rev. bras. Promoc. Saúde.** 2016 Dez, v. 29 (suplemento), p. 156-163.

DIESEL. A.; BALDEZ, A.L.S.; MARTINS, S.N. Os princípios das metodologias ativas de ensino: uma abordagem teórica. **Revista Thema.** 2017, v. 15, n.1, p. 268-88.

GALAVOTE, H.S. et al. O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. **Rev. Enferm Esc. Anna Nery.** 2016 Jan-Mar, v. 20, n.1, p.90-98.

Gil AC. **Métodos e técnicas em pesquisa social.** 6 ed. São Paulo: Atlas. 2008

GREGORA, A de O.; MUNIZ, G.C.M.D.E.S.; LIMA, D.T.; ARAÚJO, L.L.C. de, ARAÚJO, A. de B. "Segura tua mão na minha, pra fazermos juntos o que não posso fazer sozinha": a experiência de um conselho local de saúde. **Sanare** (Sobral). 2017 set-dez, v. 16 (suplemento), p. 89-95.

HARZHEIM, E.; LIMA, K.M.; HAUSER, L. **Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro:** avaliação dos três anos de Clínicas da Família. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro. Porto Alegre, RS: OPAS, 2013.

MENDES-GONÇALVES, RB. **Práticas de Saúde:** processo de trabalho e necessidades. Cadernos CEFOR. Prefeitura Municipal de São Paulo. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde; 1992.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa Social:** teoria e método e criatividade. São Paulo, Vozes; 2016.

SANNA, M.C. Os processos de trabalho em enfermagem. **Rev. bras. enferm.** Abr 2007, v.60, n. 2, p. 221-224.

SANTOS, S.R.; SILVA, C.C.; COSTA, M.B.S. **Enfermagem em administração e gestão na atenção à saúde.** João Pessoa: Editora Universitária UFPB; 2011.

SILVA, R.N.A da; LIMA, A.K.M.; FILHA, F.S.S.C.; VILANOVA, J.M.; SILVA, F.L. da. Conhecimento e entendimento de enfermeiros sobre as ações gerenciais na atenção primária à saúde. **Ciênc. saúde coletiva.** 2016 Jan-Abr, v. 9, n.1, p.21-29.

SILVA, V.C. **Preceptoria nexos com a pedagogia histórico-crítica:** o caso da escola de enfermagem Anna Nery (dissertação). Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2011.

CAPÍTULO 16

ENFERMAGEM E ACONSELHAMENTO GENÉTICO: EXPERIÊNCIA INTERDISCIPLINAR COM PORTADORES DE DOENÇA DE HUNTINGTON

Data de aceite: 26/11/2019

Vivian Susi de Assis Canizares

Universidade Federal de Rondônia, Laboratório de Genética Humana, Porto Velho - Rondônia

José Juliano Cedaro

Universidade Federal de Rondônia, Laboratório de Genética Humana, Porto Velho - Rondônia

Andonai Krauze de França

Universidade Federal de Rondônia, Laboratório de Genética Humana, Porto Velho - Rondônia

Jorge Domingos de Sousa Filho

Universidade Federal de Rondônia, Laboratório de Genética Humana, Porto Velho - Rondônia

Cristiano Lucas de Menezes Alves

Universidade Federal de Rondônia, Laboratório de Genética Humana, Porto Velho - Rondônia

Jamaira do Nascimento Xavier

Universidade Federal de Rondônia, Laboratório de Genética Humana, Porto Velho - Rondônia

Thamyris Lucimar Pastorini Gonçalves

Universidade Federal de Rondônia, Laboratório de Genética Humana, Porto Velho - Rondônia

Naime Oliveira Ramos

Universidade Federal de Rondônia, Laboratório de Genética Humana, Porto Velho - Rondônia

Thaynara Naiane Castro Campelo

Universidade Federal de Rondônia, Laboratório de Genética Humana, Porto Velho - Rondônia

Maria Gabriela Souza Fantin

Universidade Federal de Rondônia, Laboratório de Genética Humana, Porto Velho - Rondônia

Lucélia Maria Gonçalves

Universidade Federal de Rondônia, Laboratório de Genética Humana, Porto Velho - Rondônia

RESUMO: Demonstrar a importância do aconselhamento genético no manejo das Doenças Neurodegenerativas Genéticas Raras com enfoque nas questões reprodutivas e atuação do enfermeiro. **Metodologia:** relato de experiência com núcleo familiar de portadores de Doença de Huntington, num total de dez participantes com coleta de dados realizada entre abril de 2016 a abril de 2017. **Resultados:** ressalta-se a assistência realizada por equipe multiprofissional com ações de aconselhamento genético, educação em saúde, encaminhamento

a exames preventivos e acesso ao planejamento familiar, com prescrição e fornecimento de anticoncepcionais. Apesar do relato das mulheres evidenciando a não pretensão de gravidez futura, três delas deixaram de usar os anticonceptivos e engravidaram na sequência. Também foram realizados encontros com cuidador de três afetados visando o esclarecimento de dúvidas quanto aos cuidados. Considerações: a participação do profissional de enfermagem, sobretudo se ocorrer de forma articulada com uma equipe multidisciplinar, revelou-se essencial para garantir a dignidade e a qualidade de vida de pessoas com doenças neurodegenerativas e seus familiares.

PALAVRAS-CHAVE: aconselhamento genético; enfermeiro; Doença de Huntington; Doenças Raras.

NURSING AND GENETIC ADVICE: AN INTERDISCIPLINARY EXPERIENCE WITH HUNTINGTON DISEASE CARRIER

ABSTRACT. OBJECTIVES: to demonstrate the importance of genetic counseling in the management of Rare Genetic Neurodegenerative Diseases with a focus on reproductive issues and nurses' performance. METHODOLOGY: report of experience with a family nucleus of patients with Huntington's Disease, in a total of ten participants and data collection performed between April 2016 and April 2017. RESULTS: it is highlighted the assistance performed by a multiprofessional team with genetic counseling actions, health education, referral for preventive exams and access to family planning, prescription and supply of contraceptives. Despite the report of women showing no pretense of future pregnancy, three of them stopped using contraceptives and became pregnant in the sequence. There were also encounters with caregivers of three affected individuals in order to clarify doubts about care. FINAL CONSIDERATIONS: Nursing and interdisciplinary work in this new area of knowledge is relevant, providing the family with a unique and humanized approach.

KEYWORDS: genetic counseling; nurse; Huntington Disease; Rare Diseases.

1 | INTRODUÇÃO

A decodificação do ácido desoxirribonucleico (DNA) proporcionou avanços científicos de grande importância para a saúde pública, tornando possível a identificação de alterações genéticas relacionadas à etiologia de muitas doenças até então desconhecidas, assim como oportunizou tratamentos e ações de prevenção (CARDOSO; CORDEIRO JUNIOR, 2016).

A evolução científica nessa área vem, desde então, galgando passos largos, em curto espaço de tempo foram incorporadas aplicações da genética na prática assistencial, trazendo grande repercussão para a importância do conhecimento dos diversos profissionais de saúde neste campo. Ainda neste contexto, também

foram integrados novos conceitos como a genômica, que se refere ao estudo das possibilidades da ocorrência de uma determinada alteração genética e suas possíveis relações com fatores ambientais. Por meio desta abordagem, mais ampliada do estudo da genética, pode-se alcançar com maior efetividade a profilaxia de algumas doenças de grande impacto familiar e social (INTERNATIONAL SOCIETY OF NURSES IN GENETICS, 2016).

Também se insere nos novos conceitos o emprego da expressão Aconselhamento Genético (AG), cujo termo, definição e prática surgiu nos Estados Unidos na década de 1940, pelo médico geneticista Sheldon Reed, com o oferecimento de “consultas ou atendimentos” a famílias com o objetivo de esclarecer-lhes as condições peculiares das enfermidades genéticas que lhes acometiam (GUEDES; DINIZ, 2009).

A American Society of Human Genetics (1999) destaca que o AG é um método de abordagem que envolve um processo de comunicação específico, que deve estar presente quando existe uma doença genética familiar.

AG são sessões ou consultas realizadas por profissionais capacitados para tal, com o objetivo de prestar esclarecimentos e informações sobre aspectos reprodutivos, preventivos, diagnósticos, tratamentos, prognósticos e risco de transmissão de doenças de etiologia genética, além de mostrar as alternativas existentes para o enfrentamento da doença e suas repercussões, visando uma melhor adaptação da família a essa condição. São realizadas individualmente e/ou em família, utilizando-se um instrumento norteador (roteiro), previamente elaborado pelos conselheiros genéticos da instituição, onde deve estar descrita a sequência da sessão, considerando as doenças ou condições genéticas ali trabalhadas (COREN, 2011).

O AG deve estar pautado nos princípios éticos vigentes como autonomia, privacidade, justiça, qualidade, não maleficência, beneficência, sigilo e confiabilidade. Destaca-se entre esses princípios o da autonomia, onde neste caso é assegurado ao indivíduo, o caráter voluntário na realização de qualquer tipo de exame/teste genético, após sessões de AG, onde o mesmo se mostrará apto física e psicologicamente para sua realização (COREN, 2011). Dentre as condições patológicas genéticas onde o AG deve ser aplicado, cita-se as Doenças Neurodegenerativas Raras (DNR), que englobam uma série de enfermidades e levam à degeneração constante e progressiva do sistema nervoso central.

Este trabalho baseou-se em uma das DNR de origem genética, denominada Doença de Huntington (DH). Essa enfermidade é causada por uma mutação no gene IT15 do cromossomo 4, que leva à uma expansão anormal trinucleotídica CAG. É autossômica dominante, possuindo 50% de probabilidade de ser transmitida para a próxima geração, com início dos sintomas entre 30 e 50 anos de idade, embora

existam casos de manifestação precoce, conhecidos como DH juvenil. Caracteriza-se por uma série de sintomas que levam a comprometimentos motores como dificuldade na marcha, desequilíbrio, espasticidade, disfagia, dislalia, dismetria, coréia, entre outros. Distúrbios comportamentais também estão presentes na DH assim como os psíquicos como irritabilidade, ansiedade, alucinações, delírios, podendo haver ocorrência de surtos psicóticos e com a progressão da doença, a demência (MARTELLI, 2014).

Considerando a gravidade e severidade dos sintomas da DH, a inexistência de tratamento que possibilite o controle ou cura da doença na atualidade e seu caráter familiar de transmissão, o AG é uma prática imprescindível que deve ser introduzido na rotina dos serviços de saúde pública para todos os casos de doenças genéticas hereditárias.

Mesmo sendo reconhecido como uma das práticas em saúde pela Portaria nº 81/2009 do Ministério da Saúde e existindo um notório consenso sobre sua importância, o AG ainda é realizado de forma insipiente no Brasil. Este fato pode ser atribuído a grande diversidade geográfica do país, que dificulta o acesso dos profissionais aos grandes centros, onde os serviços de genética estão localizados. Além disso, há escassez de investimentos direcionados a esta área, acarretando a falta de capacitação dos profissionais para a efetivação do AG (HOROVITZ; FERRAZ; DAIN, 2013).

Cabe aqui destacar a importância da função do enfermeiro nessa nova vertente assistencial da genética. Sua atuação no Brasil está respaldada por documentos oficiais como o Parecer nº 032/2011 do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP), que garante a atuação do enfermeiro geneticista e a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 468/2014, que direciona a atuação do mesmo frente ao AG.

Assim sendo, são asseguradas ao enfermeiro ações que contemplam orientações apropriadas frente a suspeita clínica ou confirmação por meio de diagnósticos moleculares, recursos terapêuticos disponíveis para prevenção, tratamento e riscos envolvidos, sempre com enfoque para o acolhimento e comunicação interpessoal, que são os alicerces do AG. Ressalta-se ainda que os documentos acima citados também garantem a participação deste profissional na elaboração e execução de projetos de pesquisa na área (JENKINS, 2008; COREN, 2011; COFEN, 2014).

Diante do exposto, o estudo em questão teve como objetivo relatar a experiência de pesquisadores em AG na abordagem a uma família portadora de Doença de Huntington com destaque aos aspectos reprodutivos.

2 | MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência desenvolvido por pesquisadores pertencentes ao Laboratório de Genética Humana (LGH), da Fundação Universidade Federal de Rondônia (UNIR), que desenvolvem pesquisas e projetos de extensão junto a famílias portadoras de DNR residentes em municípios do estado de Rondônia e regiões próximas, como no estado do Acre e sul do Amazonas.

A experiência aqui relatada teve como sujeitos um total de 10 indivíduos pertencentes a um núcleo familiar com DH, residentes em dois municípios de Rondônia, todos residindo em área rural.

Como estratégia metodológica utilizou-se dados dos prontuários clínicos das instituições de saúde onde eles foram atendidos, acrescidos dos relatórios das visitas domiciliárias realizadas durante o período de abril de 2016 a abril de 2017. Salienta-se que o projeto *mater* continua em andamento e os indivíduos aqui representados estão em seguimento pela equipe multidisciplinar (geneticistas, biólogos, psicólogos, enfermeiros, médicos e assistentes sociais) do LGH.

Em cumprimento as questões éticas que preconizam as pesquisas com seres humanos, este projeto foi apreciado junto ao Comitê de Ética em Pesquisas – CEP e obteve parecer favorável com CAAE 59260516.0.0000.5300.

3 | RESULTADOS

Caracterização da Família

Este trabalho foi desenvolvido com uma família portadora da DH com 39 membros, representando quatro gerações. Até o momento foram afetados pela doença oito indivíduos, sendo que dois foram a óbito. A genitora, pertencente à 2^a geração estudada, foi a óbito pela doença em 2014, com 51 anos. Ela teve dez filhos, aqui representados pela 3^a geração. O primeiro deles, hoje com 38 anos, teve paternidade distinta dos demais. Os outros nove são representados por seis do sexo feminino e três do sexo masculino, com idades variando de 17 a 37 anos.

A princípio a investigação teve início tendo como probando o filho mais velho, pelo fato de possuir alterações evidentes de cognição, porém sem que a DH tenha sido diagnosticada, nem por meio de exames moleculares e nem pela observação de sinais clínicos da patologia. No entanto, esse sujeito foi encaminhado a um Centro de Atenção Psicossocial, pois suspeitavam que estivesse em crise psiquiátrica. Numa visita domiciliar, a equipe daquela instituição, juntamente com alunos e professores da Unir, se depararam com uma família vivendo em condições socioeconômicas precárias e com vários filhos severamente afetados e apenas sob os cuidados do patriarca.

No estudo sobre a família, verificou-se que os demais filhos deste patriarca apresentavam possíveis sintomas da DH, desta forma foram direcionados para acompanhamento assim como os outros membros pertencentes à quarta geração, que também já possuíam sinais clínicos indicativos dessa patologia.

Atividades Desenvolvidas

Considerando que na região deste estudo não existe um serviço especializado para o acolhimento, diagnóstico, tratamento e acompanhamento desses pacientes, como parte das atividades de pesquisa o grupo efetuou trabalhos de assistência propriamente dita (enfermagem, psicologia e medicina), além de encaminhamentos e acompanhamentos dos afetados à fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, odontologia, exames complementares, imunizações especiais, entre outros. Também foram realizadas ações de promoção à saúde dos não afetados (porém de risco para o desenvolvimento da doença), por meio de orientações sobre a patologia familiar aliada à realização de exames preventivos periódicos e educação em saúde, onde o planejamento familiar esteve em destaque. Todas as ações realizadas foram pautadas nas diretrizes do Ministério da Saúde sobre o AG (BRASIL, 2014)

Como parte das atividades de promoção à saúde, direcionadas especificamente a quatro mulheres desse grupo familiar, realizou-se ações de AG com enfoque na saúde sexual e reprodutiva, onde foram esclarecidos os riscos de ocorrência e recorrência da doença na prole e as alternativas existentes para a reprodução, sempre respeitando o direito de decisão do indivíduo. Também foram realizados encaminhamentos para a Atenção Primária à Saúde (APS), contemplando uma das etapas do AG, para consultas com clínico geral e ginecologista, tendo sido realizados exames complementares de sangue, urina, fezes e preventivos para câncer de colo uterino e de mama.

Durante os atendimentos, os profissionais reforçaram as orientações quanto aos riscos da doença, assim como ofereceram métodos anticoncepcionais, visto que elas possuíam vida sexualmente ativa e relataram não ter pretensões de gravidez futura. Foi prescrito anticoncepcional injetável com a disponibilização da medicação para todas. Poucos meses depois, por motivos pessoais não relatados, três delas interromperam o uso e logo em seguida engravidaram. Neste contexto vale ressaltar que o AG é um importante processo de conscientização, porém não pauta suas ações no cerceamento da liberdade de decisão reprodutiva.

Destacam-se também outras ações de AG como a realização de vários encontros para conversas e orientações sobre a doença (prognósticos e riscos) com o patriarca da família, pertencente a 2^a geração estudada, que atualmente é o cuidador de quatro de seus filhos, sendo três com DH e o quarto, um enteado, portador de uma síndrome ainda não diagnosticada. Entre os afetados pela DH,

um é do sexo masculino e há outras duas do sexo feminino, todos com sintomas avançados da doença e apresentando dependência total de terceiros. É importante salientar que, mesmo ainda na juventude, devido ao grau de acometimento da doença, as duas mulheres encontram-se no climatério, apresentando amenorreia e ciclos anovulatórios.

Como parte de ações preconizadas para o AG, antes da indicação do exame molecular aos indivíduos com diagnóstico clínico de DH, o enfermeiro e os discentes juntamente com o psicólogo do grupo de pesquisa realizaram, por meio de visita domiciliaria, um ou mais momentos de encontro, sendo fornecidas as explicações para o entendimento do exame e o significado de sua positividade ou negatividade. Dessa forma, o material biológico só foi coletado quando a pessoa em questão, além de estar de acordo com a realização, mostrava-se consciente e informada sobre o impacto que o resultado poderia gerar em sua vida.

Vale ressaltar que durante todo o período de contato da equipe de pesquisa com a família, os temas referentes aos riscos da doença foram abordados, observando-se sempre a disponibilidade dos indivíduos em conversar sobre tal questão, com respeito à ética que os envolve.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar das incertezas que envolvem as questões éticas do AG, é notório que essa prática é extremamente importante para famílias, como a descrita neste estudo. O papel do enfermeiro neste cenário é de grande relevância visto que entre os diversos profissionais de saúde é o que está mais continuamente com os pacientes, podendo identificar precocemente seus medos, anseios e dúvidas.

A prática do AG exige que o conselheiro tenha conhecimentos aprofundados em genética e genômica e desenvolva habilidades específicas, principalmente na comunicação interpessoal, conteúdos que são valorizados em praticamente todas as disciplinas dos cursos de graduação em Enfermagem.

Com base nessa experiência, evidenciou-se a relevância do trabalho do enfermeiro, assumindo nessa nova área de conhecimento o papel de conselheiro genético, proporcionando ao indivíduo e família acometida uma abordagem singular, humanizada, baseada em evidências científicas atualizadas.

REFERÊNCIAS

American Society of Human Genetics, Board of Directors. Eugenics and the misuse of genetic information to restrict reproductive freedom: ASHG statement. *Am J Hum Genet.*, v.64, p.335-38, 1999

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade. **Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no Sistema Único de Saúde – SUS** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo. Parecer COREN-SP GAB nº 032/2011. Atuação do enfermeiro na área de genética. São Paulo; 2011. Disponível em: http://inter.corensp.gov.br/sites/default/files/032_2011_genetica.pdf. Acesso em: 20 de abril de 2016.

_____. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 468/2014. Estabelece diretrizes para a atuação privativa do enfermeiro em aconselhamento genético, no âmbito da equipe de enfermagem, de acordo com seu nível de competência. Brasília: COFEN; 2014. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wpcontent/uploads/2015/01/RESOLUCAOCOFEN-No-0468-2014-ANEXO-ACONSELHAMENTO-GENETICO.pdf>. Acesso em: 20 de abril de 2016.

CARDOSO, M. C. V.; Cordeiro Júnior, D. A. Enfermagem em genômica: o aconselhamento genético nas práticas assistenciais. **Rev Min Enferm**, 20:e956. 2016.

GUEDES, C.; DINIZ, D. A Ética na História do Aconselhamento Genético: um Desafio à Educação Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 2, p. 247-52. 2009.

HOROVITZ, D.D.G.; FERRAZ, V. E. F.; DAIN, S.; MARQUES-DE-FARIA, A. P. Genetic services and testing in Brazil. **J Community Genet.**, v. 4, n. 3, p. 355-75, jul. 2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3739848/>. DOI 10.1007/s12687-012-0096-y. Acesso em: 20 de abril de 2016.

International Society of Nurses in Genetics. Genetics genomics nursing: scope & standards of practice. Silver Spring (US): American Nurses Association; 2007. Disponível em: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/EthicsStandards/Genetics-1/Genetics-and-Genomics-Nursing-Scope-and-Standards.pdf>. Acesso em: 20 de abril de 2016.

JENKINS, J.F.; Essentials of genetic and genomic nursing: competencies, curricula guidelines, and outcome indicators. 2nd ed. Silver Spring (US): American Nurses Association 2008. Disponível em: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/EthicsStandards/Genetics1/EssentialNursingCompetenciesandCurriculaGuidelinesforGeneticsandGenomics.pdf>. Acesso em: 20 de abril de 2016.

MARTELLI, A. Aspectos clínicos e Fisiopatológicos da Doença de Huntington. **Rev Arch Health Invest**, v. 4, n. 2, p. 32-9. 2014.

FATORES QUE INFLUENCIAM O PROCESSO DE ENFERMAGEM E A QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA

Data de aceite: 26/11/2019

Yeda Miyamae Franco

Marcelo Henrique Ferreira dos Santos

Ana Claudia Nascimento Souza Santos

Vasti Nascimento Borges

Lucimara Passarelli

Angelina Silva Martins

FACTORS INFLUENCING NURSING PROCESS AND QUALITY IN CARE

ABSTRACT: Nursing whose specificity is the assistance to the care of human beings individually, family and community in an integral and continuous manner, developing promotion, prevention and recovery, has been modified today by several changes both in practice, in knowledge, skills. and ethics. Currently nursing demonstrates a lack of care, teamwork, or even communication between professionals, which can lead to factors that may intervene in the health disease process. This paper aims to report the factors that favor the constant changes in nursing for the improvement in nursing care currently provided.

KEYWORDS: Nursing; quality; care.

INTRODUÇÃO

A enfermagem cuja especificidade é a assistência ao cuidado do ser humano de modo individual, família e comunidade de forma integral e contínua, desenvolvendo a promoção, prevenção e a recuperação para a melhoria assistencial, vem sendo modificados por diversas mudanças tanto na prática, quanto em conhecimentos, habilidades e ética. Atualmente a enfermagem demonstra uma escassez seja no atendimento, no trabalho em equipe ou até mesmo na comunicação entre os profissionais o que pode acarretar fatores que podem intervir no processo saúde doença. Este trabalho tem por objetivo relatar os fatores que favorece às constantes transformações na enfermagem para a melhora na assistência de enfermagem prestada atualmente.

PALAVRA-CHAVE: Enfermagem; qualidade; assistência.

habilidades e ética que possa assegurar qualidade e bem estar, devido ao avanço na tecnologia, atualizações e nos processos saúde-doença. Atualmente a enfermagem demonstra uma escassez seja no atendimento, no trabalho em equipe ou até mesmo na comunicação entre os profissionais o que pode acarretar fatores que podem intervir no processo saúde doença.

A aplicação efetiva do processo de enfermagem conduz à melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e estimula a construção de conhecimentos teóricos e científicos com base na melhor prática clínica com conhecimento de outros saberes. Entre estes princípios sobressaem quatro conceitos fundamentais: “ser humano, meio ambiente, saúde e enfermagem” (Monteiro, 2006).

O Processo de Enfermagem indica um trabalho profissional específico e pressupõe princípios para sua realização, fundamentado em um sistema de valores e crenças morais e no conhecimento técnico-científico da área. Pode ser descrito como a essência da prática da Enfermagem. Entretanto, a compreensão acerca do significado e sua adoção deliberada na prática profissional no âmbito da enfermagem na busca por alcançar o melhor desempenho possível nota-se mudança nesse sentido. O objetivo da enfermagem é assegurar uma assistência de qualidade livre de danos, é promover o bem estar físico e psíquico e a recuperação do cliente como um todo. E não oferecer um atendimento com escassez por falta de materiais, instrumentos, ou seja, por insuficiência de recursos em um modo geral. Tem-se questionado, então, se o profissional que assume funções que competem a outros, afastando-se do cuidado e/ou do gerenciamento da assistência, submetendo-se a realizar procedimentos com economia e rapidez, utilizando apenas os recursos já existentes, mesmo que insuficientes, está realmente preocupado com o cuidado do outro, do cliente. Entende-se também, estas atitudes como manifestações de negação de si, pois representam a anulação de si como profissional, do seu saber, e como sujeito capaz de pensar, decidir, querer, criticar e construir.

O exercício da enfermagem é visto como um espaço para a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos, assim como para o desenvolvimento pessoal: é um local mudo rico, assim, em aprendizado profissional, quanto de aprendizado humano, porque todas as experiências que eu tive, eu sempre procurei trazer pra mim aquelas coisas que eu achava importante, que me servia (BENER, 2001, P.111).

A enfermagem é uma profissão voltada para o cuidado; Entretanto outra prática que afeta o cotidiano da enfermagem se refere à submissão à falta de recursos humanos e materiais, um problema que está relacionado ao cliente de maneira direta, pois seu cuidado ficará comprometido (Carvalho, 2015.)

A segurança da atenção à saúde é um processo centrado no conhecimento dos riscos de eventos adversos, a eliminação dos riscos desnecessários e a prevenção daqueles eventos evitáveis, a partir de intervenções baseadas em evidências

científicas de eficácia demonstrada. Os eventos adversos costumam ser precedidos por erros e incidentes na atenção, além de omissões.

Apesar do papel relevante de todos os profissionais no âmbito da segurança do paciente, a enfermagem tem papel fundamental devido ao seu envolvimento na maior parte dos processos hospitalares, tornando-se a categoria profissional da saúde com maior proximidade com o paciente e, também, um agente-chave para que se reduzam os resultados adversos. Também abrange os fatores relacionados aos recursos humanos disponíveis para prestar a atenção, a comunicação da equipe interdisciplinar e, finalmente, o recurso material disponível necessário para desenvolver as atividades de atenção ao paciente. O processo refere-se ao cuidado prestado pela equipe de enfermagem, relacionado aos fatores de recursos humanos, comunicação e recursos materiais. As intervenções de cuidado básico são ações que visam satisfazer as necessidades básicas e a falta de autonomia dos pacientes, já que o usuário não pode efetuá-las por si só; esses cuidados são considerados parte da rotina de enfermagem (Monteiro, 2006).

A sobrecarga de trabalho repercute em riscos para o paciente, comprometendo sua segurança, e também a segurança do próprio profissional, uma vez que este durante o processo de trabalho está exposto a diversos fatores como estresse, fadiga e insatisfação profissional, fatores estes que podem estar associados. A complexidade do processo de trabalho e as exigências que incidem sobre o mesmo são consideradas elementos que determinam sobrecarga de trabalho, acúmulo de atribuições, que, somados à falta de profissionais suficientes para prestar a assistência almejada, culminam no comprometimento direto dos resultados da assistência prestada (Carvalho, 2015).

Observa-se mundialmente que os profissionais da saúde, tentam diariamente se adaptar as constantes mudanças existentes em seu ambiente de trabalho, e com isso, acarretando fatores relacionados, não exatamente em um profissional específico, mas em toda a equipe, envolvida no processo saúde-doença. E devido a essas modificações com o avanço da tecnologia, os profissionais passam a viver em forte tensão, na busca por inovações que visa intervir no planejamento das ações. O desempenho nas atividades, as condições precárias para se trabalhar e a baixa qualidade de vida, caracterizado por alterações no humor, desânimo, dificuldade na atenção, que tem afetado cada vez mais a saúde do profissional.

Com as mudanças na prestação de serviços e no padrão de comportamento da sociedade, o cidadão comum passa a exigir qualidade ao consumir serviços e produtos, deixando de agir de forma passiva e condescendente. Ao profissional de enfermagem é solicitada uma atitude auto-avaliativa, de reflexão acerca de seu comportamento diante dos desafios que a prática diária os impõe, o que tende a promover uma mudança de seus paradigmas e, possivelmente, evolução da

profissão.

Para tanto, o cuidado em enfermagem deve ser prestado de forma humana e holística e sob a luz de abordagem integrada, sem excluir o cuidado emocional, mais compreensivo e personalizado aos seus clientes, vislumbrando uma assistência de qualidade, a qualidade é conceituada como um conjunto de atributos que inclui, um nível de excelência profissional, uso eficiente de recursos, mínimo risco ao cliente e alto grau de satisfação por parte dos usuários. Qualidade se relaciona também, a uma busca incessante de falhas nos procedimentos e rotinas, conduzindo à melhoria dos processos e resultados, visando às conformidades estabelecidas pelos órgãos reguladores e a satisfação dos usuários. Toda organização, cuja missão essencial é assistir ao ser humano, deve preocupar com a melhoria constante da assistência da saúde, objetivando a relação harmônica entre a dimensão gerencial, econômica, tecnológica, assistencial, de ensino e pesquisa.

OBJETIVO

Este trabalho tem por objetivo relatar os fatores que favorece às constantes transformações na enfermagem para melhorar a assistência de enfermagem prestada atualmente. A enfermagem num contexto geral, ao desempenhar o seu papel no cuidar do indivíduo com problemas de saúde, suas ações devem ser direcionadas para as demandas biológicas, sociais, espirituais e psíquicas do ser humano e a para efetividade na assistência é necessário uma visão holística de toda a equipe a fim de amenizar fatores que influenciam o processo e a qualidade na assistência. Qualidade conjunto de atributos que inclui, um nível de excelência profissional, uso eficiente de recursos, mínimo risco ao cliente e alto grau de satisfação por parte dos usuários. O desempenho nas atividades, as condições precárias para se trabalhar e a baixa qualidade de vida, caracterizado por alterações no humor, desânimo, dificuldade na atenção, que tem afetado cada vez mais a saúde do profissional.

Nos serviços de saúde, a melhoria contínua da qualidade, deve ser enfatizada como um processo dinâmico e exaustivo de identificação dos fatores intervenientes no processo de trabalho, o que requer da equipe profissional a implementação de ações e a elaboração de instrumentos que possibilitem avaliar de maneira sistemática os níveis de qualidade dos cuidados.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo bibliográfico e descritivo com levantamento de dados na base Scielo e lilacs. Este estudo fundamentado em uma revisão bibliográfica do tipo descritivo, que permitiu a análise da literatura publicada em livros e artigos

que tem como objetivo de descrevê-lo e discuti-lo sobre o ponto de vista teórico ou contextual. A sua realização consiste em observar os fatores contribuintes que no processo saúde doença. Foi realizado estudo que compuseram a amostra onze artigos indexados nas bases de dados SCIELO ano de 2001 até o ano de 2017. Especificamente, objetivou-se as responsabilidades do profissionais de enfermagem quanto à qualidade no serviço de enfermagem, na prestação de um serviço adequado nas organizações de saúde, qualidade no serviço de enfermagem e a visão da enfermagem em integrar a qualidade na assistência.

Este estudo baseou-se na pesquisa de artigos científicos da Scielo e Lilacs nos períodos de 2001 a 2017. Foram utilizadas palavras chave Enfermagem; qualidade; assistência.

RESULTADOS

Os resultados mostraram que as organizações de saúde devem estabelecer políticas e procedimentos específicos considerando a necessidade de se desenvolver estratégias, e ações direcionadas considerando atributos para a melhoria da qualidade da assistência prestada, portanto cabe aos gestores, profissionais e usuários da saúde favorecer e articular ações e estratégias, para melhor assistência, e a equipe multiprofissional necessita resgatar saberes e valores tanto éticos como moral, aperfeiçoar habilidades de modo a alcançarem condições adequadas de trabalho. E aos profissionais à necessidade de valorizar a profissão e que o cuidar do individuo e se cuidar, requer dedicação, respeito um para com os outros, proporcionando qualidade de vida.

A enfermagem, ao desempenhar o seu cuidado a pessoas com problemas de saúde, deve ter suas ações direcionadas para as demandas biológicas, sociais, espirituais e psíquicas do ser humano. A fim de estimular e auxiliar as pessoas a satisfazerem suas necessidades espirituais, o profissional de enfermagem pode se valer de algumas intervenções, como: oferecimento de apoio à necessidade espiritual ou religiosa, facilitação da prática de uma religião, aconselhá-los espiritualmente, contatar um conselheiro espiritual e auxiliar na resolução entre o tratamento e as crenças espirituais (Santana, 2014).

Considera-se necessária à implementação de práticas de cuidado de si e de medidas politicamente mais efetivas de modo a modificar o cotidiano dos profissionais, mudanças não só nas condições de trabalho, na instituição em que atuam, mas no próprio modo de ser da enfermeira, de como tem procedido ao longo de sua vida profissional. Estas considerações têm por objetivo obter consequências favoráveis para o cuidado do cliente, proporcionando uma assistência adequada.

A equipe de enfermagem é responsável pela qualidade dos cuidados que presta. Por esse motivo, identificar os fatores relacionados permite tomar as medidas pertinentes que envolvem a reestruturação dos serviços de enfermagem para contribuir à solução do problema do cuidado, aumentando assim a qualidade e segurança na atenção ao paciente. Nessa perspectiva, as instituições de saúde precisam viabilizar o adequado dimensionamento de profissionais de enfermagem e a organização de recursos materiais, para facilitar a implementação de metodologias de trabalho nos serviços.

A enfermagem está diretamente relacionada à realização de eventos que estão associados à ocorrência de erros na prática em saúde. Desse modo, a enfermagem para realizar uma assistência direta ao ser humano deve seguir os preceitos éticos, técnicas e habilidades, além do cuidado centrado no conhecimento, comunicação e relacionamento interpessoal, que possa promover ambiente seguro e qualidade no serviço prestado. A prática profissional de enfermagem é permeada pela vivência e percepção diária de situações de risco, que podem subsidiar o gerenciamento do cuidado em relação ao cuidado seguro do paciente, sendo necessário que o trabalho se desenvolva em ambientes onde recursos promovam e sustentem melhorias contínuas.

DISCUSSÃO

O conhecimento no processo de cuidar em enfermagem é ampliado na relação estabelecida entre cliente e enfermeiro, porquanto o cuidado é constantemente reconstruído em seu processo dinâmico, inovador e transformador. A sensibilidade antecede o cuidado porque é dela que flui a identificação das necessidades do outro, a qual, por sua vez, é possível pelo conhecimento apreendido anteriormente.

O cuidado é permeado de valores éticos, políticos, sociais e de cidadania que vão ao encontro dos valores profissionais do cuidado. Isto o torna essencialmente humano. O cuidado envolve a moral e a ética e estes atributos contribuem para que o cuidado de enfermagem atenda às necessidades do outro. O conhecimento é resultante de um saber organizado, elaborado. Está sempre em movimento e seus avanços levam às incertezas, que conduzem a novos conhecimentos. O processo de trabalho de cuidar também valoriza a técnica, pois está expressa a complexidade do cuidado e as competências do conhecer, do fazer e do profissional.

As barreiras ou limitações do desenvolvimento da estratégia de segurança na perspectiva de profissionais de enfermagem envolvem: a profissão como barreira corporativa; a organização e infraestrutura da assistência; variabilidade clínica, escassez de protocolos e ausência de liderança; recursos materiais escassos;

inadequação de proporção de profissionais e falta de trabalho em equipe; pressão assistencial e tempo; falta de incentivos e motivação; ausência de indicadores confiáveis de segurança.

A enfermagem possui dificuldade em ampliar a abrangência de seus cuidados, de modo a incluir as necessidades emocionais e psicoespirituais dos pacientes. A enfermagem, ao desempenhar o seu cuidado a pessoas com problemas de saúde, deve ter suas ações direcionadas para as demandas biológicas, sociais, espirituais e psíquicas do ser humano.

Dessa forma, enfermagem tem consciência da sua responsabilidade diante da qualidade do cuidado que presta ao paciente, à instituição, à ética, às leis e às normas da profissão, assim como da contribuição do seu desempenho na valorização do cuidado e satisfação dos pacientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O profissional da saúde em seu conhecimento e habilidades deve promover cuidado prestado visando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, o que garante uma assistência eficiente, favorecendo a redução ou eliminando o risco de danos desnecessários associados a saúde, e assim evitando a ocorrência de eventos adversos no cuidado à saúde. Deve-se garantir a existência de estratégias para prevenção e minimização de erros, visando à promoção e a qualidade na assistência prestada ao cliente, a comunicação entre a equipe, pacientes e as instituições. Ações voltadas para grupos, palestras educativas, capacitações, ou seja, favorecendo a interação de todos os profissionais e o comprometimento, proporcionando habilidades e promovendo qualidade.

A assistência ao cuidado do cliente permeado de valores que cada indivíduo em seu meio social ou de vida possui, e possa agregar em seu meio de trabalho sendo humano e que as condições de trabalho, ambiente, comunicação, compromete a qualidade do cuidado senão for eficaz.

Acredita-se que as reflexões realizadas possam contribuir para a ampliação das discussões sobre fatores nos processos de enfermagem e qualidade, norteando ações para melhorar a assistência no que se refere ao cuidado seguro e eficiente. Dessa forma, esse estudo oferecerá novas reflexões que possam melhor contribuir para um cuidado seguro.

O estudo apontou que, para a prestação de serviços de enfermagem de qualidade, são necessárias intervenções, baseadas em pesquisas científicas, direcionadas à realização de gestão do cuidado, utilizando, para esse fim: o estabelecimento de indicadores que permitam a avaliação de resultados; o

comprometimento e o envolvimento de todos no processo de melhoria contínua; o investimento no desenvolvimento das pessoas e do trabalho em equipe; a socialização das informações; o incentivo à inovação e à criatividade e, ainda, o atendimento das expectativas dos trabalhadores e dos pacientes.

REFERÊNCIAS

Andreia Karla de Carvalho Barbosa Cavalcante; Ruth Cardoso Rocha; Lidya Tolstenko Nogueira; Fernanda Valéria Silva Dantas Avelino; Silvana Santiago da Rocha **Cuidado seguro ao paciente: contribuições da enfermagem** Universidade Federal do Piauí. Teresina-PI, Brasil, 2015.

Bernadete Monteiro da Silva, Flávia Regina Furtado Lima ; Francisca Sônia de Andrade Braga Farias; Antônia do Carmo Soares Campos **Jornada de trabalho: fator que interfere na qualidade da assistência de enfermagem** Texto context enferm. Vol 15 no.3 Florianópolis July/Sept. 2006.

Célia Maria de Oliveira; Daclé Vilma Carvalho; Eline Rezende de Moraes Peixoto; Lidyane do Valle Camelo; Márcia Eller Miranda Salviano **Percepção da equipe de enfermagem sobre a implementação do processo de enfermagem em uma unidade de um Hospital Universitário Rev. Min. Enferm.**;16(2): 258-263, abr./jun., 2012.

Eucléia Gomes Valel , Lorita Marlena Freitag Pagliuca **Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação** Rev Bras Enferm, Brasília 2011 jan-fev; 64(1): 106-13.

Flávia Oliveira de Jesus; Nara Vieira Bittencourt **Fatores que influenciam na qualidade da prestação de serviço de auditoria** Bacharel em Enfermagem. E-mail: f.olivjs@gmail.com, narabittencourt1@hotmail.com Artigo apresentado a Atualiza Cursos, como requisito parcial para obtenção de título de Especialista em Auditoria em Saúde sob orientação do professor Max Lima. Salvador 2014.

Juliana Santana de Freitas2 Ana Elisa Bauer de Camargo Silva3 Ruth Minamisava4 Ana Lúcia Queiroz Bezerra3 Maiana Regina Gomes de Sousa **Qualidade dos cuidados de enfermagem e satisfação do paciente atendido em um hospital de ensino** Rev. Latino-Am. Enfermagem maio-jun. 2014; 22(3):454-60.

Liliane Ribeiro Trindade, Analí Martegani Ferreira, Andressa da Silveira, Elisiane do Nascimento da Rocha **Processo de Enfermagem: desafios e estratégias para sua implementação sob a ótica de enfermeiros** Santa Maria, v. 42, n.1, p. 75-82, jan./jun. 2016.

Regina Ledo Beneri; Letícia Rosa Santos; Valéria Lerch Lunardi **O trabalho da enfermagem hospitalar: o cuidado de si e o cuidado do outro** Rev. bras. enferm. vol.54 no.1 Brasília jan./mar. 2001.

Raúl Hernández-Cruz1 María Guadalupe Moreno-Monsiváis2 Sofía Cheverría-Rivera3 Aracely Díaz-Oviedo **Fatores que influenciam o cuidado de enfermagem omitido em pacientes de um hospital particular** Rev. Latino-Am. Enfermagem 2017;25:e2877.

Telma Ribeiro Garcia 1 Maria Miriam Lima da Nóbrega 2 **Nursing Process: from theory to the practice of care and research** Esc Anna Nery Rev Enferm 2009 mar; 13 (1): 188-193

HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE NO PERÍODO PEROOPERATÓRIO: VISÃO DO ENFERMEIRO

Data de aceite: 26/11/2019

Alan dos Santos Souza

Centro Universitário Jorge Amado -UNIJORGE
Salvador – Bahia

Elida de Souza Barreto

Centro Universitário Jorge Amado -UNIJORGE
Salvador – Bahia

Denise Mineiro Cunha Alves

Centro Universitário Jorge Amado -UNIJORGE
Salvador – Bahia

Flavia Juliane Moura

Centro Universitário Jorge Amado -UNIJORGE
Salvador – Bahia

Jessica Reis Rocha

Centro Universitário Jorge Amado -UNIJORGE
Salvador – Bahia

Neilda Dantas da Silva

Centro Universitário Jorge Amado -UNIJORGE
Salvador – Bahia

com 32 enfermeiros de dois hospitais sendo um filantrópico/privado e outro público de junho a julho de 2017. Resultados: Foram identificadas dificuldades para a prestação da assistência humanizada no Centro Cirúrgico, como: Negligência da humanização, dificuldade na realização de práticas humanizadas, sobrecarga de trabalho, desconhecimento das atribuições do programa de humanização, deficit no dimensionamento de pessoal e de investimento em educação continuada. Considerações finais: O estudo reforça que apesar das dificuldades, não deve haver barreiras que impossibilitem a prestação de uma assistência humanizada, sendo imprescindível a orientação e qualificação dos (as) enfermeiros (a) para garantir uma assistência humana e de qualidade.

PALAVRAS-CHAVE: Centro Cirúrgico. Humanização da Assistência. Enfermeiros.

HUMANIZATION OF NURSING ASSISTANCE TO THE PATIENT IN THE PERIOPERATIVE PERIOD: NURSE'S VISION

ABSTRACT: Objective: To identify factors that act as a barrier, so that humanized nursing care does not occur in its legitimate form in the Surgical Center and contribute to improving the quality of care provided to the client / patient.

RESUMO: Objetivo: Identificar fatores que agem como barreira, para que a realização de uma assistência humanizada de enfermagem não ocorra em sua forma legítima no Centro Cirúrgico e contribuir para a melhoria da qualidade da atenção dispensada ao cliente/paciente. Método: Realizou-se pesquisa de campo mediante entrevista semiestruturada

Method: Field research was conducted through a semi-structured interview with 32 nurses from two hospitals, one being a philanthropic / private and the other from June to July 2017. **Results:** Difficulties were identified for the humanized assistance in the Surgical Center, such as: neglect of humanization, difficulty in carrying out humanized practices, work overload, lack of knowledge of the humanization program attributions, lack of staffing and investment in continuing education. **Final considerations:** The study reinforces that despite the difficulties, there should be no barriers that make it impossible to provide humanized care, and the guidance and qualification of the nurses to guarantee human and quality care is essential.

KEYWORDS: Surgical Center. Humanization of Assistance. Nurses.

1 | INTRODUÇÃO

Devido ao aumento das especializações em diversas áreas, alguns profissionais de saúde perderam o contato direto com o paciente, deixando suas emoções, crenças e valores em segundo plano. O saber científico passou a ser o centro, transformando a assistência de saúde em apenas prestação de um serviço mecanizado. Com isso surgiu a necessidade de buscar um cuidado mais humano que vai além do técnico científico, em prol de um cuidado mais humanizado, afinal humanizar é ter um olhar diferenciado, é enxergar o cliente/paciente como um todo de forma biopsicossocial, olhando também para a sua família e comunidade, pois notou-se que essa era a forma adequada de entrelaçar o cuidado aos avanços tecnológicos (BRASIL,2001; BRASIL, 2012).

A humanização em ambiente hospitalar torna-se importante uma vez que, nos dias atuais, tem sido objeto de debate, pois o cuidado não está sendo fidedigno ao que preconiza a Política Nacional de Humanização (PNH) (GIRON; BERARDINELLI; SANTO, 2013).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi o precursor na implementação da humanização na saúde mediante a criação, em 2001, do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que serviu como base para a confecção, em 2003, da PNH. Tais medidas visam o resgate de valores humanitários, sobretudo a empatia entre profissional de saúde e paciente (BRASIL,2001; BRASIL, 2012).

A composição do Centro cirúrgico (CC) é elaborada e burocrática, tornando-se mais desumanizada e tecnicista. A equipe de enfermagem, principalmente o enfermeiro(a), deve ter cautela para que o paciente/cliente seja assistido como um todo, sem rótulos, sem nomenclatura, como portador de sentimentos e não apenas como mais uma patologia, mais um procedimento, mais um tratamento ou até número de prontuário, desvalorizando sua própria identidade e individualidade

(MARQUES; MORAES; OLIVEIRA, 2012).

O período perioperatório compreende o momento em que o paciente/cliente entra no CC até o momento em que ele é encaminhado a Sala de Recuperação Pós Anestésica (SRPA). O paciente/cliente ao ser submetido a um procedimento cirúrgico é tomado por anseios que atuam negativamente no restabelecimento de seu estado de saúde mostrando que esses sentimentos não estão somente relacionados ao ambiente, equipamentos e pessoas desconhecidas, mas também deve se considerar a maneira que cada paciente/cliente vivencia individualmente a experiência de estar no CC (STUMM *et al*, 2009).

Sendo assim, o(a) enfermeiro(a) tem grande responsabilidade em tornar a assistência humanizada desde a recepção do paciente durante toda a sua estadia no CC, mesmo com a suposta existência de barreiras que dificultem o ato, e que muitas vezes impedem que ocorra o acolhimento de forma humanizada, fazendo com que a cultura do local não se altere (GIRON; BERARDINELLI; SANTO, 2013).

O presente estudo advém da necessidade do(a) enfermeiro(a) de CC ter um olhar individualizado que estimule a comunicação entre paciente/cliente e profissional para que isso aconteça a partir de uma escuta qualificada, culminando na construção de um processo humanizado da assistência de enfermagem, que preserve a autonomia do paciente/cliente estabelecendo um vínculo de confiança capaz de reduzir significativamente a ansiedade e as respostas psicológicas negativas que rotineiramente estão presentes neste acontecimento cirúrgico, gerando a credibilidade, confiança no profissional e no serviço prestado (ROCHA; IVO, 2015).

Diante do exposto, traça-se a seguinte questão de pesquisa: Quais fatores dificultam a execução das práticas humanizadas de enfermagem no período perioperatório ao paciente/cliente no Centro Cirúrgico segundo a percepção do(a) enfermeiro(a)?

Sendo assim, o presente estudo tem como objetivo identificar fatores que agem como barreiras, para que a realização de uma assistência humanizada de enfermagem não ocorra em sua forma legítima no CC e contribuir para a melhoria da qualidade da atenção dispensada ao cliente/paciente.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, de caráter quantitativo e qualitativo, que tem como objetivo coletar dados primários de uma determinada população, ou amostra previamente especificada, utilizando variáveis técnicas para demonstrar uma hipótese, busca-se analisar a eficácia da humanização da assistência de enfermagem com base em referências teóricas já abordadas e

publicadas, onde foi realizada uma revisão sistemática da literatura de escolha (LAKTOS; MARCONI, 2010; GIL, 2010).

A coleta dos dados primários foi realizada em um hospital público do Estado da Bahia, o mesmo oferece serviços de urgência, emergência, internações, cirurgias eletivas de pequeno, médio e grande porte, e outro hospital escola, da rede privada e filantrópico, que funciona no modelo de hospital dia, ambos localizados na cidade de Salvador, no estado da Bahia, Brasil. As amostras foram do tipo aleatórias simples e teve como critério de inclusão enfermeiros(as) que atuam com paciente/cliente no CC das respectivas instituições com tempo mínimo de admissão de 02 meses e tempo máximo de 30 anos de serviço. Como critério de exclusão: os(as) enfermeiros(as) que não mantém contato com os pacientes/clientes do CC. Totalizando assim, uma amostra 32 enfermeiros(as) que participaram do estudo.

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, parecer nº. 2.078.427 de 23 de maio de 2017, as entrevistas semiestruturadas foram realizadas nos meses de junho e julho de 2017, ocorrendo somente através da aplicação presencial do questionário de pesquisa composto de questões subjetivas simples, de múltipla escolha e opcionalmente justificáveis.

Acompilação dos dados quantitativos e análise estatística dos resultados obtidos através de estudo amostral foram realizados no Microsoft Excel e posteriormente transformados em gráficos e tabelas com informações sociodemográficas e trabalhistas. Após a análise separada de cada hospital os dados em questão foram unificados e transformados em gráficos únicos para cada questão aplicada. Algumas justificativas consideradas relevantes foram selecionadas e usadas para embasar a discussão dos resultados estatísticos obtidos na pesquisa.

Para fundamentar o estudo proposto utilizaram-se artigos científicos das seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e SciELO Scientific Electronic Library Online (SciELO).

Foram encontrados 49 estudos disponíveis nas bases de dados científicas eletrônicas. Para a seleção dos artigos utilizou-se como critérios de inclusão os artigos científicos disponíveis em português do período de 2001 a 2017, que convergiam com a temática e com os objetivos da pesquisa. Notou-se que alguns deles repetiram-se nas diferentes bases de dados, estavam incompletos e outros não preenchiam os critérios de inclusão do estudo, sendo excluídos. Assim, restaram 22 artigos aos quais foram lidos os títulos e resumos de forma minuciosa para identificar os apropriados para o embasamento da discussão dos resultados desta pesquisa, bem como, manuais e protocolos.

O projeto de pesquisa foi realizado atendendo as exigências do Comitê de Ética em pesquisa envolvendo seres humanos, Resolução nº. 466/2012 do

Conselho Nacional de Saúde, que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que após explicação do projeto de pesquisa foi assinado e deixado uma cópia com todos os envolvidos ao final de cada entrevista (NOVOA, 2014).

3 | RESULTADOS

Nessa sessão são apresentados os resultados obtidos após a compilação dos dados primários através de análise bioestatística.

Hospital Público de Salvador BA			Hospital Filantrópico/Privado da Salvador BA			
	Variável	n (25)	%	Variável	n (07)	%
Idade				Idade		
	20 a 30 anos	4	16	20 a 30 anos	5	71,43
	31 a 40 anos	14	56	31 a 40 anos	2	28,57
	41 a 50 anos	3	12			
	51 a 60 anos	4	16	Sexo		
Sexo	Feminino	24	96	Feminino	5	71,43
	Masculino	1	4	Masculino	2	28,57
Tempo de Serviço				Tempo de Serviço		
	0 a 1 ano	11	44	0 a 2 anos	2	28,57
	1 a 2 anos	7	28	3 a 6 anos	5	71,43
	2 a 6 anos	4	16			
	6 a 20 anos	1	4	Tipo de Vínculo		
	20 a 30 anos	2	8	CLT	7	100
Tipo de Vínculo				Cargo		
	CLT	10	40	Enfermeiro (a) CC	7	100
	Contrato	6	24			
	Estatutária	9	36	Total	7	100
Cargo						
	Enfermeiro (a) CC	25	100			
	Total	25	100			

Fonte: Elaboração própria.
*N= Tamanho da Amostra *% = Percentil

Fonte: Elaboração própria.
*N= Tamanho da Amostra *% = Percentil

Tabela 01-Características sócias demográficas e trabalhistas de 25 enfermeiros(as) de um hospital público e 07 enfermeiros(as) de um hospital filantrópico/privado, segundo idade, sexo, tempo de serviço, tipo de vínculo e cargo, Salvador, Bahia, Brasil, 2017. (N=32).

Observa-se na tabela 1 o quantitativo e a caracterização dos(as) enfermeiros(as) entrevistados. Os resultados apresentam dados coletados durante as entrevistas que, por sua vez, foram separados por hospital de pesquisa sendo esse, filantrópico/privado, com população de 07 enfermeiros(as) com idade prevalente de 20 a 30 anos de idade equivalente a 71,43%, equivalem ao sexo feminino 71,43%, o tempo de serviço 03 a 06 anos equivalente a 71,43%, tipo de vínculo CLT equivalente a 100% e cargo de enfermeiros(as) que atuam com pacientes cirúrgicos 100%. No hospital público de Salvador, Bahia, com população de 25 enfermeiros com idade prevalente de 31 a 40 anos equivalente a 56%, do sexo feminino 96%, o tempo de serviço 02 a 12 meses 44%, tipo de vínculo CLT equivalente a 40% e cargo enfermeiros(as) de centro cirúrgico 100% ao analisar os dados coletados podemos traçar o perfil dos enfermeiros atuantes no CC.

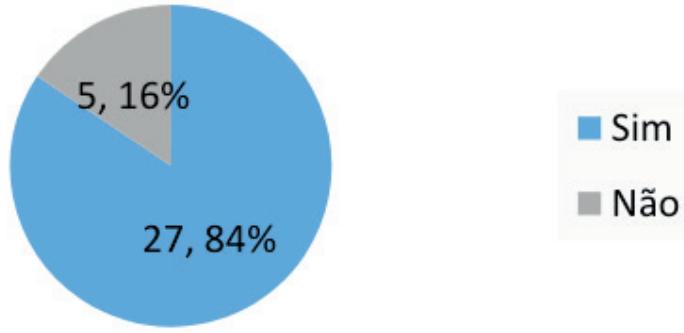


Gráfico 01: Conhecimento do (a) enfermeiro (a) referente ao PHN.

Fonte: Elaboração própria

Já o gráfico 01, mostra o total de 27 (84,4%) enfermeiros(as) que afirmaram ter conhecimento sobre PNH, e 5 (15,6%) que negaram ter conhecimento sobre o programa.

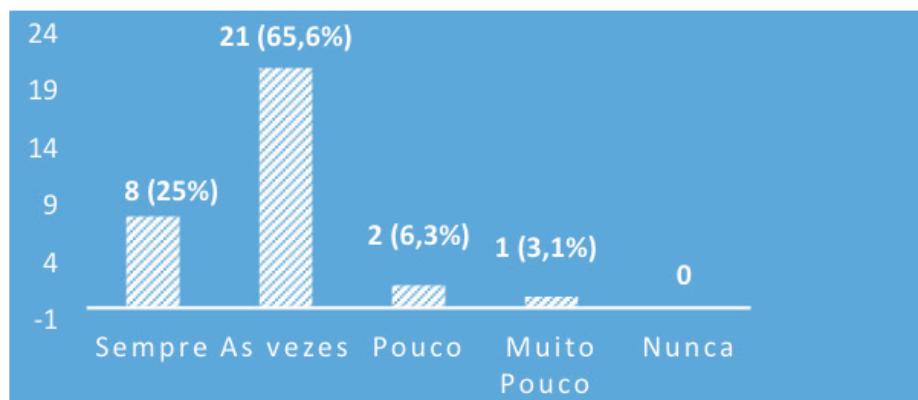


Gráfico 02: Tempo de realização da assistência humanizada e individualizada para cada paciente/cliente.

Fonte: Elaboração própria.

O gráfico 02 mostra que 21 (65,6%) enfermeiros (as) afirmaram que às vezes há tempo disponível para realizar uma assistência humanizada e individual a cada paciente/cliente.

Segundo enfermeiros (as) do Hospital filantrópico/privado, não houve justificativa por parte de nenhum dos entrevistados.

Segundo enfermeiros (as) do Hospital Público de Salvador, Bahia: Devido à demanda alta de procedimentos cirúrgicos nos finais de semana e o número reduzido de profissionais inviabiliza a proteção a todos os clientes (E08) e A tentativa de idealizar processos para manter a humanização é frequente, porém o pouco tempo é sim um fator que dificulta a resposta sempre (E02).

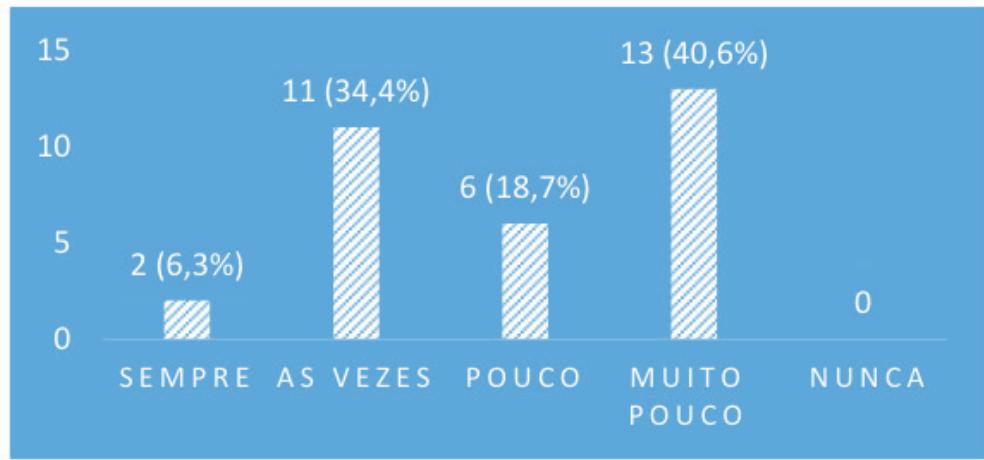


Gráfico 03: Frequência com que o enfermeiro(a) do CC observa que a assistência de enfermagem não está sendo humanizada.

Fonte: Elaboração própria.

O gráfico 03 mostra que partindo do ponto de vista dos enfermeiros(as) que atuam no CC 13 (40,6%) acreditam ser muito pouco a frequência de uma assistência não humanizada no CC e 11 (34,4%) dizem que às vezes isso acontece.

Segundo enfermeiros(as) do Hospital filantrópico/privado: Quando tem um fluxo muito grande de pacientes nem sempre é possível. Até mesmo por que geralmente é um enfermeiro para todos os pacientes (E07).

Segundo enfermeiros(as) do Hospital Público de Salvador Bahia: Principalmente com o atendimento de emergência quando o paciente não responde e o critério “salvar vida” é colocado em primeiro lugar. Ou no atendimento multiespecializado de um serviço como centro cirúrgico, que os protocolos às vezes engessam a autonomia do cliente (E16) e A assistência é oferecida de forma que o trabalho se desenvolva da melhor forma possível (E08).

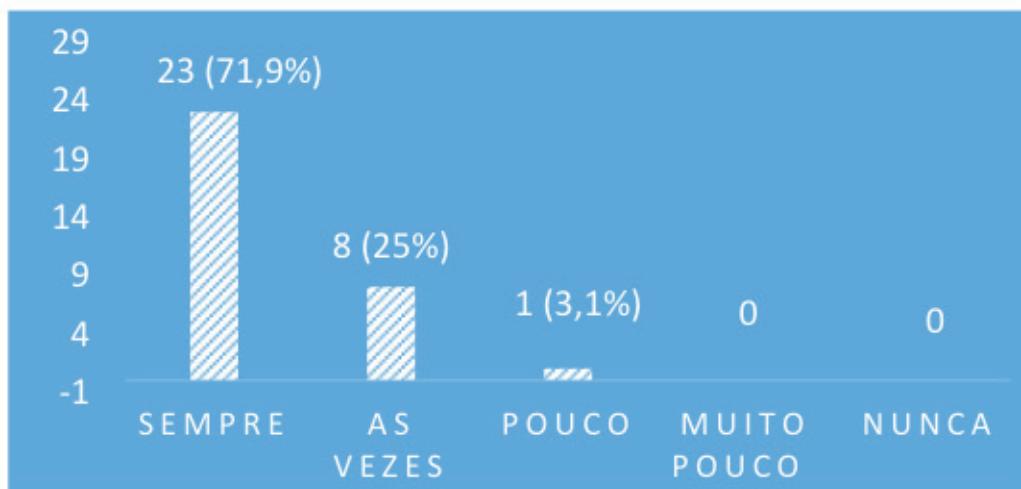


Gráfico 04: Percepção do enfermeiro (a) sobre a diferença na assistência de enfermagem quando esta é prestada de forma humanizada.

Fonte: Elaboração própria.

O gráfico 04 demonstra que 23 (71,9%) enfermeiros(as) responderam que,

sempre a assistência é prestada de forma humanizada e percebem que há diferença no cuidado proporcionado.

Segundo enfermeiros(as) do Hospital filantrópico/privado: Interfere no bem-estar do paciente, no emocional, e na sua recuperação durante o pós-operatório (E06).

Segundo enfermeiros(as) do Hospital Público de Salvador Bahia: Melhora a qualidade do serviço prestado e o reconhecimento pelo paciente (E11); O paciente mostra-se muito mais tranquilo e colaborativo (E16) e Colaboração Maior dos pacientes (E01).

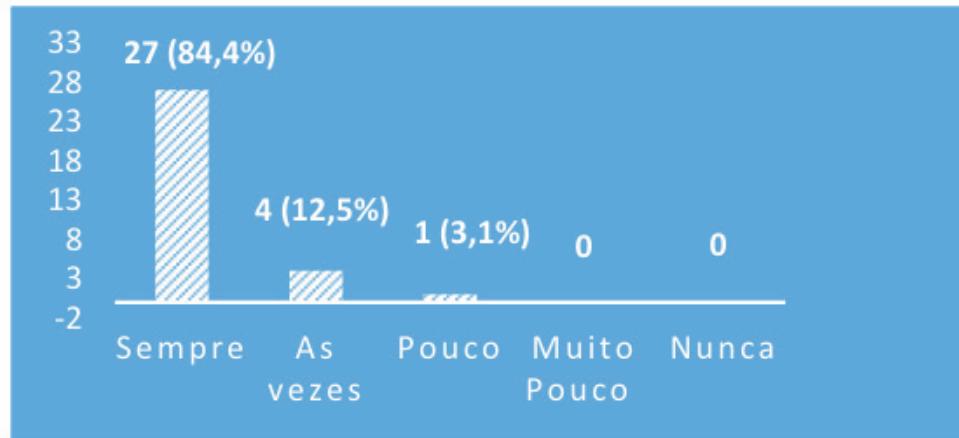


Gráfico 05: Necessidade de aprimoramento da assistência de enfermagem humanizada segundo a visão dos enfermeiros (as).

Fonte: Elaboração própria.

O gráfico 05 mostra que 27 (84,4%) enfermeiros(as) responderam que, diante de suas experiências os mesmos concordam que sempre a humanização da assistência de enfermagem precisa ser aprimorada.

Segundo enfermeiros (as) do Hospital filantrópico/privado: O atendimento individualizado e humanizado sempre modifica e aperfeiçoa, é necessário sempre atualizar e aprimorar (E01).

Segundo enfermeiros (as) do Hospital Público de Salvador Bahia: Muito, a cada dia, precisamos prestar assistência humanizada (E02); Sempre há necessidade de novos treinamentos (E10); O profissional do Centro Cirúrgico é responsável pela recepção do paciente, tem que tratar bem, tirar as dúvidas e minimizar a ansiedade e com atualização, condições de trabalho e recursos que favoreça esse aprimoramento (E01).

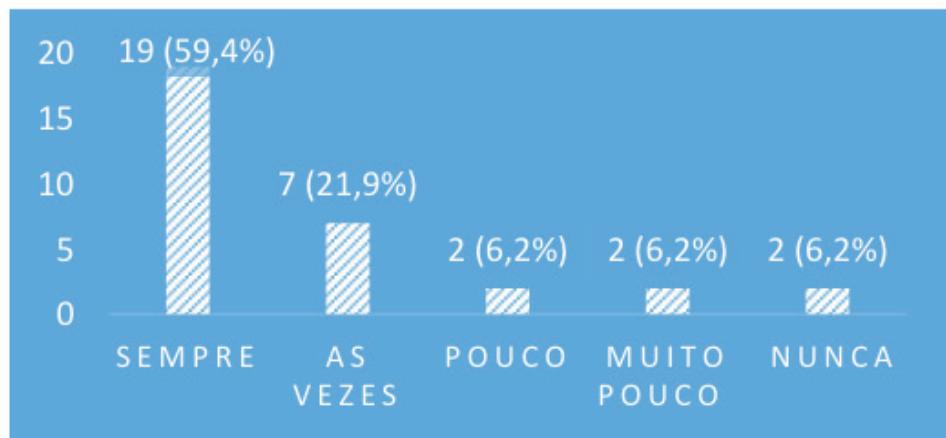


Gráfico 06: Interferências do quantitativo de profissionais de enfermagem para realização de uma assistência humanizada quando comparado à demanda do setor.

Fonte: Elaboração própria.

No gráfico 06 pode se observar que, 19 (59,4%) enfermeiros(as) responderam que, sempre o quantitativo de profissionais de enfermagem interfere na realização de uma assistência humanizada, quando comparada com a demanda do setor, sendo que, 07 (21,9%) responderam que às vezes há interferência.

Segundo enfermeiros (as) do Hospital filantrópico/privado: Em demandas maiores o controle da assistência foge, quando não é ofertada uma equipe de quantidade numerosa o suficiente para manter a assistência e a qualidade do serviço (02).

Segundo enfermeiros (as) do Hospital Público de Salvador Bahia: Este é fator primordial, pois contribui com uma assistência mais completa e calma, evitando falhas, sendo mais holística (E08) e Quando tem uma demanda grande e um quadro diminuído de pessoal e Demanda grande com quadro pequeno, leva a desmotivação e a insatisfação do profissional (E02).

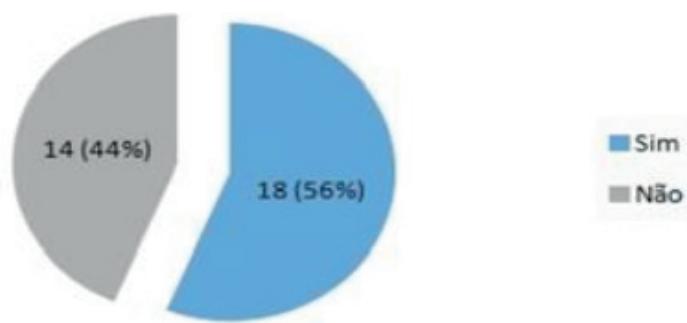


Gráfico 07: Opinião do profissional de enfermagem em relação a interferência sobre a negligência da humanização quando há a necessidade de voltar o atendimento para o serviço burocrático.

Fonte: Elaboração própria

No gráfico 07 observa-se que 18 (56,25%) profissionais concordam que ao enfermeiro(o) voltar-se para o serviço burocrático à assistência de enfermagem humanizada é deixada de lado ou negligenciada.

Segundo enfermeiros (as) do Hospital filantrópico/privado: A partir do momento

em que o enfermeiro precisa fazer relatórios, e e-mails, o paciente acaba sendo deixado de lado (E01).

Segundo enfermeiros (as) do hospital público de Salvador – Bahia: Muitas vezes nas enfermarias, a quantidade de formulários é muito grande, os profissionais acabam disponibilizando, mas tempo no serviço burocrático, duque numa assistência de qualidade (E06); A enfermagem é sim muito burocrática. São vários os motivos em que os processos precisam ser aprimorados, até questões legais que fazem com que a demanda de documentação aumente. Porém o próprio dimensionamento e a distribuição correta de funções diárias podem fazer com que a assistência não seja negligenciada. A má orientação, a falta de treinamento, má formação acadêmica são processos mais graves para a negligência da assistência do que a própria burocracia (E16) e Quanto menos tempo menor será a qualidade do serviço prestado (E15).

4 | DISCUSSÕES

A humanização da assistência na saúde é observada no cenário atual como uma mudança integradora dos vínculos de saúde, trazendo melhorias na área do cuidado, através do atendimento de excelência e um ambiente capaz de promover o progresso do cuidado, gerando assim qualidade de vida para os clientes/pacientes (BARBOSA; CARVALHO; TERRA, 2014).

Um dos princípios que norteiam a prática de saúde destaca a importância da: “Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromisso/responsabilização” (BRASIL, 2004).

Partindo dessa visão, entende-se que, mais relevante que um conjunto de princípios idealistas o termo humanização traz um conjunto complexo de posturas e atividades que compreende alterações pertinentes a todos os envolvidos, de forma direta ou indiretamente com as relações de saúde buscando a extinção do modelo biomédico que vem fragilizando o relacionamento do paciente/cliente com a equipe de enfermagem (BARBOSA; CARVALHO; TERRA, 2014).

A humanização é uma proposta que associa o lado subjetivo do cuidado com o lado objetivo do ser humano, em ações de prevenção, promoção e reabilitação da saúde (GALVÃO; MENDES, 2015). Quando reconhecemos a supremacia dos aspectos psicológicos, emocional, social e espiritual, atrelando as práticas técnicas científicas com o fisiológico, consegue-se estabelecer algumas ações práticas, como: a escuta qualificada, uma boa relação com o paciente/cliente, reestruturação gerencial dos processos de trabalho que simplifique de forma a não influenciar negativamente os métodos de trabalho. Estes princípios estão fundamentados na prática holística que é concebida após um conjunto de ações que parte da premissa onde, acredita-se que, o(a) enfermeiro(a) não precisa ser bem remunerado para praticar ações humanas, devendo essas ações primeiramente fazer parte de seu

caráter pessoal (MONGIOVI *et al*, 2014).

Estudos afirmam que, grande parte dos profissionais de enfermagem acreditam que a assistência deve sempre ser aperfeiçoada e praticada para ser oferecida no modelo do conceito holístico, em que o olhar individualizado e a benignidade para com o paciente são práticas indispensáveis para a valorização do individual, que visa estabelecer, dessa forma, um vínculo pautado na ajuda, escuta qualificada e empatia, trazendo a humanização como base para qualquer atendimento no CC (STUMM; MALÇALAI; KIRCHNER, 2006). O presente estudo confirma a justificativa do autor quando revela no gráfico 5 que 27 (84,4%) enfermeiros revelam que diante de suas experiências acreditam que a humanização da assistência de enfermagem precisa sempre ser aprimorada.

O ambiente cirúrgico é uma unidade fechada repleta de riscos, normas e rotinas, onde é realizado um quantitativo expressivo de procedimentos de alta complexidade é um setor que exige do(a) enfermeiro(a) conhecimento científico, habilidade técnica, comprometimento, emoções estáveis, aliado a um bom relacionamento interpessoal que favorecendo a administração de conflitos internos e externos (LEMOS *et al*, 2010; STUMM; MALÇALAI; KIRCHNER, 2006).

Uma vez que o CC é uma unidade tecnológica de alta complexidade voltada para técnicas, rotinas e procedimentos que acometem a privacidade dos pacientes, faz-se necessário que os profissionais de enfermagem do setor, tornem-se conscientes da importância de voltar a atenção individualizada ao cliente, mantendo a consciência de que o objetivo de seu trabalho é a recuperação deste, preocupando-se em detectar sinais de ansiedade, estresse e/ou outros fatores que possam interferir no bom andamento do ato cirúrgico, pois a segurança e a tranquilidade favorecem o tratamento e a recuperação (DAIAN *et al*, 2012).

Contudo entende-se que o ambiente do CC pode se transformar em um ambiente acolhedor e humanizado para o paciente, para que isso aconteça o acolhimento ideal que vá contribuir diretamente com a evolução positiva do seu quadro clínico (MARQUES; MORAES; OLIVEIRA, 2012).

Vale ressaltar que, o paciente/cliente quando necessita submeter-se a um procedimento invasivo é tomado por um nível muito alto de estresse, podendo gerar comportamentos específicos em cada indivíduo, que consequentemente afetam a fisiologia deste cliente (GIORDANI *et al*, 2015; BARBOSA; CARVALHO; TERRA, 2014).

Assim, o paciente/cliente está sujeito a desencadear sentimentos que atuarão de forma desfavorável em seu estado emocional, tornando-os frágil e dependente (CHRISTOFORO; CARVALHO, 2009; SILVA, CHERNICHARO; FERREIRA, 2011).

Partindo dessas afirmações, estudos mostram que a qualidade da assistência humanizada de enfermagem no CC depende de práticas voltadas para o acolhimento

que ofereça suporte necessário aos pacientes cirúrgicos e forneça esclarecimento de dúvidas, promovendo assim, a satisfação do paciente/cliente, a qualidade e confiança na assistência de enfermagem e no serviço prestado (FONSECA; PENICHE, 2016; BARBOSA; CARVALHO; TERRA, 2014).

Portanto, é notório e esperado que pacientes/clientes prestes a submeter-se a procedimentos invasivos, apresentem-se hemodinamicamente e psicologicamente instáveis. (SILVA; SOUZA; MARCELINO, 2008; ARAÚJO *et al*, 2016; STUMM *et al*, 2009). Esse estudo inclina-se a essa afirmativa à medida que, no gráfico 4 que 23 (71,9%) enfermeiros(as) responderam que a assistência humanizada acarreta benefícios a saúde dos paciente/cliente.

É importante salientar que, o papel do(a) enfermeiro(a) no CC vem se mostrando mais complexo a cada dia, mediante a necessidade de integrar as atividades da área técnica, administrativa, assistencial, ensino, pesquisa e gerencial. Toda essa demanda acaba afastando-o da assistência direta ao paciente onde em momentos fica impossibilitado de oferecer um cuidado humanizado ao cliente/paciente (LEMOS *et al*, 2010; SILVA, CHERNICHARO; FERREIRA, 2011). O estudo reafirma essa justificativa quando revela no gráfico 2 que 21 (65,6%) dos(das) enfermeiros(as) afirmam que apenas em alguns momentos tem o tempo necessário para realizar uma assistência humanizada e individualizada a cada paciente/cliente.

Baseando-se nisto, o enfermeiro(a) do CC, enfrenta um dilema no desempenhar das suas funções, gerando um conflito entre suas decisões em relação ao que tem condições de fazer e ao que realmente é feito. Essa dificuldade persiste à medida que a administração das instituições de saúde não comprehende a importância da atuação do(a) enfermeiro(a) na assistência direta ao paciente cirúrgico no período perioperatório, o que provoca um desvio de sua função assistencial (ARAÚJO *et al*, 2016; STUMM *et al*, 2009). Isso se comprova nesse estudo quando observa-se no gráfico 7 que 18 (56,5%) enfermeiros(as) respondem que ao voltar-se para o serviço burocrático a assistência de enfermagem e a humanização são negligenciadas.

Vale ressaltar, que algumas dificuldades foram encontradas na realização desse estudo. Primeiramente pelo fato de não poder afirmar a veracidade das respostas dos profissionais envolvidos, já que se notou um constrangimento por parte dos participantes ao responderem os questionamentos que envolviam suas práticas individuais e o baixo quantitativo de pesquisas em português sobre o tema humanização também contribuíram para a limitação do estudo (STUMM; MALÇALAI; KIRCHNER, 2006).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados revelam que há um quantitativo expressivo de enfermeiros de CC demonstra ter conhecimento sobre as atribuições do PNH, revelando praticar e acreditar na eficácia e nos benefícios de uma assistência humanizada.

Porém, ainda foram identificadas barreiras que os(as) enfermeiros(as) enfrentam na realização de uma assistência humanizada no CC, tais como: negligência da humanização no CC por parte de profissionais da equipe de enfermagem, dificuldade na realização de práticas humanizadas devido à alta demanda hospitalar, a cobrança imposta pelo serviço burocrático que acaba por afastá-lo do contato direto com o paciente, sobrecarga de trabalho que afeta diretamente no desempenho do enfermeiro, desconhecimento das atribuições do PNH e deficit de investimento em educação continuada.

Se identificou que humanização é uma ferramenta que não traz custos financeiros de grande potencial, que pode ser usada por qualquer profissional, atua diretamente na assistência ao cliente/paciente e o seu uso pode de evitar complicações potenciais à saúde, possibilitando a melhoria no biopsicossocial.

Identificou-se que imprescindível, fortalecer algumas medidas já existentes no PNH, tais como: tornar o ambiente mais acolhedor através da ambientação no modelo de hotelaria já utilizados hoje por alguns hospitais, formação de Grupos de Trabalho de Humanização (GTH) com plano de trabalho definido, oferecer atendimento de recepção humanizada com acolhimento aos usuários, disponibilizar mecanismos de escuta qualificada para os pacientes/clientes e os trabalhadores, garantir a existência de mecanismos humanizado de desospitalização, e investir na educação permanente com temas que remeta a humanização da assistência de enfermagem.

Portanto, a humanização da assistência de enfermagem se mostra de forma diferenciada nos dois hospitais envolvidos, visto que o hospital filantrópico, por trabalhar com um quantitativo maior de profissionais em relação a demanda e ausências de dobras e atendimento a uma única especialidade, acaba por se mostrar dentro dos parâmetros avaliados humanizado quando comparado ao hospital público, de grande porte onde a carga horária pode ser maior por conta de dobras recorrentes e da demanda de pacientes maior se comparada com o quantitativo de profissionais disponíveis no plantão.

Logo, conclui-se que a assistência de enfermagem deve ser vista como cuidado, nunca dissociada da humanização, que por sua vez deve ser visto como um projeto contínuo e inacabável e estar presente em todos os setores de um hospital.

REFERÊNCIAS

ARÁUJO, Letícia Silva de *et al.* **Pré-operatório na sala recuperação pós-anestésica: o ambiente pode influenciar?** Rev. Gest Saúde, Brasília, v. 07, n. 02, p.:582-95, 2016.

BARBOSA, AC; CARVALHO, JBV; TERRA, FS. **Humanização da assistência médica e de enfermagem ao paciente no Período operatório em um hospital universitário.** Rev. Enferm UERJ, Rio de Janeiro, v.22, n.5, p. 699-704. Set-out 2014. <Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/16460>. Acesso em: 30 nov.2016>.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília (DF);** 2001. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>>. Acesso em: 17 jan.2017.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria-Executiva. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização-HumanizaSUS.** Brasília (DF); 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf>. Acesso em 26 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012.** Trata de pesquisa e testes em seres humanos. Brasilia (DF); 2013. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2016.

CHRISTOFORO, BEB; CARVALHO, DS. **Cuidados de enfermagem realizada ao paciente cirúrgico no período pré-operatório.** Rev. Esc Enferm USP, São Paulo, v.43, n.1, p.14-22. Mar. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/02.pdf>>. Acesso em: 26 fev. 2016.

DAIAN, Márcia Rodrigue *et al.* **Estresse em Procedimentos Cirúrgicos.** ABCD Arq Bras Cir Dig, São Paulo, v.25, n.12, p. 118-224. Jun 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202012000200012. Acesso em: 26 fev.2016.

FONSECA, RMP; PENICHE, ACG. **Enfermagem em centro cirúrgico: Trinta anos após criação do Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória.** Acta Paul. Enferm, São Paulo, v.2, n.4, p.428-433, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n4/a13v22n4.pdf>>. Acesso em 26 fev.2016.

GALVÃO, WJC; MENDES, DRGM. **Humanização De Enfermagem Na Unidade De Terapia Intensiva – Um Assunto Pouco Falado, Mas Muito Vivido.** 2015.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5º ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIORDANI, Annecy Torjeiro *et al.* **Perfil De Pacientes Cirúrgicos Atendidos Em Um Hospital Público.** Rev. enferm UFPE (on line). Recife, v. 9, n. 1, p.54-61, Jan. 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10306/10975>>. Acesso em: 26 fev.2016.

GIRON, MN; BERARDINELLI, LMM; SANTO, FHE. **O Acolhimento no centro cirúrgico na perspectiva do usuário e a Política Nacional de Humanização.** Rev. enferm UERJ, Rio de Janeiro, v.21, n.2, p.766-771. Dez 2013. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v21esp2/v21e2a12.pdf>>. Acesso em: 26 jul.2016.

LAKATOS, EM; MARCONI, MA. **Fundamentos de metodologia científica: técnicas de pesquisa.** 7º ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LEMOS, Rejane Cussi Assunção *et al.* **Visão dos enfermeiros sobre a assistência holística ao cliente hospitalizado.** Rev. Eletr. Enf. [Internet], v.12, n.2, p. 354-9. Abr-jun. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i2.5544>>. Acesso em: 26 fev.

MARQUES, NS; MORAES, SC; OLIVEIRA, JN. **Humanização no centro cirúrgico: A percepção do**

técnico de enfermagem. Rev. SOBECC. São Paulo, v.17, n.3, p. 43-49. Jul-set 2012.

MONGIOVI, Vita Guimarães *et al.* **Reflexões conceituais sobre humanização da saúde: concepção do enfermeiro de Unidade Terapia Intensiva.** Rev. Bras Enferm. v.67, n.2, p.306-11. Mar-abr 2014.

NOVOA, Patricia Correia Rodrigues. **O que muda na Ética em Pesquisa no Brasil: resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.** Einstein, São Paulo, v.12, n.1, p. VII-VIX. Mar. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082014ED3077>>. Acesso em: 29 ago. 2016.

ROCHA, RD; IVO, PO. **Assistência de enfermagem no pré-operatório e sua influência no pós-operatório: uma percepção do cliente.** Rev. Enf Contemporânea, Salvador, v.4, n.2, p.170-178. Jul-Dez 2015.

SILVA, AG ; SOUZA, TTR; MARCELINO, K. **Assistência de enfermagem humanizada: dificuldades encontradas por enfermeiros em hospital privado de São Paulo.** ConScientiae Saúde, São Paulo, v.7, n.2, p.251-259. 2008. Disponível em: <<https://periodicos.uninove.br/index.php/journal=saudede&page=article&op=view&path%5B%5D=684&path%5B%5D=1052>>. Acesso em: 26 fev.2016.

SILVA, FD; CHERNICHARO, IME; FERREIRA, MA. **Humanização e desumanização: a dialética expressa no discurso de docentes de enfermagem sobre o cuidado.** Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p. 306-313. Jun 2011.

STUMM, EMF; MALÇALAI, R; KIRCHNER, RM. **Dificuldades enfrentadas por enfermeiros de um Centro cirúrgico.** Texto contexto-enferm, Florianópolis, v.5, n.3, p. 464-71. Jul-set 2006.

STUMM, Eniva Miladi Fernandes *et al.* Kirchner RM. **Ações do enfermeiro na recepção do paciente em centro cirúrgico.** REME Rev. Min. Enferm, Minas Gerais, v.13, n.1, p.99-106. Jan-Mar 2009. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/168>>. Acesso em 12 out.2012.

UTILIZAÇÃO DA SAE/CIPE NA CONSULTA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

Data de aceite: 26/11/2019

Régina Cristina Rodrigues da Silva
reginacristinalima@hotmail.com

Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió

Cicera Alves Gomes
Secretaria Municipal de Saúde de Maceió

Nair Rose Gomes Bezerra
Enfermeira pelo Centro Universitário Mauricio de Nassau

Kesia Jacqueline Ribeiro Oliveira
Secretaria Municipal de Saúde de Maceió

Roseane Andrade de Souza
Secretaria Municipal de Saúde de Maceió

Silvana Pereira Gomes
Secretaria Municipal de Saúde de Maceió

Maria da Glória Freitas
Enfermeira, Mestra em Ciências da Educação,
Docente do Cesmac

Raquel Ferreira Lopes
Docente da Faculdade de Tecnologia de Alagoas

RESUMO: INTRODUÇÃO: A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) viabiliza a aplicação dos conhecimentos técnico-científicos de maneira humanizada subsidiando o registro e a implementação das ações de enfermagem¹ e a Classificação Internacional

para a Prática de Enfermagem (CIPE) é um sistema de classificação dos elementos da prática profissional (diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem) que permite a descrição e comparação de dados de enfermagem nos âmbitos local, regional, nacional e internacional.² Os referidos conceitos são utilizados na consulta de enfermagem, que é uma atividade privativa do enfermeiro.³ OBJETIVO: Relatar a experiência da primeira fase de implantação da SAE-CIPE na consulta de enfermagem na Atenção Básica de Saúde (ABS). METODOLOGIA: Trata-se de um estudo descrito, exploratório, de abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência, realizado em uma unidade da Estratégia de Saúde da Família (ESF), do município de Maceió, em maio e junho de 2017. O processo iniciou com a identificação dos termos utilizados, pelo enfermeiro, no registro da consulta de enfermagem, e posteriormente a comparação destes com os termos contidos na CIPE. RESULTADOS: Verificou-se que é possível aplicar um sistema de classificação adequado à realidade local, proporcionando uma maior visibilidade das ações de enfermagem. A SAE colaborou com o planejamento e organização da assistência, como também aumentou a autonomia do enfermeiro em seu processo

de trabalho, individualizando o cuidado ao paciente, viabilizando a organização do processo de trabalho do enfermeiro. CONCLUSÃO: As expressões em enfermagem ocupam um papel importante em enunciar os fenômenos e ações da profissão, bem como narrar de maneira clara as contribuições da Enfermagem no cenário de cuidados à saúde na Atenção Básica, garantindo uma comunicação clara, precisa e objetiva, na atenção ao usuário e a comunidade. IMPLICAÇÕES/CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM: a utilização da SAE-CIPE, qualifica a assistência, proporcionando um cuidado digno, competente e resolutivo, representando um relevante instrumento na melhoria do cuidado, uma vez que os diagnósticos de enfermagem retratam as reais necessidades dos usuários.

PALAVRAS-CHAVE: atenção básica; consulta de enfermagem; registros de enfermagem

SAE / CIPE USE IN NURSING CONSULTATION IN BASIC CARE

ABSTRACT: INTRODUCTION: Systematization of Nursing Assistance (SAE) enables the application of technical expertise-supporting the registration and implementation of nursing actions¹ and the International Classification for Nursing Practice (CIPE) is a system for classifying the elements of professional practice (diagnoses, interventions and nursing results) that allows the description and comparison of nursing data in local settings, regional, national and international.² These concepts are used in nursing consultation, which is a nurse's private activity.³ OBJECTIVE: To report the experience of the first phase of SAE-CIPE implantation in the nursing consultation in Primary Health Care (ABS). METHODOLOGY: This is a described, exploratory, qualitative approach, type of experience report, conducted in a unit of the Family Health Strategy (ESF), in the municipality of Maceió, in May and June 2017. The process began with the identification of the terms used by the nurse in the nursing consultation record, and later the comparison of these with the terms contained in the ICES. RESULTS: It was found that it is possible to apply a classification system appropriate to the local reality, providing a greater visibility of nursing actions. The SAE collaborated with the planning and organization of the assistance, as well as increased the autonomy of the nurse in his work process, individualizing the care to the patient, enabling the organization of the nurse's work process. CONCLUSION: The expressions in nursing play an important role in enunciating the phenomena and actions of the profession, as well as clearly narrating the contributions of Nursing in the healthcare scenario in Primary Care, ensuring clear, precise and objective communication in the attention to the user and the community. IMPLICATIONS/CONTRIBUTIONS FOR NURSING: the use of SAE-CIPE qualifies the assistance, providing a dignified, competent and resolute care, representing an important tool in the improvement of care, since nursing diagnoses portray the real needs of users.

KEYWORDS: primary care; nursing consultation; record of nursing

1 | INTRODUÇÃO

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma ferramenta de gerência do cuidado que fornece subsídios para a organização da assistência de enfermagem, sendo o Processo de Enfermagem (PE) um de seus grandes pilares. A SAE possibilita a organização do trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, viabilizando a operacionalização do PE. Por sua vez, o Processo de Enfermagem é “uma ferramenta intelectual de trabalho do enfermeiro que norteia o processo de raciocínio clínico e a tomada de decisão diagnóstica, de resultados e de intervenções” (RIBEIRO, 2018).

O Processo de Enfermagem (PE) é a representação maior do método científico da profissão, sendo direcionado pela SAE através da qual ocorre o desenvolvimento e organização do trabalho da equipe pela qual o enfermeiro é responsável (MARIA; QUADROS; GRASSI, 2012).

ASAE é uma atividade privativa do enfermeiro que permite realizar a identificação das situações de saúde e doença, subsidiando a prescrição e a implementação das ações de assistência de enfermagem, de forma a contribuir para a promoção, a prevenção, a recuperação e a reabilitação da saúde do indivíduo, da família e da comunidade, conforme dispõe o art. 11 da Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986, referente ao Exercício Profissional da Enfermagem, e a Resolução nº 358/2009, do Conselho Federal de Enfermagem (FERNANDA, 2012). A aplicação da SAE ocorre por meio de taxonomias utilizadas, entre elas a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

A CIPE é um sistema de classificação dos elementos da prática profissional, que inclui diagnósticos de enfermagem, intervenções de enfermagem e resultados de enfermagem, permite a descrição e comparação de dados de enfermagem nos âmbitos local, regional, nacional e internacional (GARCIA, 2011).

A utilização da SAE/CIPE viabiliza a aplicação dos conhecimentos técnico-científicos de maneira humanizada e também gera a facilitação do registro das informações, bem como da comunicação. Ao dispor desse instrumento, o enfermeiro pode prestar assistência ao paciente de maneira sistematizada e individualizada, o que favorece suas atividades gerenciais, além de contribuir para a qualidade do cuidado de enfermagem.

A SAE/CIPE é identificada como metodologia a ser utilizada no processo de cuidar, inclusive como ferramenta do sub processo gerencial, voltada para o alcance do objeto do processo de cuidar – o cuidado.

Para atender a necessidade da implantação da SAE/CIPE, essa pesquisa teve como objetivo relatar a primeira fase da implantação da SAE/CIPE na consulta de enfermagem na Atenção Básica de Saúde no município de Maceió-AL.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, de natureza descritiva, do tipo relato de experiência, realizado por enfermeiras do município de Maceió-AL.

O processo de implantação da SAE/CIPE foi iniciado em setembro de 2016 pela Secretaria Municipal de Saúde de Maceió através da Diretoria de Atenção à Saúde, com o objetivo de oferecer aos enfermeiros (as) das Unidades de Saúde de Maceió, material de apoio para a execução do processo de enfermagem e efetivação da SAE/PE, tendo como participantes do processo enfermeiras (os) de Instituições de Ensino Superior pública e privadas, Unidades Docentes Assistenciais e as Unidades Básicas de Saúde do município.

O processo de implantação da SAE/CIPE se divide em duas etapas: o processo de elaboração de um manual de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para a atenção básica e a implantação do manual por meio dos (as) enfermeiros (as) das unidades básicas de saúde.

A primeira fase do processo – construção do manual se deu por meio de oficinas quinzenais com os profissionais enfermeiros (as) da Atenção Básica e representantes da UDA's e das IES's convidadas, onde foram construídos os Diagnósticos de Enfermagem, Intervenções de Enfermagem e Resultados de Enfermagem relacionados à prática de enfermagem na Atenção Básica, fazendo uso de metodologia ativa, em que os próprios profissionais eram protagonistas do processo.

O manual está em fase de publicação para posterior capacitação dos profissionais da atenção básica e implantação da SAE/CIPE nos serviços primários de saúde do município de Maceió.

3 | RESULTADOS/ DISCUSSÃO

Durante as oficinas construiu-se os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem voltados aos atendimentos realizados na atenção básica, como: saúde da mulher, criança, adolescente, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, hanseníase, tuberculose, saúde do idoso, saúde mental e consultório na rua. A escolha dos temas foi realizada pelas enfermeiras com base na sua prática diária.

Por meio dos relatos dos enfermeiros atuantes na atenção básica percebe-se a dificuldade em aplicar a SAE durante as consultas de enfermagem, seja pela falta de capacitação, pela alta demanda, exigindo maior tempo nas consultas ou até mesmo a falta de sensibilidade sobre a importância da aplicação da SAE.

Os profissionais não colocam em prática todas as etapas da SAE em seu ambiente de trabalho, pois esta prática implica em aprimoramento na utilização

dessa metodologia para sua implementação, o que requer constante atualização, habilidades e experiência (SILVA et al., 2011).

Com a experiência adquirida durante a elaboração do manual pode-se identificar que este manual servirá de instrumento de informação para descrever a prática da enfermagem e prover dados que identifiquem a contribuição da enfermagem na Atenção Básica de Saúde.

Na atenção primária observa-se que a abordagem pautada na SAE não tem sido implementada e como porta de entrada ela tem como necessidade o desenvolvimento do pensamento crítico na prática de enfermagem, gerando autonomia técnica, individualização, uniformização, continuidade e avaliação do cuidado prestado. Portanto, utilizar a SAE nas Unidades Básicas de Saúde, iria nortear o atendimento aos usuários, buscando atingir à qualidade na assistência de enfermagem (SANTANA, et. al., 2013). A deficiência dos registros dos enfermeiros em relação a SAE, a transforma em informal o que dificulta sua implementação. Diante disso, a não realização satisfatória do registro de enfermagem torna a SAE incompleta e inoperante e revela-se uma contradição (SOARES, et. al., 2015). A não utilização da SAE pelos profissionais deve-se ao distanciamento entre o pensar e o fazer, principalmente por não haver uma preocupação maior com a qualidade da assistência (SANTANA, et. al., 2013). Além disso, a implantação da SAE reafirma a prática assistencial e gerencial dos cuidados destinados a cada cliente. Onde é possível colocar em evidência o conhecimento técnico-científico, por meio de um cuidado sistemático, o que contribui na valorização da categoria profissional e prestação de cuidados com maior qualidade.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração do manual permitiu o despertar das enfermeiras sobre a importância da implantação da SAE/CIPE no seu processo de trabalho e com o resultado desse processo a implantação SAE contribui para a melhoria na assistência dos profissionais de enfermagem na Atenção Básica.

REFERENCIAS

1-Santos, Fernanda de Oliveira Florentino; Montezeli, Juliana Helena; Peres, Aida Maris. Autonomia profissional e Sistematização da Assistência de Enfermagem: percepção de enfermeiros. Reme Rev Min Enferm [Internet]. 2012 [citado em 2016 16 de agosto]; 16 (2): 251-7. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/526> [Links];

2-Garcia,Telma Ribeiro. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE): versão 2015. Porto Alegre: Artmed,2016.

3 - FERREIRA, Marina da Silva et al. A sistematização da assistência de enfermagem na prática do enfermeiro: *Nursing (São Paulo)*; 19(221): 1436-1438, out.2016.

Artigo em Português | LILACS | ID: lil-797227

4 - RIBEIRO, Grasielle Camisão and PADOVEZE, Maria Clara. Sistematização da Assistência de Enfermagem em unidade básica de saúde: percepção da equipe de enfermagem. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2018, vol.52 [cited 2019-09-16], e03375. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342018000100480&lng=en&nrm=iso>. Epub Dec 03, 2018. ISSN 0080-6234. <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2017028803375>.

5 - MARIA, Monica Antonio; QUADROS, Fátima Alice Aguiar; GRASSI, Maria de Fátima Oliveira. Sistematização da assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência: viabilidade de implantação. *Rev. bras. enferm.*, Brasília , v. 65, n. 2, p. 297-303, Apr. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000200015&lng=en&nrm=iso>. access on 17 Sept. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000200015>.

6 – SANTANA, Júlio César Batista et al. Percepção dos enfermeiros acerca da Sistematização da Assistência de Enfermagem na atenção básica de Belo Horizonte. *Rev. Enfermagem Revista [Internet]*. 2013 [cited 2017 Oct 22];16(1):4-17. Available from: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/12936/1017>

7 – SOARES, Mirelle Inácio et al. Systematization of nursing care: challenges and features to nurses in the care management. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem [Internet]*. 2015 [cited 2017 Dec 18];19(1):47-53. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0047.pdf>.

8 – SILVA, Elisama Gomes Correia et al, Nurses' knowledge about Nursing Care Systematization: from theory to practice. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2011 [cited 2012 Dec 11];45(6):1380-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/ v45n6a15.pdf>.

9 – SANTANA, Júlio César Batista et al. Percepção dos enfermeiros acerca da Sistematização da Assistência de Enfermagem na atenção básica de Belo Horizonte. *Enfermagem Revista [Internet]*. 2016 [cited 2017 Dec 14];16(1):4-17. Available from: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/12936/10175>

LESÃO POR PRESSÃO: O PROTAGONISMO DA ENFERMAGEM NA IMPLEMENTAÇÃO DOS CUIDADOS PREVENTIVOS

Data de aceite: 26/11/2019

José de Siqueira Amorim Júnior

Universidade Estadual do Ceará – UECE
Picos – PI

Ieda Valéria Rodrigues de Sousa

Universidade Federal do Piauí - UFPI
Afrânio – PE

Roseanne de Sousa Nobre

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Maceió – AL

Aline Raquel de Sousa Ibiapina

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Picos - PI

Francisco Arlysson Da Silva Veríssimo

Universidade Estadual do Ceará – UECE
Crateús – CE

Manoel Renan de Sousa Carvalho

Universidade Federal do Piauí - UFPI
Picos – PI

RESUMO: As Lesões por Pressão (LPP) provocam danos significativos ao paciente, pois dificulta o processo de recuperação funcional, pode gerar dor e levar ao aparecimento de graves infecções, assim como tem sido relacionado a internações prolongadas, sepse e mortalidade. O objetivo do presente artigo foi verificar na literatura o protagonismo da enfermagem na

prevenção de LPP. Trata-se de uma revisão integrativa, onde foi realizada a busca eletrônica das publicações nas bases de dados Base de Dados em Enfermagem (BDENF), Sistema Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS). A amostra foi composta de 14 artigos originais, disseminados em 11 periódicos disponibilizados nas bases de dados citada, com destaque para a Revista da Escola de Enfermagem da USP e Revista Brasileira de Enfermagem com três publicações de cada uma incluídas nesta revisão. Em relação aos enfoques das publicações inseridas no estudo, emergiram duas categorias temáticas empíricas. Categoria 1: O impacto das LLP no âmbito hospitalar; Categoria 2: A importância da enfermagem na prevenção das LPP. Em suma, podemos perceber que de fato o profissional enfermeiro é protagonista na prevenção das LPP, tendo o Enfermeiro Dermatológico que assumir esse papel, investir cada vez mais em estudos e práticas baseadas em evidências para assim aprimorar os conhecimentos específicos da área.

PALAVRAS-CHAVE: Lesão por pressão; Ferimentos e lesões; Enfermagem.

PRESSURE INJURY: NURSING
PROTAGONISM IN IMPLEMENTATION OF

ABSTRACT: Pressure Injuries (LPPs) causes significant damage to the patient, as it hinders the functional recovery process, can generate pain and lead to the appearance of serious infections, as it has been related to prolonged hospitalizations, sepsis and mortality. The objective of this article was to verify in the literature the role of nursing in the prevention of LPP. This is an integrative review, where the electronic search of the publications in the databases of Nursing Database (BDENF), Latin American and Caribbean Health Sciences Information System (LILACS) was carried out. The sample consisted of 14 original articles, distributed in 11 journals published in the mentioned databases, with emphasis on the Revista da Escola de Enfermagem da USP and the Brazilian Journal of Nursing with three publications of each one included in this review. In relation to the approaches of the publications inserted in the study, two empirical thematic categories emerged. Category 1: The impact of LLP in the hospital environment; Category 2: The importance of nursing in the prevention of LPP. In short, we can see that in fact the nurse practitioner is a protagonist in the prevention of LPP, and the Nurse Dermatologist has to assume this role, invest increasingly in studies and practices based on evidence to improve the specific knowledge of the area.

KEYWORDS: Pressure injury; Injuries and injuries; Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

As Lesões por Pressão (LPP) são áreas de dano na pele e nas estruturas subjacentes resultantes de pressão isolada ou combinada com cisalhamento e/ou fricção e são classificadas conforme o grau de dano observado nos tecidos. (PALAGI *et al.*, 2015). A LPP pode se apresentar em pele íntegra ou como úlcera aberta e pode ser dolorosa. A lesão dá-se como resultado da pressão intensa e prolongada em combinação com outros agravantes. A resistência do tecido mole à pressão e ao cisalhamento pode também ser afetada pelo microclima, nutrição, perfusão, comorbidades e pela sua condição (PEREIRA *et al.*, 2017).

Além disso, o desenvolvimento da LPP provoca danos significativos ao paciente, pois dificulta o processo de recuperação funcional, pode gerar dor e levar ao aparecimento de graves infecções, assim como tem sido relacionado a internações prolongadas, sepse e mortalidade. Além desses malefícios, a LPP resulta em um tratamento diferenciado, acarretando custo elevado à instituição e aumento da carga de trabalho por parte da equipe de saúde (OLKOSKI E., ASSIS M. G., 2016).

No Brasil, um estudo produzido em um hospital geral universitário apresentou 39,81% de incidência; já estudos em Unidade de Terapia Intensiva estimaram incidências de 10,62% a 62,5% (OLKOSKI E., ASSIS M. G., 2016). Um outro

estudo evidenciou que o tempo médio de internação para pacientes que foram acometidos por LPP foi de 11 dias e em média foram realizadas cinco avaliações. Em relação à localização anatômica a região sacral foi a mais afetada com 57,1 %, seguidas do cotovelo e membro inferior com 14,3% (PEREIRA *et al.*, 2017).

Dessa forma, LPP se configura como uma das mais prevalentes complicações nos pacientes hospitalizados, com incidência elevada nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), em consequência da gravidade do paciente e complexidade do seu tratamento, agregadas à dificuldade de implementação de medidas preventivas na manutenção da integridade da pele (PALAGI *et al.*, 2015).

Por conseguinte, é de difícil tratamento, em geral prolongado e oneroso, o que reforça a importância da prevenção. Portanto, diante de pessoas que apresentem riscos para o desenvolvimento de LPP, a equipe multiprofissional tem a responsabilidade de executar medidas preventivas, com o objetivo de diminuir o impacto desse agravo (LOUREIRO; LARANJEIRA, 2016.)

Benevides *et al.* (2017) também destaca a importância da atuação comprometida da equipe de saúde, enfatizando a particularidade da enfermagem, no conhecimento dos fatores de risco e na utilização de medidas preventivas diárias para gerenciar o cuidado de maneira integral. Para tanto, os enfermeiros são constantemente desafiados na busca de conhecimento científico a fim de promover a melhoria do cuidado ao paciente e prevenir as LPP.

Atualmente, os profissionais de enfermagem estão sendo cada vez mais incentivados a identificar precocemente os fatores de risco e os explorarem cientificamente. A literatura aponta que mais fatores necessitam ser reconhecidos e analisados em populações específicas, para que planos de cuidados sejam melhores elaborados (CAMPANILI *et al.*, 2015).

Em seguida, aliada a estas medidas, sobressai a importância da adequação quantitativa e qualitativa dos profissionais de enfermagem que, por estarem mais próximos aos pacientes nas 24 horas, implementam as ações destinadas a evitar a ocorrência de LPP e avaliam a sua eficácia e efetividade (LIMA; CASTILHO, 2015).

Ao abordarem a revisão e implementação de procedimentos simples, particularmente entre os mais susceptíveis pacientes institucionalizados, autores enfatizam que os profissionais devem ser constantemente orientados sobre a importância de medidas preventivas para poderem realiza-las como convém (LIMA; CASTILHO, 2015).

Visto que, há uma necessidade de a enfermagem ser capaz de identificar a necessidade de cuidados específicos de sua clientela. Assim, é necessário que conheça com mais profundidade a problemática das LPP em pessoas de risco, incluindo a frequência de sua ocorrência, as características das lesões e os fatores associados (QUEIROZ *et al.*, 2014).

Nesse contexto, a avaliação da qualidade da assistência de enfermagem tem grande relevância, já que se trata de um grupo profissional que, no desenvolvimento de seu processo de trabalho, interage diretamente e de forma contínua com o usuário, refletindo, portanto, em grande medida, na qualidade da gestão e assistência da unidade de saúde, principalmente no que se refere a LPP. Dessa forma, o objetivo do presente artigo foi verificar na literatura o protagonismo da enfermagem na prevenção de LPP.

2 | OBJETIVO

Verificar na literatura o protagonismo da enfermagem na prevenção de Lesões por Pressão (LPP).

3 | MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa que é um método que proporciona a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática. Tendo como principal objetivo, a integração entre a pesquisa científica e a prática profissional no âmbito da atuação profissional (MENDES, 2008).

Esse estudo seguiu seis etapas para a sua elaboração: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa, estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos, categorização dos estudos, avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa, interpretação dos resultados, apresentação da revisão (MENDES, 2008).

Foi realizada a busca eletrônica das publicações nas bases de dados Base de Dados em Enfermagem (BDENF), Sistema Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS). A busca foi efetuada através da utilização dos Descritores em Ciência e Saúde (DECS), foram eles: lesão por pressão, ferimentos e lesões e enfermagem.

Estabeleceu-se como critérios de inclusão artigos originais, disponibilizados na íntegra que tratem de lesão por pressão junto com cuidados preventivos de enfermagem, publicados em língua portuguesa, indexado em revista na área da saúde entre o período de 2014 a 2018.

Os critérios de exclusão foram os estudos publicados sob o formato de dissertação, capítulo de livro, comentário ou crítica, tese, editorial, resumos livres, resenha, livro e artigos que não tinham relação com o tema abordado. A partir disso, foram selecionados 14 estudos para a revisão integrativa.

4 | RESULTADOS

A discussão baseou-se na síntese do conhecimento evidenciado nos artigos analisados sobre a temática, a fim de contribuir para uma compreensão mais ampla do papel da enfermagem no que se refere aos cuidados preventivos das LPP.

A amostra foi composta de 14 artigos originais, disseminados em 11 periódicos disponibilizados nas bases de dados citadas, com destaque para a Revista da Escola de Enfermagem da USP e Revista Brasileira de Enfermagem com três publicações de cada incluídas nesta revisão. No quadro 1 mostra a distribuição dos artigos encontrados e selecionados a partir do cruzamento dos descritores.

Base de Dados	Cruzamento de Descritores	Encontrados	Selecionados
LILACS	Lesão por Pressão <i>and</i> Enfermagem	120	6
BDENF	Lesão por Pressão <i>and</i> Enfermagem	142	4
LILACS	Ferimentos <i>and</i> Enfermagem	227	2
BDENF	Ferimentos <i>and</i> Enfermagem	219	2

Figura 1. Distribuição do número de artigos encontrados e selecionados nas bases de dados LILACS e BDENF:

Fonte: elaborado pelo autor.

Autor/Ano	Tipo de Estudo	Abordagem	Idioma
Pinto; Ferreira 2017	Descritivo-Exploratório	Qualitativa	Português
Palagi <i>et al.</i> (2015)	Descritivo	Quanti-qualitativa	Português
Borghardt <i>et al.</i> (2015)	Prospectivo	Quantitativa	Português
Pereira <i>et al.</i> (2017)	Prospectivo-Descritivo	Quantitativa	Português
Olkoski]; Gisela (2016)	Descritivo-Exploratório	Quantitativa	Português
Campanili <i>et al.</i> (2015)	Prospectivo	Quantitativa	Português
Lima; Castilho <i>et al.</i> (2015)	Exploratório-Descritivo	Quantitativa	Português
Laranjeira; Loureiro (2016)	Descritivo-Transversal	Quantitativa	Português
Soares; Heidemann (2018)	Descritivo	Qualitativo	Português
Caldini <i>et al.</i> (2018)	Experimental	Quantitativo	Português
Silva <i>et al.</i> (2017)	Observacional – analítico	Quantitativa	Português
Alencar <i>et al.</i> (2018)	Revisão Integrativa	Prática Baseada em Evidências	Português

Souza et al. (2017)	Revisão Integrativa	Prática Baseada em Evidências	Português
Galvão et al. (2017)	Descritivo-Exploratório	Quantitativa	Português

Figura 2. Artigos selecionados quanto autores, tipo de estudo, abordagem e disponibilidade de idioma.

Fonte: elaborado pelo autor.

As pesquisas voltadas para o protagonismo da enfermagem na prevenção das LLP, tiveram em sua maioria na base de dados do LILACS, totalizando 8 artigos, seguida da BEDENF com 6 artigos.

Com relação aos anos de publicação, ocorreram entre o período de 2015 e 2018, sendo prevalentes os artigos publicados no cenário nacional em revistas da enfermagem. Verifica-se que o número de artigos publicados sobre LPP teve um aumento significativo no ano de 2017.

Quanto ao tipo de delineamento de pesquisa, foram incluídos: sete estudos de abordagem descritiva, três prospectivos, um experimental, um observacional e dois de revisão integrativa. Sendo a maioria de abordagem quantitativa.

A discussão baseou-se na síntese do conhecimento evidenciado nos artigos analisados sobre a temática, afim de contribuir para uma compreensão mais ampla do cuidado efetivo realizado pela enfermagem na prevenção de LPP.

Em relação aos enfoques das publicações inseridas no estudo, emergiram duas categorias temáticas empíricas. Categoria 1: O impacto das LLP no âmbito hospitalar, identificando os fatores de risco, os impactos financeiros, a incidência e prevalência; Categoria 2: A importância da enfermagem na prevenção das LPP, enfatizando o papel da enfermagem como protagonista dos cuidados preventivos e a necessidade da busca do conhecimento científico afim de promover a melhoria do cuidado.

Categoria 1 - O impacto das LLP no âmbito hospitalar

Título	Objetivo	Conclusão
Fatores de risco das úlceras de pressão em doentes internados num hospital português.	Identificar e caracterizar os fatores de risco das úlceras de pressão (UP) em doentes portadores de UP, internados num Hospital Central Português.	Os resultados obtidos indicam-nos que, quanto mais longo for o tempo de internamento, mais elevado é o número de UPs que se desenvolvem nos indivíduos hospitalizados. Este facto pode significar que as estratégias de prevenção adotadas não são as mais eficazes e que será necessário rever as políticas de prevenção utilizadas.

Lesão por pressão na unidade de terapia intensiva: incidência e fatores de riscos.	Identificar a incidência de lesão por pressão em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva e os fatores associados ao agravo.	As lesões por pressão são agravos muito presentes em UTI devido a restrição permanente ou temporária de mobilidade. As lesões levam a complicações do quadro clínico e constituem fator de mau prognóstico.
Incidência de lesão por pressão em um hospital universitário.	Identificar a incidência de lesão por pressão nas unidades de internação de um hospital universitário da região nordeste do Brasil.	Nesse estudo observou-se que os participantes que desenvolveram LPP em sua maioria eram indivíduos que não possuíam comorbidades e nem mobilidade física prejudicada, apresentando como escore da escala de Braden com risco mínimo, pode-se supor que o desenvolvimento dessas lesões pode ter ocorrido por subestimação do risco de desenvolver LPP ou até mesmo por uma falha na equipe de saúde.
Úlcera por pressão em pacientes críticos: incidência e fatores associados.	Identificar a incidência e descrever os fatores associados à úlcera por pressão em pacientes críticos.	Constatou-se elevada incidência da úlcera por pressão, na população em estudo; a identificação das características clínicas e metabólicas dos pacientes e dos fatores associados ao seu desenvolvimento; a necessidade de o paciente cirúrgico ser mais bem avaliado nas suas condições clínicas e metabólicas, bem como na incidência de UP.
Laserterapia em úlcera por pressão: avaliação pelas Pressure Ulcer Scale for Healing e Nursing Outcomes Classification.	Descrever o processo de cicatrização de úlceras de pressão em pacientes criticamente enfermos tratados com curativo convencional mais laser de baixa intensidade avaliado pela Escala de Úlcera de Pressão para Cicatrização e o resultado da Cicatrização: Intenção Secundária, segundo a Nursing Outcomes Classification.	As UP se configuram como uma das mais prevalentes complicações nos pacientes hospitalizados, com incidência elevada nas Unidades de Terapia Intensiva, devido à gravidade do paciente e complexidade do seu tratamento, associadas à dificuldade de implementação de medidas preventivas na manutenção da integridade da pele. Assim, avulta-se a possibilidade da utilização da LLLT em protocolos de tratamento de UP, pois esta intervenção acelerou a proliferação tecidual e aumentou a vascularização local.
Incidência de úlceras por pressão em pacientes de Unidade de Terapia Intensiva Cardiopneumológica.	Identificar e analisar os coeficientes de incidências de úlcera por pressão e os fatores de risco para seu desenvolvimento em pacientes cardiopatas.	Mostram que o coeficiente de incidência de UP global foi de 11,0%, predominando em homens, raça branca e em pessoas com idade superior a 60 anos. Em relação aos fatores de risco encontram-se o tempo de permanência em UTI igual ou superior a 9,5 dias.

Lesão por Pressão: Fatores Desencadeantes e Atualização do National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP).	Apresentar a atualização do National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) e os fatores de risco para o desenvolvimento das lesões de pele.	Diante da análise criteriosa frente aos artigos pesquisados, verifica-se que as LPP acometem mais os idosos decorrente do aumento da expectativa de vida, que consequentemente traz consigo doenças crônicas degenerativas. Assim, o NPUAP, por meio desta atualização, avançou no conceito e acrescentou novas etiologias que podem descrever melhor o comportamento de tais lesões.
--	---	---

Figura 3. Títulos, objetivos, métodos e conclusões das publicações pertinentes à primeira categoria:

Fonte: elaborado pelo autor.

A LPP constitui uma das principais complicações encontradas nos pacientes hospitalizados, principalmente os portadores de doenças crônicas, neurológicas ou cardíacas, afetando aproximadamente 29,5% dos pacientes. Essas lesões têm elevada incidência nos setores de cuidados intensivos, uma vez que esses pacientes estão sedados, sem mobilidade e sensibilidade, contribuindo para o desenvolvimento dessas lesões (SOUZA *et al.*, 2017).

É provável que, com uma população idosa e com o aumento da longevidade, o número de indivíduos com LPP ou em risco de desenvolver-las continue a aumentar, representando um enorme esforço para os recursos limitados da saúde e das próprias famílias. Pelo impacto das LPP no indivíduo, família e instituição, bem como pelos fatores associados ao seu desenvolvimento, torna-se evidente a razão pela qual a prevenção eficaz das LPP é considerada um indicador de qualidade de cuidados prestados e deve ser regularmente avaliado nos serviços de saúde (LARANJEIRA; LOUREIRO, 2016).

Os resultados obtidos nesse estudo indicam-nos que, quanto mais longo for o tempo de internação, mais elevado é o número de LPP que se desenvolvem nos indivíduos hospitalizados.

Também podemos inferir que o desenvolvimento de novas LPP durante o internamento hospitalar causa um aumento do tempo de internamento, e consequentemente dos custos associados. Verificamos que as consequências destes resultados se revelam, para além do aumento nos custos da hospitalização, numa maior dificuldade na recuperação do indivíduo, aumentando o risco para o desenvolvimento de outras complicações (LARANJEIRA; LOUREIRO, 2016).

Segundo Pereira *et al.*, 2017 o tempo de permanência na instituição, para os pacientes que desenvolveram LPP foi de 11 dias. Um estudo de revisão sistemática sobre prevalência e incidência de LPP em pacientes críticos conduzido por pesquisadores alemães identificou diferença significativa no que diz respeito à

idade, tempo de permanência e desenvolvimento da lesão, destacando que, 97% das lesões ocorreram em pacientes que permaneceram internados por mais de 7 dias.

Corroborando com esse estudo, em uma UTI investigaram 77 indivíduos, 17 dos quais desenvolveram lesão por pressão, correspondendo a uma incidência de 22%. O tempo de internação com mais de 10 dias, a média do tempo de internação foi de 31,7 dias, variando de 5 a 110 dias, enquanto, no grupo dos que não desenvolveram LPP, 47 (78%) permaneceram menos de 10 dias na UTI, com média de 7,3 dias, variando de 2 a 37 dias (BORGHARDT *et al.*, 2016).

Durante o período de acompanhamento (quatro meses) os pacientes desenvolveram 32 LPP, entre o grupo que desenvolveu, 9 (53%) apresentaram apenas 1 lesão; 4 (23%) apresentaram 2 e 2 (12%) apresentaram 3 ou 4, predominando o número de 15 (47%) lesões na região sacral, seguido de 6 (19%) na região trocantérica e 5 (16%) no maleolar. A incidência de lesão por pressão entre pacientes críticos encontrados neste estudo foi de 22%, tendo como variáveis significativas pela análise bivariada o tempo e o tipo de internação (BORGHARDT *et al.*, 2016).

Os resultados deste estudo em relação à incidência de UP em pacientes críticos apresentam-se elevado. Observou-se que os pacientes com LPP, em sua maioria, evoluíram a óbito. Esse dado aponta aspectos importantes na análise do fenômeno, tais como a gravidade das condições clínicas que esses pacientes apresentaram, o tempo de permanência internados em unidade de cuidados intensivos, em dieta zero, perfil hematológico, metabólico e comorbidades, entre outros fatores que potencializam os riscos e que podem ou não estar associados à presença da LPP (BORGHARDT *et al.*, 2016).

As LPP estão muito presentes em UTI que atendem a pacientes críticos devido à restrição permanente ou temporária de mobilidade presente em muito dos casos. Percebe que essas lesões levam a complicações do quadro clínico e constituem fator de mal prognóstico (ALENCAR *et al.*, 2018). Um outro estudo também aponta que as LPP se configuram como uma das mais prevalentes complicações nos pacientes hospitalizados, com incidência elevada nas UTIs, devido à gravidade do paciente e complexidade do seu tratamento, associadas à dificuldade de implementação de medidas preventivas na manutenção da integridade da pele (PALAGI *et al.*, 2015).

Os custos relacionados ao tratamento de pacientes com LPP são significativamente maiores que os custos gerados por medidas preventivas básicas. O custo total do tratamento de uma LPP em paciente internado pode variar entre 2.000 e 70.000 dólares por úlcera. Além disso, a existência de uma LPP constitui um fator de risco para óbito no paciente internado (PEREIRA *et al.*, 2017).

Deve-se enfatizar que a qualidade de assistência à saúde prestada tem sido

avaliada também de acordo com o aparecimento de lesões de pele, qualificando o serviço que melhor as previne e não o que mais trata. Recomendando que o êxito da prevenção da LPP é amplamente condicionado aos conhecimentos e habilidades dos profissionais de saúde sobre o assunto.

Desse modo, estratégias sistematizadas poderão ser implementadas, reduzindo e melhorando cada vez mais os seus coeficientes de incidência (CAMPANILI *et al.*, 2015).

Para Laranjeira e Loureiro (2016) às LPP têm gerado crescentes preocupações financeiras e políticas. São uma realidade nos hospitais, bem como em outros serviços de saúde, e sempre foram um problema não só para os enfermeiros, mas também para toda a equipa multidisciplinar.

Constituem uma área de interesse para a investigação em enfermagem, uma vez que pela incidência/prevalência e particularidades de tratamento, prolongam o tempo de internamento e aumentam o sofrimento e a mortalidade dos indivíduos.

Categoria 2 - A importância da enfermagem na prevenção das LPP

Título	Objetivo	Conclusão
Promoção da saúde e prevenção da lesão por pressão: expectativas do enfermeiro da atenção primária.	Apresentar a aplicabilidade da Escala de Braden na percepção dos enfermeiros da atenção primária, e identificar as medidas de prevenção, e promoção da saúde de modo evitar o desenvolvimento da lesão por pressão.	O entendimento de prevenir, num conceito ampliado, resulta na promoção. Um dado desta pesquisa que converge com estudos que apontam a linha tênue destas duas práticas, expondo que os enfermeiros concebem a promoção por prática desenvolvida dentro da visão preventiva.
Avaliação de tecnologia educativa sobre lesão por pressão baseada em indicadores de qualidade assistencial.	Avaliar a contribuição de tecnologia educativa sobre lesão por pressão em indicadores de qualidade assistenciais.	Se faz necessário considerar a importância da atuação do enfermeiro frente aos cuidados ao paciente com lesão por pressão e o aumento, cada vez maior, de tecnologias educacionais.
Curativos de lesões por pressão em pacientes críticos: análise de custo.	Avaliar o custo direto com materiais de curativos no tratamento de lesões por pressão em unidade de terapia intensiva de um hospital universitário.	Ressalta-se o papel do enfermeiro em elaborar planos de cuidados e a importância de desenvolver e implementar protocolos que norteiem e sistematizem o cuidado baseado em evidências para o melhor gerenciamento do cuidado com lesões por pressão no hospital.
Conhecimentos da equipe de enfermagem sobre prevenção de úlceras por pressão.	Descrever e analisar os conhecimentos da equipe de Enfermagem acerca da classificação, avaliação e medidas de prevenção de úlceras por pressão (UP), em pacientes internados na UTI de um Hospital Universitário da cidade de Manaus.	Deve-se considerar que o aumento do conhecimento por parte da equipe de enfermagem e a implementação de práticas baseadas em evidências acarretam benefícios tanto na redução do tempo de internação hospitalar quanto no número de pacientes que sofrem com esse agravio.

Mobilização corporal para prevenção de úlceras por pressão: custo direto com pessoal.	Calcular o custo total médio (CTM) relativo à mão de obra direta (MOD) de profissionais de enfermagem para a mobilização corporal de pacientes visando à prevenção de úlceras por pressão.	Assim, o enfermeiro que é cada vez mais cobrado em relação à gestão de custos e na participação do planejamento orçamentário das instituições de saúde, terá que gerir recursos humanos, materiais e financeiros, já que é o profissional que mais está em contato com o paciente, podendo analisar a assistência prestada.
Aplicação de medidas de prevenção para úlceras por pressão pela equipe de enfermagem antes e após uma campanha educativa.	Avaliar a efetividade de uma campanha para prevenção de úlcera por pressão em um hospital de ensino de Curitiba.	O sucesso da prevenção da UP depende dos conhecimentos e habilidades dos profissionais de saúde sobre o assunto, principalmente dos membros da equipe de enfermagem que prestam assistência direta e contínua aos pacientes.
Indicadores para avaliação da qualidade da assistência de enfermagem.	Identificar os principais indicadores para avaliação da qualidade da assistência de enfermagem na perspectiva do enfermeiro.	A avaliação da qualidade da assistência de enfermagem tem grande relevância, já que se trata de um grupo profissional que, no desenvolvimento de seu processo de trabalho, tem a oportunidade de interagir diretamente e de forma contínua com o usuário, refletindo, portanto, em grande medida, na qualidade da gestão e assistência da unidade hospitalar.

Fonte: elaborado pelo autor.

A enfermagem é uma ciência que tem como objeto o cuidado. Nesta perspectiva o enfoque preventivo, assim como o de promoção da saúde, deve nortear a prática assistencial, na busca por um menor índice da lesão por pressão (SOARES; HEIDEMANN, 2018)

O enfermeiro, líder da equipe de enfermagem, é responsável pelo gerenciamento do cuidado propiciando tomada de decisões em relação às melhores práticas destinadas ao paciente hospitalizado. Então, faz-se necessário que tais práticas estejam cientificamente sustentadas na melhor evidência clínica com vistas a incrementar os recursos humanos disponíveis e reduzir os custos à instituição (LIMA; CASTILHO, 2015).

Atualmente está evidente que a ocorrência de LPP, em decorrência de sua etiologia multifatorial, extrapola os cuidados dos profissionais de enfermagem. Porém, esses profissionais têm se responsabilizado pela implementação de medidas preventivas sistematizadas adotando protocolos baseados em diretrizes internacionais (LIMA; CASTILHO, 2015).

Com efeito, compete ao enfermeiro a avaliação constante da lesão e a seleção da cobertura adequadas para o tratamento, que promova a cicatrização e a cura. Entretanto não é possível atribuir a cicatrização dessas feridas apenas ao

tratamento com curativo. O processo de desenvolvimento das lesões por pressão é multifatorial, incluindo variáveis ambientais e intrínsecas ao paciente. A influência das variáveis ambientais pode ser intensificada pelo gerenciamento de cuidados da equipe de enfermagem e características estruturais da instituição (SILVA *et al.*, 2017).

Logo, a equipe de enfermagem tem grande responsabilidade na assistência direta e contínua na prevenção e tratamento da LPP. Tendo em vista que, em sua maioria, as LPP são evitáveis, devem ser instituídas políticas e medidas preventivas. Cabe à enfermagem, por meio da utilização de seus conhecimentos específicos, estabelecer metas, utilizar escalas preditivas de avaliação de risco e implantar medidas de prevenção e tratamento das LPP, estabelecendo um processo avaliativo contínuo preservando assim a integridade da pele (OLKOSKI E., ASSIS M. G., 2016).

A avaliação da qualidade da assistência de enfermagem tem grande relevância, já que se trata de um grupo profissional que, no desenvolvimento de seu processo de trabalho, tem a oportunidade de interagir diretamente e de forma contínua com o usuário, refletindo, portanto, em grande medida, na qualidade da gestão e assistência da unidade hospitalar (PINTO; FERREIRA, 2017).

Embora os estudos sobre prevenção e tratamento de LPP tenham avançado nos últimos anos, alguns autores consideram a necessidade do constante aprimoramento da equipe de enfermagem nessa área, incluindo os enfermeiros, a fim de proporcionar uma assistência de enfermagem de boa qualidade. A maioria desses estudos mostrou déficit de conhecimento dos componentes da equipe de enfermagem em algumas áreas específicas, que incluem as medidas de prevenção de LPP (GALVÃO *et al.*, 2017).

Um estudo realizado mostrou conhecimentos insuficientes (<90%) entre 40 profissionais de enfermagem de uma UTI. Destacou-se a deficiência nos conhecimentos sobre avaliação e classificação das LPP bem como a prevenção das mesmas. Os resultados aqui constatados apontam para a necessidade premente de investimento na capacitação dos profissionais, por parte das instituições hospitalares, por meio de seus Serviços de Educação Continuada, bem como a disponibilização de recursos para essa prática clínica (GALVÃO *et al.*, 2017).

Pesquisas evidenciam a importância de reduzir a incidência de lesões por pressão pela prevenção e identificação de fatores de risco, o que pode ocorrer por meio da educação permanente da equipe multiprofissional, com prática baseada em evidências, em que se estabelece relação com o conhecimento e as experiências clínicas. Ao considerar a importância do tema, a atuação do enfermeiro frente aos cuidados ao paciente com LPP destaca-se a necessidade de tecnologias educativas (CALDINI *et al.*, 2018).

Um estudo realizado em uma UTI evidenciou a importância das ações educativas para com os profissionais da enfermagem. Foi verificado que após uma intervenção educativa melhorou significativamente a qualidade do atendimento e diminuíram a incidência de LPP (CALDINI *et al.*, 2018).

Portanto, a enfermagem é a maior responsável pelas abordagens diante as LPP, mas necessita de formação adequada para aquisição de competências quanto ao planejamento de ações, iniciado pela avaliação, prevenção e tratamento, além da educação de pessoas e seus familiares, a fim de melhorar a assistência prestada, bem como a qualidade de vida.

5 | CONCLUSÃO

Diante do exposto, os resultados evidenciaram que as LPP são uma das mais prevalentes complicações nos pacientes hospitalizados, com incidência elevada, interferindo na qualidade de vida do paciente, aumentando o tempo de internação e consequentemente o custo do atendimento hospitalar.

A grande incidência das LPP é um fator preocupante para a enfermagem, pois isso configura um indicador negativo para assistência da mesma. Podemos inferir, que muitas vezes os profissionais da equipe multiprofissional se atentam mais para o tratamento do que para a prevenção dessas lesões, onde o enfermeiro se destaca tomando a frente na criação de protocolos de prevenção baseados em diretrizes internacionais para melhor assistir os pacientes e evitar tais complicações.

Na maioria dos estudos a enfermagem foi citada como a classe de profissionais a frente na prevenção das LPP, sendo destacado o enfermeiro como o líder na criação e implementação dos protocolos preventivos. Apenas um estudo da amostra não ressaltou a enfermagem como protagonista na prevenção das LPP.

Apesar da enfermagem estar à frente na prevenção das LPP, foi observado que ainda necessita de atividades educativas e capacitações para aprimorar os conhecimentos científicos específicos para a prevenção da LPP. A enfermagem já tem estado a frente com as especialidades que inferem conhecimentos específicos na prevenção e tratamento dessas lesões; temos a especialização de Estomaterapia e a mais recente de Enfermagem em Dermatologia.

A especialidade de Enfermagem em Dermatologia ainda está em ascensão, onde entre os estudos apenas um deles citaram o enfermeiro especialista, sendo o mesmo estomaterapeuta, nenhum deles citam a enfermagem dermatológica.

Em suma, podemos perceber que de fato o profissional enfermeiro é protagonista na prevenção das LPP, tendo o Enfermeiro Dermatológico que assumir esse papel, investir cada vez mais em estudos e práticas baseadas em evidências para assim aprimorar os conhecimentos específicos da área.

REFERÊNCIAS

- LIMA, A. F. C.; CASTILHO, V. Mobilização corporal para prevenção de úlceras por pressão: custo direto com pessoal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 68, n. 5, p. 930-936, 2015.
- CALDINE, L. N., et al. Avaliação de tecnologia educativa sobre lesão por pressão baseada em indicadores de qualidade assistenciais. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 19, n. 2, p 01-08, 2018.
- GALVÃO, N. S., et al. Conhecimento da equipe de enfermagem sobre prevenção de úlceras por pressão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v.70, n. 2, p. 312-318, 2017.
- PINTO, S. R. V.; FERREIRA, S. C. V. Indicadores para avaliação de qualidade da assistência de enfermagem: estudo descritivo exploratório. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Fluminense, v. 16, n. 1, p. 140-151, 2017.
- OLKOSKI, E.; ASSIS, G. M. Aplicação de medidas de prevenção para úlceras por pressão pela equipe de enfermagem antes e após uma campanha educativa. **Escola Anna Nery**, Paraná, v.20, n. 2, p. 363-369, 2015.
- SILVA, AD. R. A., et al. Curativos de lesões por pressão em pacientes críticos: análise de custos. **Revista Escola De Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 51, n. 5, p. 01-08, 2017.
- SOARES, C. F.; HEIDEMQNN, I. T. S. B. Promoção da saúde e prevenção da lesão por pressão: expectativa do enfermeiro da atenção primária. **Texto Contexto Enfermagem**, Santa Catarina, v. 21, n. 2, p. 03-09, 2018.
- SOUZA, C. N. S., et al. Lesão por pressão: fatores desencadeantes e atualização National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). **Internacional Nursug Congress**, 2017.
- PEREIRA, A. F. M. Incidência de lesão por pressão em um hospital universitário. **Revista de Enfermagem da UFPI**, Teresina, v.6, n. 1, p. 33-39, 2017.
- CAMPANILI, T. C. G. F., et al. Incidência de úlceras por pressão em pacientes de Unidade de Terapia Intensiva Cardiopneumológica. **Revista de Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, p. 07-14, 2015.
- LARANJEIRA, C. A.; LOUREIRO, S. Fatores de Risco das úlceras por pressão em doentes internados num hospital português. **Revista de Saúde Pública**, Portugal, v. 19, n. 1, p. 99-104, 2017.
- BORGHARDT, A T. et al. Úlcera por pressão em pacientes críticos: incidência e fatores associados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 69, n. 3, p. 460-467, 2015.
- PALAGI, S. et al. Lasoterapia em úlcera por pressão. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 49, n.5, p. 826-833, 2015.
- ALENCAR, G. S. A. Lesão por pressão na unidade de terapia intensiva: incidência e fatores de riscos. **Revista Nursing**, v. 239, n. 21, p. 2124-2128, 2018.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM APlicada A UM PACIENTE COM BRONCOPNEUMONIA

Data de aceite: 26/11/2019

Luana Gomes Lima Martins

Graduanda, Universidade do Estado do Pará
Belém-Pará

Fernanda Tainá Oliveira da Cruz

Graduanda, Universidade do Estado do Pará
Belém-Pará

Tatiana Menezes Noronha Panzetti

Mestre em enfermagem; Docente da Universidade
do Estado do Pará

Ingrid Magali Souza Pimentel

Doutora em enfermagem; Docente da
Universidade do Estado do Pará

Karollyne Quaresma Mourão

Mestre em enfermagem; Docente da Universidade
do Estado do Pará

Maria de Nazaré Silva Cruz

Mestre em enfermagem; Docente da Universidade
do Estado do Pará

RESUMO: A SAE (Sistematização da Assistência de enfermagem) proporciona uma assistência baseada no raciocínio crítico e tomada de decisão fundamentada nos dados coletados, na análise clínica e nos conhecimentos científicos. A broncopneumonia secundária ao TCE em pacientes acamados e com perda de mobilidade é passível de reincidir.

Assim, a implementação da SAE em casos de broncopneumonia possibilita a organização dos conhecimentos e uma atuação dos profissionais de forma coerente com as necessidades de cuidado do paciente. O objetivo deste estudo é relatar a aplicação da SAE em um paciente com broncopneumonia. Este foi realizado em uma clínica médica de um hospital estado do Pará, utilizando a metodologia da problematização e o arco de Maguerez, também fez-se uso da Taxonomia NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) e o Carpenito-Moyet. Para a coleta de dados foi utilizado um instrumento baseado nas necessidades humanas básicas do paciente. Foram elaborados 7 diagnósticos reais de enfermagem e 1 diagnóstico de risco (3 no domínio de nutrição, 3 no domínio de segurança e proteção, 1 no domínio de atividade e repouso e 1 no domínio de percepção/cognição), e a partir deles foram traçados os resultados esperados e as prescrições de enfermagem. Estes foram avaliados de forma contínua a fim de verificar a necessidade de mantê-los ou modificá-los. Deste modo, destaca-se a importância da implantação da SAE no cuidado do paciente, pois a partir dela se garante uma assistência de qualidade e individualizada, garantindo o atendimento das necessidades do indivíduo de

forma integral.

PALAVRAS-CHAVE: Broncopneumonia; Sistematização da Assistência de enfermagem; Processo de enfermagem; Enfermagem Clínica.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM APLICADA A UM PACIENTE COM BRONCOPNEUMONIA

ABSTRACT: SNA (Systematization of Nursing Assistance) provides assistance based on critical thinking and decision making off of collected data, clinical analysis, and scientific knowledge. Bronchopneumonia secondary to TBI in bedridden patients with loss of mobility may recur. This way, the implementation of SNA in cases of bronchopneumonia enables the organization of knowledge and the performance of professionals consistently based on the patient's needs. This study aims towards reporting the application of SNA in a patient with bronchopneumonia. It was developed in a PARÁ State's medical clinic, using the problematization methodology and the "Maguerez arch". The North American Nursing Diagnosis Association - Nanda - Taxonomy and the Carpenito-Moyet were also used in the study. For data collection, an instrument based on the patient's basic human needs was used. 7 real nursing diagnoses and 1 risk diagnosis were elaborated (3 in the nutrition domain, 3 in the safety and protection domain, 1 in the activity and rest domain and 1 in the perception / cognition domain). The expected results were analyzed as well as the nursing prescriptions. Both results and prescriptions were evaluated continuously to verify the need to maintain or modify them. The importance of the implementation of the SNA in the patient's care stands out, as it reinforces quality and individualized assistance, guaranteeing the integral needs of the individual.

KEYWORDS: Bronchopneumonia; Systematization of Nursing Assistance; Nursing process; Clinical nursing.

INTRODUÇÃO

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e o Processo de Enfermagem (PE) disposto na Resolução COFEN nº 358/2009, configuram um importante papel do enfermeiro nos serviços de saúde, refletindo no atendimento ao paciente e respaldo legal ao profissional. Sendo assim, considerando a relevância e pertinência de sua execução nos diferentes locais em que os profissionais da Enfermagem atuam é que se estrutura um sistema de avaliação para basear à aplicabilidade da SAE (MALUCELLI et al, 2010).

A SAE possibilita maior segurança aos pacientes, visto que, para ser implantada é essencial que o enfermeiro realize a análise clínica dos mesmos.

Esta é uma metodologia que proporciona a melhora da assistência embasada no conhecimento, no raciocínio e decisão clínica fundamentada nas comprovações científicas, resultantes da avaliação dos dados subjetivos e objetivos do indivíduo, família e comunidade (ROZA, 2005¹ apud TANNURE, 2008).

De acordo com Tannure (2008), o diagnóstico de enfermagem é uma alternativa assertiva que investiga o problema específico ou de resposta e, portanto, o profissional deve ter habilidade de interpretar aquilo que foi observado durante a entrevista e exame físico e/ou relatado pelos indivíduos.

Vale ressaltar que para cada diagnóstico deve ser proposto um resultado esperado. Além disso, deve-se centrar na eliminação ou redução de reações humanas instaladas ou esperadas frente ao diagnóstico. As prescrições de enfermagem devem ser voltadas aos cuidados nas esferas biopsicossociais e espirituais, considerando a prioridade da resolução das necessidades mais urgentes (TANNURE, 2008).

Tannure (2008) relata que o profissional de enfermagem é responsável pela avaliação diária do estado e evolução do paciente, visando identificar as consequências das ações de enfermagem em busca dos cuidados que deverão ser mantidos ou modificados considerando o quadro clínico do paciente.

Segundo histórico do paciente com broncopneumonia, Lima et al. (2016) destaca a importância da SAE através da atuação do profissional de enfermagem assim como da equipe de enfermagem, que irão trabalhar uma metodologia que possibilita a organização dos conhecimentos, e a atuação dos profissionais de forma coerente com as necessidades de cuidado do paciente. O processo de enfermagem descrito pela SAE reaproxima o paciente/familiar e enfermeiro, o que possibilita a melhor análise crítica sobre as condições que desfavorecem a saúde do paciente com broncopneumonia, portanto se torna indispensável o uso dessa sistematização para segurança do paciente e do profissional.

Pacientes com broncopneumonia secundaria ao TCE que se encontram acamados e com perda de mobilidade apresentam susceptíveis riscos de recidiva de broncopneumonia. Segundo Silva et al. (2011) pacientes que possuem distúrbios subjacentes crônicos, imobilidade, doença aguda grave, imunossupressão em consequências de doenças, traumas ou medicamentos, são fatores que interferem no mecanismo pulmonar normal trazendo consequências ao paciente.

Outro aspecto que favorece o aumento da reincidência de broncopneumonia e agravio desse estado patológico se dá pelo fato do paciente estar em uso de sonda nasogástrica (SNG) por um longo período de tempo devido a sua condição de incapacidade em alimentar-se por via oral, secundária ao TCE. Segundo Cavalcante, Araújo, Oliveira (2014) a utilização de SNG diminui a habilidade de deglutição,

1. Roza, B.A. Pensamento crítico e julgamento clínico na enfermagem. In: Bork, A.M.T. Enfermagem baseada em 475/491 evidências, 2^a ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005, 365p.

além de prejudicar a elevação laríngea que é um mecanismo de proteção das vias aéreas propiciando então ambiente favorável à instalação de patógenos como, por exemplo, as bactérias.

Kuchler, Alvarez, Haertel (2006) afirmam que uma das dificuldades na implementação da SAE pelo profissional enfermeiro é o tempo, que é pouco e necessário, para execução de todas as etapas necessárias. Em consonância a isso, essa sistematização pode otimizar o tempo, possibilitando o registro rápido da avaliação diária dos pacientes a partir de uma ferramenta eletrônica tornando as etapas do processo de enfermagem aplicáveis ao dia a dia, e dando maior qualidade aos cuidados prestados ao paciente.

Dessa forma, utilizando o conhecimento de uma teoria de enfermagem para a investigação e também para desenvolver as demais etapas do processo de enfermagem, pôde-se assistir de forma contínua um paciente com Broncopneumonia secundária ao traumatismo crânio encefálica-TCE, onde houve avaliação da qualidade da assistência prestada abrangendo aspectos contemplados pelo PE no setor Clínica Médica de um Hospital do estado do Pará. A partir desse aspecto, o quadro de melhora ou piora deve ser analisado ou verificado para a observação de uma possível falha em alguma etapa do processo de enfermagem, que deve ser considerada em prol de aperfeiçoamento da qualidade do serviço de saúde.

METODOLOGIA

Este trabalho objetiva relatar a experiência de acadêmicos de enfermagem na aplicação da SAE a um paciente com broncopneumonia em estado comatoso vigil, na Clínica Médica de um Hospital do estado do Pará, sendo pautado na teoria da problematização do arco de Maguerez que é constituído por cinco etapas: Observação da realidade; pontos chaves; teorização dos pontos chaves; construção de hipóteses de solução e aplicação à realidade (ESPERIDIÃO, 2017).

Dentro desse contexto de implementação da SAE, em um único indivíduo específico, com objetivo de elaborar e promover nos profissionais desta área os devidos cuidados a serem prestados a esse paciente, foram utilizados como referências para os diagnósticos, planejamento e implementação o NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) e o Carpenito-Moyet.

A observação da realidade se deu início no dia 3 de dezembro de 2018, durante o estágio do componente curricular “Metodologia da Assistência de Enfermagem” na Clínica Médica de um Hospital do estado do Pará, sob supervisão da professora desta disciplina, onde foi possível observar um paciente com diagnóstico médico de broncopneumonia em comatoso vigil, devido as sequelas deixadas por um TCE sofrido, necessitando então de cuidados contínuos da equipe de enfermagem e

outros.

Também foi possível observar, durante esse mesmo período, a pouca disponibilidade de tempo para que fosse realizada a sistematização do processo de enfermagem no paciente que se encontrava acamado, em uso de alguns dispositivos e necessitando de cuidados de forma contínua e gradativa da equipe de enfermagem.

No mesmo dia foi realizada uma reunião dos alunos participantes do estágio, onde a professora indagou os mesmos de maneira interativa sobre a importância da SAE e as suas etapas, além de propor-nos a construção de alguns diagnósticos a partir de um caso clínico disponibilizado, antes que fôssemos realizar de maneira real a SAE a um paciente em especial.

No dia 04 de dezembro de 2018 foi realizada a primeira etapa da SAE: histórico de enfermagem, onde as informações da coleta de dados foram feitas a partir da buscativa no prontuário do paciente e a partir da fala de seu acompanhante (irmão), pois o paciente encontrava-se em coma vigil. Nessa mesma etapa foi executado também o exame físico. Logo em seguida, também foram elaborados oito diagnósticos de enfermagem atrelados às necessidades humanas básicas do mesmo.

No dia seguinte, 05 de dezembro de 2018, foram desenvolvidas a terceira e quarta etapa: Planejamento e Implementação, e por último foi realizada a avaliação do paciente por respaldo teórico, visto que, ele necessita de cuidados contínuos para obter um quadro de melhora significativo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi utilizado um instrumento de coleta de dados, envolvendo a entrevista e exame físico, de modo a orientar de maneira prática e ágil o processo de sistematização da assistência de enfermagem ao paciente, colocando em evidência os conhecimentos teóricos da disciplina em questão adquiridos em sala de aula.

De início, foi aplicado o instrumento de coleta de dados para que fosse possível avaliar o estado clínico do paciente e suas necessidades humanas básicas, sendo plausível uma melhor assistência prestada ao mesmo.

Primeira Etapa: Histórico De Enfermagem

A.S.S, 38 anos, sexo masculino, solteiro, não possui filhos, católico não praticante, analfabeto, natural de São Luiza-MA, residente e procedente da zona rural de Novo Repartimento-PA. Reside em casa de alvenaria com 6 pessoas, com 6 cômodos, banheiro interno e externo, fossa séptica, com instalações elétricas e hidráulicas, possui cachorro e gato transitando pela residência. Devido ao seu estado

comatoso vigil, as informações foram cedidas por seu irmão, que o acompanha desde sua internação no referido Hospital. AMP: nega tabagismo, nega alergias a medicamentos e alimentos, transfusão sanguínea, HAS e DM, alega etilismo e caso de malária anos atrás. AMF: acompanhante relata que pai do paciente possuía DM, sua mãe faleceu por câncer de colo de útero e irmão mais velho morreu de uma cardiopatia. HDA: paciente vítima de TCE há 2 meses sendo internado por esse motivo, nesta época onde recebeu alta. Foi encaminhado no dia 28/11/18, de um hospital do município de Novo Repartimento, com queixa de tosse e dificuldade de respirar, para o referido Hospital . Dando entrada no PS do hospital no dia 28/11/18, às 16:00h, sendo posteriormente, no mesmo dia, admitido na Clínica Médica, com diagnóstico de broncopneumonia, às 23:00, trazido de maca, acompanhado por técnico de enfermagem e familiar, em estado comatoso, com pouca agitação psicomotora, contido no leito, mantendo SNG e SVD, traqueostomia, apresentando lesão por pressão na região sacral e trocantérica direita. Ao exame físico em 04/12/18, às 15:03, paciente em estado geral REG, comatoso vigil, responsivo a estímulos dolorosos, higiene corporal insatisfatória, pele normocorada, hidratada e com boa elasticidade. Crânio com abaulamento e edema na região pariental esquerda, couro cabeludo íntegro e com sujidades-seborreia, abertura ocular espontânea, ptose palpebral esquerda, mucosa ocular úmida, normocorada, pupilas anisocóricas E>D e fotorreagentes. Pavilhão auricular íntegro, sem sujidade. Cavidade nasal íntegra, sem desvio de septo, com presença de sujidades e SNG em narina esquerda. Cavidade oral normocorada, úmida, com arcada dentária incompleta, sem prótese dentária, língua com saburro, gengivas hiperemiacadas. Linfonodos não palpáveis nas regiões cervical e axilar. Tórax plano, com expansividade e mamas simétricas. AC: BCNF ++, rítmicas nos focos aórtico, pulmonar, tricúspide e mitral, normotenso, normocardico, afebril, ictus cordis. AP: presença de MV sem presença de ruídos adventícios, eupneico, som cavitário no pulmão D. AA: RH hipoativos, com som timpânico. Mantém-se no leito, com presença de leve cianose e edema nas extremidades dos MMSS, em uso de AVP em MSD. MMII edemaciados, apresenta LPP em região sacral e trocantérica D secundária ao TCE, em uso de fralda geriátrica. FE: diurese de aspecto concentrado, por SVD, com débito de 950 ml, evacuações ausentes há mais ou menos uma semana (SIC acompanhante). Sono e repouso preservados, dieta por SNG gavando satisfatoriamente. SSVV: FC: 70 bpm, FR: 19 irpm, T: 36,6°C e PA: 130x90 mmHg.

Segunda Etapa: Diagnósticos De Enfermagem

Qtd	DIAGNÓSTICOS
1	Deglutição prejudicada relacionada ao TCE evidenciada pela dificuldade de deglutir e SNG.
2	Integridade tissular prejudicada relacionada à imobilidade no leito evidenciada por lesão por pressão das regiões sacral e trocantérica.
3	Perfusão tissular periférica ineficaz relacionada a imobilidade física no leito evidenciada por alteração na função motora, edema e alteração nas características da pele.
4	Risco para infecção relacionado a internação hospitalar e cateteres intravenoso e urinário de demora.
5	Síndrome do autocuidado prejudicada relacionado a imobilidade física no leito evidenciado por sujidades no couro cabeludo, cavidade nasal, língua com saburro e necessidade de cuidados da equipe de enfermagem.
6	Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais relacionada ingestão alimentar via SNG ineficiente evidenciado por estado emagrecido e constipação intestinal.
7	Volume de líquido corporal diminuído relacionado a ingestão hídrica ineficiente evidenciado por urina concentrada.
8	Comunicação verbal prejudicada relacionado ao TCE evidenciado pelo estado comatoso e não verbalização.

Quadro 01: Diagnósticos de Enfermagem

Fonte: NANDA I. 2010 e Carpenito-Moyet. 2008.

Terceira Etapa: Planejamento

Qtd	RESULTADOS ESPERADOS
1	CP: Paciente terá cuidados da fonoaudióloga. LP: Paciente melhorará as musculaturas faciais.
2	CP: Paciente apresentará alívio dos sinais da lesão como a cor. MP: Paciente apresentará melhora parcial no aspecto da lesão. LP: Paciente apresentará restauração total de sua pele.
3	CP: Paciente apresentará melhora do fluxo sanguíneo local. MP: Paciente apresentará melhora no quadro de edemas e cianose. LP: Paciente não apresentará edema e cianose.
4	CP: Paciente terá cuidados da equipe de enfermagem para diminuir o risco de infecção. LP: Paciente não apresentará quaisquer sinais e sintomas de infecção durante a internação.
5	CP: Paciente receberá auxílio da equipe de enfermagem. LP: Paciente terá necessidades de vida diária reestabelecidas.
6	CP: Ingerirá a exigência nutricional diária, de acordo com seu nível de atividade metabólica. MP: Recuperará sua atividade intestinal normal. LP: Recuperará seu peso normal.
7	CP: Paciente aumentará a ingestão hídrica. LP: Manterá a concentração de urina em variação normal e pele e mucosas hidratadas.
8	LP: Apresentará melhora na capacidade de expressão

Quadro 02: Planejamento

Fonte: NANDA I. 2010 e Carpenito-Moyet. 2008.

Legenda: CP (Curto prazo) MP (médio prazo) LP (longo prazo)

Quarta Etapa: Implementação

PRESCRIÇÕES	HORÁRIO
<input type="checkbox"/> Solicitar fonoaudiólogo para obter orientações especializadas para o processo, se possível, de reabilitação da musculatura facial do paciente. Pela manhã, 01 vez ao dia.	<input type="checkbox"/> Manhã
<input type="checkbox"/> Orientar acompanhante acerca do esquema de cuidados com a lesão por pressão do paciente, 01 vez ao dia (Tarde). <input type="checkbox"/> Solicitar a equipe de enfermagem a mudança de decúbito do paciente de 2 em 2 horas. <input type="checkbox"/> Monitorar aspecto da lesão durante as visitas de enfermagem e relatar no prontuário (Tarde). <input type="checkbox"/> Realizar de curativos nas lesões por pressão, 02 vezes ao dia (manhã e tarde).	<input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> 6h 8h 10h 12h 14h 16h 18h 20h 22h 24h 2h 4h <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Manhã e Tarde
<input type="checkbox"/> Solicitar a equipe de enfermagem a mudança de decúbito do paciente de 2 em 2 horas.	<input type="checkbox"/> 6h 8h 10h 12h 14h 16h 18h 20h 22h 24h 2h 4h
<input type="checkbox"/> Utilizar técnicas assépticas durante todos os procedimentos realizados no paciente. <input type="checkbox"/> Monitorar a temperatura pelo menos a cada 5 horas e registrar no prontuário do paciente. <input type="checkbox"/> Alternar as áreas de inserção de cateter intravenoso a cada 48 à 72 horas. <input type="checkbox"/> Realizar a limpeza das áreas de AV Periférico e/ou Central, de SNG e de traqueostomia. <input type="checkbox"/> Monitorar o fluxo e número de visitantes durante o horário de visitas (sempre que possível).	<input type="checkbox"/> Sempre que possível <input type="checkbox"/> 6h 11h 16h 21h 2h <input type="checkbox"/> A cada 2 ou 3 dias <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Sempre que possível
<input type="checkbox"/> Promover banho no leito, 01 vez ao dia ou mais se necessário. <input type="checkbox"/> Administrar dieta por SNG de 3 em 3 horas. <input type="checkbox"/> Orientar acompanhante quanto cuidados básicos como higiene de couro cabeludo, pavilhão auricular e narinas.	<input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> 6h 9h 12h 15h 18h 21h 24h 3h <input type="checkbox"/> Sempre que possível
<input type="checkbox"/> Acionar nutricionista para avaliação do paciente. <input type="checkbox"/> Realizar massagem abdominal para estimular movimentos peristálticos, 03 vezes ao dia. <input type="checkbox"/> Administrar óleo mineral, 01 vez ao dia. <input type="checkbox"/> Planejar procedimentos desagradáveis após refeições, pois os mesmos podem provocar dificuldades em digestão intestinal devido fatores psicológicos como medo, ansiedade etc. (sempre que necessário).	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Manhã, Tarde e Noite <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Sempre que necessário.
<input type="checkbox"/> Planejar ingestão líquida a cada 03 horas. <input type="checkbox"/> Monitorar ingestão líquida e eliminação urinária, 01 vez ao dia. <input type="checkbox"/> Orientar acompanhante quanto a importância da ingestão hídrica adequada.	<input type="checkbox"/> 6h 9h 12h 15h 18h 21h 24h 3h <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Sempre que possível
<input type="checkbox"/> Acionar neurologista para avaliar estado do paciente. <input type="checkbox"/> Acionar fonoaudiólogo para avaliar paciente. <input type="checkbox"/> Estimular comunicação com o paciente (verbal e não verbal) continuamente, pelos profissionais, familiares e visitantes.	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Sempre que possível

Quadro 03: implementação

Fonte: NANDA I. 2010 e Carpenito-Moyet. 2008.

Quinta Etapa: Avaliação

O processo de avaliação do paciente é uma etapa do processo de sistematização de grande relevância, visto que, possibilita o profissional de enfermagem a estimativa em escala das metas e objetivos alcançados ou não, inspecione e mensure o estado de saúde do mesmo. Portanto, essa etapa deve se comportar de maneira metodológica, incessante e sistematizada no processo dos cuidados ao paciente, de modo a promover uma melhor qualidade de vida.

Dentro do contexto já citado, a avaliação do paciente em questão se mostra de grande importância para o seu quadro de melhora, sendo realizada de maneira continuada na Clínica Médica deste hospital, visto que, o estado do mesmo necessita de gradativa avaliação para que assim possa se obter mudanças significativas. Os cuidados da equipe de enfermagem que devem ser tomados, até mesmo durante a avaliação, se respaldam na potencialização de procedimentos e técnicas de enfermagem, na criatividade e na percepção para o ato do cuidar do outro (PEREIRA et al., 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O profissional de enfermagem no processo do cuidado ao paciente deve ser apto, consciente, humano, responsável e sempre manter a ética no seu ambiente de trabalho, para que o paciente e/ou acompanhante mantenham a confiança que o mesmo tem as habilidades adequadas e seguras dos procedimentos e técnicas a serem procedidas no cliente, para que assim a sistematização da assistência de enfermagem seja realizada.

Aliado a isso é importante sempre levar em consideração a individualidade do paciente aos serviços de cuidados prestados a ele, lembrando que esses cuidados devem ser realizados analisando o indivíduo em sua totalidade, ou seja, de maneira holística, para que desse modo o planejamento e implementação sejam construídos em uma visão total do indivíduo.

Dentro desse mesmo contexto, a SAE se comporta de maneira benéfica, visto que, promoveu o levantamento do histórico, diagnósticos, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem, propiciando nos cuidados adequados ao paciente de acordo com as suas necessidades humanas básicas. Tendo em vista isso, os cuidados a esse paciente devem ser procedidos de maneira continuada, planejada, documentada e avaliada para que seja possível fazer uma análise constante do quadro em que ele se apresenta.

Contudo, esse trabalho se apresenta de grande relevância acerca de assunto

tratado, frisando a importância da sistematização da assistência de enfermagem, o que coopera para uma assistência de cuidados que contribui para um tratamento especializado, humanizado e holístico do paciente.

ANEXO

Instrumento utilizado para coleta de dados do paciente

IDENTIFICAÇÃO

NOME	IDADE	SEXO	COR
NATURALIDADE	ESTADO CIVIL	RESIDÊNCIA	
RELIGIÃO	PROFISSÃO		

QUEIXA PRINCIPAL

HISTÓRIA ATUAL DA DOENÇA

INÍCIO DOS SINTOMAS		LOCALIZAÇÃO
INTENSIDADE	IRRADIAÇÃO	DURAÇÃO
FATORES AGRAVANTES		ALIVIANTES
SINTOMAS ASSOCIADOS		

HISTÓRIA DA DOENÇA PREGRESSA

OUTRAS DOENÇAS		INTERNAÇÕES
DOENÇAS INFECIOSAS		IMUNIZAÇÃO
CIRURGIAS		ALERGIAS
TRANSFUSÕES		MEDICAÇÕES EM USO
TABAGISMO	ETILISMO	SUB. ILÍCITAS

HISTÓRIA FAMILIAR

HÁBITOS DE VIDA

MORADIA		ALIMENTAÇÃO
ELIMINAÇÕES		AT. FÍSICA
AT. SEXUAL		SONO
INGESTA HÍDRICA		

PERFIL PSICOSOCIAL

INTERAÇÃO SOCIAL		EQUILÍBRIO EMOCIONAL
APOIO ESPIRITUAL		CONHECIMENTO SOBRE ESTADO DE SAÚDE
ALTERAÇÃO DE COMPORTAMENTO		
APOIO EMOCIONAL DA FAMÍLIA		

EXAME FÍSICO

SINAIS VITAIS	- TEMP.:	F.C.:	F.R.:	P.A.:
CONSCIÊNCIA	NÍVEL: <input type="checkbox"/> Alerta/Vigília <input type="checkbox"/> Letargia <input type="checkbox"/> Obnubilação <input type="checkbox"/> Torpor/Estupor <input type="checkbox"/> Coma <input type="checkbox"/> Glasgow: _____			
	CONTEÚDO: Memória, Cálculo, lógica, julgamento, orientação, interação com meio, emoções			
	Alterações: <input type="checkbox"/> Delirium <input type="checkbox"/> Demência <input type="checkbox"/> Mutismo acinético <input type="checkbox"/> Estado vegetativo crônico <input type="checkbox"/> Síndrome do cativeiro			
PUPILAS	Diâmetro: <input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> S/A Simetria: <input type="checkbox"/> Isocôricas <input type="checkbox"/> Anisocôricas D_E	Forma: <input type="checkbox"/> Ovoíde <input type="checkbox"/> Buraco de fechadura <input type="checkbox"/> Irregular	Fotorreação: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
PARES CRANIANOS	I - Olfatório: <input type="checkbox"/> Anosmia <input type="checkbox"/> Hiposmia <input type="checkbox"/> S/A II - Óptico: <input type="checkbox"/> Hemianopsia <input type="checkbox"/> Amaurose III - Oculomotor, IV - Troclear, VI. Abducente: <input type="checkbox"/> Estrabismos C/D <input type="checkbox"/> Nistagmo <input type="checkbox"/> Ptose Palpebral V - Trigêmeio: _____	VII - Facial: <input type="checkbox"/> Hemiparesia facial <input type="checkbox"/> Desvio de Comissura labial <input type="checkbox"/> Não fechamento da pálpebra		
SISTEMA MOTOR				
SISTEMA SENSORIAL				
REFLEXOS PROFUNDOS				

CABEÇA E PESCOÇO	<input type="checkbox"/> Alteração de Postura <input type="checkbox"/> Movimentos involuntários <input type="checkbox"/> Movimentos de confirmação <input type="checkbox"/> Inclinação da cabeça Crânio:					
COLORAÇÃO	<input type="checkbox"/> Palidez <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Icterícia	FÁCIES	<input type="checkbox"/> Renal <input type="checkbox"/> Leonina <input type="checkbox"/>	OLHOS	<input type="checkbox"/> Madarose <input type="checkbox"/> Langoftalmia <input type="checkbox"/> Ecstrópio <input type="checkbox"/> Entrópio <input type="checkbox"/> Ptose <input type="checkbox"/> Exoftalmia <input type="checkbox"/> Estrabismo <input type="checkbox"/> Nistagmo	
CONJUNTIVA	Coloração, Secreção, Hemorragia	CÓRNEA	Ulcerações, Corpo estranho, Opacificação, Acuidade Visual	OUVIDO	<input type="checkbox"/> Otorragia <input type="checkbox"/> Otorreia <input type="checkbox"/> Normal	
NARIZ	<input type="checkbox"/> Epistaxe <input type="checkbox"/> Secreções <input type="checkbox"/> Crostas <input type="checkbox"/> Integridade <input type="checkbox"/> Desvio de Septo	BOCA	<input type="checkbox"/> Coloração <input type="checkbox"/> Hálito <input type="checkbox"/> Lesões	LÍNGUA	<input type="checkbox"/> Saburro <input type="checkbox"/> Desidratação <input type="checkbox"/> Escarlatina <input type="checkbox"/> Anemia Pernicosa <input type="checkbox"/> Normal	
PESCOÇO	Tireóide: Veia Jugular:				Linfonodos:	
CIRCULATÓRIO	<input type="checkbox"/> Ictus cordis <input type="checkbox"/> Frêmitos Bulhas Cardíacas:					Outros:
RESPIRATÓRIO	Inspeção	<input type="checkbox"/> Simetria <input type="checkbox"/> Abaulamentos <input type="checkbox"/> Retrações <input type="checkbox"/> Forma: _____ <input type="checkbox"/> Baqueteamento digital <input type="checkbox"/> Amplitude Normal <input type="checkbox"/> Amplitude Anormal: _____ <input type="checkbox"/> Traquéia:				
		<input type="checkbox"/> Expansibilidade torácica: _____ <input type="checkbox"/> Frêmito táctil: _____ NORMAIS <input type="checkbox"/> Murmúrios vesiculares <input type="checkbox"/> Som traqueal <input type="checkbox"/> Broncovesicular ANORMAIS <input type="checkbox"/> Roncos <input type="checkbox"/> Estertores finos <input type="checkbox"/> Estertores grossos <input type="checkbox"/> Sibilos				

Fonte: Autoria própria

REFERÊNCIAS

CARPENITO-MOYET, L.J. Manual de Diagnósticos de Enfermagem. 11 ed. Porto Alegre: **Artmed**, 2008.

CAVALCANTE, T.F.; DE ARAÚJO, T.L.; DE SOUZA OLIVEIRA, A.R. Efeitos da sondagem nasogástrica em pacientes com acidente cerebrovascular e disfagia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 5, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n5/0034-7167-reben-67-05-0825.pdf>> acesso em: 18 de Dezembro de 2018.

ESPERIDÃO, E. et al. **Arco de Maguerez: estratégia de metodologia ativa para coleta de dados**. In: CONGRESSO INBERO-AMERICANO EM INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA (6º CIAIQ), 2017, Salamanca. Atas...Salamanca: Investigação Qualitativa, v. 2, 2017. Disponível em: <<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1279/1239>>. Acesso em: 17 dez. 2018.

KUCHLER, F.F.; ALVAREZ, A.G.; HAERTEL, L.A. **Impacto sobre o tempo de execução do processo de enfermagem auxiliado por ferramenta informatizada**. In: Anais do X Congresso Brasileiro de Informática em Saúde. 2006. p. 14-16. Disponível em: <file:///C:/Users/PC/Downloads/IMPACTO_SOBRE_O_TEMPO_DE_EXECUCAO_DO_PROCESSO_DE_E.pdf> Acesso em: 18 de Dezembro de 2018.

LIMA, L.H.R. et al. **SAE A UM PACIENTE COM PNEUMONIA, SEPSE E TRAUMA RAQUIMEDULAR NA UTI: RELATO DE EXPERIÊNCIA**. 2016. Disponível em: <http://www.coesa.ufpa.br/arquivos/2016/expandidos/relato_de_experiencia/saude_publica/REL309.pdf> Acesso em: 18 de Dezembro de 2018.

NANDA, I. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação, 2009-2011. Porto Alegre (RS): **Artmed**, 2010.

PEREIRA, A.L.F. **As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde**. Serviço de Treinamento e Avaliação de Enfermagem, Hospital Universitário Pedro Ernesto, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Brasil. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/350637/mod_resource/content/1/Pereira-%20tend%C3%A3ncias%20pedag%C3%B3gicas.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2018.

ROZA, B.A. Pensamento crítico e julgamento clínico na enfermagem. In: Bork, A.M.T. Enfermagem baseada em 475/491 evidências, 2ª ed., Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, 2005, 365p. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n4/0104-0707-tce-26-04-e3830016.pdf>>. Acesso em: 18 dez. 2018.

SILVA, E.G.C et al. O conhecimento do enfermeiro sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem: da teoria à prática. **Rev. Esc. Enferm.** USP 2011; 45(6):1380-6. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a15.pdf>>. Acesso em: 18 dez. 2018.

TANNURE, M.C; PINHEIRO, A.M. SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem-Guia Prático. 2. Ed. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, 2008.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM PARA PACIENTES COM DOENÇA CARDIOVASCULAR: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Data de aceite: 26/11/2019

Sabrina Puntel

Universidade do Vale do Rio dos Sinos/ Unisinos
Porto Alegre, RS

Rosália Figueiró Borges

Universidade do Vale do Rio dos Sinos/ Unisinos,
Graduação e Pós Graduação em Enfermagem,
Porto Alegre, RS

RESUMO: A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um método de trabalho próprio do enfermeiro e que auxilia na organização do seu trabalho. **Objetivo** desse estudo: analisar a produção científica nacional acerca da SAE à pacientes acometidos pela doença cardiovascular. Pretende-se descrever a atuação do enfermeiro aos pacientes portadores de doença cardiovascular, bem como o processo de enfermagem identificando os principais diagnósticos de enfermagem, as principais intervenções e os principais resultados esperados conforme NOC aos pacientes portadores de doença cardiovascular.

Resultados: A amostra foi composta por 8 artigos. Os artigos foram divididos em três categorias conforme o tema principal, sendo elas: **Sistematização da Assistência de Enfermagem** (3 artigos) **Instrumentos para**

aplicação da SAE (3 artigos) e **Aplicação da SAE e o Cuidado Seguro** (2 artigos). Foi possível identificar os principais DE aos pacientes com ICC, aos pacientes em pré e pós operatório de cirurgia cardíaca, bem como a elaboração de instrumentos para aplicação da SAE. **Considerações finais:** Evidencia-se que a produção brasileira sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem aos pacientes com doenças cardiovasculares ainda é escassa e com baixo nível de evidência. Questionase, assim, se este fato estaria relacionado a falta de conhecimentos dos profissionais e das dificuldades encontradas na aplicação prática dessa metodologia de trabalho. A elaboração de protocolos e/ou rotinas específicas de intervenções de enfermagem associadas aos diagnósticos de enfermagem são caminhos importantes para a qualificação dos atendimentos realizados nas instituições de saúde, bem como a sua implementação em forma de registro eletrônico.

PALAVRAS-CHAVE: Processo de Enfermagem. Diagnósticos de Enfermagem. Avaliação em Enfermagem. Doenças cardiovasculares. Cardiologia

NURSING CARE SYSTEMATIZATION FOR CARDIOVASCULAR DISEASE PATIENTS:

ABSTRACT: the Nursing Care Systematization (NCS) is a method of the nurse's own work and that helps in organizing your work. Objective of this study: to analyze the national scientific production about NCS to patients with cardiovascular disease. It is intended to describe the performance of nurses to patients with cardiovascular disease, as well as the nursing process identifying the main nursing diagnoses, the main interventions and the expected results according to NOC to patients with cardiovascular disease. Results: The sample consisted of 8 articles. The articles were divided into three categories according to the main theme, namely: Nursing Care Systematization (3 articles) Instruments for applying of NCS (3 articles) and NCS Application and Safe Care (2 articles). It was possible to identify the main nursing diagnoses (ND) for patients with congestive heart failure (CHF), pre and postoperative patients after cardiac surgery, as well as the elaboration of instruments for the application of NCS. Final considerations: It is evident that the Brazilian production on Nursing Care Systematization for patients with cardiovascular diseases is still scarce and with low level of evidence. Thus, it is questioned whether this fact is related to the lack of knowledge of professionals and the difficulties encountered in the practical application of this work methodology. The elaboration of protocols and / or specific routines of nursing interventions associated with nursing diagnoses are important avenues for the qualification of care provided in health institutions, as well as their implementation in the form of electronic records.

KEYWORDS: Nursing Process. Nursing Diagnoses. Nursing Assessment. Cardiovascular Diseases. Cardiology.

1 | INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares representam 37% das causas de óbitos da população brasileira. Estima-se que até 2030, 25 milhões de pessoas morrerão por doenças cardiovasculares no mundo, além disso geram custos altos ao sistema de saúde. Sabe-se que estes custos poderiam ser reduzidos com estratégias de prevenção e promoção da saúde. (LIMA, LEAL, FLÁVIO, 2014; SCHIMTZ et al., 2013).

A enfermagem constitui importante papel no processo de reabilitação desses pacientes, uma vez que presta atendimento direto ao paciente e à sua família. O enfermeiro possui papel de educador e pode atuar tanto na prevenção de novos eventos como na reabilitação dos mesmos. Para tanto o enfermeiro deve utilizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) como método de trabalho, pois a SAE auxilia na organização do seu trabalho, propicia uma assistência de enfermagem personalizada, individualizada e eficaz, além de direcionar a aplicação do conhecimento técnico, científico e humano a cada paciente. (CASTRO et al., 2016;

LANA et al., 2014.).).

A SAE surgiu na década de 1950 nos Estados Unidos a partir de educadores que criaram um método de pensamento crítico para orientar os alunos da enfermagem. A criação da SAE se deu pela necessidade de unir as ações de enfermagem para que deixassem de ser ações isoladas e passassem a fazer parte de um processo. Esse processo foi denominado como Processo de Enfermagem (PE). O conceito PE foi mencionado pela primeira vez por Lydia Hall em 1955. Em 1970 o PE já possuía as cinco etapas conhecidas até hoje: histórico de enfermagem, diagnósticos de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação. (BARROS, LEMOS, 2017; SCHIMITZ et al., 2016)

A SAE teve sua origem no Brasil a partir dos estudos realizados pela teórica Wanda de Aguiar Horta acerca da Teoria das Necessidades Humanas Básicas, sendo amplamente utilizados nos anos de 1970 e 1980 pelos serviços de saúde, ensino e pesquisa. A SAE é um método fundamental na prática assistencial que direciona o raciocínio clínico e terapêutico necessários para garantir a individualização da assistência ao paciente. A SAE organiza o trabalho da enfermagem através dos registros realizados aliados ao processo intelectual desenvolvido pelo enfermeiro, além disso, incrementa a qualidade da assistência, promove autonomia e permite a unificação da linguagem. Representa o conhecimento próprio do enfermeiro que deve ser desenvolvido e valorizado. (BOAVENTURA, DURAN, MARROCO, 2016; NECO, COSTA, FEIJÃO, 2015).

Entretanto, a implantação da SAE tornou-se obrigatória nos serviços de saúde brasileiros a partir da Resolução nº 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), competindo ao enfermeiro a liderança na execução e avaliação desse processo, sendo consideradas etapas privativas o diagnóstico e a prescrição de enfermagem. É importante ressaltar que a SAE é um instrumento de trabalho e uma metodologia capaz de nortear e organizar a assistência de enfermagem, a passagem de plantão e oferecer um atendimento individualizado e especializado. (CASTRO et al., 2016).

Considerando a incidência e gravidade das doenças cardiovasculares o presente estudo tem como objetivo analisar a produção científica nacional acerca da SAE à pacientes acometidos pela doença cardiovascular. Pretende-se descrever a atuação do enfermeiro aos pacientes portadores de doença cardiovascular, bem como o processo de enfermagem identificando os principais diagnósticos de enfermagem, as principais intervenções e os principais resultados esperados conforme NOC aos pacientes portadores de doença cardiovascular.

2 | METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se por ser uma pesquisa qualitativa, exploradora, com ênfase em revisão integrativa de literatura, e que seguiu os seguintes passos: formulação da questão norteadora, busca dos estudos primários, extração dos dados dos estudos, avaliação crítica dos estudos selecionados, análise e síntese dos resultados e apresentação da revisão integrativa. (LACERDA, COSTENARO, 2016).

A questão de pesquisa foi: Quais a produções científicas a cerca da sistematização da assistência de enfermagem à pacientes acometidos pela doença cardiovascular? A coleta de dados foi realizada no mês de agosto de 2018 e as bases de dados utilizadas foram: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – LILACS, Banco de Dados em Enfermagem - BDENF, Medline (ambos via BVS Biblioteca Virtual em Saúde) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Os descritores usados foram: processo de enfermagem, diagnósticos de enfermagem, avaliação em enfermagem, doenças cardiovasculares e cardiologia, combinados de diferentes formas através dos operadores booleanos, conforme o quadro a seguir:

Bloco Conceitual	Termos	Estratégia
Processo de Enfermagem em pacientes com doenças cardiológicas	Processo de Enfermagem Doenças cardiovasculares Cardiologia	Processo de Enfermagem AND doenças cardiovasculares Processo de Enfermagem AND cardiologia
Diagnósticos de Enfermagem em pacientes com doenças cardiológicas	Diagnósticos de Enfermagem Doenças cardiovasculares Cardiologia	Diagnósticos de Enfermagem AND doenças cardiovasculares Diagnósticos de Enfermagem AND cardiologia
Avaliação em Enfermagem em pacientes com doenças cardiológicas	Avaliação em Enfermagem Doenças cardiovasculares Cardiologia	Avaliação em enfermagem AND doenças cardiovasculares Avaliação em enfermagem AND cardiologia

Quadro 2. Método de realização da busca conforme os descritores encontrados no DESC.

Fonte: elaborado pela autora

Os critérios de inclusão estabelecidos para a pré-seleção dos estudos foram: artigos em português, período de 2013 à 2018, texto completo disponível e que respondessem a questão de pesquisa. Foram excluídos os resumos, resumos expandidos e editoriais. Foram excluídos também aqueles que após leitura dos resumos não estivessem de acordo com a revisão proposta. A seleção final foi realizada após leitura detalhada dos estudos pré-selecionados.

A coleta e análise dos dados foi realizada de forma sistematizada e organizada em um instrumento conforme sugestão de Lacerda, Costenaro (2016), porém o modelo foi adaptado conforme necessidade da pesquisa. Além disso, conforme orientação dos autores supracitados os estudos foram também classificados segundo o nível de evidência.

3 | RESULTADOS

O processo de seleção dos estudos se deu a partir das seguintes etapas: primeiramente foram feitas as combinações com os descritores do Quadro 2, resultando um total de 1106 artigos. Após, aplicação dos filtros conforme os critérios de inclusão, idioma (português) e período de publicação (2013 à 2018), evidenciou-se um total de 112 artigos, destes foram retirados os estudos duplicados ($n=28$) e aqueles que não possuíam texto completo ($n=6$) permanecendo então 78 artigos. Na etapa seguinte realizou-se a leitura dos títulos e resumos sendo então selecionados 21 artigos julgados pertinentes aos critérios estabelecidos. A última etapa foi a realização da leitura dos artigos na íntegra, totalizando 8 artigos na amostra final, esse processo é demonstrado na figura 1.

A amostra foi composta por 8 artigos apresentados conforme a tabela 1. As características apresentadas foram: autor, título, ano, tipo de estudo, objetivos, resultados, conclusões e nível de evidência. Os artigos foram divididos em três categorias conforme o tema principal, sendo elas: **Sistematização da Assistência de Enfermagem** (3 artigos) **Instrumentos para aplicação da SAE** (3 artigos) e **Aplicação da SAE e o Cuidado Seguro** (2 artigos). Quanto a metodologia dos estudos 3 são estudos qualitativos, 2 são estudos quantitativos, 1 é estudo misto (quali/quantitativos) e 2 são dissertações de mestrado. Quanto ao nível de evidência 50% possui nível de evidência 5 e 50% possui nível de evidência 6.

Na **categoria - Sistematização da Assistência de Enfermagem** destacam-se dois artigos de revisões sistemáticas de literatura que buscam fazer a interligação entre todas as etapas do processo de enfermagem, e um artigo que aborda os diagnósticos de enfermagem para mulheres com ICC

Na **categoria - Instrumentos para aplicação da SAE**, evidenciou-se três artigos que tratam da construção de instrumentos para aplicação de uma ou mais etapas do processo de enfermagem em suas práticas com pacientes cardiológicos.

Na **categoria - Aplicação da SAE e o Cuidado Seguro** os autores buscam refletir sobre as melhores práticas exercidas pela enfermagem no cuidado aos pacientes cardiológicos e destacam a SAE como prática essencial nesse processo.

Ressalta-se que do total de artigos sobre o tema, três artigos buscaram realizar

a interligação entre os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem.

Sistematização da Assistência de Enfermagem aos pacientes cardiológicos				
Autor/ Título do Artigo/Ano	Tipo de Estudo e Objetivos	Resultados	Conclusões	Nível de Evidência
Cardoso et al. Registro do Processo de Enfermagem para pacientes com doenças cardiovasculares: revisão integrativa. 2017	Revisão Integrativa de Literatura Identificar as publicações sobre o registro do processo de enfermagem para pacientes com doenças cardiovasculares	Sete artigos incluídos. Dois estudos discutiram sistemas de linguagens padronizadas. Dois estudos descreveram a interligação das linguagens de diagnósticos, intervenções e resultados. Cinco estudos abordaram apenas uma linguagem padronizada	O autor destaca a importância do uso das linguagens padronizadas para a enfermagem	Nível 5
Sposito, Kobayashi. Conhecimento das mulheres com insuficiência cardíaca. 2016	Exploratório, descritivo, quali/quantitativo Caracterizar mulheres com insuficiência cardíaca, seu conhecimento sobre a doença, identificar diagnósticos e prescrições de enfermagem durante a internação	Participaram 44 mulheres internadas por IC. Os DE prevalentes foram intolerância a atividade, mobilidade física prejudicada, déficit no autocuidado para banho e higiene. As prescrições de enfermagem relacionavam-se ao cuidado com higiene e alimentação	Não foi encontrado DE referente ao déficit de conhecimento ou prescrições visando a intervenção educativa	Nível 6
Silva et al. Diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem para criança com cardiopatia congênita: revisão integrativa. 2013	Revisão Integrativa de Literatura Correlacionar à padronização de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem frente ao conhecimento produzido na literatura a criança com cardiopatia congênita.	Dezenove artigos selecionados, sendo quatro sobre diagnósticos de enfermagem, um sobre resultados de enfermagem, onze sobre intervenções de enfermagem e três sobre diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem	Poucos estudos demonstraram as etapas do processo de enfermagem inter-relacionadas	Nível 5
Instrumentos para aplicação da SAE				
Cardoso. Instrumento para aplicação do processo de enfermagem para pacientes hospitalizados em unidade cardiológicas: Estudo Quase-experimental. 2016	Dissertação de Mestrado Construir um instrumento para aplicação do PE. Treinar os enfermeiros para uso do instrumento e avaliá-los por meio do Quality of Diagnosis Interventions and Outcomes (Q-DIO)	O instrumento possibilitou o registro de enfermagem pautado nos domínios NANDA-I e a seleção dos DE, intervenções e resultados foi de acordo com a literatura. Após o treinamento dos enfermeiros o escore Q-DIO aumentou	São necessárias mais pesquisas sobre a qualidade do registro de enfermagem, principalmente referente as intervenções	Nível 5

Alvarenga et al. Instrumento instrucional do resultado NOC: conhecimento controle da doença cardíaca para portadores de insuficiência cardíaca. 2015	Descritiva, quantitativa de validação de conteúdo Elaborar e validar o conteúdo de um instrumento instrucional de avaliação dos indicadores do resultado NOC: Conhecimento da Doença Cardíaca para pacientes com IC	O conteúdo foi validado após análise de experts na área da cardiologia. Obteve-se o nível de concordância Kappa superior a 98%. O instrumento foi validado no conteúdo.	Este estudo poderá nortear a prática do enfermeiro e permitir a avaliação de quais indicadores merecem maior atenção	Nível 6
Torres. Construção de um Instrumento para Coleta de Dados em uma Unidade de Terapia Intensiva Coronariana. 2014	Dissertação de Mestrado Elaborar um instrumento para coleta de dados. Desenvolver DE e intervenções de enfermagem	O instrumento construído contempla o Histórico de Enfermagem, DE e intervenções de enfermagem	A aplicação da SAE valoriza a atuação do enfermeiro e qualifica o atendimento prestado	Nível 5
Aplicação da SAE e o Cuidado Seguro				
Aruto, Lanzoni, Meirelles. Melhores práticas no cuidado a pessoa com doença cardiovascular: interface entre a liderança e a segurança do paciente. 2016	Estudo qualitativo, descritivo Conhecer as melhores práticas do enfermeiro e propor aprimoramentos no cuidado seguro	Quatorze enfermeiros participaram da pesquisa e foram identificadas melhores práticas nas ações de cuidado ao paciente, liderança do enfermeiro e proposições para o aprimoramento das melhores práticas	A SAE foi considerada como uma prática relevante para garantir o cuidado seguro do paciente	Nível 6
Caveião et al. Dor torácica: atuação do enfermeiro em um pronto atendimento de um Hospital Escola. 2014	Estudo quantitativo, descritivo Identificar a atuação do enfermeiro frente ao paciente com dor torácica em uma unidade de pronto atendimento	Participaram da pesquisa 9 enfermeiros. Todos os enfermeiros priorizaram o atendimento aos pacientes com dor torácica. Porém apenas dois enfermeiros realizaram o histórico de enfermagem breve	Há a necessidade da aplicação de um protocolo ou rotina para a padronização do atendimento de forma a embasar a atuação do enfermeiro	Nível 6

Tabela 1. Apresentação dos artigos quanto a autor, título, ano tipo de estudo, objetivos, resultados, conclusões e nível de evidência.

Fonte: elaborado pela autora

4 | DISCUSSÃO

Segundo Cardoso et al. (2017), identificam-se poucos estudos que realizam a interligação entre todas as etapas do processo de enfermagem. Dentre os resultados apresentados pelo autor destacam-se a identificação da ligação NANDA-I, NIC e NOC em pacientes com insuficiência cardíaca realizado após levantamento

em prontuários sendo possível identificar os quatro diagnósticos de enfermagem mais frequentes: Déficit de Conhecimento, Débito Cardíaco Diminuído, Risco de Integridade Tissular Prejudicada e Padrão Respiratório Ineficaz.

As principais intervenções apresentadas foram: monitoramento de líquidos, cuidados cardíacos, ensino: procedimento, tratamento e prevenção de quedas e apoio emocional. Em outro estudo levantado por Cardoso et al. (2017) os diagnósticos mais frequentes para pacientes com IC foram: **Intolerância a Atividade, Débito Cardíaco Diminuído, Conhecimento Deficiente e Risco de Queda**, e as intervenções foram: tratamento da dor e vigilância da pele.

Esses dados vão ao encontro do estudo realizado por Sposito e Kobayashi (2016), no qual os autores analisaram prontuários de 44 mulheres com IC e identificaram os seguintes DE mais frequentes: **Risco de Débito Cardíaco Diminuído, Intolerância a Atividade, Mobilidade Física Prejudicada, Déficit no Auto Cuidado para Banho/Higiene, Volume de Líquidos Excessivos e Déficit no Auto Cuidado para Alimentação**. Os autores também avaliaram, o conhecimento dessas mulheres sobre a doença e identificaram que 40% disseram que tinham conhecimento sobre seu diagnóstico, mas não sabiam o que era IC. Os autores destacam ainda, considerando essa a falta de conhecimento sobre IC, que deveria haver DE referente ao déficit de conhecimento dos pacientes e intervenções de enfermagem voltadas à educação. As prescrições de enfermagem por sua vez estavam voltadas ao cuidado direto como encaminhar a paciente para o banho, registrar a aceitação da dieta e condições de higiene.

Outro resultado importante presente no estudo de Cardoso et al. (2017) relaciona-se ao levantamento de diagnósticos de enfermagem aos pacientes submetidos a cirurgia cardíaca. No período pré-operatório destacam-se os diagnósticos: **Intolerância á Atividade, Risco para Disfunção Neurovascular Periférica, Risco de Infecção, Padrão Respiratório Ineficaz**. No período transoperatório evidenciou-se: **Risco de Desequilíbrio no Volume de Líquidos, Risco de Aspiração, Risco de Integridade da Pele Prejudicada, Troca de Gases Prejudicadas**, entre outros. No pós-operatório os principais DE foram: **Mobilidade Física Prejudicada, Risco de Aspiração, Déficit no Auto Cuidado Banho e Higiene e Integridade da Pele Prejudicada**.

Um dos destaques trazidos por Silva et al. (2013) refere-se a um estudo que identificou os principais DE em crianças em pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca, sendo eles: **Dor, Integridade da Pele Prejudicada, Déficit para o Auto Cuidado, Distúrbio no Padrão do Sono, Rompimento do Vínculo Familiar., Risco para Alteração da Temperatura, Risco para Déficit de Volume de Líquidos, Risco para Diminuição do Débito Cardíaco, Risco de Infecção, Risco de Inapetência, Risco para Alteração no Metabolismo da Glicose; Risco**

para Alteração do Padrão Respiratório; Risco de Prejuízo na Integridade da Pele, Risco para Constipação. Os autores colocam também que na área da cardiologia pediátrica os estudos sobre SAE apresentam variadas propostas de assistência de enfermagem a criança com cardiopatia, porém de uma maneira geral há uma preocupação em padronizar os cuidados de enfermagem a esses pacientes e sua família.

	PRÉ-OPERATÓRIO	PÓS-OPERATÓRIO
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Intolerância á Atividade ✓ Risco para Disfunção Neurovascular Periférica ✓ Risco de Infecção ✓ Padrão Respiratório Ineficaz 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mobilidade Física Prejudicada, ✓ Risco de Aspiração ✓ Déficit no Auto Cuidado Banho e Higiene ✓ Integridade da Pele Prejudicada.

Tabela 2. Diagnósticos de Enfermagem nos períodos de pré e pós-operatório de cirurgia cardíaca. (Cardoso et al., 2017).

Fonte: elaborado pela autora

A aplicação da SAE envolve a construção de instrumentos que facilitam sua aplicabilidade de forma prática e segura, porém nesta revisão, apenas o instrumento criado por Cardoso (2016) contempla todas as fases desse processo e faz a interligação entre NANDA-I, NIC e NOC.

É cada vez mais frequente a criação de instrumentos que facilitem o raciocínio clínico dos enfermeiros e a realização do processo de enfermagem de forma prática e efetiva. Cardoso (2016) criou um instrumento impresso para aplicação do processo de enfermagem direcionado a assistência dos pacientes cardiológicos. O instrumento é composto por três partes: Histórico de Enfermagem, Diagnósticos e Resultados de Enfermagem, Intervenções e prescrição de enfermagem. É importante ressaltar que no instrumento o autor já coloca os principais DE que acometem os pacientes cardiológicos, levantados após realização da pesquisa bibliográfica. Os DE são de acordo com NANDA-I e para cada DE há os resultados esperados segundo NOC. Ao final do instrumento há as intervenções segundo NIC e a prescrição de enfermagem. O autor destaca que o uso de registros eletrônicos associado ao uso de linguagens padronizadas em enfermagem apresentam inúmeros benefícios e permitem o acompanhamento do paciente de forma mais consistente e prática, porém o local em que o estudo foi realizado não possui registros eletrônicos de

enfermagem.

Outro instrumento impresso para aplicação do processo de enfermagem foi construído por Torres (2014), o qual focou no paciente internado em unidade de terapia intensiva coronariana. O instrumento contém diagnósticos de enfermagem e intervenções de enfermagem e retrata os indicadores que estão no histórico de enfermagem, sendo estes divididos por necessidades, dentre elas as necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, visando ao atendimento, às especificidades dos pacientes coronarianos.

Já Alvarenga et al. (2015) realizou a validação de um instrumento de avaliação do resultado NOC “Conhecimento: controle da doença cardíaca”, o instrumento abordou temas como sinais e sintomas de descompensação da doença e recomendações para o auto cuidado que envolvem a restrição de líquidos e sal na dieta, a monitorização do peso, a atividade física e o uso regular das medicações, que são fatores preditivos de hospitalização e readmissões de pacientes com IC. Foram utilizados Indicadores da NOC como: Descrição do curso natural da doença, Descrição dos sintomas da doença, descrição de estratégias para aumentar a adesão a dieta, entre outras. Todos esses instrumentos são de grande valia e servem de subsídio para a prática da enfermagem focada ao paciente cardiológico.

A SAE é uma prática que garante a qualidade do cuidado e a segurança do paciente, na pesquisa realizada por Caveião et al. (2014) buscou-se avaliar a atuação do enfermeiro ao paciente com dor torácica e identificou-se ,de forma preocupante, que dos nove enfermeiros avaliados apenas dois relataram que realizam o histórico breve quando o paciente chega ao Pronto Atendimento. Sabe- se que estratificar os riscos dos pacientes para o desenvolvimento de IAM previne eventos indesejáveis, entretanto só é possível identificar este dado durante a realização de um histórico de enfermagem, mesmo que este seja breve. As demais etapas da SAE também não foram identificadas neste estudo.

Aruto, Lanzoni e Meirelles (2016) nos mostram que a realização da SAE foi considerada pelos enfermeiros como prática relevante para garantir o cuidado seguro. Os autores realizaram um estudo no qual avaliaram as melhores práticas dos enfermeiros para garantir o cuidado seguro em unidades cardiológicas e evidenciaram ,entre outros fatores, que os enfermeiros consideram a SAE um instrumento de trabalho seguro garantindo um cuidado humano e centrado nas necessidades humanas básicas, destacaram também que o Histórico de Enfermagem tem o poder de identificar os riscos e as necessidades de cuidados dos pacientes. A prática do cuidado sistematizado além de melhorar a qualidade da assistência, contribui para o reconhecimento da importância das ações de enfermagem em qualquer nível de assistência, além de conferir maior segurança aos pacientes, melhora a qualidade da assistência e a autonomia dos profissionais de enfermagem,

por organizar o trabalho quanto ao método, número de pessoas e adequação de instrumentos, bem como viabiliza a operacionalização do Processo de Enfermagem.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão de literatura sobre a temática “Doenças Cardiovasculares” apresenta alguns impasses sendo eles: a não ambiência para o PE e a experiência informada insuficiente. A não ambiência foi identificada principalmente como pouco comprometimento das chefias e da direção hospitalar, além de que por força histórica a enfermagem apresenta resistência para exercer cuidados além dos estabelecidos pelos médicos. Outro fator levantado foi a carga de trabalho, o excesso de atividades burocráticas e o tempo insuficiente para a realização de todas as etapas do PE. A experiência informada insuficiente refere-se as carências na formação educacional, falhas nos mecanismos de formação e preparo dos profissionais. (JUNIOR et al., 2017).

Os enfermeiros relatam dificuldades para operacionalizar todas as etapas da SAE e relacionam isso a: falta de tempo e ausência de instrumentos formais de registro, evidenciando a necessidade de implementar estratégias que favoreçam a incorporação da SAE nos serviços de saúde. O desenvolvimento de *softwares* com essa finalidade pode ser uma técnica mais eficaz, precisa e completa por padronizar informações, agilizar atividades de coleta, registro, armazenamento e recuperação dos dados, além de aumentar a disponibilidade do enfermeiro para esse fim. (MARTINS, CHIANCA, 2016).

Neste estudo evidenciamos que a produção brasileira sobre a sistematização da Assistência de Enfermagem aos pacientes com doenças cardiovasculares ainda é escassa e com baixo nível de evidência. Questiona-se, assim, se este fato estaria relacionado a falta de conhecimentos dos profissionais e das dificuldades encontradas na aplicação prática dessa metodologia de trabalho. O fato é que foi possível identificar fragilidades no que se refere ao desenvolvimento mais pontual do Processo de enfermagem na temática estudada. A elaboração de protocolos e/ou rotinas específicas de intervenções de enfermagem associadas aos diagnósticos de enfermagem são caminhos importantes para a qualificação dos atendimentos realizados nas instituições de saúde, bem como a sua implementação em forma de registro eletrônico. Para um futuro próximo podemos também pensar na implementação desses processos em dispositivos móveis para que os enfermeiros possam aplicá-los à beira do leito otimizando seu tempo e qualificando sua assistência. Outro fator de extrema importância é o fortalecimento dessa temática na grade curricular das Universidades para que estes profissionais exerçam o

raciocínio clínico e a aplicação da SAE desde o início de sua formação acadêmica tornando assim algo comum e de fácil aplicação quando em exercício profissional.

REFERÊNCIAS

- ALVARENGA, S.R. **Instrumento Instrucional do Resultado NOC: conhecimento controle da doença cardíaca para portadores de insuficiência cardíaca.** Rev. Eletr. Enf. [Internet], v. 17, n. 4, 2015.
- ARUTO, G.C; LANZONI, G.M.M; MEIRELLES, B.H.S. **Melhores práticas no cuidado a pessoa com doença cardiovascular: interface entre liderança e segurança do paciente.** Cogitare Enferm, v. 21, n. esp, p. 01-09, 2016.
- BARROS, K.M; LEMOS, I.C. **Processo de Enfermagem: Fundamentos e Discussão de Casos Clínicos.** 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.
- BOAVENTURA, A.P.S; DURAN, P.A; MARROCO, E.C. **Conhecimento teórico- prático do Enfermeiro sobre Processo de Enfermagem e Sistematização de Enfermagem.** Eglobal. v. 46, p. 194-205, 2016.
- CARDOSO, A.R.S, et al. **Registro do Processo de Enfermagem para pacientes com doenças cardiovasculares: Revisão Integrativa.** Online braz j nurs, v. 16, n. 1, p. 94-101, 2017.
- CARDOSO, A.R.S. **Instrumento para aplicação do processo de enfermagem para pacientes hospitalizados em unidades cardiológicas:** Estudo quase- experimental. 2016. 72 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial). Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2016.
- CARVALHO, I.S, et al. **Ansiedade, depressão, resiliência e autoestima em indivíduos com doenças cardiovasculares.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, v. 24, p. 28-36, 2016.
- CASTRO, R.R, et al. **Compreensões e desafios a cerca da sistematização da assistência de enfermagem.** Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1-6, 2016.
- CAVEIÃO, C, et al. **Dor torácica: atuação do enfermeiro em um pronto atendimento de um Hospital Escola.** R. Enferm. Cent. O. Min, v. 4, n. 1, p. 921- 928, 2014.
- JUNIOR, D.I.S. et al. **Processo de Enfermagem na Prática Hospitalar Brasileira: Revisão Integrativa.** Rev enferm UFPE online, v.11, n. 2, p. 656-66, 2017.
- LACERDA, M.R; COSTENARO, R.G.S. **Metodologias de pesquisa para a enfermagem e saúde.** 1. ed. Porto Alegre: Moriá, 2016.
- LANA, L.D, et al. **Perfil dos pacientes em reabilitação cardíaca: implicações para enfermagem.** J. res: fundam. care online, v. 6, n. 1, p. 344-356, 2014.
- LIMA, F.E.T, et al. **Fatores de risco da doença coronariana em pacientes que realizam revascularização miocárdica.** Rev Rene, v.13, n.4, p. 853-60, 2012.
- LIMA, P.A, et al. **Sessões Educativas sobre Saúde Cardiovascular com Idosos: relato de experiência.** Rev enferm UFPE, Recife, v. 10, n. 2, p. 692-700, 2016.
- LIMA, V.R; LEAL, C.C.G; FLAVIO, A.C.G. **Complicações pós-operatórias em idosos submetidos a revascularização do miocárdio.** Cuidarte Enfermagem, v. 8, n. 1, p. 48- 54, 2014.

MANSUR, A.P; FAVARATO, D. **Mortalidade por Doenças Cardiovasculares em Mulheres e Homens nas cinco Regiões do Brasil, 1980-2012.** Arq Bras Cardiol, v. 107, n. 2, p. 137-146, 2016.

MARTINS, M.C.T; CHIANCA, T.C.M. **Construção de software com o Processo de Enfermagem em Terapia Intensiva.** J. Health Inform, v. 8, n. 4, p. 119-125, 2016.

NANDA. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2015-2017.** 10 ed. Porto Alegre: Artmed 2015.

NECO, K.K.S; COSTA, R.A; FEIJÃO, A.R. **Sistematização da Assistência de Enfermagem em Instituições de Saúde no Brasil: revisão integrativa.** Rev Gaúcha Enferm, v. 37(esp):e68435, p. 1-9, 2015.

SCHMITZ, E.L, et al. **Filosofia e marco conceitual: estruturando coletivamente a sistematização da assistência de enfermagem.** Ver Gaúcha Enferm, v.37, n.esp:e 68435, 2016.

SCHMITZI, C.R, et al. **Orientações no pré-operatório de cirurgia cardíaca a pacientes idosos: revisão integrativa.** Rev. Enferm, UERJ, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 391-6, 2013.

SPOSITO, N.P.B; KOBAYASHI, R.M. **Conhecimentos das mulheres com insuficiência cardíaca .** Rev Min Enferm, v. 20, p. 1-7, 2016.

TORRES, V.S.F. **Construção de Instrumento para Coleta de Dados em uma Unidade de Terapia Intensiva Coronariana.** 2014. 113 f.Dissertação(Mestrado). Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, 2014.

O CONHECIMENTO DO ENFERMEIRO NO MANUSEIO DO CATETER TOTALMENTE IMPLANTADO

Data de aceite: 26/11/2019

Loani Fernanda da Silva. Enfermeira

Centro Universitário Dom Bosco (UNIDBSCO).
Curitiba-Pr. Brasil.

Marli Aparecida Rocha de Souza

Doutoranda pela Universidade Federal do Paraná
(UFPR). Curitiba-Pr. Brasil.
marlirochasouza2@gmail.com

Vagner José Lopes

Docente. Doutorando pela Universidade Federal
do Paraná (UFPR). Curitiba-Pr. Brasil.

Aline Cristal Santos

Enfermeira. Centro Universitário Dom Bosco
(UNIDBSCO). Curitiba-Pr. Brasil.

Katia Dias Bialli Enfermeira

Enfermeira. Centro Universitário Dom Bosco
(UNIDBSCO). Curitiba-Pr. Brasil.

RESUMO: A globalização e avanços tecnológicos na saúde promoveu o crescimento de materiais utilizados no atendimento à pacientes oncológicos, entre eles o Catéter totalmente implantado (CTI). E, para que sua utilização seja de forma efetiva, o enfermeiro teve ter o conhecimento necessário, tanto em sua punção como em sua manutenção, de forma a proporcionar melhor a qualidade de vida durante o tratamento e que muitas vezes

são em longos períodos. E para identificar esse conhecimento, esta pesquisa exploratória-descritiva de abordagem qualitativa, foi desenvolvida com 26 enfermeiros que realizam esse manuseio, em duas instituições da região sul do Brasil, no período de setembro a novembro de 2016. A coleta de dados foi realizada por meio de um instrumento semiestruturado, e no processamento de dados, utilizou-se o software Iramuteq. Emergiram-se 06 classes de enfermeiros: 1. A capacitação como fonte de informação necessária a prática do enfermeiro; 2. A prática diária como forma de aprendizado; 3. A experiência como fonte de aperfeiçoamento; 4. O conhecimento no manuseio como fonte de redução de complicações; 5. Tempo de permanência do CTI, manutenção e término de tratamento; 6. A experiência do enfermeiro referente à utilização dos materiais corretos para a punção do CTI. Constatado que as informações referentes ao CTI pelos enfermeiros, não foram adquiridas na graduação, tendo em vista a formação generalista, o que resultou na busca ao tema durante a vivência profissional, com auxílio de outros profissionais e que o fizeram por demonstração do procedimento e cuidados consecutivos ou apresentação dos protocolos da instituição.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Cateteres;

THE NURSE'S KNOWLEDGE IN THE HANDLING OF THE FULLY IMPLANTED CATHETER

ABSTRACT: Globalization and technological advances in health promoted the growth of materials used in the care of oncologic patients, among them the fully implanted Catheter (CTI). And, in order for its use to be effective, the nurse had the necessary knowledge, both in puncture and in its maintenance, in order to provide better quality of life during treatment and that are often over long periods. And to identify this knowledge, this exploratory-descriptive qualitative research was developed with 26 nurses who perform this handling in two institutions in the southern region of Brazil, from September to November 2016. Data collection was performed through a semi-structured instrument, and in data processing, the Iramuteq software was used. Six classes of nurses emerged: 1. training as a source of information necessary for the practice of nurses; 2. daily practice as a form of learning; 3. experience as a source of improvement; 4. knowledge in handling as a source of reduction of complications; 5. length of stay in the ICU, maintenance and termination of treatment; 6. the experience of nurses regarding the use of the correct materials for the puncture of the ICU. It was found that the information regarding the ICU by nurses was not acquired at graduation, in view of the general education, which resulted in the search for the subject during professional experience, with the help of other professionals and who did it by demonstrating the procedure and consecutive care or presentation of protocols of the institution.

KEYWORDS: Nursing; Catheters; Knowledge; Health Evaluation; Health Planning.

INTRODUÇÃO

Os avanços tecnológicos no diagnóstico e tratamento das neoplasias são procedimentos que visam prolongar a vida dos pacientes, proporcionar qualidade e adaptação terapêutica (BRASIL, 2014). Contudo os riscos decorrentes da exposição prolongada dos agentes antineoplásicos podem ocorrer. As mais comuns são: fragilidade capilar e toxicidade dermatológica, tornando necessário um acesso vascular seguro e de longa permanência (GOMES; SELMA, 2014).

Entre os diversos tipos de cateteres venosos centrais, o mais utilizado em oncologia é Cateter Totalmente Implantado (CTI), e para que este promova a viabilidade do tratamento e evite prejuízos aos pacientes, os enfermeiros que atuam nessa área necessitam estar familiarizados e capacitados com o manuseio deste equipamento. (HOMO; LIMA, 2018). O CTI é um dispositivo fabricado em borracha

siliconada, cuja extremidade distal, se conecta a um reservatório punctionável e que permanece abaixo da pele do paciente. Ele é fixado no tecido subcutâneo da região torácica acima da superfície óssea. (PIRES; VASQUES, 2014).

O CTI possui inúmeras vantagens, entre elas; pouca restrição nas atividades diárias, menor risco de extravasamento dos medicamentos quimioterápicos, melhora do conforto, aumenta a mobilidade e ajuda na preservação das veias periféricas, além de possuir um índice baixo de infecção, o que o torna ideal para os tratamentos prolongados. (HOMO; LIMA, 2018).

Apesar de considerado uma via segura, ele necessita de cuidados em sua manutenção e no seu manuseio. Estes devem ser realizados de forma padronizada a fim de evitar complicações aos pacientes oncológicos, tendo em vista que já apresentam diminuição da imunidade devido aos tratamentos prolongados com quimioterápicos. (PIRES; VASQUES, 2014).

OBJETIVO

Conhecer a atuação dos enfermeiros no manuseio do cateter totalmente implantado nas instituições de oncologia.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa desenvolvida com 26 enfermeiros em duas instituições. Foram entrevistados 11 enfermeiros de uma instituição filantrópica e 15 enfermeiros de uma instituição privada que realizavam atendimentos nos pacientes oncológicos da região sul do Brasil, no período de setembro a novembro de 2016.

A instituição filantrópica é considerada referência na área pediátrica da região e atende não somente o Sistema Único de Saúde (SUS), mas também atende pacientes particulares e de convênios. Têm em seu corpo clínico diversas especialidades médicas e ampla área de atuação. Entre elas a cirurgia cardíaca incluindo a do recém-nascido, com especialidade na clínica oncológica.

Na instituição privada a pesquisa realizou-se em uma unidade de quimioterapia, escolhida por se tratar de ser uma referência no tratamento quimioterápico ambulatorial. Esta instituição atende pacientes com convênios, privados ou particulares e disponibiliza atendimento ambulatorial com uma equipe multiprofissional.

Nas duas instituições a punção, manutenção e manipulação do cateter totalmente implantado são realizadas somente por enfermeiros. E em ambas a instituição está previsto em protocolo. A pesquisa foi realizada com 15 enfermeiros que atendiam na instituição privada e 11 na instituição filantrópica, totalizando

os 26 enfermeiros que trabalhavam especificamente nos setores de oncologia e manipulavam o cateter totalmente implantado.

Para a obter-se os dados, utilizou-se um instrumento semi-estruturado, onde definiram-se 12 questões após a revisão de literatura. As 04 primeiras voltadas ao tempo de formação e experiência profissional, e as restantes ao conhecimento, prática e protocolos institucionais na realização deste procedimento.

Na pesquisa qualitativa, após transcrição da coleta de dados têm-se a disposição alguns programas de computador (*softwares*) para o processamento dos dados, sendo uma opção que auxilia na codificação e organização das informações fornecidas pelos participantes. Fato que facilita a organização dos segmentos de textos (ST) das entrevistas, pela agilidade destes programas, o que não exime a responsabilidade do pesquisador, na interpretação dos resultados, por meio da análise. (SOUZA, et al. 2018; LALHOU, 2016). O *software* escolhido nesta pesquisa utilizado no processamento dos dados, foi o *IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires)*, (CAMARGO; JUSTO, 2018) e para a análise utilizou-se os seis passos de uma proposta qualitativa, descritos a seguir: (CRESWELL, 2010)

1. Organizar e preparar os dados para a análise: realizou-se as transcrições das entrevistas;
2. Ler todos os dados: realizou-se leituras das transcrições, no intuito de entender as ideias principais dos participantes;
3. Iniciar uma análise detalhada pelo processo de codificação, apoiado pelo *software Iramuteq*. Os dados obtidos foram separados em grandes categorias, com a separação das palavras mais citadas nas entrevistas;
4. Usar o processo de codificação para descrever o cenário ou as pessoas e as categorias ou temas para análise, nessa etapa utilizou-se novas escutas com a disposição das palavras ressaltadas em cada classe, após as devidas divisões;
5. Informar como a descrição e os temas serão representados na narrativa qualitativa; a partir das classes dispostas, realizou-se a análise dos dados;
6. Extrair significado dos dados onde foi realizada a apresentação dos resultados da análise, com base na interpretação comparou-se com a literatura pesquisada.

Para a execução da pesquisa seguiu-se as normas da resolução nº 466/2012 (BRASIL, 2012) e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Dom Bosco, sob o parecer nº: 1.721.470. E, iniciada após a assinatura do Termo de consentimento Livre e Esclarecido, onde a garantia do sigilo ético foi preservada por meio da codificação, evitando a identificação nas falas dos participantes. As letras que formam os códigos são (N), seguidas do número que indicam a ordem da realização das entrevistas.

RESULTADOS

Após o processamento dos dados encontraram-se 06 classes, e em cada classe um rol de palavras provenientes da associação entre elas, realizou-se então a análise de cada classe, e cada palavra em seu meio de inserção nas entrevistas, apresentadas na Figura 1, a seguir.

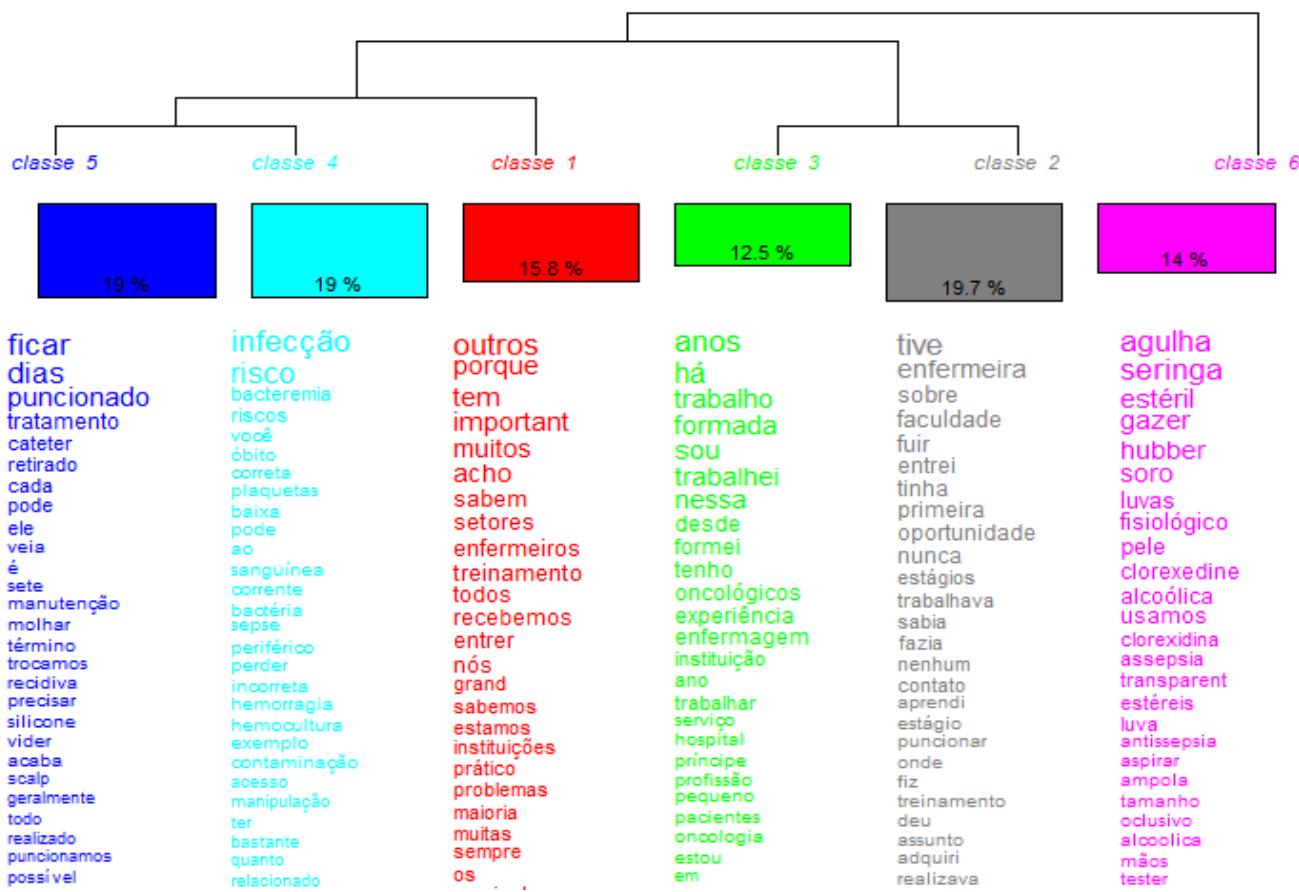


Figura 1. Dendograma das classes fornecido pelo software IRAMUTEQ. Curitiba (PR), Brasil, 2016.

Algumas palavras destacadas entre as classes abaixo, apesar de fornecidas pelo software não foram analisadas por não apresentarem relevância no contexto geral, por ser uma forma de expressão utilizada pelos participantes, durante suas falas.

Classe 1 - A capacitação como fonte de informação necessária para a prática do enfermeiro. Os enfermeiros percebem o treinamento como importante na capacitação profissional aos recém-formados, e aos habituados ao procedimento. O consideram, pela necessidade de atualização a técnicas no manuseio, e à materiais disponíveis, frente as inovações tecnológicas. Classificam a capacitação como forma de promoção de benefício e menor risco, entendendo o profissional capacitado, com mais segurança durante a realização do procedimento.

Algumas palavras se destacaram nessa análise, tais como: acho, importante e

treinamento, enfermeiros, setores, muitos.

Existe um protocolo, porém muitas vezes por não ser rotina em outros setores os enfermeiros não sabem como manipular corretamente eu acho assim que a educação continuada para esses enfermeiros é muito importante. (N14)

Alguns há menos tempo e alguns em cidades diferentes e sabemos que o ensino nas faculdades não é igual por isso o treinamento é importante para alinhar todos os conhecimentos e materiais para punção do cateter totalmente implantado. (N6)

A instituição tem um protocolo a ser seguido mais vejo muitos erros acontecerem talvez por falta de cuidado e também de conhecimento por isso a importância de um treinamento mais específico. (N16)

Destaca-se o envolvimento com a rotina no manuseio, ao considerarem que a existência do procedimento operacional padrão (POP), deve ser uma fonte para tirar dúvidas de maneira geral, e não descartam a importância e necessidade da periodicidade dos treinamentos vinculados a este procedimento.

Classe 2 - A prática diária como forma de aprendizado. Destaca-se nesta classe que a maioria, não teve contato prévio com o CTI na faculdade, ou campo de estágio por ser um procedimento complexo. Com isso a prática foi adquirida na atividade profissional diária, ou em sua chegada à instituição com ajuda de outros profissionais.

As palavras destacadas foram: tive, estágios, treinamentos, enfermeiro, faculdade, entrei, sobre oportunidade, puncionar, contato. Elas foram evidenciadas nas seguintes falas:

E tive estágios na área, mas não conheci o dispositivo nem tive a oportunidade de puncionar nenhum, o contato mesmo foi no dia a dia do trabalho e que aprendi a puncionar também. (N01)

A instituição não ofereceu treinamentos o enfermeiro que trabalhava na emergência na época que me ensinou a puncionar e manusear o cateter totalmente implantado na faculdade eu nunca tive contato com o cateter somente na instituição. (N7)

Mesmo demonstrando que sabem o que é o CTI e sua função, os enfermeiros tiveram a primeira experiência com este dispositivo na admissão nas instituições, nem todos tiveram treinamento específico, mas ajuda de outros enfermeiros. Destacaram-se palavras como; entrei, enfermeira, tive, faculdade, tinha.

Quando eu entrei na oncologia eu acompanhava a enfermeira nas punções ela realizava a punção e demonstrava como fazia até o momento em que eu tive segurança de realizar a punção e esse manuseio sozinha. (N16)

Na faculdade somente tínhamos conhecido a existência do dispositivo eu não tive contato com nenhuma punção e nenhum paciente que utilizasse este

dispositivo eu vim a conhecer nesta instituição e eu tive um treinamento teórico de como funciona. (N12)

Porque na faculdade vi bem pouco sobre o assunto e na prática no caso dos estágios nunca vi e antigamente quase não tinha treinamento sobre isso quando entrei na instituição a enfermeira responsável me acompanhou na minha primeira punção. (N20)

Na admissão no setor de oncologia, os enfermeiros sentiram-se despreparados quanto à punção do CTI, referenciando essa condição pelo pouco aprendizado na graduação e destacou-se como forma de capacitação a prática diária com o auxílio de outros profissionais.

Classe 3- Tempo de experiência profissional e o manuseio do cateter.

Representou-se nesta classe o reconhecimento de que a experiência é um processo, pelo qual se adquire o domínio de conhecimentos específicos, oriundos da formação profissional. Consideram que quanto maior sua experiência, maior habilidade e competência no desempenho de suas funções.

As palavras em destaque estavam vinculadas, aos anos de experiência e formação dos enfermeiros atuantes na área de oncologia. As que obtiveram maior frequência de associação, foram: anos, trabalho, formada, trabalhei, oncológicos, experiência, enfermagem, instituição, trabalhar, profissão, pacientes. Conforme relatos:

Eu tenho 15 anos de formada e que trabalho aqui no hospital, já passei pela parte assistencial e agora eu assumo a parte administrativa desde que me formei entrei na oncologia e obtive experiência somente nessa instituição. (N8)

Sou formada há 9 anos e entrei na instituição recente trabalhei em outro serviço de referência de oncologia por muito tempo em que tive bastante experiência com CTI, aqui trabalho na enfermaria oncológica onde temos bastante pacientes com cateter. (N12)

Tenho 32 anos, 11 de profissão e trabalho a 4 anos nessa instituição e há 4 anos co pacientes oncológicos. (N13)

Destacam-se frases em que o tempo de formação e a experiência diária, foram determinantes na capacitação do enfermeiro referente ao atendimento ao paciente oncológico, e cuidados com o CTI.

Classe 4 - O conhecimento no manuseio como fonte na redução das complicações. Um aspecto levantado nessa classe foi à compreensão pelos enfermeiros quanto ao risco de infecção que envolve o manuseio incorreto do CTI e de suas consequências.

Para avaliação dessa classe, as palavras selecionadas foram: infecção, risco, relacionado, bacteremia, bactéria, óbito, correta, sepse, incorreta, hemocultura, hemorragia, corrente sanguínea, contaminação, manipulação.

Algumas falas que evidenciaram que os enfermeiros sabem dos riscos e complicações para o paciente devido às condições em que estes pacientes encontram-se conforme segue:

O risco de contaminação é grande devido à complexidade dos pacientes oncológicos, o risco de infecção é grande já acompanhei punção que na hora o paciente tevereação devido a bacteremia. (N23)

O risco relacionado ao manuseio incorreto é infecção. (N15)

O risco do manuseio incorreto é infecção e obstrução por isso a importância de realizar a punção na técnica correta. (N18)

Caso não seja realizada antisepsia correta, o risco de contaminação. (N07)

Demonstra-se a compreensão de que a infecção é um fator importante dentro da oncologia, e que esta pode trazer sérios danos aos pacientes, devido sua condição imunológica.

Classe 5 – Conhecimento quanto ao tempo de troca do dispositivo para manutenção e tempo de permanência. Classe que representa o conhecimento do enfermeiro acerca da manutenção, mas diverge quanto ao tempo de permanência do CTI. As palavras analisadas frente ao tema destacaram-se durante as entrevistas: ficar, manutenção, dias, punctionado, retirado, tratamento, término, recidiva, cateter.

O cateter até pode ficar até 5 anos e o huber sete dias. (N11)

A cada sete dias temos que realizar a troca do curativo do dispositivo e da agulha e os pacientes que não estão mais internados tem que realizar uma manutenção do cateter de no máximo a cada três meses. (N1)

A permeabilidade do CTI é garantida por meio da realização dos cuidados tanto da punção como com a heparinização periódica.

E quando terminam o tratamento eles devem vir a cada 3 meses para fazer a manutenção e retirar a heparina da punção anterior. (N20)

O cateter tem uma vida útil de 2 mil punções a quantidade de anos varia para cada paciente a punção fica de 7 a 10 dias eu aprendi na teoria sobre o que é o cateter totalmente implantado. (N14)

A punção do cateter é trocada a cada 7 dias e o curativo também caso algumas exceções de molhar o curativo ele é trocado antes o cateter não tem um tempo determinado para ficar no paciente. (N17)

O cateter totalmente implantado pode ficar durante todo o tratamento geralmente é retirado somente dois anos depois do término do tratamento, mas se a situação complicar no meio período de tratamento e aumentar de 2 para 4. (N8)

Após o término do tratamento os médicos optam por deixar mais um tempo caso haja a recidiva da doença nesse tempo a criança vai para o ambulatório de hematologia e faz a manutenção a cada 3 meses onde é punctionada e retirado esse cateter. (N25)

Evidencia-se que alguns relatos partem do conhecimento prático, como forma de definição. Considerado a prática como fundamental, porém vinculado ao conhecimento científico proporcionado pela capacitação periódica.

Classe 6 – Utilização de material na rotina diária. Classe em que houve discussão dos enfermeiros quanto à utilização de material adequado na punção CTI e em sua manutenção, entre eles o uso de agulhas não cortante e específica para não danificar seu reservatório. Destacaram-se palavras; agulha hubber, seringa, gaze, agulhas. Os enfermeiros reconhecem que o melhor tipo de agulha a ser usada é do tipo hubber que foram evidenciadas nas seguintes falas:

Aqui usamos agulha hubber escolhemos a agulha de acordo com a criança, fazemos toda a técnica estéril e temos maior cuidado para não contaminar a técnica usamos luvas estéreis, gazes, seringas e agulhas e curativos para oclusão. (N04)

Utilizamos somente agulha hubber para poder durar mais o cateter, usamos também gazes, seringas, agulhas e curativo de filme transparente e na pele utilizamos clorexidine alcoólica 02%. (N01)

Demonstrado o conhecimento quanto ao material utilizado, por meio de relatos quanto à escolha do material, tanto na punção como na durabilidade do cateter. Estes são princípios ideais para a correta manutenção e durabilidade do cateter e como consequência a redução de riscos para o paciente.

DISCUSSÃO

Esta pesquisa demonstrou que nos setores oncológicos, o procedimento operacional padrão (POP) que descreve o passo a passo a ser seguido pelo profissional, fica disponível ao manuseio de todos. E tem como finalidade o esclarecimento de dúvidas, e a orientação na execução da ação a ser realizada para que se tenha o resultado esperado. Tudo vinculado a necessidade da garantia no cuidado de qualidade, tanto no manuseio do CTI, como no material adequado em sua utilização, para manter livre de dano o paciente e o profissional. Com desenvolvimento do POP, estabeleceu-se rotinas como forma de padronização na punção, heparinização e curativo vinculado ao CTI. (HOMO;LIMA, 2018, MACHADO et al, 2027, ZERATI et al, 2017).

O conhecimento sobre o CTI e seus cuidados deve ser iniciado na faculdade, e aprimorado na prática profissional, porém em sua maioria, os cursos de graduação não promovem em suas grades curriculares uma disciplina voltada especificamente sobre o tema oncologia e os dispositivos que envolvem o tratamento patológico. Fato que ocasiona a falta desse conhecimento, e especificamente voltado ao cerne desta pesquisa, o CTI e sua utilização. (MACHADO et al, 2027, ZERATI et al, 2017, OLIVEIRA; RODRIGUES, 2016, TENORIO; SILVA, 2015)

A falta de experiência dos enfermeiros referente à manipulação e cuidados durante a administração de quimioterápicos no CTI pode gerar erros, e provocar danos aos pacientes. Quanto mais conhecimento e experiência dos enfermeiros, em relação ao manuseio do CTI maior a segurança oferecida aos pacientes. (PINTO et al, 2015, SOUZA et al, 2013). O que leva esse profissional a buscar sua experiência na prática diária. Porém esse é um processo que representa o domínio de conhecimento específico, e que deve ser mediada por meio da capacitação. Quanto maior a experiência, e conhecimento maior a probabilidade na competência do exercício de sua função, e consequentemente o impacto no atendimento de qualidade a este paciente. (ZERATI et al, 2017, OLIVEIRA; RODRIGUES, 2016).

Porém, mesmo com toda a prática e legalmente habilitado, o enfermeiro deve possuir conhecimento técnico científico, para fundamentar e melhorar a qualidade do serviço prestado. (SOUZA et al, 2013, GOMES; SÁ, 2014). A falta dessa competência impacta em riscos, entre elas a infecção em cateter de longa permanência, e que constitui uma das principais complicações de grande morbidade, principalmente em pacientes na condição de imunossupressão pelos tratamentos quimioterápicos. (GOMES; SÁ, 2014).

Para essa prevenção é necessário que os enfermeiros adotem medidas diárias na punção e manutenção desses cateteres, com padronização e capacitação periódica, meta determinada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que visa a redução de erros e garantia de uma assistência de qualidade. (ORTOLANI; GASPARINI; TRALDI, 2013, ROSSANEIS, 2014). Uma equipe capacitada e experiente pode reduzir o número de complicações do procedimento, o que justifica o investimento em capacitação. Como exemplo temos o uso materiais não recomendados para punção, e ainda utilizados por algumas instituições, fato que pode gerar extravasamento ou liberação de pequenos fragmentos e que podem gerar sérios prejuízos a este paciente. (SOUZA et al, 2013, GARCEZ; EULÁLIO; VIEIRA, 2018).

CONCLUSÃO

Nota-se que muitos enfermeiros ao sair da graduação, possuem um conhecimento superficial em relação aos cuidados com cateter de longa permanência, e a busca sobre o tema inicia-se após vivência na atuação profissional. Quando admitidos para assumir a assistência aos pacientes em tratamentos oncológicos, alguns enfermeiros obtiveram ajuda de outros colegas por meio de demonstração, ou apresentação dos protocolos institucionais. Mas também detectado que outros não receberam treinamentos específicos nas instituições contratantes, onde a prática diária promoveu seu aperfeiçoamento.

Ressalta-se que um profissional capacitado, promove benefícios na execução de uma assistência efetiva e de qualidade, e evidenciou-se que apesar do conhecimento prático, muitos não possuem a devida capacitação profissional ou aperfeiçoamento. Constatou-se tal fato, pela ausência de uma padronização quanto aos procedimentos e tempo de permanência do CTI. Destaca-se, portanto, a necessidade da periodicidade e embasamento científico contínuo nas instituições, assim como atualizações frentes às diversas mudanças, e inovações tecnológicas aos tratamentos atualmente constatadas.

Nesta pesquisa alguns fatos destacaram-se como o uso pela maioria dos enfermeiros de materiais específicos na utilização do CTI, e de grande relevância, tendo em vista que o uso de materiais não específicos, podem danificar ou diminuir a vida útil desse dispositivo, além de outros prejuízos mais graves a saúde deste paciente. E o conhecimento da legalidade de sua atuação a este procedimento, o que evidencia o reconhecimento enquanto valorização profissional.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas em oncologia.** Brasília: Ministério da Saúde. 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_clinicos_diretrizes_terapeuticas_oncologia.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012.** Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. [internet] Brasília; 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html

Camargo BV, Justo AM. **Tutorial para uso do software análise textual IRAMUTEQ.** Universidade Federal de Santa Catarina [internet]. 2013[citado 2015 dez]. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>

Garcez BBD, Filho WMNE, Vieira SC. **Embolização para veia cava inferior de cateter totalmente implantável para quimioterapia.** J Vasc Bras. [Internet] 2018 Jan/Mar [citado 2018 Out]; 17(1):89-92. Disponível em: https://jvascbras.com.br/pdf/18-17-01/15_jvbDT20170077_PT.pdf

Gomes AR, Sá SPC. **Profile of patients and fully implanted central venous catheters of an oncology hospital.** Rev enferm UFPE on line. [Internet]. 2014 Jul [cited 2016 Dez 10]; 8(7): 1848-852. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/9857/10077>

Gomes ARS, Selma PC. **Profile of patients and fully implanted central venous catheters of an oncology hospital.** Rev. enferm UFPE on line [Internet]. 2014 Jul [cited 2017 Nov 10]; 8(7); 1848-52. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/9857/10076>

Homo RFB, Lima AFC. **Direct cost of maintenance of totally implanted central venous catheter patency.** Rev. Latino-Am. Enfermagem on line [Internet]. 2018 Jul [cited 2018 Dez 12]; 26:e3004. Available from: http://www.revenf.bvs.br/pdf/rlae/v26/pt_0104-1169-rlae-26-e3004.pdf

Lahlou S. **Text Mining Methods: An answer to Chartier and Meunier. Papers en social representations.** Peer Reviewed Online Journal [Internet]. 2012 [cited 2016 Feb 10]; 20(7); 38-9. Available from: http://www.psych.lse.ac.uk/psr/PSR2011/20_39.pdf

Machado LBL, Moura DA, Cunha LBC, Cunha KCS. **Characteristic of catheters and of children with oncohematological disease.** Cogitare enferm. [Internet]. 2017 Jan/mar [cited 2018 Set 10]; 22(1): 01-11. Available from: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/10/859576/48448-194248-1-pb.pdf>

Oliveira TF, Rodrigues MCS. **Nursing in the prevention of infection in totally implanted catheters of oncological patients.** Cogitare enferm. [Internet]. 2016 Abr/Jun [cited 2016 Dez 05]; 21(2):01-05. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45523/28556>

Ortolani L, Gasparino RC, Traldi MC. **Complicações associadas ao uso de cateter totalmente implantável em crianças e adolescentes.** Rev. Bras Cancerol. [Internet] 2013 [citado 2017 Maio]; 59(1); 51-6. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_59/v01/pdf/08-complicacoes-associadas-ao-uso-de-cateter-totalmente-implantavel.pdf

Pacheco GC, Beserra GES, Oselame GB, Neves EB. **Conhecimento do enfermeiro em relação ao cateter totalmente implantado.** UNOPAR Cient Cienc Biol. Saude [Internet]. 2014 [citado 2016 jul.10]; 16(3):181-4. Disponível em: <http://www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/JHealthSci/article/view/425/394>

Pires NN, Vasques CI. **Nurses' knowledge regarding the handling of the totally-implanted venous access device.** Texto Contexto enferm. on line [Internet]. 2014 Abr-Jun [cited 2017 Nov 01]; 23(2); 443-50. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt_0104-0707-tce-23-02-00443.pdf

Pinto AH, Lange C, Muniz RM, Azevedo NA, Genz N, Almeida NLD. **Catheter fully implanted and awareness of the oncologic nursing team.** Rev enferm UFPE on line. [Internet]. 2015 Nov [cited 2017 Jul 20]; 9(11):9663-670. Available: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10754/11875>

Souza MAR, Wall ML, Thuler ACMC, Lowen IMV, Peres AM. **The use of IRAMUTEQ software for data analysis in qualitative research.** Rev Esc Enferm USP. 2018;52:e03353. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017015003353>

Souza GS de, Rocha PRS, Reis, PED dos, Vasques CI. **Manuseio do cateter venoso central de longa permanência em pacientes com câncer.** Rev. enferm Cent.-Oeste Min. [Internet] 2013 [citado 2016 Abr]; 3(1); 577-86. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/340/389>

Rossaneis MA, Gabriel CS, Haddad MCFL, Melo MRAC, Bernardes A. **Quality indicators used in the nursing services of teaching hospitals.** Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2014 out/dez [cited 2017 Dez]; 16(4):769-76. Available from: <https://www.fen.ufg.br/revista/v16/n4/pdf/v16n4a09.pdf>

Tenorio VB, Comassetto I, Silva FM. **Related complications with the use of fully implanted central venous catheter in patients with oncological treatment.** Rev enferm UFPE on line. [Internet]. 2015 Jun [cited 2016 Dez]; 9(Supl.5): 8388-894. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10604/11577>

Zerati A E, Wolosker N, de Luccia N, Puech-Leão P. **Cateteres venosos totalmente implantáveis: histórico, técnica de implante e complicações.** J vasc. bras. [internet]. 2017 [citado 2017 jul.04]; 16(2): 128-39. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=245052148008>.

RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA ACADÊMICA DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

Data de aceite: 26/11/2019

Fernanda dos Santos Tobin

Enfermeira Residente no Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados – HU/UFGD
Dourados – MS

Aniandra Karol Gonçalves Sgarbi

Enfermeira da Atenção Básica; Professora Mestre e Orientadora do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul.
Dourados-MS

Rafael Henrique Silva

Enfermeiro do Centro Cirúrgico do Hospital Universitário de Dourados/MS; Professor do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul e da Residência Multiprofissional em Saúde do HU/UFGD
Dourados-MS

Amanda Lívia Coelho Assis

Enfermeira do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados – HU/UFGD
Dourados-MS.

Vânia Neves

Enfermeira do Centro Cirúrgico do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados – HU/UFGD
Dourados/MS

RESUMO: O Centro Cirúrgico (CC) constitui uma das unidades mais complexas do ambiente hospitalar, apresenta-se como uma unidade que comprehende a realização de procedimentos anestésicos cirúrgicos, de caráter emergencial e eletivo. O enfermeiro assume grande responsabilidade na produção de cuidados de saúde dentro deste setor, desde o papel assistencial quanto gerencial. Este trabalho tem como objetivo relatar a experiência, sensações e expectativas de uma acadêmica de enfermagem durante o estágio supervisionado no setor de Centro Cirúrgico, Centro de Material Esterilização e Sala de Recuperação pós-anestésica de um Hospital Universitário do interior de Mato Grosso do Sul. Trata-se de um estudo descritivo e reflexivo, do tipo relato de experiência, realizado durante o estágio supervisionado no 9º semestre do curso de enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS), no setor de Centro Cirúrgico, Centro de Material Esterilização e Sala de Recuperação Pós-Anestésico, no período de março de 2017 a julho de 2017. No período de vivência, foi possível realizar as atividades de competência dos enfermeiros do setor, como assistência direta ao paciente e atividades de rotina da unidade. Foi possível perceber a importância da presença do enfermeiro no

setor de centro cirúrgico, onde o mesmo atua como líder da equipe de enfermagem, gerenciador de problemas e pessoas, bem como de materiais e ainda no cuidado direto com o paciente, visando a sua segurança e uma assistência de excelência.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem, Centro Cirúrgico, Assistência

EXPERIENCE REPORT OF A NURSING ACADEMIC IN A SURGICAL CENTER

ABSTRACT: The Surgical Center (CC) is one of the most complex units in the hospital environment. It is presented as a unit that includes emergency and elective surgical anesthetic procedures. The nurse assumes great responsibility in the production of health care within this sector, from the assistential as managerial role. This paper aims to report the experience, sensations and expectations of a nursing student during the supervised internship in the Surgical Center, Sterilization Material Center and Post Anesthetic Recovery Room of a University Hospital in the interior of Mato Grosso do Sul. This is a descriptive and reflective experience report study conducted during the supervised internship in the 9th semester of the nursing course of the State University of Mato Grosso do Sul (UEMS), in the Surgical Center, Sterilization Material Center sector. and Post-Anesthetic Recovery Room, from March 2017 to July 2017. During the experience, it was possible to perform the competence activities of nurses in the sector, such as direct patient care and routine activities of the unit. It was possible to realize the importance of the presence of the nurse in the operating room sector, where he acts as leader of the nursing team, problem manager and people, as well as materials and also in direct care with the patient, aiming at their safety and an assistance of excellence.

KEYWORDS: Nursing, Operating Room, Assistance

1 | INTRODUÇÃO

O Centro Cirúrgico (CC) constitui uma das unidades mais complexas do ambiente hospitalar por conta de suas características e particularidades. Possui um conjunto de áreas e instalações que asseguram as melhores condições de segurança para o paciente na efetuação da cirurgia (SANTOS, RENNÓ, 2013). O CC apresenta-se como uma unidade que comprehende a realização de procedimentos anestésicos cirúrgicos, de caráter emergencial e eletivo, desta forma este ambiente requer uma equipe multiprofissional habilitada que atenda todas as necessidades de saúde do paciente (MARTINS, 2013).

Para este último autor supracitado, o enfermeiro assume grande responsabilidade na produção de cuidados de saúde dentro deste setor, em relação à dimensão gerencial o enfermeiro tem como objetivo a organização do trabalho e dos recursos humanos em enfermagem, criando condições adequadas de cuidados aos usuários

garantindo a qualidade da assistência, para tanto é necessário que o enfermeiro possua conhecimento da organização, estrutura e processos desenvolvidos na unidade. O gerenciamento em enfermagem abarca um dos pilares de sustentação para uma assistência correspondente com a qualidade solicitada nos serviços de saúde.

Além do gerenciamento, o enfermeiro é o profissional que atua no período transoperatório levantando os dados do paciente, desenvolvendo e implementando um plano de cuidados de enfermagem, avaliando os cuidados realizados no paciente e atuando diretamente na assistência prestada, desta forma o enfermeiro ocupa tanto a posição de coordenador quanto de enfermeiro assistencial (FREITAS et al., 2011).

No período pós-operatório o enfermeiro atua na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA), definida como o local onde o paciente permanece após ser submetido ao procedimento cirúrgico anestésico, sob os cuidados e observação da equipe de enfermagem, até que tenha estabilizado os sinais vitais, recuperado a consciência e para que haja prevenção das intercorrências do período pós-anestésico (NUNES, MATOS, MATTIA, 2014).

Este profissional pode também atuar no Centro de Material e Esterilização (CME), que segundo Gil (2012), caracteriza-se como uma unidade de apoio aos serviços assistências do hospital, tendo este setor responsabilidade pelo processamento dos materiais médico-hospitalares, desde limpeza, seleção quanto a integridade e funcionalidade e o acondicionamento em embalagens adequadas, como também a distribuição desses artigos aossetores consumidores, garantindo quantidade e qualidade para a realização dos procedimentos.

2 | OBJETIVO

- Relatar a experiência, sensações e expectativas de uma acadêmica de enfermagem durante o estágio supervisionado no setor de Centro Cirúrgico, Centro de Material Esterilização e Sala de Recuperação pós-anestésica de um Hospital Universitário do interior de Mato Grosso do Sul.

3 | METODOLOGIA

O presente trabalho constitui um estudo descritivo e reflexivo, do tipo relato de experiência, realizado durante o estágio supervisionado no 9º semestre do curso de enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS), no setor de Centro Cirúrgico, Centro de Material Esterilização e Sala de Recuperação Pós-Anestésico, no período de março de 2017 a julho de 2017. Este estágio é realizado

individualmente no Hospital Universitário de Dourados/MS, com carga horária de 490 horas, em que o acadêmico deve realizar a prática da assistência sistematizada de enfermagem e funções administrativas e de gerência do cuidado de enfermagem, sendo orientado pelo professor responsável e supervisionado pelos enfermeiros atuantes no setor.

O CC da unidade hospitalar em questão possui quatro salas cirúrgicas, um CME e uma SRPA em que ocorrem em média 10 procedimentos por dia. A demanda de cirurgias possui caráter de baixa, média e alta complexidade com atendimento a procedimentos eletivos e de urgência.

4 | RESULTADOS

No período de vivência, foi possível realizar as atividades de competência dos enfermeiros do setor, como assistência direta ao paciente e atividades de rotina da unidade. Inicialmente, a acadêmica de enfermagem observou, conheceu e acompanhou as rotinas da equipe de enfermagem junto à sala de cirurgia, SRPA e CME, sequencialmente começou-se a realizar a prática das atividades conforme a rotina do setor e demanda de cirurgias.

Dentre as atividades assistenciais e gerenciais, destacaram-se: recepção do paciente, verificação de sinais vitais, verificação de exames, relatório de enfermagem, administração de medicamentos, realização de acessos venosos periféricos, aplicação do Índice de Aldrete eKroulik, encaminhamento do paciente a sala de cirurgia, monitorização do paciente em mesa operatória, circulação de sala operatória junto a equipe de enfermagem, confecção de relatório de enfermagem e preenchimento dos impressos, verificação de estoque e pedido de materiais do CC e CME, checagem de materiais no CME, montagem de mesa operatória, confecção de procedimentos operacionais padrão, montagem de *checklist* de mapa de cirurgias, entre outros.

Na sala de cirurgia foi possível observar que o enfermeiro presta assistência direta ao paciente, auxiliando toda a equipe multiprofissional durante o ato cirúrgico visando a segurança do paciente, além de portar-se como líder da equipe de enfermagem realizando intervenções quando necessárias e resolvendo problemas inerentes aos procedimentos realizados e rotinas do setor. Segundo Bohomol e Tartal (2013), a assistência de enfermagem no centro cirúrgico é realizada por enfermeiros, técnicos e auxiliares, sendo estes supervisionados pelo enfermeiro, que deve orientar sempre a equipe quanto aos procedimentos, riscos e prevenções.

Durante o pós-operatório o paciente deve permanecer pelo menos uma hora na SRPA, neste local o enfermeiro recebe informações referentes ao seu transoperatório, tal como foi realizado o procedimento, medicações utilizadas

durante o ato anestésico, bem como o tipo de anestesia, intercorrências, localização de curativos, drenos e sondas. Para Razera e Braga (2011), a comunicação é uma habilidade fundamental entre a equipe de enfermagem, pois possibilita um cuidado consciente, com o fornecimento de informações para a intervenção básica no planejamento do cuidado do paciente.

No período em que o usuário fica na SRPA, é feito o Índice de Aldrete e Kroulik, que, de acordo com Couto et al. (2012), este foi criado e validado em 1970, sendo submetido em 1995 a uma revisão, sendo utilizado como avaliação e evolução do paciente no período pós-anestésico. Baseia-se na análise da atividade muscular, respiração, circulação, consciência e saturação de oxigênio, cuja pontuação varia de 0 a 2 pontos em cada parâmetro, recebendo alta com 10 pontos na primeira hora.

Já na CME, o enfermeiro realiza funções para o suprimento de materiais, tanto para o CC quanto para os outros setores do hospital, desta forma além de gerenciar a equipe e os materiais, o mesmo deve ter conhecimento da assistência para o preparo dos materiais. Gil (2012) relata que o trabalho do enfermeiro no CME deve ser considerado um cuidado, pois é uma unidade de extrema especificidade em que o mesmo deve atuar como supervisor e orientador da equipe, ainda que o trabalho neste setor seja sobre carregado, repetitivo e por vezes até monótono.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente a essa vivência, é possível perceber a importância da presença do enfermeiro no setor de centro cirúrgico, recuperação pós-anestésica e central de materiais, em que este atua como líder da equipe de enfermagem, gerenciador de problemas e pessoas, bem como de materiais e ainda no cuidado direto com o paciente, visando a sua segurança e uma assistência de excelência.

Atuar em um setor complexo e que exige maiores responsabilidades como o CC, fez em um primeiro momento aflorar sentimentos de medo, insegurança e ansiedade gerando uma maior exigência em relação aos estudos, postura e conhecimentos.

Contudo, realizar o estágio supervisionado no CC fez com que, mesmo em pouco tempo, houvesse um crescimento na prática e tomada de decisões, não ter um professor disponível a qualquer momento para prestar auxílio como acontecia nos anos anteriores, fez com que muitos medos e ansiedades fossem sanados. Neste momento, podemos desenvolver práticas sem serem assistidas pelo professor, tomar decisões, descobrir e construir a nossa própria prática profissional.

Logo, as experiências vivenciadas ajudarão muito no processo de formação da acadêmica como futura enfermeira, pois com a possibilidade de desempenhar funções de enfermagem no setor, há um crescimento profissional e também pessoal

como futura líder de uma equipe, levando o que foi apreendido para a jornada profissional.

REFERÊNCIAS

- BOHOMOL, E.; TARTAL, J.A.; **Eventos adversos em pacientes cirúrgicos: conhecimento dos profissionais de enfermagem.** *Acta Paulista de Enfermagem*. 2013, v.23, n.4, p.376-381.
- COUTO, A.T; **Temperatura corporal, Índice Aldrete e Kroulik e alta do paciente da Unidade de Recuperação Pós-Anestésica.** Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2012, v.46, n. 4, p. 872-876.
- FREITAS, N.Q. **O papel do enfermeiro no centro cirúrgico na perspectiva de acadêmica de enfermagem.** Revista Contexto & Saúde. Editora UNIJUÍ. 2011, v.10, n.20, p. 1133-1136.
- GIL, R.F. **Atividades do enfermeiro de Centro de Material e Esterilização em Instituições Hospitalares.** 2012. 156f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.
- MARTINS, F.Z. **Atividades gerenciais do enfermeiro em centro cirúrgico.** Dissertação de mestrado – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, 2013.
- NUNES, F.C.; MATOS, S.S.; MATTIA, A.L.; **Análise das complicações em pacientes no período de recuperação anestésica.** Revista SOBECC, São Paulo. 2014, v.19, n.3, p. 129-135.
- RAZERA, A.P.R.; BRAGA, E.M. **A importância da comunicação durante o período de recuperação pós-operatória.** Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2011, v.42, n.3, p. 632-637.
- SANTOS, M.C.; RENNÓ, C.S.N. **Indicadores de qualidade da assistência de enfermagem em centro cirúrgico: revisão integrativa da literatura.** Revista de Administração em Saúde - CQH. 2013, v.15, n. 58.

TERAPIAS ALTERNATIVAS À TRANSFUSÃO SANGUÍNEA: UMA ANÁLISE SOBRE OS PRINCIPAIS MÉTODOS ALTERNATIVOS, SEUS CUIDADOS E A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Data de aceite: 26/11/2019

Scarlet Silva Nunes

Universidade do Grande Rio - UNIGRANRIO
Nova Iguaçu – RJ

Aline de Jesus Campobell Silva Marinho

Universidade do Grande Rio - UNIGRANRIO
Nova Iguaçu – RJ

Thayanne Louzada Sobral

Universidade do Grande Rio - UNIGRANRIO
Nova Iguaçu – RJ

Taisa Diva Gomes Felipe

Universidade Federal Fluminense - UFF
Niterói – RJ

Vitória Souza Dias

Centro Universitário UNIABEU
Belford Roxo - RJ

PALAVRAS-CHAVES: Enfermagem, Terapias, Transfusões sanguíneas

ALTERNATIVE BLOOD TRANSFUSION THERAPIES: AN ANALYSIS OF THE MAIN ALTERNATIVE METHODS, THEIR CARE AND THE IMPORTANCE OF NURSING CARE

1 | INTRODUÇÃO

A hemoterapia hoje se constitui em uma das alternativas terapêuticas mais efetivas no tratamento de determinadas patologias e na reposição de hemocomponentes e hemoderivados essenciais à manutenção da vida (SILVA, SOMAVILLA, 2010). No entanto esta prática exige uma avaliação criteriosa sobre a real necessidade de aplicação devido aos fortes impactos que poderão acometer a saúde do paciente. Além do uso eficiente do sangue, evitando uma sobrecarga nos serviços de banco de sangue.¹ Tal fato nos fez questionar sobre a existência de métodos alternativos à transfusão sanguínea que envolva menos riscos ao paciente e que poderiam ser utilizados em determinadas situações, a fim de diminuir consideravelmente o número de infusões desnecessárias de hemocomponentes e hemoderivados, levando conforto e segurança na assistência do paciente (SILVA, SOMAVILLA, 2010).

2 | OBJETIVO

Identificar quais os métodos alternativos substitutivos à transfusão sanguínea e os

cuidados necessários para tais procedimentos.

3 | MÉTODO

Pesquisa bibliográfica, revisão da literatura científica (MINAYO, 2010)

4 | ANALISE DOS RESULTADOS

As terapias alternativas a transfusão sanguínea têm como características, baixo custo, deste modo, poderão ser introduzidas nos cenários onde ocorrem as transfusões sanguíneas, tais terapias, garantem uma assistência eficaz, além de dar o direito de escolha aos pacientes, garantindo aos mesmos o respeito em relação a escolha de um tratamento sem riscos à sua saúde.

5 | CONCLUSÃO

É de suma importância que os profissionais de enfermagem tenham conhecimento sobre terapias seguras substitutivas a transfusões sanguíneas e seus cuidados. Pois estes estão diretamente ligados à assistência e devem garantir um cuidado integral ao paciente e respeitando suas escolhas de tratamento pertinentes a sua própria saúde. Os profissionais de enfermagem devem estar habilitados a executar de forma segura os métodos alternativos a transfusão sanguínea, diante de uma realidade onde o contato com tais terapias são poucos divulgadas.

REFERÊNCIAS

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. (Coleção temas sociais).

SILVA, L. A. A.; SOMAVILLA, M. B. **Conhecimentos da equipe de enfermagem sobre terapia transfusional**. Cogitare Enfermagem, Paraná, v. 15, n. 2, p. 327-33, abr./jun., 2010. Acesso em: 05 de abril de 2016.

A MORTALIDADE POR TRANSTORNOS MENTAIS COMPORTAMENTAIS DE MÚLTIPLAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Data de aceite: 26/11/2019

Mitieli Vizcaychipi Disconzi
Alisia Helena Weis
Cintia Nasi
Adriana Aparecida Paz
Graciele Linch

RESUMO: Objetivo: investigar a série histórica da mortalidade por transtornos do uso de substâncias psicoativas estadual e municipal. Métodos: estudo histórico, realizado em formulário próprio com coleta de dados em setembro de 2015. Utilizou-se os dados disponíveis no Sistema de Informação sobre Mortalidade considerando a Categoria de Transtornos mentais comportamentais de múltiplas drogas e outras substâncias psicoativas da Classificação Internacional de Doenças. As variáveis selecionadas foram: mortalidade total, mortalidade por sexo e faixa etária. Resultados: no município de Porto Alegre o número de óbitos aumentou nos últimos anos, assim como no Rio Grande do Sul. Houve predomínio do sexo masculino e da faixa etária 30 e 59 anos, tanto no município como na Unidade Federativa. Conclusões: foi possível identificar situações vulneráveis de possível atuação do enfermeiro no desenvolvimento

de programas educacionais, com enfoque na promoção e prevenção da saúde, em vista da precocidade da mortalidade.

PALAVRAS-CHAVE: Mortalidade; Transtornos relacionados ao uso de substâncias; Epidemiologia.

MORTALITY CAUSED BY MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS DUE TO MULTIPLE PSYCHOACTIVE SUBSTANCES

ABSTRACT: Objective: in this paper, we aim to research the historical series of mortality caused by the use of psychoactive substances in state and city. Methods: historical study in the appropriate form with data collection in September 2015. We used data available in Brazilian information system about mortality, considering the category Mental and behavioral disorders due to multiple drug use and use of other psychoactive substances, from International Classification of Diseases. Variables selected were: total mortality rate, mortality by sex and age. Results: in Porto Alegre City, the rate of deaths increased in the last few years, as well as in RS. There were a predominance of male sex, and the age between 30 and 59, in both. Conclusions: we could identify vulnerable situations for possible action

of nurses in the development of educational programs for promotion and prevention of health, considering the precocity of mortality.

KEYWORDS: Mortality; Substance-related disorders; Epidemiology.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) salienta que droga é toda a substância que, introduzida no organismo vivo, modifica uma ou mais das suas funções, independentemente de ser lícita ou ilícita. Nas últimas décadas, o crescimento do consumo abusivo de drogas constituiu, na sociedade, um sério problema que requer integralidade nas ações das políticas públicas para minimizar as consequências de possíveis agravos à saúde.¹

As alterações decorrentes do consumo de substâncias psicoativas são, na grande maioria dos casos reversíveis, apesar do processo de recuperação ser demorado, o que possibilita recaídas e retornos aos comportamentos de consumo.² Essa problemática associada a recaídas e baixa adesão aos tratamentos tanto pelo usuário quanto pela família reserva inúmeros desafios para equipe de saúde, dentre essa enfermagem, que planeja um tratamento com intervenções qualificadas.

Tem-se observado que o abuso de crack está mais relacionado ao envolvimento com criminalidade, um maior índice de abandono, mortes precoces por causa violenta, situação de rua, maior ocorrência de troca de sexo por drogas e incremento no desenvolvimento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST). As consequências sociais e econômicas do abuso e da dependência de álcool, tabaco e outras drogas alcançaram tamanha magnitude que há tempos se investe, tanto na esfera pública quanto privada, na prevenção e no tratamento da dependência química.³

O uso, abuso e dependência de álcool, crack e outras drogas tem sido alvo de diversas políticas públicas brasileiras, demandando a criação de ações e serviços organizados, articulados e resolutivos frente a esta problemática, especialmente do Sistema Único de Saúde (SUS). Devido ao caráter multifatorial dos problemas relacionados ao uso de substâncias há a necessidade de uma diversidade de intervenções e a articulação dos serviços em redes de atenção, para dar conta das necessidades dos usuários.⁴

Atualmente vem surgindo novos desafios no cuidado de enfermagem, especialmente, no modo como certos temas são habitualmente abordados, especialmente no campo da educação em saúde. Isto porque os objetos sobre os quais os profissionais da enfermagem intervêm apresentam-se complexos, exigindo-se esforço para evitar simplificações reducionistas. Este é o caso da temática álcool

e outras drogas, a qual requer que no cuidado de enfermagem sejam levadas em consideração o atendimento das necessidades biológicas, cognitivas, educativas, emocionais e os sentimentos dos sujeitos com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas.⁵

Diante do exposto, surgiram alguns questionamentos quanto aos índices de mortalidade pelo uso de substâncias psicoativas. Assim, para responder esses questionamentos, esse estudo tem o objetivo de investigar a série histórica da mortalidade por transtornos do uso de substâncias psicoativas nos níveis estadual e municipal.

MATERIAIS E MÉTODOS

O delineamento é do tipo série histórica, utilizou-se o banco de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), pelo banco de dados demográficos do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)⁶, do Ministério da Saúde (MS) por meio de números absolutos de óbitos por residência na Categoria da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) no capítulo de Transtorno Mentais e Comportamentais (F), especificamente de Transtornos mentais comportamentais de múltiplas drogas e outras substâncias psicoativas (F19) no Estado do Rio Grande do Sul e município Porto Alegre. As variáveis selecionadas no banco de dados foram: mortalidade total, por sexo e faixa etária no Estado do Rio Grande do Sul e município de Porto Alegre, no período de 2009 e 2013.

A coleta de dados ocorreu no mês de setembro de 2015. Os dados secundários foram organizados em uma planilha em *Excel Microsoft* a qual foi composta por todas as variáveis descritas acima. A partir dessa planilha foi possível proceder a análise dos dados utilizando frequência absoluta e relativa, por fim realizados gráficos e tabelas para a apresentação dos resultados. Os critérios éticos foram respeitados em consonância com a Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde⁷ não havendo identificação dos casos de óbitos por transtornos mentais comportamentais de múltiplas drogas e outras substâncias psicoativas.

RESULTADOS

Os dados serão apresentados por figuras e tabelas para ilustrar os óbitos no período de 2009 a 2013.

A Figura 1 apresenta o número absoluto de óbitos por Transtornos mentais comportamentais de múltiplas drogas e outras substâncias psicoativas no Rio Grande do Sul e Porto Alegre no período de 2009 a 2013. Salienta-se que no

município de Porto Alegre o número de óbitos aumentou nos últimos anos. No ano de 2009, tiveram dois óbitos no município e em 2013, doze óbitos. No Rio Grande do Sul, ocorreu uma elevação no número de óbitos do ano de 2009 para o ano de 2010. Nos demais anos, o número apresentou apenas variações de um óbito.

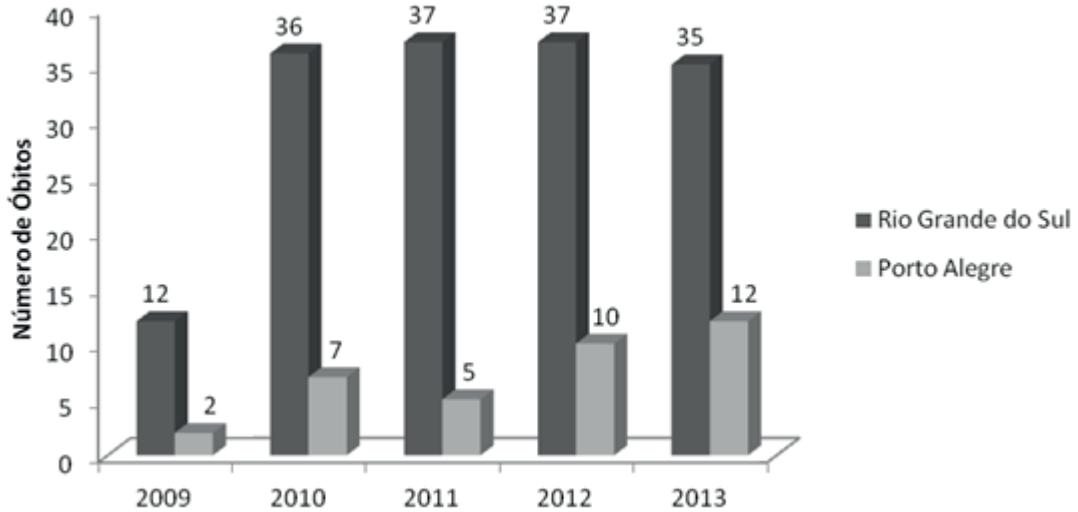


Figura 1 – Número de óbitos por transtornos mentais comportamentais de múltiplas drogas e outras substâncias psicoativas no Rio Grande do Sul e Porto Alegre, no período de 2009 a 2013.

Fonte: SIM/DATASUS/MS (2015)

Em relação ao sexo, observa-se na Figura 2 que tanto o Estado do Rio Grande do Sul como o município de Porto Alegre, seguem a mesma tendência. Houve predomínio do sexo masculino na proporção de óbitos por transtornos mentais e comportamentais de múltiplas drogas e outras substâncias psicoativas.

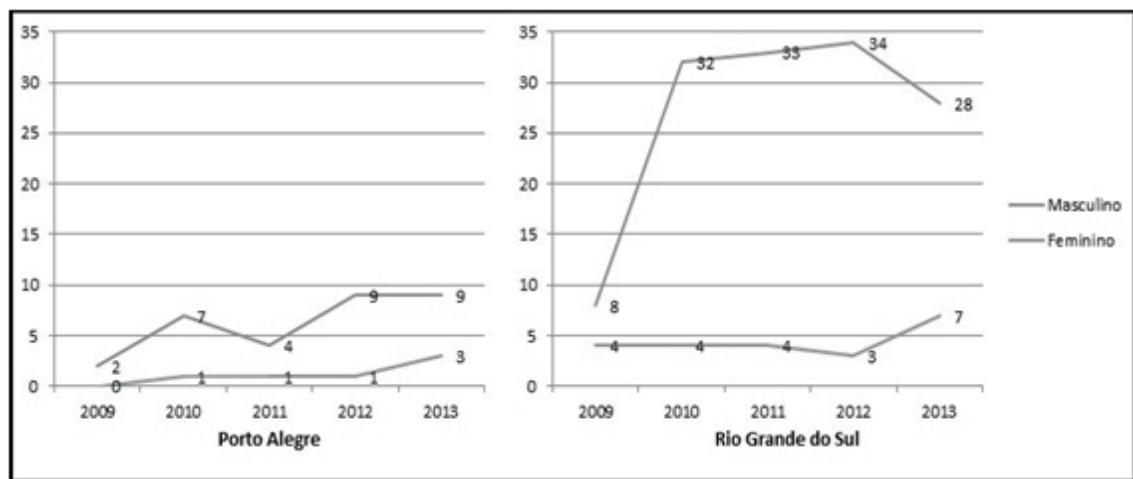


Figura 2 - Proporção de óbitos por transtornos mentais comportamentais de múltiplas drogas e outras substâncias psicoativas de acordo com sexo, no período o período de 2009 a 2013 em Porto Alegre e Rio Grande do Sul.

Fonte: SIM/DATASUS/MS (2015)

Conforme a Tabela 1, no Estado do Rio Grande do Sul, a faixa etária entre os 30 e 59 anos foi a que apresentou um maior número de óbitos. No entanto, observa-se que na faixa etária dos 15 aos 29 anos, no ano de 2010 e 2011 o número de óbitos aumentou, apresentando 11 óbitos em 2010 e 13 óbitos em 2011, diminuindo nos últimos anos. Entre 60 a 74 anos o número manteve-se entre dois óbitos em 2011 e 2012, reduzindo o resultado no ano de 2013.

Ano	5-14 anos N (%)	15-29 anos N (%)	30-59 anos N (%)	60-74 anos N (%)
2009	-*	3 (27,3)	8 (72,7)	-*
2010	-*	11 (31,4)	24 (68,6)	-*
2011	-*	13 (35,1)	22 (59,5)	2 (5,4)
2012	-*	8 (21,6)	27 (73,0)	2 (5,4)
2013	-*	7 (20,0)	27 (77,1)	1 (2,9)

Tabela 1 – Mortalidade específica por F19 no Rio Grande do Sul na faixa etária de 05 a 74 anos no período de 2009 a 2013

Fonte: SIM/DATASUS/MS (2015)

NOTA: * Dado igual a zero, não resultante de arredondamento

Considerando o município de Porto Alegre, na Tabela 2, a distribuição de óbitos por faixa etária no período de 2009 a 2013 foi maior entre 30 e 59 anos, refletindo o resultado de todo o Estado do Rio Grande do Sul. Entre os 15 aos 29 anos e os 60 aos 74 anos o número de óbitos observado é menor.

Ano	5-14 anos N (%)	15-29 anos N (%)	30-59 anos N (%)	60-74 anos N (%)
2009	-*	-*	2 (100,0)	-*
2010	-*	2(28,0)	5 (72,0)	-*
2011	-*	2(40,0)	3 (60,0)	-*
2012	-*	2(20,0)	7 (70,0)	1 (10,0)
2013	-*	2(16,0)	9 (75,0)	1 (9,0)

Tabela 2 – Distribuição de óbitos por F19 em Porto Alegre na faixa etária de 5 – 74 anos no período de 2009 a 2013

Fonte: SIM/DATASUS/MS (2015)

NOTA: * Dado igual a zero, não resultante de arredondamento

DISCUSSÃO

O uso e abuso de substâncias psicoativas tem sido considerado um problema, na medida em que afeta toda a sociedade e vem percorrendo proporções cada vez mais alarmantes. As literaturas atuais mostram que há associações entre o

uso de substâncias psicoativas e a violência propiciando os óbitos. A maior parte das pesquisas sobre óbitos por Transtornos por Uso de Substâncias (TUS) são evidenciados pelo uso da bebida de álcool. Em pesquisa realizada em uma unidade de reabilitação de um hospital psiquiátrico com o objetivo de caracterizar o perfil sócio demográfico e clínico de dependentes químicos em tratamento, foram analisados 350 prontuários referentes ao ano de 2010. A média de idade do primeiro consumo de drogas ocorreu antes dos 18 anos, sendo que 54,9% eram dependentes de álcool e 43,7% de crack; 79,6% utilizavam mais de uma substância; 99,4% faziam uso diário; 13% apresentavam algum tipo de comorbidade psiquiátrica e 30,1%, comorbidades clínicas; 69% tinham familiares envolvidos com drogas e, desses, 48,3% eram pais, com destaque para o álcool em 86% dos casos. Observa-se nesse estudo que a dependência química atinge diversas idades, iniciando precocemente na adolescência, e ocasiona significativas alterações no âmbito biológico, familiar, social e ocupacional.⁸

O consumo de álcool é um problema de saúde pública complexo, que afeta várias dimensões da vida dos indivíduos em comunidade. O uso nocivo de álcool é um importante fator de risco para diversas doenças, e as consequências desse uso são evidentes nas esferas social e econômica do sistema, devido aos altos índices de morbimortalidade que causam incapacidades.⁹

Entretanto, o uso de álcool é maior por pessoas na idade dos 30 aos 59 anos, está associado à morte do que o uso de todas as demais substâncias psicoativas. Em um estudo com objetivo de avaliar o perfil dos usuários com dependência química atendidos em instituições especializadas na Paraíba, observou que a relação de faixa etária dos usuários com dependência química está entre 41 e 50 anos, sendo esta idade a faixa com maior frequência (25%) e quase a metade (aproximadamente 48%) dos dependentes têm entre 30 e 50 anos. Os usuários com mais de 35 anos (58,3%) eram dependentes de álcool, enquanto que os mais novos eram dependentes de múltiplas drogas, incluindo maconha e crack, e, eventualmente, álcool.¹⁰

Um levantamento domiciliar realizado em 108 cidades brasileiras com mais de 200 mil habitantes em 2005 a fim de avaliar as situações de violência domiciliar ocorridas com agressores sob efeito do álcool, identificou como mais frequentes: agressão verbal (bronca/discussão 81,8% e escândalo 70,9%), seguidos de ameaças ao quebrar objetos do domicílio (38,7%), de agressão física (39,5%) e de agressão com uso de objetos (27,9%). A grande maioria dos agressores era do sexo masculino. Os autores, explicam que a população masculina é a mais atingida pelo problema da dependência de droga.¹¹ Estudos nacionais sobre o consumo abusivo de álcool e outras drogas descrevem a predominância do sexo masculino.¹² Um outro estudo realizado em uma amostragem de 1.445 homens e mulheres com

união estável, constatou-se que os episódios de violência praticados pelos homens, ocorreram em 38% meio às crises alcoólicas, e em mulheres nos 9,2% dos casos.¹³ Em outro estudo realizado em um CAPSad na cidade de São Paulo, em que foram entrevistados 128 usuários a maioria dos entrevistados era do sexo masculino, 85,2%, (109 sujeitos).¹⁴

O relatório de 2014 do Escritório das Nações Unidas Contra Drogas e Crimes (UNODOC) informa que no ano de 2012 aproximadamente 242 milhões de pessoas, cerca de 5,2 % da população mundial entre 15 e 64 anos fez uso de pelo menos uma substância psicoativa. A maconha foi a mais utilizada, seguidos por opiôides, cocaína e sintéticos. As mortes relacionadas ao uso de substâncias psicoativas foram estimadas em 182 mil no ano de 2012.¹⁵ Observa –se que nos últimos anos, houve um aumento da incidência de mortes em todo o mundo. O Brasil é apontado pelo UNODOC como uma das nações em maior emergência no consumo de cocaína em pó ou fumada.¹⁶

A UNIAD e o Instituto Nacional de Políticas Públicas do Álcool e Drogas (INPAD) realizaram, ao longo de 2012, dois estudos com amostras de usuários de diversas substâncias, internados em diferentes serviços, com o objetivo de investigar a presença e o grau de influência de cada uma dessas relações. O estudo mostra que as principais causas de mortalidade de usuários de crack em pacientes internados no Hospital Geral de Taipas foram: homicídios especialmente por armas de fogo ($n=16$), enquanto um quarto faleceu em decorrência da aids ($n=6$) e hepatite B ($n=1$), três casos de overdose e um afogamento.¹⁷ Entretanto, observa-se que os usuários de crack passam a divergir de amigos e familiares, negligenciam seus comportamentos que favorecem a má reputação, a criminalidade e a violência, como troca de pertences, endividamentos, roubos, assaltos, manipulação de pessoas, envolvimento com o tráfico e com a prostituição, além dos furtos dentro da própria residência, também, riscos sociais na qual são responsáveis pelas maiores taxas de mortalidade e homicídios.¹⁸

Diante desse contexto importante salientar a importância da intervenção dos profissionais de saúde aos usuários de substâncias psicoativas e familiares, em especial a do enfermeiro, o qual deve estar qualificado através do conhecimento e da prática para atender esta demanda, promovendo a prevenção e promoção à saúde e a recuperação das necessidades na busca pela integridade do cuidado.¹⁹ Além disso, a problemática deve ser tratada de forma holística, marcado em princípios como a expressão de empatia e a criação de vínculos de confiança.²⁰

CONCLUSÃO

Perante os resultados, identifica-se que o alcoolismo é o principal problema de saúde relacionado a mortalidade, fazendo-se necessária uma maior atenção por parte dos profissionais de saúde e serviços de saúde em relação à prevenção primária, pois pode trazer consigo complicações clínicas, psicológicas, familiares e sociais e até mesmo óbito. Outro problema com impacto social importante é uso do crack, uma vez que este está relacionado ao aumento da criminalidade.

Conforme os dados analisados a mortalidade decorrente do uso de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas citadas nesse estudo afetam em uma maior quantidade o sexo masculino, idade entre 30 a 59 anos. Uma das hipóteses apontadas pelos artigos consultados é que a prevalência atual do abuso de substâncias está relacionada à baixa oferta de modalidades de tratamento, encaminhamentos inadequados, rede de saúde precarizada.

Os estudos de mortalidade pelo TUS justificam-se pela relativa ausência de estudos desse tema, no entanto, as pesquisas realizadas para calcular a prevalência baseiam-se em dados de auto relatos que podem ser imprecisos. Outro ponto importante é a escassez de pesquisas que avaliem óbitos pelo uso de substâncias psicoativas em decorrência de uma subnotificação da relação da droga com o óbito identificado por outras causas, sendo o campo ainda pouco explorado.

Este estudo permitiu identificar situações vulneráveis de possível atuação da equipe de saúde, sendo de extrema importância a atuação do enfermeiro, enquanto estratégia baseada na prevenção do uso de substâncias psicoativas e no desenvolvimento de programas educacionais preventivos com escolas, com enfoque na promoção e prevenção da saúde, em vista da precocidade da mortalidade.

São necessários mais estudos que avaliem adequadamente esta população, a fim de planejar futuras políticas de assistência, avaliação de risco e prevenção da violência.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas: Guia AD. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
2. Corsi KF, Rinehart DJ, Kwiatkowski CF, Booth RE. Case management outcomes for women who use crack. *J evid based soc work*. 2010;7(2):30-40.
3. Duailibi LB, Ribeiro M, Laranjeira R. Profile of cocaine and crack users in Brazil. *Cad saude publica* [Internet]. 2008 [acesso em 2016 jul 27]; 24 (4):545-57. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001600007
4. Varela DSS, Sales IMM, Silva FMD, Monteiro CFS. Rede de saúde no atendimento ao usuário de álcool, crack e outras drogas. *Esc anna nery* [Internet]. 2016 jun [acesso em

2016 out 27]. 20(2):296-302. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452016000200296&lng=e.

5. Pavanatto PA, Gehlen MH, Ilha S, Zamberlan C, Rangel RF, Nietzsche EA. Contribuições do cuidado lúdico em enfermagem na desintoxicação química devido ao uso de crack. *Rev gaúch enferm.* [Internet]. 2015 jun [acesso em 2016 abr 10]. 36(2):50-5. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472015000200050&lng=pt
6. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Estatísticas vitais: mortalidade e nascidos vivos [Internet]. 2015 Jul [acesso em 2015 set 15] Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10RS.def>
7. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em pesquisa. Resolução Nº 466, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília; DF, 2012 [Internet]. [acesso em 2015 set 15] Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012
8. Capistrano FC, Ferreira ACZ, Silva TL, Kalinke LP, Maftum MA. Perfil sociodemográfico e clínico de dependentes químicos em tratamento: análise de prontuários. *Esc anna nery* [Internet]. 2013 jun [acesso em 2016 out]; 17(2):234-41. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n2/v17n2a05.pdf>
9. Raimundo MFRA, Pegoraro NPJ, Domingos JBC, Gonçalves AMS, Santos JAT, Pillon SC. Consumo de álcool no padrão binge e suas consequências em usuários de drogas em tratamento. *Rev eletronica enf.* [Internet]. 2016 [acesso em 2016 out 27];18:e1158. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.36833>.
10. Ribeiro IF, Viana BRO, Cordeiro RS, Oliveira JS de, Souza AKP de, Melo VFC de. Perfil dos Usuários com dependência química atendidos em instituições especializadas na Paraíba. *Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança.* [Internet]. 2012 dez [acesso em 2016 jul 27]; 10(2):47-60. Disponível em: <http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/Revista-2012-N.2COMPLETA>.
11. Faria JG de, Schneider DR. O perfil dos usuários do CAPSAD-Blumenau e as políticas públicas em saúde mental. *Psicol soc.* 2009;21(3):324-33.
12. Almeida RA, Anjos UU, Vianna RPT, Pequeno GA. Perfil dos usuários de substâncias psicoativas de João Pessoa. *Saúde debate* [Internet]. 2014 set [acesso em 2016 out 27]; 38(102):526-38. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042014000300526&lng=e.
13. Zaleski M, Pinsky I, Laranjeira R, Mikler SR, Caetano R. Violência entre parceiros íntimos e álcool. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2010 [acesso em 2016 mar 08];44(1):53-9. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v44n1/06>
14. Claro HG, Oliveira MAF de, Titus JC, Fernandes IFAL de, Pinho PH, Tarifa RR. Drug use, mental health and problems related to crime and violence: cross-sectional study. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2015 Dec [acesso em 2016 nov 23]; 23(6):1173-80. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000601173
15. United Nations Office on Drugs and Crime. *World Drug Report 2014*. United Nations: New York; 2014.
16. Laranjeira R, Madruga CS, Pinsky I, Caetano R, Mitsuhiro SS, Castello G. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) – 2012. Instituto Nacional de Ciências e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD). São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2014.
17. Ribeiro M, Laranjeira R (Org.). *O tratamento do usuário de crack.* 2^a ed. Porto Alegre: Artmed;

2012.

18. Sayago CB, Lucena SP, Ribeiro F, Yates MB, Oliveira MDS. Fatores protetivos e de risco para uso do crack e danos recorrentes de sua utilização: revisão de literatura. *Aletheia* [Internet]. 2013 dez [Acesso 2016 out 27]; (42): 164-74. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_artext&pid=S1413-03942013000300014
19. Alvarez SQ, Gomes GC, Xavier DM. Causas da dependência química e suas consequências para o usuário e a família. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2014 mar [acesso em 2016 jul 26]; 8(3):641-8. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3509>
20. Wandekoken KD, Siqueira MMD. Uso de Crack: É possível o (re) encantamento? *Rev port enferm saude mental* [Internet]. 2013 jun [acesso em 2016 out 28]; (9): 54-9. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n9/n9a09.pdf>

SOBRE A ORGANIZADORA

ISABELLE CORDEIRO DE NOJOSA SOMBRA - Enfermeira pelas Faculdades Nordeste - FANOR (Bolsista pelo PROUNI). Doutoranda em Obstetrícia (DINTER UFC/UNIFESP). Mestre em Saúde Coletiva - PPSAC/UECE. Especialização em Enfermagem Obstétrica - (4 Saberes). Especialista em Saúde Pública - UECE. Atua como consultora materno-infantil. Enfermeira Obstetra na clínica Colo. Atuou como docente do curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Estácio do Ceará e do Centro Universitário Pitágoras de Fortaleza. Atuou como professora do Grupo de Pesquisa em Avaliação da Saúde da Mulher - GPASM/ESTÁCIO. Atuou como docente do Curso Técnico em Cuidado de Idosos - PRONATEC/Unichristus. Atuou como supervisora pedagógica do Curso Técnico em Enfermagem da Diretoria de Educação Profissional em Saúde (DIEPS) da Escola de Saúde Pública do Ceará - ESP/CE. Atuou como enfermeira assistencial no Hospital Distrital Dr. Fernandes Távora (HFT). Atuou na preceptoria de estágio das Faculdades Nordeste - FANOR. Atuou como pesquisadora de campo da Universidade Federal do Ceará (UFC) - Faculdade de Medicina - no Projeto vinculado ao Departamento de Saúde Materno Infantil. Atuou no Projeto de Práticas Interdisciplinares no Contexto de Promoção da Saúde sendo integrante do grupo de pesquisa “Cuidando e Promovendo a Saúde da Criança e do Adolescente” - FANOR;. Atuou como Membro do Grupo de Pesquisa em Estudos Quantitativos da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Atua principalmente nos seguintes temas: saúde da mulher, saúde materno-infantil e saúde coletiva.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Aconselhamento genético 159, 160, 161, 166
Agentes comunitários de saúde 13, 17, 42, 43, 44, 47, 51, 147
Assistência 1, 3, 5, 6, 10, 17, 18, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 39, 44, 45, 47, 48, 49, 52, 66, 67, 69, 70, 71, 72, 73, 75, 76, 78, 79, 80, 82, 83, 85, 86, 89, 90, 93, 95, 98, 99, 100, 102, 106, 107, 108, 109, 111, 112, 113, 117, 122, 123, 124, 126, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 150, 151, 153, 154, 159, 164, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 194, 195, 199, 204, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 218, 219, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 230, 231, 232, 233, 234, 244, 245, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 262
Assistência de enfermagem 18, 21, 30, 39, 52, 66, 67, 69, 76, 78, 80, 82, 83, 85, 86, 89, 90, 93, 95, 99, 100, 102, 106, 107, 109, 111, 112, 113, 126, 129, 134, 135, 136, 138, 140, 142, 145, 167, 170, 174, 175, 177, 181, 182, 183, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 192, 194, 195, 199, 206, 207, 209, 210, 211, 213, 214, 218, 219, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 230, 232, 233, 234, 250, 252, 253
Assistência domiciliar 21, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 34
Atenção básica 7, 9, 12, 13, 16, 17, 18, 22, 31, 34, 43, 44, 45, 50, 51, 81, 144, 147, 157, 158, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 247
Atenção primária à saúde 19, 46, 51, 115, 146, 147, 148, 158, 164
Atendimento de enfermagem 7, 11
Atividades 3, 9, 12, 13, 14, 22, 23, 24, 25, 29, 30, 31, 33, 36, 38, 39, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 54, 56, 76, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 131, 132, 133, 140, 142, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 157, 164, 169, 170, 184, 186, 192, 208, 232, 237, 247, 250, 252
Autonomia profissional 36, 194
Avaliação em enfermagem 222, 225
Avaliação em saúde 236

B

Broncopneumonia 210, 211, 212, 213, 215

C

Caps 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145
Cardiologia 11, 19, 113, 222, 225, 228, 230
Carga de trabalho 23, 33, 101, 102, 108, 197, 232
Cateteres 216, 235, 236, 244, 246
Centro cirúrgico 90, 100, 175, 176, 177, 179, 181, 182, 188, 189, 247, 248, 249, 250, 251, 252
Complicações 8, 9, 13, 19, 66, 73, 78, 80, 89, 90, 93, 94, 97, 98, 99, 100, 119, 124, 128, 133, 187, 198, 202, 203, 204, 208, 233, 235, 237, 241, 242, 244, 246, 252, 262
Conhecimento 1, 5, 6, 10, 13, 24, 34, 39, 40, 48, 50, 52, 55, 62, 64, 65, 74, 75, 78, 81, 91, 107,

122, 124, 141, 143, 145, 153, 154, 156, 158, 160, 165, 168, 172, 173, 180, 185, 187, 194, 198, 199, 200, 201, 205, 207, 209, 212, 213, 221, 223, 224, 227, 228, 229, 231, 233, 235, 236, 238, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 249, 251, 252, 254, 261
Consulta de enfermagem 10, 12, 13, 14, 15, 17, 19, 20, 150, 190, 191, 192
Cuidado de enfermagem 12, 74, 75, 78, 80, 82, 89, 92, 95, 116, 135, 150, 151, 154, 157, 172, 174, 192, 250, 256, 257
Cuidados de enfermagem 1, 4, 52, 54, 63, 78, 80, 88, 90, 91, 96, 97, 99, 100, 113, 114, 122, 130, 174, 188, 230, 249

D

Demanda 17, 22, 32, 38, 46, 59, 101, 102, 105, 107, 108, 109, 110, 111, 142, 153, 154, 157, 180, 183, 184, 186, 187, 193, 250, 261
Diabetes mellitus 7, 8, 11, 18, 52, 53, 54, 59, 60, 65, 81, 193
Diagnósticos de enfermagem 88, 90, 96, 99, 126, 127, 130, 131, 133, 134, 191, 192, 193, 214, 216, 220, 222, 224, 225, 226, 227, 229, 230, 231, 232, 234
Dificuldades 14, 17, 23, 30, 38, 42, 49, 50, 74, 98, 128, 131, 133, 134, 136, 138, 139, 142, 143, 144, 148, 149, 151, 154, 155, 175, 186, 189, 213, 217, 222, 232
Doença de huntington 126, 127, 128, 131, 134, 135, 159, 160, 161, 162, 166
Doenças cardiovasculares 7, 8, 9, 11, 12, 16, 222, 223, 224, 225, 227, 232, 233, 234
Doenças raras 129, 134, 135, 160, 166

E

Educação continuada 31, 32, 36, 39, 43, 175, 187, 207, 240
Enfermagem clínica 211
Enfermagem militar 36
Enfermeiro 1, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 15, 17, 18, 36, 37, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 45, 47, 48, 50, 51, 52, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 69, 70, 74, 75, 76, 78, 80, 83, 84, 86, 89, 90, 94, 98, 99, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 116, 117, 118, 123, 124, 129, 132, 133, 134, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 146, 147, 148, 150, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 162, 165, 166, 172, 175, 176, 177, 180, 181, 183, 184, 185, 186, 187, 189, 190, 191, 192, 195, 196, 205, 206, 207, 208, 209, 211, 212, 213, 221, 222, 223, 224, 228, 231, 232, 233, 235, 239, 240, 241, 242, 244, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 255, 261, 262
Enfermeiros 6, 7, 10, 12, 15, 16, 17, 18, 19, 32, 34, 36, 39, 40, 43, 45, 46, 47, 49, 51, 54, 65, 72, 74, 76, 82, 86, 90, 93, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 123, 129, 136, 141, 143, 145, 149, 151, 156, 158, 163, 174, 175, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 193, 194, 195, 198, 205, 207, 227, 228, 230, 231, 232, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 247, 250
Equipe de enfermagem 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 62, 63, 75, 81, 85, 86, 90, 91, 102, 105, 108, 109, 110, 111, 112, 116, 118, 120, 122, 123, 126, 147, 154, 166, 169, 172, 174, 176, 184, 187, 195, 205, 206, 207, 209, 212, 213, 214, 216, 217, 218, 248, 249, 250, 251, 254
Erisipela 78, 79, 80, 81, 82
Estratégia saúde da família 9, 19, 42, 43, 44, 51, 146, 147

F

Ferimentos e lesões 196, 199
Flebotomia terapêutica 1, 2, 3

G

Genética 126, 127, 128, 129, 130, 159, 160, 161, 162, 163, 165, 166
Gestão de riscos 114

H

Hipertensão 7, 8, 11, 12, 18, 19, 20, 85, 193
Humanização da assistência 175, 176, 177, 182, 184, 185, 187, 188

I

Insuficiência renal crônica 52, 53, 54, 55, 56, 61

L

Laparotomia 88, 89, 90, 91, 92, 93, 96, 97, 99, 100
Lesão por pressão 107, 108, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 123, 124, 132, 196, 199, 200, 202, 203, 204, 205, 206, 209, 215, 216, 217

P

Período perioperatorio 89
Planejamento em saúde 236
Processo de enfermagem 76, 102, 112, 113, 127, 129, 130, 167, 168, 174, 192, 193, 211, 212, 213, 214, 220, 222, 224, 225, 226, 227, 228, 230, 231, 232, 233, 234

Q

Qualidade 1, 5, 6, 13, 17, 32, 39, 40, 44, 45, 46, 48, 52, 53, 59, 61, 62, 64, 65, 66, 67, 69, 71, 72, 73, 80, 95, 102, 109, 116, 117, 119, 120, 123, 125, 128, 129, 130, 133, 134, 135, 138, 141, 142, 143, 144, 151, 160, 161, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 177, 182, 183, 184, 185, 186, 192, 194, 199, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 213, 218, 224, 227, 231, 235, 236, 243, 244, 245, 249, 252
Qualidade da assistência 44, 45, 67, 71, 72, 102, 143, 171, 174, 185, 194, 199, 206, 207, 209, 213, 224, 231, 249, 252

R

Registros de enfermagem 191
Riscos ocupacionais 21, 23, 24, 25

S

Samu 67, 68, 69, 70, 71, 73, 74, 75, 76, 140

Sangria 1, 2, 3, 4, 5, 6
Saúde da família 7, 9, 11, 14, 19, 22, 23, 42, 43, 44, 48, 51, 78, 80, 132, 146, 147, 148, 150, 153, 157, 158, 190
Segurança do paciente 1, 3, 5, 89, 98, 99, 100, 102, 111, 114, 117, 118, 122, 169, 212, 228, 231, 233, 250
Serviços de assistência domiciliar 21, 24
Síndrome de Steven-Johnson 83
Sistematização da assistência de enfermagem 39, 78, 80, 82, 89, 90, 99, 100, 107, 112, 126, 129, 134, 135, 190, 192, 194, 195, 211, 214, 218, 219, 221, 222, 223, 225, 226, 227, 232, 234

T

Terapias 98, 106, 253, 254
Trabalho 3, 6, 17, 23, 33, 34, 38, 39, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 54, 63, 64, 72, 75, 78, 80, 95, 101, 102, 103, 108, 109, 110, 111, 113, 120, 124, 138, 140, 142, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 161, 163, 165, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 181, 182, 184, 185, 187, 191, 192, 193, 194, 197, 199, 206, 207, 213, 218, 222, 223, 224, 231, 232, 240, 241, 247, 248, 249, 251
Transfusões sanguíneas 253, 254
Tratamento 1, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 12, 13, 14, 17, 18, 21, 22, 29, 31, 52, 53, 54, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 69, 78, 80, 81, 84, 85, 86, 87, 98, 100, 108, 115, 117, 118, 119, 123, 124, 129, 130, 136, 137, 138, 141, 147, 152, 162, 164, 171, 176, 185, 197, 198, 202, 204, 205, 206, 207, 208, 219, 229, 235, 236, 237, 242, 243, 253, 254, 256, 260, 262, 263

