



Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra
(Organizadora)

Diário da
Teoria e Prática na
Enfermagem 6

Atena
Editora
Ano 2020



Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra
(Organizadora)

Diário da
Teoria e Prática na
Enfermagem 6

Atena
Editora
Ano 2020

2020 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2020 Os autores

Copyright da Edição © 2020 Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação: Natália Sandrini de Azevedo

Edição de Arte: Luiza Batista

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

Profª Drª Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

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

Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília

Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense

Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa

Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará

Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia

Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá

Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima

Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões

Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros

Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice

Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense

Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso

Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins

Prof. Dr. Luis Ricardo Fernando da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros

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. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados
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
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília
Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
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 Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Fernando José Guedes da Silva Júnior – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
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
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás
Prof^a Dr^a 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
Prof^a Dr^a Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Prof^a Dr^a Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Conselho Técnico Científico

Prof. Me. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Me. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza
Prof. Me. Adalto Moreira Braz – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Prof^a Dr^a Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Prof^a Dr^a Andrezza Miguel da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais
Prof^a Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar
Prof^a Ma. Carolina Shimomura Nanya – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Ma. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
Prof^a Dr^a Cláudia Taís Siqueira Cagliari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas
Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Prof^a Ma. Daniela da Silva Rodrigues – Universidade de Brasília
Prof^a Ma. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Douglas Santos Mezacas – Universidade Estadual de Goiás
Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
Prof. Me. Eduardo Gomes de Oliveira – Faculdades Unificadas Doctum de Cataguases
Prof. Me. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
Prof. Me. Euvaldo de Sousa Costa Junior – Prefeitura Municipal de São João do Piauí
Prof^a Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora
Prof. Dr. Fabiano Lemos Pereira – Prefeitura Municipal de Macaé
Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas
Prof^a Dr^a Germana Ponce de Leon Ramírez – Centro Universitário Adventista de São Paulo
Prof. Me. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
Prof. Dr. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná
Prof. Me. Gustavo Krahl – Universidade do Oeste de Santa Catarina
Prof. Me. Helton Rangel Coutinho Junior – Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Prof^a Ma. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Me. Javier Antonio Albornoz – University of Miami and Miami Dade College
Prof^a Ma. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Prof. Me. Jhonatan da Silva Lima – Universidade Federal do Pará
Prof. Me. José Luiz Leonardo de Araujo Pimenta – Instituto Nacional de Investigación Agropecuaria Uruguay
Prof. Me. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco

Profª Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 Profª Drª Kamilly Souza do Vale – Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas/UFPA
 Profª Drª Karina de Araújo Dias – Prefeitura Municipal de Florianópolis
 Prof. Dr. Lázaro Castro Silva Nascimento – Laboratório de Fenomenologia & Subjetividade/UFPR
 Prof. Me. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 Profª Ma. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
 Profª Ma. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
 Profª Drª Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
 Prof. Me. Lucio Marques Vieira Souza – Secretaria de Estado da Educação, do Esporte e da Cultura de Sergipe
 Prof. Me. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
 Prof. Dr. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual do Paraná
 Prof. Dr. Michel da Costa – Universidade Metropolitana de Santos
 Prof. Dr. Marcelo Máximo Purificação – Fundação Integrada Municipal de Ensino Superior
 Prof. Me. Marcos Aurelio Alves e Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo
 Profª Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
 Prof. Me. Ricardo Sérgio da Silva – Universidade Federal de Pernambuco
 Prof. Me. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
 Profª Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
 Profª Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo
 Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Faculdade Regional Jaguaribana
 Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
D539	<p>Diário da teoria e prática na enfermagem 6 [recurso eletrônico] / Organizadora Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra. – Ponta Grossa, PR: Atena, 2020.</p> <p>Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia. ISBN 978-65-5706-151-0 DOI 10.22533/at.ed.510203006</p> <p>1. Enfermagem – Pesquisa – Brasil. 2. Enfermagem – Prática. I.Sombra, Isabelle Cordeiro de Nojosa.</p> <p style="text-align: right;">CDD 610.73</p>
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

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

APRESENTAÇÃO

As obras “*Diário da Teoria e Prática de Enfermagem 5 e 6*” abordam uma série de estudos realizados na área da Enfermagem, sendo suas publicações realizadas pela Atena Editora. Em sua totalidade está composta por 2 volumes, sendo eles classificados de acordo com a área de abrangência e temáticas de estudo. Em seus 18 capítulos, o volume II aborda diferentes aspectos relacionados à atuação da enfermagem e os múltiplos saberes em saúde.

Os estudos realizados contribuem para seu entendimento quando trabalham as mais diversas temáticas, dentre elas a atuação da enfermagem no cuidado ao paciente hospitalizado em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), na urgência e emergência e classificação de risco, transplante renal, auditoria, Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), tecnologias no cuidado de enfermagem, segurança no cuidado ao paciente hospitalizado, dentre outros.

Portanto, este volume VI é dedicado aos profissionais de saúde, com extrema relevância para enfermeiros e demais profissionais atuantes na assistência, trazendo artigos que abordam informações atuais sobre as práticas de saúde. Ademais, esperamos que este livro possa fortalecer e estimular as práticas educativas pelos profissionais da saúde, disseminando práticas promotoras da saúde, e fortalecendo a prática clínica de enfermagem e das demais profissões que cuidam da saúde.

Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
A ACUPUNTURA COMO ESTRATÉGIA TERAPÊUTICA PARA CONDIÇÕES CRÔNICAS DE SAÚDE EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA	
Ivia Fabrine Farias Araújo Anne Carolinne Marie dos Santos Gomes Suellen Duarte de Oliveira Matos Neirilanny da Silva Pereira Adriana Lira Rufino de Lucena	
DOI 10.22533/at.ed.5102030061	
CAPÍTULO 2	12
A IMPORTÂNCIA DAS INTERNAÇÕES POR CAUSAS SENSÍVEIS COMO UM INDICADOR DE QUALIDADE DA APS NO ESTADO DE PERNAMBUCO	
Maria Thereza Vieira Barboza Luanne Gomes Araújo Amanda de Moura Borba Malom Bhenson Tavares Barbosa	
DOI 10.22533/at.ed.5102030062	
CAPÍTULO 3	24
A PERCEPÇÃO DO PORTADOR DE ESTOMIA INTESTINAL ACERCA DA SEXUALIDADE	
Amanda Cibele Gaspar dos Santos Carla Geiza Santos dos Reis Claudenice Ferreira dos Santos Ediane Conceição Magalhães Silva Josely Bruce dos Santos Milena de Carvalho Bastos Thais Moreira Lima	
DOI 10.22533/at.ed.5102030063	
CAPÍTULO 4	33
ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS PACIENTES COM SEPSE NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: REVISÃO INTEGRATIVA	
Shirley Sayonara Bezerra de Melo Torres Angélica de Godoy Torres Lima Jaciele Cristina da Silva Belone Marilene Cordeiro do Nascimento Eliane Braz da Silva Arruda Thamyris Vieira de Barros	
DOI 10.22533/at.ed.5102030064	
CAPÍTULO 5	44
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO INTERNADO EM UTI: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	
Aron Souza Setúbal Lucas dos Santos Conceição Gabriel dos Anjos Valuar Pedro Igor de Oliveira Silva Danilo de Jesus Costa Glória Amorim de Araújo Jhonatan Andrade Rocha Kecya Pollyana de Oliveira Silva	

Luanna Saory Kamada Miranda
Lucas Macieira Sousa da Silva
Mauro Francisco Brito Filho
Wanderson Lucas Castro de Sousa

DOI 10.22533/at.ed.5102030065

CAPÍTULO 6 52

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA AVALIAÇÃO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, EM UMA UNIDADE CENTRAL DE SAÚDE, CACOAL-RO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Cassia Lopes de Sousa
Sara Dantas
Amanda da Silva Guimarães
Claudio Henrique Marques Pereira
Daniele Roecker Chagas
Jaine Varela da Silva
Jonatas Tiago Lima da Silva
Karen Santos de Oliveira
Laricy Pereira Lima Donato
Pâmela Mendes dos Santos
Taiza Félix dos Anjos
Thyanne Pastro Loth

DOI 10.22533/at.ed.5102030066

CAPÍTULO 7 58

ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO FRENTE AO PACIENTE COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA

Solange Maria da Silva

DOI 10.22533/at.ed.5102030067

CAPÍTULO 8 65

EFICÁCIA DOS PROTOCOLOS DE EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR PELA EQUIPE DE ATENDIMENTO DO SERVIÇO MÓVEL DE URGÊNCIA A CLIENTES POLITRAUMATIZADOS

José Ribeiro dos Santos

DOI 10.22533/at.ed.5102030068

CAPÍTULO 9 79

FASCIÍTE NECROSANTE: UMA ASSISTÊNCIA INTERDISCIPLINAR

Alessandra Nascimento Pontes
Beatriz Santana de Souza Lima
Eivaldo dos Santos Silva
Jair Kleyson de Sousa Leite
Jandson de Oliveira Soares
Juliana Barbosa Nunes Cavalcante
Noemi Mello Loureiro Lima

DOI 10.22533/at.ed.5102030069

CAPÍTULO 10 81

FATORES ASSOCIADOS À OCORRÊNCIA DE LESÃO POR PRESSÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Nathália Santana Simão
Paula Cristina Nogueira
Paulo Carlos Garcia

DOI 10.22533/at.ed.51020300610

CAPÍTULO 11 94

MODELO DE ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Maria Aline Moreira Ximenes
Maria Girlane Sousa Albuquerque Brandão
Josiane da Silva Gomes
Odézio Damasceno Brito
Nelson Miguel Galindo Neto
Lívia Moreira Barros
Joselany Áfio Caetano

DOI 10.22533/at.ed.51020300611

CAPÍTULO 12 108

O PAPEL DO ENFERMEIRO AUDITOR NO PROCESSO DE AUDITORIA EM ENFERMAGEM: ENFOQUE REVISIONAL

Luiz Eduardo Rodrigues
Mayco Vallim de Paiva Silva

DOI 10.22533/at.ed.51020300612

CAPÍTULO 13 120

O TRANSPLANTE RENAL COMO POSSIBILIDADE DE MUDANÇA DE VIDA

Anna Maria de Oliveira Salimena
Andyara do Carmo Pinto Coelho Paiva
Thais Vasconcelos Amorim
Micheli Rezende Ferreira Cruz
Amanda Tamires Drumond Vilas Boas Tavares
Layla Guimarães Paixão Oliveira
Suellen Fernanda de Souza Viana
Anna Flávia Silva do Nascimento

DOI 10.22533/at.ed.51020300613

CAPÍTULO 14 131

PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Amarildo de Souza Cunha
Lázaro Clarindo Celestino
Fabiane Souza Silva
Regiane Ribeiro Dutra

DOI 10.22533/at.ed.51020300614

CAPÍTULO 15 146

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UM PACIENTE COM FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR ASSISTIDO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Árgila Gonçalves de Carvalho Santana
Stephanie Bonfim Fonseca
Camila de Oliveira Passos Rodrigues Dayube
Fabiane Pereira Cerqueira
Tássia Palmeira Coelho
Lizziane Gois Arcanjo
Irlane Cristina Almeida dos Santos
Wadson Andrey Batista Macêdo
Magda Oliveira da Silva
Raabe Moraes Pereira

DOI 10.22533/at.ed.51020300615

CAPÍTULO 16	156
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PACIENTES INTERNADOS NO CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA E ENFERMARIA NEUROLÓGICA EM UM HOSPITAL FILANTRÓPICO	
Paola Correa	
Daiane Cristina de Mello Silva	
Rafaella Aparecida Leite	
Viviane Ferreira	
DOI 10.22533/at.ed.51020300616	
CAPÍTULO 17	172
USO DE TECNOLOGIAS NO CUIDADO EM ENFERMAGEM: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	
Aron Souza Setúbal	
Lucas dos Santos Conceição	
Pedro Igor de Oliveira Silva	
Gabriel dos Anjos Valuar	
Danilo de Jesus Costa	
Glória Amorim de Araújo	
Jhonatan Andrade Rocha	
Kecya Pollyana de Oliveira Silva	
Luanna Saory Kamada Miranda	
Lucas Macieira Sousa da Silva	
Mauro Francisco Brito Filho	
Wanderson Lucas Castro de Sousa	
DOI 10.22533/at.ed.51020300617	
CAPÍTULO 18	184
PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NA SEGURANÇA DE PACIENTES EM EXAMES DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	
Luzia Beatriz Rodrigues Bastos	
Aline Rafaella Cruz de Abreu	
Antônio Sérgio dos Reis Vaz Junior	
Natália Cristina Nascimento Rodrigues Tavares	
Diniz Antonio de Sena Bastos	
Karina Morais Wanzeler	
DOI 10.22533/at.ed.51020300618	
SOBRE A ORGANIZADORA	195
ÍNDICE REMISSIVO	196

A ACUPUNTURA COMO ESTRATÉGIA TERAPÊUTICA PARA CONDIÇÕES CRÔNICAS DE SAÚDE EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA

Data de aceite: 05/06/2020

Data de Submissão: 06/05/2020

Ivia Fabrine Farias Araújo

Enfermeira pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE)
João Pessoa – Paraíba
<http://lattes.cnpq.br/0961410865514284>

Anne Carolinne Marie dos Santos Gomes

Enfermeira, Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (PPGENF/UFPB)
João Pessoa – Paraíba
<http://lattes.cnpq.br/6033700839566141>

Suellen Duarte de Oliveira Matos

Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (PPGENF/UFPB), Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (PPGENF/UFPB), Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE) do Curso de Graduação em Enfermagem e Mestrado Profissional em Saúde da Família
João Pessoa – Paraíba
<http://lattes.cnpq.br/6832470973505155>

Neirilanny da Silva Pereira

Enfermeira, Mestre em Saúde Coletiva e Gestão Hospitalar pela Universidade Gama Filho (UGF),

Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE) do Curso de Graduação em Enfermagem
João Pessoa – Paraíba
<http://lattes.cnpq.br/5367252661470761>

Adriana Lira Rufino de Lucena

Enfermeira, Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (PPGENF/UFPB), Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE) do Curso de Graduação em Enfermagem
João Pessoa – Paraíba
<http://lattes.cnpq.br/2091772809580071>

RESUMO: A acupuntura caracteriza-se como Prática Alternativa que visa promover, manter e recuperar a saúde. O estudo teve como objetivo descrever os benefícios terapêuticos da acupuntura no tratamento de pessoas com condições crônicas atendidas em um serviço de saúde da Atenção Primária no município de João Pessoa - PB. Trata-se de um estudo transversal, de abordagem quantitativa, realizado com 30 usuários de um Centro de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na cidade de João pessoa-PB, por meio de questionário abordando dados sociodemográficos bem como informações pertinentes ao objetivo do estudo,

sob CAAE: 20633419.9.0000.5179. Os resultados sócios demográficos evidenciaram que 83% dos entrevistados são do sexo feminino; 30% na faixa etária entre 60-65 anos; 16 vivem com companheiro (a); 46% possui ensino médio completo; 67% sobrevivem com uma renda de um salário mínimo. Acerca da presença de doenças crônicas, maioria dos entrevistados (43%) relataram serem diagnosticados com patologias de origem óssea. A maioria dos pacientes com doenças crônicas referiram dor, insônia, ansiedade e estresse (44%) simultaneamente como sintomas antecedentes ao uso da acupuntura. E, após o tratamento com a terapêutica, a maioria dos usuários (57%) obtiveram bem estar, alívio do estresse, da dor e ansiedade. Identificou-se a partir deste estudo que a assistência em saúde através da acupuntura em unidades de saúde e em centro de referências é uma prática viável, que proporciona benefício à população no que tange o alívio das dores, do stress constante e ansiedade, cujos distúrbios dependem também de variáveis externas relacionadas ao ambiente.

PALAVRAS-CHAVE: Terapias Complementares; Acupuntura; Doença Crônica; Enfermagem.

ACUPUNCTURE AS A THERAPEUTIC STRATEGY FOR CHRONIC HEALTH CONDITIONS IN A REFERENCE SERVICE

ABSTRACT: Acupuncture is characterized as an Alternative Practice that aims to promote, maintain and recover health. The study aimed to describe the therapeutic benefits of acupuncture in the treatment of people with chronic conditions seen at a primary care health service in the city of João Pessoa-PB. This is a cross-sectional study, with a quantitative approach, carried out with 30 users of a Center for Integrative and Complementary Practices in Health in the city of João Pessoa-PB, through a questionnaire addressing sociodemographic data as well as information relevant to the objective of the study, under CAAE: 20633419.9.0000.5179. The socio-demographic results showed that 83% of the interviewees are female; 30% in the age group between 60-65 years; 16 live with a partner; 46% have completed high school; 67% survive on a minimum wage income. Regarding the presence of chronic diseases, most respondents (43%) reported being diagnosed with pathologies of bone origin. Most patients with chronic diseases reported pain, insomnia, anxiety and stress (44%) simultaneously as symptoms prior to the use of acupuncture. And, after treatment with therapy, most users (57%) achieved well-being, stress relief, pain and anxiety. It was identified from this study that health care through acupuncture in health units and in a reference center is a viable practice that provides benefits to the population in terms of pain relief, constant stress and anxiety, whose disorders also depend on external variables related to the environment.

KEYWORDS: Complementary Therapies; Acupuncture; Chronic Disease; Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

As doenças crônicas apresentam causas múltiplas com início progressivo e prognóstico incerto. Estas, traz uma carga alta de morbidade quando relacionada a obesidade, diabetes mellitus, hipertensão arterial e outras doenças. Enfatiza-se que a renda baixa, baixa escolaridade e desigualdade social são fatores que vulnerabilizam o indivíduo levando há uma perda significativa da qualidade de vida, que quando não tratada a evolução dessas doenças se agravam (FRANCISCO et al., 2015). Devido ao impacto epidemiológico e socioeconômico derivados das condições crônicas de saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem fomentado o uso de tecnologias intervencionistas que auxiliem na prevenção, combate e controle das mesmas (WHO, 2014).

No Brasil, vislumbrando o controle de sinais e sintomas em consequência das doenças crônicas e prevenindo complicações em decorrência das mesmas, os serviços voltados para a redução da morbimortalidade por essas causas tem se pautado na identificação e no acompanhamento das pessoas acometidas por tais condições de saúde (BRASIL, 2013).

Nas últimas décadas no Brasil, as estratégias e linhas de cuidado de prevenção e tratamento das doenças crônicas tais como artrite/reumatismo, distúrbios osteomusculares (BRASIL, 2015a), como também, as desordens dos sistemas respiratório, digestivo e nervoso, o alívio da dor e dos problemas psicológicos e emocionais (KUREBAYASHI; FREITAS; OGUISSO, 2009) foram ampliadas na Atenção Primária a Saúde (APS) com auxílio dos núcleos de apoio, através da inclusão de práticas combinadas com o cuidado integral, dentre estas a acupuntura (BRASIL, 2006).

A técnica da Acupuntura (AP) é realizada por meio da aplicação de agulhas em pontos (acupontos ou pontos de acupuntura) estratégicos do corpo que, estimulam terminações nervosas, gerando neurotransmissores, os quais provocam analgesia e restauram as funções orgânicas (BRASIL, 2015b).

Destarte, a AP difere das intervenções biomédicas, por buscar assistir a integralidade do ser humano, assemelhando-se e correlacionando tais relações com o cuidado em enfermagem e seus fundamentos teórico-filosóficos (PEREIRA; ALVIM, 2015), por atenuar o sofrimento por meio do diagnóstico de enfermagem (DE) e tratamento das respostas humanas (GARCEZ, 2015).

No final da década de 80, a AP teve seu reconhecimento no Brasil, com a disponibilidade de cursos em várias instituições (BRASIL, 2015b). Ela destaca-se como técnica da Medicina Tradicional Chinesa (MTC), que tem a finalidade diagnóstica e de cura, por instigar a força de cura do corpo (GOYATÁ et al., 2016).

A AP é reconhecida como especialidade pelos conselhos de enfermagem, farmácia, fisioterapia, terapia ocupacional e medicina. Ainda assim, existem barreiras enfrentadas pelos profissionais em geral no ato de exercer tal prática, relacionado diretamente à falta

de materiais e estrutura no Sistema Único de Saúde (SUS) (SILVEIRA et al., 2013).

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), assim como a AP buscam a complementaridade da assistência, vislumbrando o cuidado integral, ou seja, os aspectos biológicos, sociais, psicológicos e espirituais do ser humano (PEREIRA; ALVIM, 2015).

Nessa perspectiva, ressalta-se a importância da AP para o fortalecimento destas práticas de promoção da saúde, como também, na contribuição para a redução do uso indiscriminado e prolongado de fármacos, evitando assim, prejuízos ou até mesmo a morte de pessoas (GOYATÁ et al., 2016).

Diante disso, tendo em vista que o maior percentual de mortalidade envolve uma das doenças crônicas (doenças cardiovasculares) e considerando o significativo aumento de pessoas com condições crônicas, a gravidade destas devido ao surgimento de complicações (MALTA et al., 2017) e, a pertinência de se aplicar as práticas terapêuticas como a AP, observa-se a importância desse estudo no âmbito do cuidado e promoção do bem estar. Deste modo, o estudo visa responder a seguinte questão norteadora: quais os benefícios que a acupuntura oferece no tratamento de pessoas com condições crônicas?

Assim, o presente trabalho objetivou descrever os benefícios terapêuticos da acupuntura no tratamento de pessoas com condições crônicas atendidas em um serviço de saúde da Atenção Primária no município de João Pessoa- PB.

2 | MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, de abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada no Centro de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (CPICS). A população foi compreendida pelo total de pessoas que realizavam AP no período de coleta deste estudo, sendo constituída por 50 pacientes.

Como critérios de inclusão do estudo, o participante deveria estar devidamente cadastrado no serviço citado anteriormente, com uso da AP em um período mínimo de um ano e possuir diagnóstico de condição crônica. Foram excluídas da pesquisa, as pessoas que não possuíam condições cognitivas satisfatórias para compreender e responder aos questionamentos do estudo. A partir destes critérios, foram selecionados apenas 30 pacientes para compor a amostra da pesquisa.

Para a coleta dos dados aplicou-se um questionário semiestruturado o qual contempla os dados sócios demográficos da amostra e questões referentes aos objetivos do estudo. A coleta de dados foi formalizada mediante a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob Protocolo: 116/2019 e CAEE: 20633419.9.0000.5179. A coleta de dados realizou-se nos meses de agosto e setembro do ano de 2019, de acordo com a disponibilidade dos participantes.

Os dados coletados foram analisados por meio de estatística descritiva e frequência

simples. Posteriormente, apresentados em tabelas e/ou gráficos, servindo assim, para discussão dos resultados do estudo.

O presente estudo respeitou os aspectos éticos preconizados pela Resolução CNS 466/12 (BRASIL, 2012), como também a Resolução COFEN 564/17, que trata do código de ética dos profissionais de Enfermagem (COFEN, 2017).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diante das características sociodemográficas dos entrevistados percebe-diferenças entre os perfis dos participantes, conforme (Tabela 1).

Variável		N	%
Sexo	Feminino	25	83
	Masculino	05	17
Faixa Etária	30-35	08	27
	40-49	01	03
	50-59	05	17
	60-65	09	30
	70-75	06	20
	80-85	01	03
Situação Conjugual	Com parceiro	16	53
	Sem parceiro	14	47
Escolaridade	Fundamental	08	27
	Médio	14	46
	Superior	08	27
Renda	1 salário mínimo ¹	20	67
	2 salários mínimos	08	27
	3 salários mínimos	01	03
	+ de 3 salários mínimos	01	03
TOTAL		30	100

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos usuários que fazem uso da acupuntura em um serviço de referência (N=30). João Pessoa-PB, Brasil.

Fonte: Elaborada pelos autores conforme dados da pesquisa, 2019.

¹Salário mínimo vigente: R\$ 998,00

Em relação ao sexo dos participantes, identificou-se nos resultados que 83% (25) são do sexo feminino e 17% (05) masculino. A predominância de mulheres na procura por tratamentos terapêuticos também é identificado em um estudo de Doria e colaboradores (2012) o qual demonstra a busca maior desse público, por tratamento medicamentoso e o uso das PICS.

Pesquisa científica corrobora com a prevalência de doenças crônicas em mulheres quando comparado com pessoas do sexo masculino (BARRETO; FIGUEIREDO, 2009), conflitando com pesquisa que correlaciona o sexo feminino como exposição diminuída aos comportamentos de risco para doenças crônicas, como etilismo, tabagismo (VITOR; BREVIDELLI; COUTINHO, 2014).

Os dados referentes à faixa etária demonstraram maior presença 30% (09) de pessoas idosas com idade entre 60-65 anos fazendo uso da AP. A partir disto, considerando o processo de envelhecimento como modificador das funções morfológicas; funcionais e bioquímicas, enfatiza-se a necessidade da assistência holística e integral por parte dos profissionais da saúde, considerando os aspectos físicos, sociais, espirituais, emocionais e ambientais. Portanto, a AP atua estabilizando a capacidade orgânica, contribuindo na condição de saúde e qualidade de vida do ser humano (LIMA et al., 2012).

A maioria dos participantes (46%) possui ensino médio completo. Dos entrevistados 67% (20) sobrevivem com uma renda de um salário mínimo.

A relação entre as variáveis (escolaridade e renda) e a adesão aos cuidados com a saúde, são fatores que devem ser considerados importantes no processo terapêutico. Com isso, se faz necessário utilizar da educação em saúde para orientação e melhor compreensão do plano de cuidado e adesão ao tratamento, sendo o acesso à informação viabilizado através da promoção à saúde (TAVARES, 2016).

Em relação ao estado civil, grande parte dos participantes 16 (53%) referiu viver com companheiro (a). Esse é um dado importante, pois a presença constante de um familiar pode incentivar o cuidado diário, melhorando a condição de enfrentar os desafios com o tratamento (BRASIL et al, 2008).

Quando questionados acerca da presença de doenças crônicas, a maioria dos entrevistados (43%) relataram as patologias de origem óssea, seguido de diabetes mellitus (DM) e hipertensão arterial sistêmica (HAS) (13%), somente HAS (13%) e 11% referiram aqueles que tinham apenas DM como doença crônica. Ainda, 10% mencionou ser diagnosticado com HAS, DM e Patologias Ósseas, tendo o mesmo percentual (10%), os participantes que foram diagnosticados com depressão. Nenhum dos pacientes relataram o câncer como diagnóstico de doença crônica.

Caracterizado como mudanças naturais, de ordem ativa e progressiva de cada ser humano, o envelhecimento ocasiona alterações morfofuncionais nos sistemas do corpo, sendo eles de origem neurológica; respiratória; circulatória; geniturinária; digestiva e principalmente musculoesquelética (SANTOS; JÚNIOR, 2014). As alterações do sistema musculoesquelético ocorrem a partir da perda do tecido ósseo a qual diminui a espessura do mesmo, formando assim grandes cavidades e perda de cálcio na matriz (GIORDANO et al., 2016). Nessa perspectiva, a AP é um importante complemento de tratamento que acende múltiplas respostas biológicas, como o controle da dor, causando inibição dos arcos reflexos patológicos (ZHANG; WANG; MCALONAN, 2012).

A partir da tabela 2, pode-se perceber características relacionadas de como os participantes conheceram a acupuntura e com qual frequência fazem uso da terapia.

	Variável	N	%
Como conheceram a acupuntura	Indicação médica	12	40,0
	Enfermagem	00	00,0
	Outros profissionais de saúde	00	00,0
	Amigo/Parente	08	26,7
	Outros	10	33,3
Frequência do uso da acupuntura mensalmente	Duas a três vezes mensalmente	00	00,0
	Quatro vezes mensalmente	30	100,0
	Acima de quatro vezes mensalmente	00	00,0
TOTAL		30	100

Tabela 2 – Dados relacionados em como os usuários conheceram a acupuntura e frequência mensal de uso da AP (N=30). João Pessoa-PB, Brasil.

Fonte: Elaborada pelos autores conforme dados da pesquisa, 2019.

A análise dos resultados descreveu que 40% (12) dos usuários conheceram a AP por meio de indicação médica. Com o avanço das doenças crônicas, a comunidade médica tem reconhecido a limitação da medicina convencional para a promoção do bem-estar dos indivíduos acometidos. A partir disso, as especialidades médicas ampliaram-se para as práticas das terapias alternativas e complementares como a acupuntura e homeopatia vislumbrando a integralidade do ser (IORIO; SIQUEIRA; YAMAMURA, 2010).

O uso da acupuntura é realizado pelos entrevistados 100% (30) quatro vezes no mês, sendo uma vez por semana.

Com relação a quantidade de sessões, não há uma correlação entre o número de sessões, frequência semanal, mensal e duração da técnica, pois cada organismo se comporta de forma diferente. Portanto, a acupuntura representa mais uma forma de atendimento a ser oferecida a população pelo SUS, favorecendo a adesão por ser de baixo custo e de baixa tecnologia, e por proporcionar benefícios aos usuários de forma completa, gerando efetividade terapêutica (VASCONCELOS, 2019). Além disso, vem apresentando resultados favoráveis na diminuição de custos com medicamentos prescritos em unidades de saúde e fila de espera.

Para investigar as queixas de pacientes com doenças crônicas, referidas anteriormente ao uso da acupuntura, os mesmos foram questionados acerca de alguns sintomas como dor, ansiedade, estresse e insônia (Tabela 03).

	Variável	N	%
Queixas anteriores ao uso da acupuntura	Dor	09	30,0
	Dor, Ansiedade, Estresse	08	26,7
	Dor, Insônia, Ansiedade, Estresse	13	43,3
TOTAL		30	100

Tabela 3 – Apresentação das queixas dos usuários antecedentes ao uso da acupuntura (n=30). João Pessoa-PB, Brasil.

Fonte: Elaborada pelos autores conforme dados da pesquisa, 2019.

A maioria dos pacientes com doenças crônicas referiram dor, insônia, ansiedade e estresse (44%) simultaneamente como sintomas antecedentes ao uso da acupuntura. As dores crônicas afetam tanto homens como mulheres. Segundo Kreling e colaboradores (2006), a dor é conceituada como algo desagradável para o indivíduo, pode ser relacionada como termos de lesões teciduais reais ou potenciais. Existe a dor aguda e crônica, que manifesta sintomas gerando modificações no organismo do ser humano como alterações no padrão de sono, apetite, irritabilidade, entre outras, gerando incapacidade nas atividades familiares, profissionais e sociais. Em indivíduos com dores crônicas, a dor se prolonga junto com os sintomas, podendo se intensificar.

As dores crônicas correlacionam-se com o local e o que ocasionou a dor bem como a idade do indivíduo. Ainda assim, a acupuntura possui bons resultados no alívio de dores agudas, registrada a remissão da mesma em 40 minutos (BRASIL et al, 2008; PATRÍCIO et al., 2002).

Com relação à insônia, queixa muito comum nos brasileiros, conceitua-se como dificuldade em iniciar ou manter o sono, sendo o mesmo, insuficiente para manter uma boa qualidade de vida, bem estar físico e mental durante o dia, desse modo, comprometendo as atividades diárias do paciente. A insônia apresenta uma prevalência de cerca de 30-35 % da população (FILHO; PRADO, 2007). Já manifestações de inquietação, apreensão e tensão são consequências dos transtornos de ansiedade (GOYATÁ et al., 2016). Como uma reação física e psicológica do organismo humano ao estresse, manifestam-se alterações causando tensão muscular, sudorese excessiva, boca seca. Esses sintomas podem ocorrer independentemente de idade, sexo, classe social ou profissão (SILVEIRA et al., 2018).

Segundo Filho e Prado (2007) a acupuntura tem efeito analgésico, que reduz esses sintomas, levando a melhoria na qualidade de vida do paciente. Estudos realizados após a intervenção da acupuntura verificou uma atenuação significativa dos sintomas de estresse, ansiedade e depressão em várias faixas etárias investigadas.

Os dados referentes aos benefícios promovidos aos pacientes com doenças crônicas que fazem uso da acupuntura podem ser visualizados a partir da Tabela 04.

	Variável	N	%
Sintomas após uso da acupuntura	Bem-estar, alívio da dor	07	23,3
	Bem-estar, alívio do estresse, dor e ansiedade	17	56,7
	Bem-estar	06	20,0
	TOTAL	30	100

Tabela 4 – Benefícios promovidos pela acupuntura em pacientes com doenças crônicas (n=30). João Pessoa-PB, Brasil.

Fonte: Elaborada pelos autores conforme dados da pesquisa, 2019.

Conforme os resultados encontrados após o tratamento com a acupuntura, a maioria dos usuários (57%) obtiveram bem estar, alívio do estresse, da dor e ansiedade.

A acupuntura tem uma resposta positiva como intervenção ao alívio do estresse, é responsável pela melhoria das emoções, sentimentos de calma e tranquilidade. Essas mudanças ocorrem gradativamente, fazendo com que os usuários consigam lidar com seus conflitos diários (SILVEIRA et al., 2018). Estes achados sugerem que a acupuntura (associada ou não a terapia com antidepressivos) ou eletroacupuntura é capaz de promover alívio da carga emocional (PAVÃO, 2008).

4 | CONCLUSÃO

Os dados sociodemográficos obtidos corroboram com a literatura da temática, quando afirma que a demanda pelo serviço de saúde é ocasionada, sobretudo pelas doenças crônicas, confirmando o crescente perfil demográfico da população idosa. O envelhecimento é complexo e necessita de modalidades alternativas de assistência que desenvolva uma abordagem multidisciplinar para que possa fazer frente a sua heterogeneidade. A acupuntura tem na sua essência a multidisciplinaridade, o que facilita a melhor abordagem ao idoso e permite maior aproximação com a geriatria.

Identificou-se a partir deste estudo que a assistência em saúde através da acupuntura em unidades de saúde e em centro de referências é uma prática viável, que proporciona benefício à população no que tange o alívio das dores, do stress constante, ansiedade, cujos distúrbios dependem também de variáveis externas relacionadas ao ambiente. Além disso, identificou-se a grande importância que esta tem para o SUS, pois além de promover a estabilidade e bem estar da saúde dos usuários, pode contribuir para a não lotação na atenção secundária, devido ao estímulo e motivação para a prática do autocuidado das pessoas que a prática.

Conclui-se que os benefícios que a acupuntura proporcionou aos usuários foram positivos, indicando grande influência sobre os sintomas referidos pelos participantes do estudo.

Diante do exposto, vê-se a necessidade de maiores investimentos e novos estudos sobre o tema, sendo uma prática de baixo custo e pouca tecnologia. Ressalta-se também a importância da capacitação dos profissionais que ofertam tal prática, contribuindo assim para a integralidade do cuidado do indivíduo.

REFERÊNCIAS

BARRETO, S. M.; FIGUEIREDO, R. C. **Doença crônica, auto-avaliação de saúde e comportamento de risco: diferença de gênero.** Rev. Saúde Públ., vol. 43, suppl. 2, p. 38-47, 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html>. Acesso em: 09 abril 2020

BRASIL. **Pesquisa Nacional de Saúde. Módulo de Doenças Crônicas: artrite/reumatismo, problema crônico de coluna, distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho (DORT), depressão e outros problemas mentais**, Notas Técnicas. Rio de Janeiro: IBGE, 2015a.

_____. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares(PICS):** Quais são e para que servem. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em:<<http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/praticas-integrativas-e-complementares.>>. Acesso em: 05 abril 2020.

_____. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20_cuidado_pessoas%20_doencas_cronicas.pdf.>. Acesso em: 23 abril 2020.

_____. Secretaria de Atenção à saúde. **PNPIC: Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf.>>. Acesso em: 15 abril 2020.

BRASIL V. V. et al. **Qualidade de vida em portadores de doenças crônicas em tratamento com acupuntura.** Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 10, n. 2, p. 383-394, 2008.

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução 564/2017.** Brasília, 2017.

DORIA, S. C. M.; LIPP N. E. M.; SILVA F. D. **O uso da acupuntura na sintomatologia do stress.** Psicologia: ciência e profissão, v. 32, n. 1, p. 34-51, 2012.

FILHO, S. C. R.; PRADO, F. G. **Os efeitos da acupuntura no tratamento da insônia: revisão sistemática.** Rev. Neurocienc, v. 15, n. 3, p. 183-189, 2007.

FRANCISCO, P.M.S.B. et al. **Desigualdades sociodemográficas nos fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis: inquérito telefônico em Campinas, São Paulo.** Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 24, p. 7-18, 2015.

GARCEZ, R. M. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificações 2015-2017.** NANDA International. Tradução de Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed; 2015. 468p.

GIORDANO, V. et al. **Alterações na estrutura óssea relacionadas à idade.** Rev. Col. Bras. CIR., v. 43, n. 04, p. 276-285, 2016.

GOYATÁ, S. L. T. et al. **Efeitos da acupuntura no tratamento da ansiedade: revisão integrativa.** Rev. Bras. Enferm, v. 69, n.3, p. 602-609, 2016.

IORIO, C. R.; SIQUEIRA, F. A. A.; YAMAMURA, Y. **Acupuntura: Motivação para Procura de Especialização.** Rev. Bras. De Educação Médica. v. 34, n. 2, p. 247-254, 2010.

KRELING D. G. C. M.; CRUZ M. L. A. D.; PIMENTA M. A. C. **Prevalência de dor crônica em adultos.** Rev Bras Enferm., v. 59, n. 4, p. 509-513, 2006.

KUREBAYASHI, L. F. S.; FREITAS, G. F.; OGUISSO, T. **Nurses perception about diseases that are treated by acupuncture.** Rev Esc Enferm, v. 43, n. 4, p. 930-936, 2009.

LIMA, I. C et al. **Terapias Complementares: um projeto de extensão.** Rev. Conexão UEPG, v. 8, n. 1, p. 76-85, 2012.

MALTA, D. C. et al. **Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil.** Rev. Saúde Pública, v. 51, n. suppl 1, p. 01-10, 2017.

PATRÍCIO, A. L. et al. **Analgesia acupuntural no serviço de urgências.** Revista Cubana de Enfermería, v. 18, n. 3, 2002.

PAVÃO, T. S. **Efeitos de uma intervenção de acupuntura sobre sintomas psicológicos e imunidade celular de adultos jovens e idosos saudáveis.** 2008. 39 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia Biomédica) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

PEREIRA, R. D. M; ALVIM, N. A. T. **Delphi technique in dialogue with nurses on acupuncture as a proposed nursing intervention.** Esc. Anna Nery, v.19, n. 1, p. 174-180, mar., 2015.

SANTOS, F.S.; JÚNIOR, J.L. **O idoso e o processo de envelhecimento: um estudo sobre a qualidade de vida na terceira idade.** Id online Revista de Psicologia, v. 8, n. 24, p. 34-55, 2014.

SILVEIRA, A. F. et al. **Percepção dos efeitos da acupuntura auricular sobre estresse em recepcionistas de um complexo hospitalar.** Rev. Epidemiol. Control Infec, v. 8, n. 1, p. 01-07, 2018.

SILVEIRA, R.E. et al. **Acupuntura como instrumento de trabalho do enfermeiro: revisão integrativa da literatura.** Cultura de los Cuidados. Año XVII, n. 35, 2013.

TAVARES, L. U. N et al. **Fatores associados a baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil.** Rev Saúde Pública, v. 50, n. 2, p. 1-11, 2016.

VASCONCELLOS, O. R. P. **Acupuntura como forma de tratamento no Sistema Único de Saúde.** Fag journal of health., Cascavel, v.1, n.2, p.22. 2019.

VITOR, I. O. BREVIDELLI, M. M.; COUTINHO, R. M. C. **Prevalência de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis entre graduandos de enfermagem: diferença de gêneros.** J Health Sci Inst., v. 32, n. 4, p. 390-395, 2014.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on noncommunicable diseases.** Geneva, 2014. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf . Acesso em: 25 abril 2020.

ZHANG J. Z.; WANG M. X.; MCALON M.G. **Neural Acupuncture Unit: A New Concept for Interpreting Effects and Mechanisms of Acupuncture.** Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, v. 13, n. 2, 2012.

A IMPORTÂNCIA DAS INTERNAÇÕES POR CAUSAS SENSÍVEIS COMO UM INDICADOR DE QUALIDADE DA APS NO ESTADO DE PERNAMBUCO

Data de aceite: 05/06/2020

Maria Thereza Vieira Barboza

Enfermeira Residente em Transplante Cardíaco e
Assistência Circulatoria Mecânica
Instituto de Medicina Integral Professor Fernando
Figueira
Recife- PE

<http://lattes.cnpq.br/0852289142050202>

Luanne Gomes Araújo

Enfermeira Pós Graduada em Saúde Pública
Universidade de Pernambuco
Garanhuns-PE

<http://lattes.cnpq.br/6487010150282079>

Amanda de Moura Borba

Enfermeira, Centro Universitário Tabosa de
Almeida ASCES-UNITA
Caruaru-PE

<http://lattes.cnpq.br/9195815877886820>

Malom Bhenson Tavares Barbosa

Acadêmico de Enfermagem do Centro
Universitário Tabosa de Almeida ASCES-UNITA
Caruaru-PE

<http://lattes.cnpq.br/4088735806371981>

RESUMO: As Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde (ICSAP) são agravos à saúde que são atendidos por ações do primeiro nível

de atenção, cuja morbidade e mortalidade podem ser reduzidas através de uma atenção oportuna e eficaz. A falta de uma atenção adequada e efetiva, pode gerar ou exigir hospitalização, e tais hospitalizações servem de instrumento para a avaliação e monitoramento da efetividade desse nível do sistema de saúde.

Objetivo: Analisar o cenário de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em Saúde (ICSAP) relacionado com a cobertura da Estratégia de Saúde da Família do estado de Pernambuco. **Metodologia:** Trata-se de um estudo bibliográfico, tipo revisão integrativa, que possibilita a síntese de estudos já publicados, permitindo a geração de novos conhecimentos.

Resultados e Discussão: O processo de seleção dos artigos a partir de duas formas de combinações dos descritores, identificaram-se 11 publicações. Excluíram-se 04 artigos após a leitura criteriosa dos estudos na íntegra, restando apenas 7 artigos a serem incluídos nesta revisão integrativa. A partir da leitura foi possível identificar uma redução das ICSAP devido ao aumento da expansão da cobertura da APS, como também a redução da taxa de internações, onde ressalta-se a importância desse indicador de qualidade de assistência.

Conclusão: Percebe-se então que a qualidade da APS, tendo sempre como norte a formação

e atualização dos profissionais para atuação nesse nível de atenção, exige uma organização do desenvolvimento de seus atributos para impactar a ocorrência das internações por condições sensíveis, diminuindo a superlotação nos serviços de complexidade maior.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária; Indicadores Básicos de Saúde; Internações Sensíveis; Hospitalização; Continuidade da Assistência ao Paciente.

ABSTRACT: Primary Health Care Sensitive Conditions (ICSAP) are health problems that are met by first-level care actions, whose morbidity and mortality can be reduced through timely and effective care. The lack of adequate and effective care can generate or require hospitalization, and such hospitalizations serve as an instrument for evaluating and monitoring the effectiveness of this level of health system. **Objective:** To analyze the scenario of admissions for Primary Health Care Sensitive Conditions (ICSAP) related to the coverage of the Family Health Strategy of the state of Pernambuco. **Methodology:** This is a bibliographic study, type of integrative review, which allows the synthesis of studies already published, allowing the generation of new knowledge. **Results and Discussion:** The process of selecting the articles from two forms of combinations of the descriptors identified 11 publications. Four articles were excluded after careful reading of the studies in their entirety, leaving only seven articles to be included in this integrative review. After reading, it was possible to identify a reduction in the ICSAP due to increased coverage of PHC, as well as a reduction in the hospitalization rate, where the importance of this indicator of quality of care is emphasized. **Conclusion:** It is clear that the quality of PHC, always guided by the training and updating of professionals to act at this level of care, requires an organization of the development of its attributes to impact the occurrence of hospitalizations due to sensitive conditions, reducing overcrowding in services of greater complexity.

KEYWORDS: Primary Care; Basic Health Indicators; Sensitive Internment; Hospitalization; Continuity of Patient Care.

1 | INTRODUÇÃO

As Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde (CSAP) são agravos à saúde que são atendidos por ações do primeiro nível de atenção, cuja morbidade e mortalidade podem ser reduzidas através de uma atenção oportuna e eficaz (SANTACATARINA, 2013). A falta de uma atenção adequada e efetiva, pode gerar ou exigir uma hospitalização, e tais hospitalizações servem de instrumento para a avaliação e monitoramento da efetividade desse nível do sistema de saúde (FONTANELLE, 2011). Os altos índices de internações por condições sensíveis à atenção primária em uma população são indicadores de sérios problemas de acesso ao sistema de saúde ou de seu desempenho. (ALFRADIQUE et al., 2009).

O instrumento indireto utilizado para verificar o desenvolvimento da APS é a análise do indicador de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), que

teve origem no início da década de 1980, nos Estados Unidos e, posteriormente, em outros países, instrumento esse, capaz de melhorar os indicadores de saúde da população (CAMINAL et al, 2004). A lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária tem o propósito de desenvolver mais uma ferramenta que possa contribuir para avaliar a atenção primária no Brasil e comparar seu desempenho (ALFRADIQUE, 2009).

O início para a construção dessa lista nacional seguiu o modelo de Caminal-Homar & Casanova-Matutano, com adaptações para as condições brasileiras. A necessidade da criação dessa lista que refletisse a diversidade das condições de saúde e doença no Brasil fez com que o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008, quando se definiu a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), onde o conjunto de problemas de saúde para os quais a efetiva ação da APS diminuiria o risco de internações e, conseqüentemente, os gastos nelas implicados. Essa lista foi composta por 19 grupos de causas de internações e 74 diagnósticos, de acordo com a Décima Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) que serviu de instrumento para avaliação da atenção, além da possibilidade de ser aplicada na avaliação do desempenho do sistema de saúde nos âmbitos nacional, estadual e municipal (BRASIL, 2008).

O uso de indicadores como as internações por condições sensíveis à atenção primária faz parte de uma estratégia para melhorar o planejamento e a gestão dos serviços de saúde. Quando a Atenção Primária não garante acesso suficiente, adequado e acolhedor, isso gera uma grande demanda para os níveis de média e alta complexidade, implicando em custos e deslocamentos desnecessários. Essa demanda excessiva inclui um percentual de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária - ICSAP (BRASIL, 2008).

Para Caminal e Casanova (2010), essa hospitalização por problemas de saúde susceptíveis de cuidados pela atenção primária, constitui um novo indicador de atividade hospitalar e que pretende servir de medida da efetividade da atenção primária, por meio de diminuição das entradas hospitalares. De acordo com tais autores, o cuidado deve ser resolutivo, de forma que a referência vai se dar de acordo com casos raros, incomum e que ultrapassem a competência do profissional, sendo responsabilidade da atenção primária o cuidado daqueles que utilizarem serviços em outros níveis de atenção, integrando-os. A implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF) está associada à redução das ICSAP em nível estadual, mesmo sendo verificado que os determinantes sociais, econômicos e de serviços de saúde influenciam o risco de internação. (BRASIL, 2006)

Em 2009, verificou-se redução das taxas de ICSAP em nível nacional, mas os valores mais altos continuavam sendo no Norte e Nordeste do país. As causas sensíveis à atenção primária totalizaram 559.975 hospitalizações naquele ano (BRASIL, 2012). Estudo realizado em Pernambuco, no período de 2008 a 2012, identificou que as causas mais frequentes de internações foram gastroenterites infecciosas e complicações, insuficiência

cardíaca, asma e infecção no rim e trato urinário. A relação entre altas taxas de ICSAP e menor produto interno bruto (PIB), altas taxas de analfabetismo, menores coberturas sanitárias e maiores taxas de mortalidade infantil caracterizaram a realidade do Norte e Nordeste do Brasil (MOURA, 2010)

2 | OBJETIVO

Analisar o cenário de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em Saúde (ICSAP) relacionado com a cobertura da Estratégia de Saúde da Família do estado de Pernambuco.

3 | MÉTODOS

Trata-se de um estudo bibliográfico, tipo revisão integrativa, que possibilita a síntese de estudos já publicados, permitindo a geração de novos conhecimentos. Adotaram-se as seguintes etapas: 1. Identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; 2. Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos na literatura; 3. Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; 4. Avaliação dos estudos incluídos; 5. Interpretação dos resultados e 6. Apresentação da revisão/síntese do conhecimentos presentes nos artigos analisados.

Orientou-se, desse modo, o desenvolvimento do estudo a partir da seguinte pergunta norteadora: Qual a importância da Atenção Primária no cenário das Internações por Condições Sensíveis?

A coleta dos dados para a pesquisa foi realizada no período de março de 2020. Utilizando-se o método de busca avançada categorizado por título, resumo e assunto. Coletaram-se os dados nos meses de fevereiro e março de 2020, considerando-se as publicações dos últimos dez anos (2009-2019), e utilizaram-se os seguintes DeCS (Descritores em Ciências da Saúde): Atenção Primária; Indicadores Básicos de Saúde; Internações Sensíveis; Hospitalização; Continuidade da Assistência ao Paciente, a partir da associação do operador booleano “AND” nas bases de dados referidas.

Foram definidos os seguintes critérios de inclusão: estudos originais, nos idiomas inglês e português, que atendessem ao objetivo da pesquisa; Artigos de periódicos online indexados abordando o tema ICSAP; Textos disponibilizados na íntegra e apresentassem: autores, o título do estudo, ano de publicação, periódico publicado e local da Pesquisa. Para exclusão dos artigos os critérios avaliados foram: as produções de teses; dissertações e materiais de bases para programas profissionais em Enfermagem; Artigos publicados no ano anterior a 2009.

Analisaram-se os dados considerando-se as seguintes etapas: 1 - leitura do título das publicações; 2 - leitura do resumo; 3 - leitura do texto completo. Foi desconsiderada

para cada etapa, os estudos que não apresentassem coerência com o objetivo da revisão, bem como os que não estivessem de acordo com os critérios estabelecidos para a seleção amostral. Organizou-se após a análise do texto, a discussão do produto de revisão em categorias de análise baseadas na articulação das temáticas discutidas nas publicações e nas suas contribuições para as interações por causas sensíveis. Foi adotado no estudo, o processo de revisão por pares, avaliando criticamente os manuscritos de pesquisa. Analisaram-se as publicações por uma terceira pessoa, quando evidenciada a discordância entre os pesquisadores, que decidiu sobre a inclusão ou não do estudo.

Foram classificados os estudos considerando-se a hierarquia de evidências para estudos de intervenção em: Nível I – revisão sistemática ou metanálise; Nível II – estudos controlados e aleatórios; Nível III – estudos controlados sem randomização; Nível IV – estudos caso-controle ou de coorte; Nível V – revisão sistemática de estudos qualitativos ou descritivos; Nível VI – estudos qualitativos ou descritivos e Nível VII – opiniões ou consensos.

Foi reunido após a leitura crítica dos artigos, um produto de análise crítica e interpretação da leitura para o estudo. Realizou-se, como última etapa, a apresentação das pesquisas, por meio da discussão dos resultados relevantes na literatura, possibilitando a realização da análise crítica dos estudos e a inclusão de temáticas importantes referentes à pesquisa.

4 | RESULTADOS

O processo de seleção dos artigos a partir de duas formas de combinações dos descritores, como já mencionado inicialmente, identificaram-se 11 publicações. Excluíram-se 04 artigos após a leitura criteriosa dos estudos na íntegra, restando apenas 7 artigos a serem incluídos nesta revisão integrativa. Vale ressaltar que cada artigo atendeu aos critérios de inclusão pré-estabelecidos. Evidenciou-se partir das buscas, que existe uma escassez de publicações que discutam da temática proposta. Observou-se, que todos (100%) os artigos selecionados são na língua portuguesa. Considera-se também que dos artigos selecionados cinco artigos são de abordagem quantitativa, um artigo de revisão integrativa e um artigo de abordagem qualitativa.

O propósito do tema sobre as interações por condições sensíveis à atenção primária é contribuir para avaliação da atenção básica. É imprescindível que a institucionalização do uso de indicadores faça parte de uma estratégia para aprimorar o planejamento e gestão dos serviços de saúde por autoridades nacionais, estaduais e locais. Desta maneira, espera-se que o presente trabalho estimule o uso e o aperfeiçoamento da análise das interações por condições sensíveis à atenção primária e os resultados possam servir para o monitoramento e avaliação da APS e para a institucionalização da prática, contribuindo para melhorar a qualidade e acesso à este nível de atenção, o

qual se propõe ser o ordenador do cuidado dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Ilustram-se, nas tabelas 1 e 2, o panorama geral dos artigos avaliados, apresentando a abordagem temática dos artigos incluídos para este estudo, respectivamente.

AUTORES	TÍTULO	OBJETIVO	ANO	PERIÓDICO
Santos L.P.R Castro A.L.B Dutra, V.G.P Guimarães, R.M	Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde, 2008-2015: uma análise do impacto da expansão da ESF na cidade do Rio de Janeiro	Avaliar a repercussão da expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) na internação por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) no período de 2008 a 2015.	2018	Cadernos de Saúde Coletiva
Mariano, T.S.O Nedel, F.B	Hospitalização por Condições Sensíveis à Atenção Primária em menores de cinco anos de idade em Santa Catarina, 2012: estudo descritivo	Descrever as proporções e taxas de hospitalização por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) em menores de 5 anos de idade no estado de Santa Catarina, Brasil, em 2012.	2018	Epidemiologia e serviços de saúde
Amorim, D.N.P Chiarello, M.D Vianna, L.G Moraes, C.F Vilaça, K.L.C	Internações por condições sensíveis à atenção primária de idosos no Brasil, 2003 a 2012	Analisar o número, a proporção e a porcentagem de redução das internações por condições sensíveis à atenção primária de idosos.	2017	REUOL
Deininger, L.S.C Silva, C.C Lucena, K.D.T Pereira, F.J.R Neto, E.A.L	Internações por condições sensíveis à atenção primária: revisão integrativa	Analisar a produção científica sobre as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária.	2015	REUOL

<p>Ferreira, J.B.B Borges, M.J.G Santos, L.L Forster, A.C</p>	<p>Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010</p>	<p>descrever as internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) na região de saúde de São José do Rio Preto, no interior paulista.</p>	<p>2014</p>	<p>Epidemiologia e Serviços de saúde</p>
<p>Santa, T.C.M Egry, Y. B.R Ciosak, S.I Santos, W.S</p>	<p>Quais aspectos contribuem para a ocorrência de internações por condições sensíveis à atenção primária?</p>	<p>Compreender as razões que determinam ou influenciam a ocorrência das ICSAP do ponto de vista dos usuários e dos profissionais da APS.</p>	<p>2016</p>	<p>Revista Brasileira de promoção à saúde.</p>
<p>Mendonça, S.S Albuquerque, E.C</p>	<p>Perfil das internações por condições sensíveis à atenção primária em Pernambuco, 2008 a 2012</p>	<p>descrever o perfil das internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) no estado de Pernambuco, no período de 2008 a 2012.</p>	<p>2014</p>	<p>Epidemiologia e serviços de saúde</p>

Tabela 1. Caracterização dos estudos sobre Internações por causas sensíveis à Atenção Primária à Saúde, Caruaru-PE, 2020.

TÍTULO	MODALIDADE	NÍVEL DE EVIDÊNCIA	SÍNTESE DOS RESULTADOS
Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde, 2008-2015: uma análise do impacto da expansão da ESF na cidade do Rio de Janeiro	Quantitativo	VI	Os resultados obtidos no presente estudo demonstram uma tendência significativa para redução das ICSAP com o aumento da cobertura da APS nos moldes de ESF na cidade do Rio de Janeiro a partir do período analisado. E destacando que, no período de 2008 a 2015, a taxa de ICSAP reduziu de 43,80 para 30,95 por 10 mil habitantes.
Hospitalização por Condições Sensíveis à Atenção Primária em menores de cinco anos de idade em Santa Catarina, 2012: estudo descritivo	Quantitativo	VI	Foram registradas 32.445 hospitalizações em <5 anos de idade; as condições sensíveis a atenção primária a saúde (CSAP) as principais causas foram gastroenterites infecciosas e complicações (26,7%), pneumonias bacterianas (22,2%) e doenças pulmonares (16,9%); houve maior taxa de hospitalização por CSAP no sexo masculino e em menores de 1 ano de idade.
INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA DE IDOSOS NO BRASIL, 2003 A 2012	Quantitativo	VI	Os dados analisados eram referentes ao número de ICSAP de idosos (60 anos e mais), nas cinco regiões geográficas brasileiras, atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), no período de 2003 a 2012. A coleta de dados foi realizada no mês de outubro de 2015. Os dados utilizados tinham origem no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).
INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA: REVISÃO INTEGRATIVA	Revisão Integrativa	VI	Após a realização da seleção nas bibliotecas e base de dados eletrônicos foram obtidos 55 artigos. Após a seleção dos 14 estudos, todos foram avaliados de acordo com as seguintes variáveis: autores, base de dados/biblioteca virtual, ano de publicação, título do estudo, e o periódico de publicação.

<p>Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010</p>	<p>Quantitativo</p>	<p>VI</p>	<p>O estudo apontou que, no período de 2008 a 2010, houve pequeno crescimento dos coeficientes de ICSAP na RS de São José do Rio Preto-SP. Essas internações foram mais frequentes no sexo feminino e nos adultos. As ICSAP em maiores de 40 anos de idade dessas internações e suas principais causas foram as doenças do aparelho circulatório e as doenças infecciosas.</p>
<p>Quais aspectos contribuem para a ocorrência de internações por condições sensíveis à atenção primária?</p>	<p>Qualitativo</p>	<p>IV</p>	<p>Participaram das entrevistas 26 profissionais da APS. Considerando as três unidades básicas, predominavam profissionais do sexo feminino, na faixa etária de ≥ 27 a < 47 anos, com tempo de trabalho entre um a cinco anos. Ao analisar o conjunto das falas dos profissionais apreendeu-se as categorias empíricas: acesso, processo de trabalho e razões para a ocorrência das internações por condições sensíveis à atenção primária, enquanto os usuários trataram, fundamentalmente, de questões relacionadas ao acesso.</p>
<p>Perfil das internações por condições sensíveis à atenção primária em Pernambuco, 2008 a 2012</p>	<p>Quantitativo</p>	<p>VI</p>	<p>No período de 2008 a 2012, foram registradas 2.856.877 internações hospitalares (excetuando-se os partos) de residentes em Pernambuco. As causas sensíveis à atenção primária totalizaram 559.975 hospitalizações, correspondendo a 19,7% em relação ao total das internações registradas no período. Observou-se redução das ICSAP em Pernambuco, ainda que de forma heterogênea entre suas regiões de saúde, com potencial para continuidade desse declínio graças aos investimentos crescentes na Estratégia Saúde da Família.</p>

Tabela 2. Síntese dos estudos sobre Internações por causas sensíveis à Atenção Primária à Saúde, Caruaru-PE, 2020.

5 | DISCUSSÃO

De acordo com os resultados obtidos no estudo e elencando a análise dos artigos, foi possível identificar uma redução das ICSAP devido o aumento de expansão da cobertura da APS, como também a redução da taxa de internações, onde ressaltam-se os valores

desse indicador de qualidade de assistência. Além de sugerir que a lista brasileira contém condições que de fato, podem ser tratadas nesse nível de atenção, prevenindo agravos que geram tais internações, a efetividade da Atenção Primária à Saúde (APS) é de grande interesse para gestores, profissionais da saúde e cidadãos. (SANTOS,2018)

Observa-se então que, onde a expansão da APS foi adotada como estratégia para reorganizar e ampliar o acesso à saúde pública, houveram impactos positivos significativos nos indicadores de avaliação sobre as ICAP, portanto algumas regiões do Brasil ainda estão em atraso com a expansão da cobertura e a redução nas internações, como também, em alguns estudos no Sul do Brasil. O indicador de internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) tem sido dos instrumentos mais utilizado na medição da capacidade de resolução de problemas de saúde pela primeira e principal porta de entrada para os serviços de saúde. (MARIANO, 2018)

Considerando que o crescimento da população é uma realidade e que o país assume características epidemiológicas e socioeconômicas diferentes em cada região, torna-se necessário avaliar o acesso e a capacidade de resolução da atenção primária em todas as regiões, buscando assim, uma melhoria na qualidade dos serviços de saúde. A atenção primária deve ser resolutiva para as necessidades de saúde da população através de ações de promoção e prevenção a saúde. (AMORIM, 2017) Quando isso não acontece, ocorrem falhas no atendimento e as condições sensíveis a esse nível de atenção não são sanadas, necessitando de serviços de maior complexidade, acarretando em superlotação dos serviços. (DEININGER,2015)

A análise dessas internações é utilizado não apenas como indicador de qualidade na atenção primária, mas como uma avaliação de desempenho dos serviços de saúde, principalmente em nosso estado, tornando-se como uma ferramenta de gestão do cuidado, desde que seja adaptado e atualizado de acordo com cada realidade e demanda. (FERREIRA, 2014) Em outras palavras, por ser um indicador hospitalar, com sua lista brasileira construída pouco tempo após a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2006, existem limites para sua utilização como parâmetro único de avaliação da APS, em que os atributos essenciais e derivados devem se desdobrar em diversas atuações da equipe multidisciplinar, a qual necessita convergir saberes para o cuidado integral dos usuários. Nesse sentido, é importante adotar estratégias que garantam a boa qualidade da informação, com a criação de rotinas e de programações estatísticas que sejam funcionais e que garantam agilidade, precisão e validade dos dados. (SANTA,2016)

No Brasil, a publicação da portaria do Ministério da Saúde MS/GM nº 221, de 17 de abril de 2008, que apresenta a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, estruturada em grupos de causas de internação e diagnósticos: doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis, gastroenterites infecciosas e complicações, anemia, deficiências nutricionais, infecções de ouvido, nariz e garganta, pneumonias bacterianas, asma, doenças pulmonares, hipertensão, angina, diabetes

mellitus, infecção no rim e trato urinário, entre outros (BRASIL, 2008). Vale notar que a lista brasileira resultou de um importante esforço conduzido pelo Ministério da Saúde, envolvendo pesquisadores da atenção primária, gestores, membros da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, assim como toda a sociedade, mediante consulta pública (ALFRADIQUE, 2009).

Em Pernambuco e em seu Sistema Único de Saúde (SUS), observa-se grandiosas iniciativas, destacando-se o papel da Estratégia Saúde da Família (ESF) na melhoria do acesso e da qualidade da atenção primária. Em municípios de pequeno porte, a ESF é uma possibilidade de organização de seu modelo de atenção e na integralidade de suas atividades, dentre elas a prevenção e promoção à saúde. É importante ressaltar que, altas taxas de ICSAP estão associadas a deficiências na extensão da cobertura e no acesso da população aos serviços ou à baixa resolutividade da atenção primária para determinados problemas de saúde, sendo imprescindível o planejamento de possíveis adequações na rede de atenção à saúde. (MENDONÇA, 2014)

6 | CONCLUSÃO

Percebe-se então que a qualidade da APS, tendo sempre como norte a formação e atualização dos profissionais para atuação nesse nível de atenção, exige uma organização do desenvolvimento pleno de seus atributos para impactar a ocorrência das internações por condições sensíveis, diminuindo a superlotação nos serviços de alta e média complexidade. A identificação de potencialidades e as fragilidades neste cenário, deve estimular os gestores da saúde a elaborarem seus projetos na direção das necessidades de saúde e da construção de uma rede de atenção regionalizada, acolhedora e preventiva.

Melhorias na APS, com investimentos estruturais e em suas características essenciais, sejam a longitudinalidade e a integralidade da atenção, a facilidade de acesso, a coordenação efetiva da atenção, a consideração do contexto familiar e o estabelecimento de vínculos entre os serviços e a população, poderiam contribuir sobremaneira na diminuição da ocorrência das ICSAP.

REFERÊNCIAS

ALFRADIQUE, M.E. et al. **Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde** (Projeto ICSAP – Brasil). Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, n.3, p.1337-1349, jun. 2009.

BRASÍLIA, Diário Oficial da União. **Define a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis da Atenção Básica**. Portaria n.221 de 17 de abril 2008. 2008 Abr 18.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008**. Define a lista brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2008 abr 18, Seção 1:70.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Ministério da Saúde, 2006.

CAMINAL, Homar; CASANOVA, Matutano. **La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions**. Marco conceptual. *Aten Primaria* 2010; 31(1):61-65.

CAMINAL, Homar; STARFIELD, Bárbara, CASANOVA, Matutano, MORALES, Marisela **The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions**. *Eur J Public Health* 2004; 14:246-51

DEININGER, L.S.C, et al. **Internações por condições sensíveis à atenção primária: revisão integrativa**. Rev. Reuol. Vol 1. Recife, 2015.

FERREIRA, J.B.B, et al. **Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010**. Rev: epidemiologia e serviços de saúde. Vol 23. Brasília. 2014.

FONTANELLE, L.F. **Estratégia de Saúde da Família e Internações por condições sensíveis à Atenção Primária (CSAP): revisão sistemática de literatura**. Universidade de São Paulo, Programa de Pós Graduação em Saúde na comunidade. Ribeirão Preto, 2011.

JENAL, S. et.al., **O processo de revisão por pares: uma revisão integrativa de literatura**. Acta paul. enferm. vol.25 no.5 São Paulo, 2012.

MARQUES, P. A, et al. **Internações por condições sensíveis à atenção primária de idosos no Brasil, 2003 a 2012**. Rev de Saúde Pública. Vol 5, Rio de Janeiro, 2017.

MARIANO, T.S.O; NEDEAL, F.B. **Hospitalização por Condições Sensíveis à Atenção Primária em menores de cinco anos de idade em Santa Catarina, 2012: estudo descritivo**. Epidemiol. Serv. Saúde. Vol.3, Brasília, 2018.

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

MELNYK, BM; OVERHOLT, E.L; **Evidence-based practice in nursing and healthcare: a guide to best practice**. 3.ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2005. p.3-24.

MOURA, B.L.A, et al. **Principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: uma análise por faixa etária e região**. Cad. Saúde Pública vol.34 no.1, Rio de Janeiro , 2018.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. **Notas técnicas sobre o indicador internações por condições sensíveis à atenção primária – ICSAP**. [internet].. Disponível em: < <http://www.saude.sc.gov.br/cgi/Instrutivos/ICSAP.pdf> >. Acessado em: 09/03/2020

SANTOS, L.P.R, et al. **Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde, 2008-2015: uma análise do impacto da expansão da esf na cidade do Rio de Janeiro**. Cad. Saúde Coletiva. vol.5, Rio de Janeiro, 2018.

SOUZA, M.T.; SILVA, M.D; CARVALHO R. **Revisão Integrativa: O que é e como fazer**. Hospital Israelita Albert Einstein. São Paulo, 2010.

A PERCEPÇÃO DO PORTADOR DE ESTOMIA INTESTINAL ACERCA DA SEXUALIDADE

Data de aceite: 05/06/2020

Amanda Cibele Gaspar dos Santos

Centro universitário Jorge Amado

Carla Geiza Santos dos Reis

Centro universitário Jorge Amado

Claudenice Ferreira dos Santos

Centro universitário Jorge Amado

Ediane Conceição Magalhães Silva

Centro universitário Jorge Amado

Josely Bruce dos Santos

Centro universitário Jorge Amado

Milena de Carvalho Bastos

Centro universitário Jorge Amado

Thais Moreira Lima

Centro universitário Jorge Amado

RESUMO: Este artigo versa sobre a percepção da sexualidade do indivíduo portador de estoma. **Objetivo:** Descrever alterações biopsicossociais no que tange a percepção do estomizado sobre a sexualidade. **Métodos:** Estudo descritivo, de abordagem qualitativa, com nove indivíduos, em uma unidade de internação de um Hospital de Grande Porte na Capital Baiana, que concederam entrevistas, com análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** Os temas definidos: Percepção de sexualidade;

Alterações na atividade da sexualidade de indivíduos estomizados; Importância do suporte interdisciplinar. Estas modificações estão ligadas intimamente com imagem corporal, à autoestima e às relações interpessoais com parceiro, perpassando pela rejeição medo, dificuldade com novos relacionamentos, vergonha corporal, constrangimento pelo equipamento coletor, dificuldade em falar sobre a condição e subsídios criados para nova condição. **Conclusão:** Conclui-se que existe a necessidade de buscar e identificar estratégias que possibilite a pessoa adaptação a nova condição de vida, bem como a retomada da sua sexualidade. Além disso nota-se que a enfermagem necessita de uma assistência não visando somente o cuidado com o estoma, mas também um olhar ampliado nas subjetividades no que concerne a sexualidade dessas pessoas. **PALAVRAS CHAVE:** Enfermagem. Sexualidade. Estomaterapia.

THE PERCEPTION OF THE INTESTINAL STORAGE CARRIER ABOUT SEXUALITY

ABSTRACT: This article deals with the perception of the sexuality of the individual with stoma. **Objective:** to describe biopsychosocial changes in the perception of the stomates about

sexuality. **Methods:** A qualitative descriptive study with nine individuals, in a hospital unit of a Large Porte Hospital in the State of Bahia, who gave interviews, with Bardin content analysis. **Results:** The themes defined: Perception of sexuality; Changes in the sexual activity of stomized individuals; Importance of interdisciplinary support. These modifications are intimately linked with body image, self-esteem and interpersonal relationships with partner, passing through rejection fear, difficulty with new relationships, body embarrassment, embarrassment by the collecting equipment, difficulty in talking about the condition and subsidies created for new condition. Conclusion: It is concluded that there is a need to seek and identify strategies that enable the person to adapt to the new life condition, as well as the resumption of their sexuality. Moreover, it is noted that nursing needs assistance not only aiming at caring for the stoma, but also an expanded look at the subjectivities regarding the sexuality of these people. **KEYWORDS:** Nursing. Sexuality. Stomatherapy.

1 | INTRODUÇÃO

Define-se como estomia intestinal como a exteriorização de um segmento do intestino por meio do abdome, com a finalidade de eliminar conteúdo intestinal. Os tipos de estomias intestinal são ileostomia e colostomia, o primeiro refere-se quando um segmento da porção do íleo do intestino delgado é exteriorizado, e o outro é quando há algum segmento dos cólons do intestino grosso é exteriorizado (SILVA; CASTRO; GARCIA, 2016).

A confecção de estomia intestinal pode causar diversos transtornos ao paciente, dentre eles, a restrição e mudança do comportamento no que tange à sexualidade. Acredita-se que essas mudanças possam estar relacionadas à alteração da imagem corporal, à insegurança em relação ao equipamento coletor, ao sentimento de sujeira, vergonha, repugnância e receio de não ser aceito pelo parceiro (CASCAIS; MARTINI; ALMEIDA, 2007).

Tendo em vista a presença da indústria midiática a qual vende uma imagem de estereótipo perfeito, e do padrão de beleza que é rotineiramente ditado pela sociedade atual, o que acaba influenciando diretamente na vida biopsicossocial do indivíduo. Criando assim, uma imagem corporal com conformidades de medidas, formas e contornos, montando uma sociedade com representações de corpos ideais aportadas em estereótipos de beleza como sendo saudáveis. (SILVA; SHIMIZU, 2006).

A sexualidade permite vivências envolvendo sentimentos e sensações prazerosas que possibilitam interação física entre dois corpos. A vivência da sexualidade é uma experiência humana que envolve emoção, prazer, comunicação, afetividade, entre outros. A sexualidade ultrapassa a necessidade fisiológica e apresenta simbologia do desejo. Não reduzindo apenas nos aspectos anatômicos, mas também, nas definições físicas, e perpassam todos os momentos da vida com significados complexos, multifacetados e singulares. (PAULA; TAKAHASHI; PAULA, 2009)

Após a confecção do estoma, o paciente se depara com outra realidade, tais como: as roupas adequadas, como adquirir os dispositivos coletores, a dieta, o cinto apropriado para evitar que a bolsa se solte, a placa, como diminuir os gases e odores intestinais. A rejeição da alteração corporal, a perda de controle de eliminações de fezes e gases, podem causar uma auto exclusão (CORREIA; MOREIRA; CASTRO; LOPES; JORGE, 2008).

Diante da alteração da imagem corporal, a eliminação de dejetos é realizada em uma bolsa coletora, com existente possibilidade de vazamento pelo dispositivo, ruídos e odores que podem ocorrer durante o ato sexual, tornam-se fatores influenciadores de forma negativa para que este indivíduo retome sua vida sexual, pois, muitos podem sentir-se constrangidos e humilhados. É relevante o conhecimento do contexto social do indivíduo, para que se possa compreender qual a sua principal necessidade nessa nova condição (SILVA; SHIMIZU, 2006).

Frente ao exposto, a questão de pesquisa: qual a percepção da sexualidade a pessoa que possui estomia de intestinal e o objetivo é identificar a percepção da vida sexual do indivíduo em uso de estomia intestinal.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa. Os sujeitos da pesquisa foram nove pacientes internados em um Hospital público de grande porte na cidade de Salvador, Bahia, Brasil.

Os critérios de inclusão utilizados para compor os participantes do estudo foram: pessoas que possuíam de estomias intestinais, ambos os sexos, com idades entre 18 e 60 anos, hospitalizadas na unidade, que aceitassem participar da pesquisa, após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Os critérios de exclusão foram indivíduos que possuíssem alguma restrição cognitiva que impedisse de responder aos questionamentos da pesquisa.

A coleta dos dados foi realizada no período de 07 a 28 de fevereiro de 2019. Utilizou-se um formulário semiestruturado contendo perguntas sobre os dados sociodemográficos, além de um roteiro para entrevista com questões relacionadas à sexualidade da pessoa, o qual foi utilizado um gravador específico para a coleta.

A fim de garantir a privacidade dos participantes no momento da entrevista, era solicitado que apenas uma das pesquisadoras realizasse a coleta com o paciente em quarto reservado.

Após a coleta dos dados, todas as informações contidas no questionário e nas gravações foram transcritas exatamente como os entrevistados verbalizaram. Em seguida, procedeu-se a análise do conteúdo pelo método de análise de Bardin (2009). Desta forma, o material foi organizado e submetido à leitura exaustiva, visando o aprofundamento dos

conteúdos das entrevistas. O material foi recortado em unidades de registro, que foram agrupadas pela convergência dos significados. O passo seguinte foi à categorização, de onde emergiram três categorias temáticas: definição de sexualidade; a sexualidade antes da confecção do estoma; e lidando com a sexualidade após a realização do estoma.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do hospital local do estudo, sob o Protocolo nº 61205016.9.0000.5028. Os princípios éticos foram preservados conforme determina a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que trata de aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos. Aos participantes foram garantidos o sigilo pessoal, a privacidade e a autonomia do sujeito em desistir da pesquisa em qualquer etapa, sem gerar prejuízos de qualquer natureza. A fim de garantir o anonimato dos participantes, estes receberam pseudônimos correspondentes a nomes de cidades.

3 | RESULTADOS

Dos nove indivíduos estomizados, sete eram do sexo masculino e dois do sexo feminino, com faixa etária entre 18 à 60 anos. Em relação ao estado civil, cinco eram casados, três solteiros e um divorciado. Quanto à escolaridade dos indivíduos, quatro possuíam ensino fundamental completo e cinco com ensino médio completo. Em relação às atividades laborativas, três eram aposentados, dois eram estudantes, dois eram do lar e dois eram autônomos.

Em relação ao tipo de estomia, oito apresentavam colostomia provisória relacionados à ocorrência de câncer no sistema digestório e um com ileostomia por trauma (Projétil de arma de fogo).

4 | DISCUSSÕES

Partindo deste pressuposto, deve-se considerar a sexualidade do indivíduo portador de estoma, pois, foi possível perceber uma pessoa com sentimento de inferioridade, aspectos depressivos e ansiedade, no que tange à intimidade e sua relação com o outro.

Diante de todo o exposto foi possível entender a existência de pessoas com a estima alterada tendo em vista a limitação física, com influências negativas que são preconcebidas sobre a sexualidade despertando medo e ansiedade

Assim a análise de conteúdo revelou três categorias sendo elas: 1) Percepção de sexualidade; 2) Alterações na atividade da sexualidade de indivíduos estomizados; 3) Importância do suporte interdisciplinar. A partir das falas dos sujeitos da pesquisa, emergiu a definição sobre sexualidade, a percepção acerca da sexualidade antes da confecção do estoma e o lidar com a sexualidade após a realização do mesmo, dialogando com a

importância do suporte interdisciplinar sobre sua nova realidade.

Tema 1: Percepção da Sexualidade:

No que tange aos aspectos definitivos sobre a sexualidade foram valorizados pelos estomizados que o sexo está relacionado a exercício do prazer, também relacionou à necessidade fisiológica. *“Eu acho que é mais uma necessidade fisiológica, o corpo pede, nós não queremos, mas tem horas que acende.”* (Berlin). Para Rio *“Eu acho que é mais uma necessidade fisiológica, o corpo pede, conhecimento do corpo também”*. *“É uma mistura de sensações, só quem sente é que sabe”*. Estas afirmativas dialogam com a literatura a qual relata a dificuldade de pacientes portadores de estomias relacionadas a sexualidade, dado as alterações em seu corpo que muitas vezes está vinculada ao ato cirúrgico e disfunções fisiológicas atrelada ao procedimento (PEREIRA; PELÁ., 2006).

No que se refere a imagem corporal na nova condição gera uma desarmonia frente ao espelho, surgindo assim um sentimento e sofrimento doloroso do processo de adoecimento, diante a isto, esta marca corporal, remete ao estomizado diferença perante a outras pessoas, o que provoca baixa autoestima e mecanismos para esconder a estomia de si mesmo e dos que o cercam: *“Acho que fico com vergonha”* (Tóquio). Para outro estomizado, *“...“Tô” me sentindo sujo, fico envergonhado porque todo mundo olha logo pra minha barriga”* (Rio). SILVA; SHIMIZU (2006) afirmam que estes sentimentos são comuns aos estomizados, alguns citam em seus estudos que estes sentimentos são potencializados pelo receio e falta de habilidade no manuseio dos dispositivos. Em contrapartida outro indivíduo afirmou encarar a situação com bastante tranquilidade, *“... Já fiquei sem roupa na frente do meu marido não tive vergonha não...”* (Paris).

O padrão cultural sobre o que influencia os indivíduos existe claramente a perda da autoestima, visto que ao lidar com a estomia focaliza-se a atenção das pessoas sobre a eliminação intestinal, que vai contra a normalidade que fora apresentada e/ou conhecida, como se a pessoa passasse a manusear com o contaminado (QUEIROZ, 2017). *“Tem gente que tem um pouco de receio. Vai ficar olhando para gente com curiosidade e olha com nojo e não olha para gente, olha diretamente na bolsa, mas eu não estou nem aí. Agora tem gente que eu não gosto que fique me olhando não”* (Berlin).

Para serem aceitos pela sociedade, muitos indivíduos estomizados acabam abdicando de seus costumes, mudando muitas vezes os hábitos de vestir, na intenção de deixar sua estomia escondida. A partir disso entende-se que algumas mudanças serão vencidas de acordo com adaptação a sua nova condição, em contrapartida este estomizado necessita de um suporte interdisciplinar, ajudando assim, no comportamento biopsicossocial, que ajudam a minimizar as dificuldades do dia-a-dia (CARDOSO; ALMEIDA; SANTANA; CARVALHO; SONOBE; SAWADA, 2015). Como em: *“Antes eu vestia roupas totalmente diferentes do que visto hoje, tudo agora é muito solto, bem folgado”* (Paris). Assim, mudanças ocorridas devido a estomização são vivenciadas no cotidiano.

Por outro lado, os indivíduos criam subsídios para lidar com as modificações corporais, o isolamento por receio, e medo da relação sexual, o que interfere na postura em relação às pessoas a sua volta (SANTOS, 2015). *“Não estou pensando nisso não. Quando eu ficar bom, voltar ao normal penso nisso aí, acho que prejudicaria sim (o uso da bolsa). Eu não estou legal assim, tenho minhas limitações, é uma cicatriz quase que pra vida toda, essa bolsa é muito estranha...”* (Tóquio), segundo Rio *“Esse bagulho (bolsa coletora) aqui é muito estranho, fiquei triste em ter que usar isso, deprimido mesmo, tenho medo de ter relações e isso soltar, não me sinto seguro não”*.

Dessa forma vale ressaltar, que o indivíduo encontra-se em um processo de adaptação física, e o convívio social estão relacionados. Por isso, é de suma importância que a equipe interdisciplinar entenda as mudanças pelas quais passa o estomizado, o parceiro(a) e os familiares, para que mútuos sentimentos como de medo, preconceito e baixa da autoestima não sejam cultivados, e sim, possam ser superados (PEREIRA; PELÁ, 2006). Dando assim, seguridade a estas pessoas, a fim de que possam ter liberdade de vivenciarem sua sexualidade sem imposição de limites ou regras, como em: *“Dependendo se for um bom parceiro, quem sabe o que a gente pode fazer? Se ele for uma pessoa compreensiva, tem que ter compreensão”*, (Berlin).

Tema 2: Alterações na atividade da sexualidade de indivíduos estomizados

Além das alterações físicas, como a amputação de algum segmento do cólon para confecção de uma estomia, outras disfunções sexuais resultam em nervos responsáveis pela ereção e/ou ejaculação. Esses fatores dificultam ainda mais a fisiologia da relação sexual^{6:7}. Isto foi destacado por: *“Não sei como vai ser não, talvez não aconteça ereção, a menina nem queira na hora que me ver com isso aqui, e se acontecer, é capaz até de eu ter ejaculação antes do tempo”* (Rio).

Nas mulheres, pode ocorrer dispareunia, devido à perda da elasticidade vaginal e à redução da lubrificação, durante o tratamento de mulheres com neoplasias, isso ocorre também por problemas relacionados à autoestima devido à alteração da imagem corporal, interferindo a adaptação à essa nova condição de vida, pois isso, compromete o desempenho da expectativa social sobre a estigma do corpo (SILVA; SHIMIZU, 2006): *“Eu me sinto estranha em relação a tudo. Em relação às outras mulheres, eu me sinto muito estranha”*. (Berlin).

No que tange a preocupação com eventuais problemas com a bolsa coletora (SILVA; FAUSTINO; OLIVEIRA, 2013): *“Acho que vai ser estranho, parece que vai ser sujo, tenho medo de soltar na hora e sujar tudo, imagina que nojento”* (Paris).

No que concerne a primeira relação sexual após a estomia, é fato que o indivíduo está perpassando por um momento de redescobertas, para, além disso, existem outras particularidades quanto às limitações do estomizado, tais como, esclarecimento acerca da sexualidade, apoio psicológico o que pode gerar deficiência na sua autoconfiança (

BATISTA; ROCHA; SILVA; SILVA JÚNIOR, 2011). *“Sinto à vontade sim, hoje, no início foi estranho, mas agora tá de boa, a gente tem medo do que não conhece, e também não tive ninguém que me falasse sobre isso”* (Chicago).

No primeiro momento da abordagem da sexualidade, deve-se entender que o paciente possui uma limitação primeiramente física, porém, existem outros aspectos fundamentais como relações afetivas, familiares e de amizade, além de outras situações que envolvem relacionamento (namoro, casamento e afins) e requerem intimidade sexual, sendo assim, pode-se compreender que o parceiro(a) ajudará na seguridade do estomizado, melhorando a sua autoestima, deixando as situações sociais mais tranquilas (SILVA; FAUSTINO; OLIVEIRA, 2013), como se percebe em: *“Minha esposa me ajudou muito nessa fase da minha vida, sem ela acho que eu não iria conseguir, ela foi fundamental, ela sim é mulher de verdade”* (Rússia).

Mesmo no processo de adaptação, o indivíduo busca facilitadores para a manutenção da sua vida sexual, desde dispositivos até a adoção de posições mais confortáveis para ambos no momento do ato sexual, buscando assim satisfação e prazer. Desta forma, o estomizado pode viver sua sexualidade sem medo e receio (MOTA, 2014), relatado por: *“Tentamos a posição tradicional e para mim foi muito desconfortável, mudamos de posições várias vezes, até que me falaram de uma faixa, aí tivemos a ideia de colocar uma faixa sobre a bolsa, porque ela fica fixa e não atrapalha, me sinto mais seguro”* (Rússia).

O estomizado, ao passar por situações tão modificadoras no seu corpo, alterações sexuais tão fortes, que o ato sexual torna-se secundário, quase que impensável para alguns participantes, entendendo a dor do seu estado patológico pode influenciar na perda da libido, disfunção erétil, a dor física, entre outras (CARDOSO; ALMEIDA; SANTANA; CARVALHO; SONOBE; SAWADA, 2015): *“Eu já tive três maridos, tinha uma vida sexual normal. Mas não estou pensando em fazer nada disso agora não. Agora eu estou pensando em minha saúde. Tenho muitas dores, quero ficar boa, primeiro”* (Berlin).

Tema 3: Importância do suporte interdisciplinar sobre a nova sexualidade

De acordo com as informações dos entrevistados, percebeu-se que existe de fato uma demanda no que se refere às necessidades tangentes a sexualidade. Traz a luz algumas repercussões nos aspectos biopsicossociais, que justificam a necessidade de suporte interdisciplinar como justificado por: *“... não sabia nem que iam falar sobre isso comigo, mas acho que esse tipo de conversa esclareceria muito pra gente que não sabe nem pra onde vai estas coisas, agora temos como entender melhor, vocês ajudaram bastante...”* (Rússia).

Percebeu-se também que existe entre os indivíduos o medo de passar vergonha, e não se sentem confortáveis para discutir e/ou esclarecer dúvidas sobre esta temática com a equipe interdisciplinar: *“... Ninguém nunca falou sobre isso aqui no hospital, na verdade foi a primeira vez que foi mencionado esse assunto comigo...”* (Chicago).

Ademais, é indispensável o auxílio do Sistema de Saúde, com a criação de políticas para a melhoria nas condições de atendimento das pessoas portadoras de estomias, através do desenvolvimento de políticas públicas, melhorias da infraestrutura física dos lugares públicos, e uma equipe interdisciplinar capacitada.

5 | CONCLUSÃO

O presente estudo evidenciou a necessidade de buscar e identificar estratégias que possibilite ao paciente adaptar-se a nova condição de vida, de forma que possa retomar sua sexualidade na perspectiva da transformação e adaptação da sexualidade, as quais estão intimamente associadas à estética corporal, refletindo na autoestima e no convívio social com família, amigos e parceiros.

Na maioria das vezes, as orientações limitam-se às questões referentes ao estoma, ao material específico disponível no mercado e ainda como evitar lesão de pele. Eventualmente são abordadas situações práticas da vida como esvaziamento da bolsa em ambientes diversos, dentre outras, ignorando-se frequentemente o tema atividade sexual. Entende-se que possivelmente pelo pudor e/ou moralismo imposto pela sociedade, os enfermeiros, não se sintam confortáveis na abordagem ao estomizado no que refere-se a sua sexualidade.

Diante do exposto fica evidente a necessidade de ampliação de estudos que abordem e fomentem a discussão sobre sexualidade em paciente estomizados bem como encorajamento de profissionais a abordarem esta temática com seus pacientes, tendo em vista que é um tema pouco abordado pelos profissionais responsáveis pelo atendimento.

REFERÊNCIAS

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

BATISTA, Maria do Rosário de Fátima Franco; ROCHA, Francisca Cecília Viana; SILVA, Danillo Maia Guedes da; SILVA JÚNIOR, Fernando José Guedes. **Autoimagem de clientes com colostomia em relação à bolsa coletora**. Revista Brasileira de enfermagem, 64(6). 2011.

CARDOSO, Daniele Braga Rodrigues; ALMEIDA, Camilo Eduardo; SANTANA, Mria Eizabeth; CARVALHO, Dione Seabra; SONOBE, Helena Megumi; SAWADA, Namie Okino; **Sexualidade de pessoas com estomias intestinais**. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, 16(4). 2015.

CASCAIS, Ana Filipa Marques Vieira; MARTINI, Jussara Gue and; ALMEIDA, Paulo Jorge dos Santos. **O impacto da ostomia no processo de viver humano**. RevInvestEnferm.(16):3-10, 2007.

CORREIA, Adriana Karla Silva; MOREIRA, Tereza Maria Magalhaes; CASTRO, Maria Euridéa; LOPES, Consuelo Aires de Freitas; JORGE, Maria Salete Bessa; **Análise das dissertações e teses de enfermagem sobre ostomias**. Fortaleza, 1979-2005. Rev Rene. 9(2):106-12, 2008.

MOTA, Marina Soares. **Processo de transição da pessoa estomizada da dependência de cuidado ao autocuidado: subsídios à enfermagem**. Rio Grande. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] -

Universidade Federal do Rio Grande; 2014.

PAULA, Maria Angela Boccara de Paula; TAKAHASHI, Renata Ferreira; PAULA, Paulo Roberto. **Os Significados da Sexualidade para a Pessoa com Estoma Intestinal Definitivo**. RevbrasColoproct. 29(1): 077-082, 2009.

PEREIRA, Adriana Pelegrini dos Santos; PELÁ, Nilza Teresa Rotter. **Atividades grupais de portadores de estoma intestinal definitivo: a busca da aceitação**. Rev Enferm UERJ. [Internet]. 2006 [cited 2012 Jan 04];14(4):574-9. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v14n4/v14n4a13.pdf>

QUEIROZ, Cintia Galvão; **Evidências de validade de instrumento para coleta de dados no pré e pós-operatório de estomizados intestinais a luz do Modelo de Adaptação de Roy**. Natal. Dissertação [Pós-Graduação em Enfermagem] - Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2017.

SANTOS, Fernanda Silva; **Percepção de parceiros de pessoas com estomia intestinal sobre a sexualidade do casal**. Uberaba. Dissertação [Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde] - Universidade Federal do Triângulo Mineiro; 2015.

SILVA, Ana Lucia; SHIMIZU, Helena Eri; **O significado da mudança no modo de vida da pessoa com estomia intestinal definitiva**. Rev Latino-am Enfermagem. Agosto, 2006.

SILVA, Elaine Soares; CASTRO, Denise Silveira de; GARCIA, Telma Ribeiro; **Tecnologia do cuidado á pessoa com colostomia: diagnósticos e intervenções de enfermagem**, REME [Internet]. 2016. [acesso em set 2019], disponível em <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1065>.

SILVA, Ana Lucia; FAUSTINO, Andrea Mathes; OLIVEIRA, Paulo Gonçalves. **A sexualidade do paciente com estomia intestinal: revisão de literatura**. Revista de enfermagem UFPE online-ISSN: 1981-8963, 7(3), 879-887. 2013.

ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS PACIENTES COM SEPSE NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 05/06/2020

Data de submissão: 28/04/2020

Shirley Sayonara Bezerra de Melo Torres

Universidade Federal de Pernambuco
- UFPE, Recife-PE, <http://lattes.cnpq.br/0969094259381441>

Angélica de Godoy Torres Lima

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia - IFPE campus Belo Jardim,
Belo Jardim-PE, <http://lattes.cnpq.br/3267022204553537>

Jaciele Cristina da Silva Belone

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia - IFPE campus Belo Jardim,
Belo Jardim-PE, <http://lattes.cnpq.br/2247088645671239>

Marilene Cordeiro do Nascimento

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia - IFPE campus Belo Jardim,
Belo Jardim-PE, <http://lattes.cnpq.br/1790306376764731>

Eliane Braz da Silva Arruda

Universidade Federal de Pernambuco, UFPE/
CAV, Vitória de Santo Antão-PE, <http://lattes.cnpq.br/0063496258537839>

Thamyris Vieira de Barros

Centro Universitário do Vale do Ipojuca,
UNIFAVIP/DEVRY, Caruaru-PE, <http://lattes.cnpq.br/8256549015578362>

RESUMO: Trata-se de trabalho de revisão integrativa realizado a partir da análise de 10 trabalhos científicos que abordaram a assistência da enfermagem nos cuidados aos pacientes com sepse na unidade de terapia intensiva. Os dados foram coletados através da análise dos artigos, identificando as variáveis previamente. Na análise dos dados verificou-se que o enfermeiro em terapia intensiva, através do saber peculiar vem sendo realce diante da complexidade que permeia nesta área. Enfermeiros são profissionais ímpares para proporcionar um bom planejamento do cuidado com pacientes sépticos, pois são mediadores de condutas e intervenções entre a equipe de saúde. Todavia ainda são restritas as pesquisas que aproximam a atuação do enfermeiro frente ao diagnóstico de sepse em pacientes de terapia intensiva. Por fim, acredita-se que é de suma importância utilizar o conhecimento embasado em práticas e evidências científicas, com finalidade em promover uma assistência cada vez mais qualificada, enriquecendo ainda mais o cuidado e exercendo a enfermagem com excelência profissional mediante os pacientes acometidos por essa patologia em função do melhor prognóstico e sobrevida destes pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Sepsis, Unidades de Terapia Intensiva, Cuidados de Enfermagem.

ANALYSIS OF NURSING CARE FOR PATIENTS WITH SEPSIS IN THE INTENSIVE CARE UNIT: INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: This is an integrative review work carried out based on the analysis of 10 scientific studies that addressed nursing care in the care of patients with sepsis in the intensive care unit. The data were collected through the analysis of the articles, identifying the variables previously. In the analysis of the data it was found that the nurse in intensive care, through the peculiar knowledge has been highlighted due to the complexity that permeates this area. nurses are unique professionals to provide good care planning for septic patients, as they are mediators of behaviors and interventions among the health team. Finally, it is believed that it is extremely important to use knowledge based on scientific evidence and practices, with the purpose of promoting increasingly qualified assistance, further enriching care and exercising nursing with professional excellence through patients affected by this condition due to the best prognosis and survival of these patients.

KEYWORDS: Sepsis, Intensive Care Units, Nursing Care.

1 | INTRODUÇÃO

A Infecção relacionada a Assistência à Saúde (IRAS) é uma problemática mundial relacionada à qualidade da assistência prestada à saúde, visto que elevam o custo e o tempo da internação do paciente que culminam nos índices de morbidade e mortalidade (DIAS et al., 2012). A infecção é causada por microrganismo existente no ambiente hospitalar, também encontrado na microbiota do paciente ou através da infecção cruzada (FERREIRA e NASCIMENTO, 2014).

A sepse é identificada por estadiamentos, no primeiro é definida pela Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SRIS), mais a presença do foco infeccioso; no segundo é a evolução da SRIS para a sepse grave, sendo identificado por disfunção orgânica ou hipoperfusão tecidual; no terceiro é o choque séptico, sendo a sepse grave com hipotensão não revertida após reposição volêmica (ILAS, 2015).

A sepse grave e o choque séptico acometem milhões de pessoas em todo mundo, sendo observado um aumento considerável nos índices de incidência, se igualando aos politraumas, infarto agudo do miocárdio (IAM) e acidente vascular encefálico (AVE) (BRASIL, 2017).

Com o objetivo geral de reduzir, em âmbito nacional a incidência de Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde (IRAS) e resistência microbiana a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou no ano de 2012, Portaria nº 1218, que partir de janeiro de 2014, todos os serviços de saúde que possuem UTI, obrigatoriamente, devem

notificar mensalmente à ANVISA sobre seus dados referentes a infecções primárias de corrente sanguínea associada à cateter venoso central e infecção em cirurgia: Cesariana, além dos indicadores de resistência microbiana identificada (BRASIL, 2017).

Em ambientes de cuidados intensivos, como a UTI, possui um maior risco de desenvolver a sepse devido aos vários fatores relevantes, como: o grau de severidade; o tempo de internação prolongado; os diversos procedimentos invasivos, tendo como exemplo: a intubação endotraqueal e a necessidade de ventilação mecânica, os acessos intravasculares, a sondagem vesical e dentre outras intervenções que ocasionam a quebra das barreiras naturais do organismo identificação correta de sinais e sintomas sugestivos da sepse diminuem o tempo de detecção de pacientes com o risco dessa síndrome, favorecendo o tratamento precoce e ocasionando melhores resultados (SOUZA et al, 2015; ALMEIDA e MARQUES, 2009).

Diante disso, a equipe de enfermagem que presta assistência integral durante as 24 horas precisa desenvolver suas habilidades de forma eficiente, dinâmica e, estar apta a prestar seus cuidados com embasamento científico, sobretudo ao identificar de sinais da sepse e de seus fatores de risco predisponentes no ambiente hospitalar (AMANTE, ROSETO e SCHNEIDER, 2009).

Os enfermeiros traçam as suas intervenções para pacientes acometidos por sepse através da implantação das etapas do processo de enfermagem, consistindo em histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. Para tanto, é primordial, o reconhecimento precoce de pacientes com quadro sugestivo de infecção, para assim, garantir medidas de controle com intervenções eficazes e seguras, visando uma assistência integral e contínua (BOECHAT e BOECHAT, 2010).

A abordagem terapêutica para pacientes com sepse tem como objetivos a manutenção de um suporte metabólico de cardiorrespiratório, eliminação do processo infeccioso, controle glicêmico e nutricional, administração de corticosteroides e anticoagulantes, além de outras terapias adicionais. O profissional de enfermagem necessita de capacitação para prestar a assistência com processos sistemáticos de avaliação clínica, seja na adequada vigilância da função renal ou na avaliação neurológica (BOECHAT e BOECHAT, 2010).

Sendo a UTI local destinado a paciente grave que necessite de assistência integral e continua observa-se maior incidência da sepse As IRAS nas UTIs vêm tendo um enfoque ainda maior, pois constitui de 24% a 32% das infecções notificadas no âmbito hospitalar no Brasil e 37% a nível 3 mundial, pois são pacientes graves, que necessitam da realização de processos invasivos constantemente, a saber as infecções que tem maiores prevalências são; do trato respiratório devido à intubação, do trato urinário ocasionado pelo cateter vesical e da corrente sanguínea causada pelo cateter venoso (CARVALHO et al., 2010; COFEN, 2009).

As principais bactérias notificadas nos casos de sepse são: *Staphylococcus ssp*, *coagulase-negativo*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae carbapenemase*

(KPC), *E. Coli*, *enterobacter spp*, *bulkoderiacepacia*, *stenotrophomona smaltrophilia*, *acinetobacterbaumani*, *pseudomonas aeruginosa*, *sheplococcus* do grupo *viridamis* e *morganela morgani*, essas bactérias são altamente patogênicas devido à resistência aos antibióticos (VIANA, MACHADO e SOUZA, 2017).

Diante disto são observadas as alterações clínicas apresentada pela sepse que compreende; hipertermia ou hipotermia, hipotensão, taquipneia, edemas, estado mental alterado, sendo diagnosticada com duas ou mais alterações nas disfunções orgânicas. A identificação do diagnóstico precoce com ações e intervenções rápidas influencia diretamente nos índices de morbimortalidade à sepse (CINTRA, NISHIDE e NUNES, 2003; DELLINGER et al., 2013).

As intervenções de enfermagem para controlar a sepse está fundamentada nas diretrizes da campanha de sobrevivência a sepse, e fiscalizada pela ILAS, que implementou o pacote de medidas do combate a sepse. Este pacote refere-se a um conjunto de intervenções clínicas baseadas em evidências (VIANA, MACHADO e SOUZA, 2017).

Esta pesquisa é muito relevante para a assistência à saúde, pois a sepse é uma problemática mundial e tem acometido milhões de pessoas em todo o mundo, tendo a enfermagem um papel fundamental na identificação precoce e o controle da sepse, visando à redução das taxas de óbitos e aumento na taxa de sobrevivência nas UTIs. Possibilitando entender questões presentes nas intervenções de enfermagem nas UTIs, para o controle da sepse, bem como suas estratégias de identificação e monitoramento da sepse.

É essencial conhecer a interface com a equipe multiprofissional e a implementação do controle e conforme as diretrizes da campanha de sobrevivência a sepse. Logo, o presente estudo, consiste em uma revisão sistemática da literatura com objetivo de analisar as infecções e a assistência de enfermagem na prestação dos cuidados aos pacientes com Sepse em UTI.

Este trabalho teve como objetivo avaliar na literatura a assistência de enfermagem nos cuidados aos pacientes com sepse na unidade de terapia intensiva através de uma revisão integrativa.

2 | CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Esta pesquisa trata-se de uma revisão integrativa da literatura com estudo de caráter descritivo e abordagem qualitativa. No período de novembro a dezembro de 2019 foi realizado um levantamento bibliográfico, coletando o material de artigos científicos através das bases de dados do SciELO (Scientific Electronic Library Online), da LILACS (Literatura Latinoamericana em Ciências da Saúde), do MedLine/ PubMed (National Library of Medicine, EUA) e do ISI/Thomson, selecionando-se artigos publicados entre os

anos de 2009 a 2019.

Para a coleta de dados do SciELO e LILACS foram empregados os seguintes descritores: Sepse, Unidades de Terapia Intensiva, Cuidados de Enfermagem. E para a coleta de dados do MedLine/PubMed utilizou-se os descritores: Sepsis, Intensive Care Units, Nursing Care. Foram utilizados como bibliografia apenas artigos com textos completos disponíveis.

Depois foi realizada uma leitura seletiva, crítica e interpretativa de todos os trabalhos, seguida de uma análise e categorização dos dados de maneira a responder o problema da pesquisa, excluindo-se artigos repetidos encontrados em mais de uma base de dados. Iniciou-se a análise pelos títulos, seguida da análise dos resumos, sendo selecionados 10 artigos sobre o tema “Análise das infecções e assistência de enfermagem nos cuidados aos pacientes com sepse na Unidade de Terapia Intensiva”. Foram analisados artigos que apresentaram assistência enfermagem nos cuidados aos pacientes com sepse na UTI.

3 | RESULTADOS

O fluxograma desta pesquisa é apresentado na figura 1. Na base de dados ISI/Thomson foram recuperadas 130 referências. Na avaliação de títulos foram excluídos 85 artigos pelos seguintes motivos não relacionados ao tema; títulos não condizentes com o objeto do estudo; e documentos técnicos não procedentes de pesquisa científica. Na avaliação dos 45 resumos, 21 foram excluídos por não se tratarem de estudos com grupo de comparação de sepSES e três por serem artigos repetidos. Restaram 18 artigos para avaliação de texto completo. Destes, foram excluídos 10 por não avaliarem o desfecho de interesse do estudo em grupo de comparação, restando 05 estudos para análise final.

Na base MEDLINE/PubMed foram recuperados 150 artigos. Após análises de títulos, 40 estudos foram excluídos, por serem inadequados a esta pesquisa. Na análise de resumos foram excluídos 75 estudos e quatro artigos que estavam repetidos com ISI/Thomson e SciELO. Sobraram 35 artigos para análises de texto completo. Após avaliação foram excluídos 9 artigos, resultando em 2 estudos para análise final.

Na SciELO, a pesquisa identificou 96 artigos que, após avaliação dos títulos, se reduziram a sete, cujos resumos foram analisados. Na avaliação dos resumos, três artigos foram excluídos, restando apenas quatro artigos para análise de texto completo. Após avaliação foram excluídos 3 artigos, resultando em 1 estudo para análise final.

Na LILACS, foram recuperados 81 artigos, sendo excluídos 61 na análise dos títulos. Na análise de 20 resumos, 11 foram excluídos. Sobraram nove artigos para análise de texto completo, dos quais apenas 02 estudos foram incluídos para análise final.

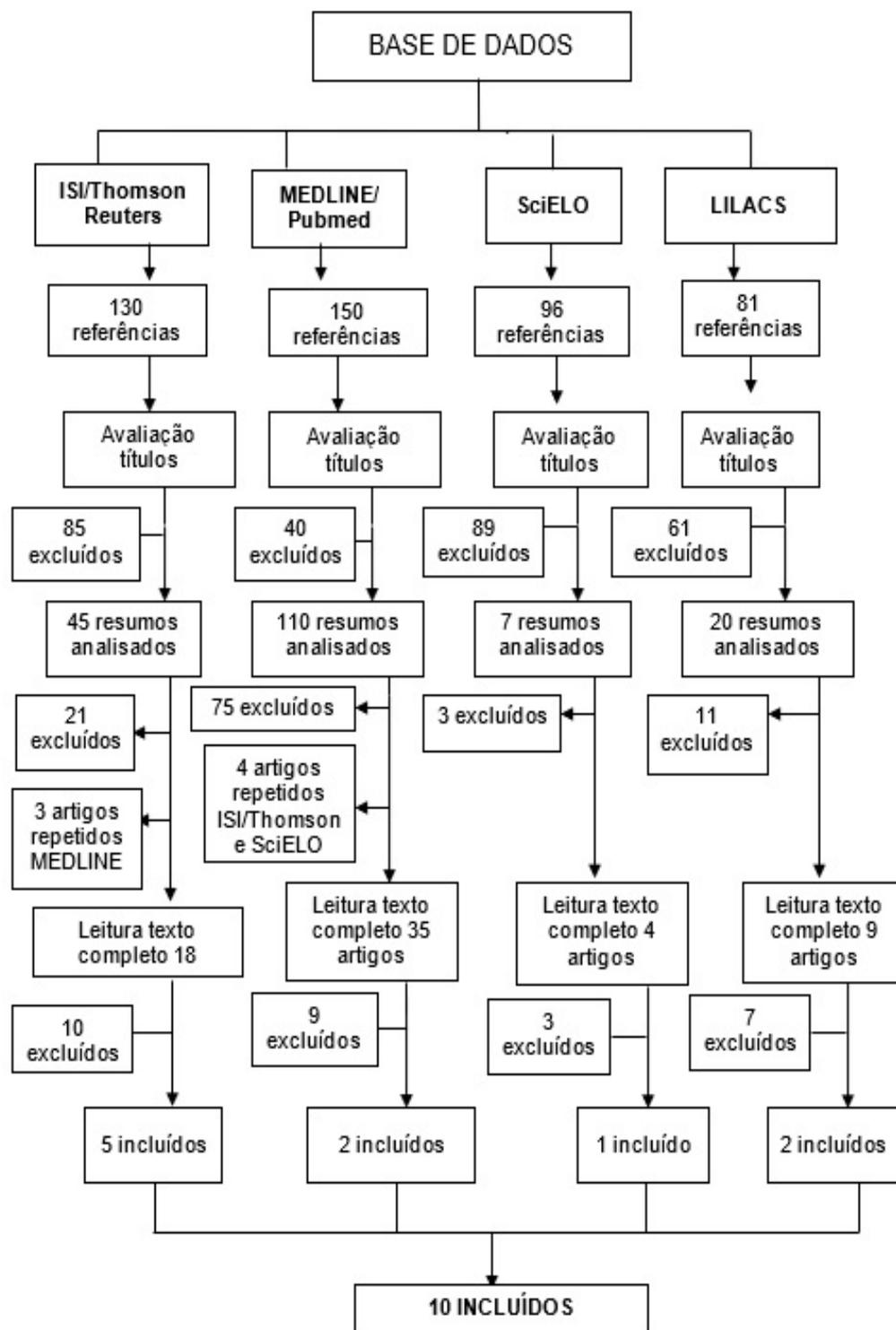


Figura 01. Algoritmo de seleção dos artigos para o estudo de revisão de literatura.

Autores (ANO)	País de origem/Idioma publicado	Desenho do estudo	Período do estudo
BARROS, Lea Lima dos Santos; MAIA, Cristiane do Socorro Ferraz; MONTEIRO, Marta Chagas (2016)	Português	Estudo transversal	Janeiro de 2009 a dezembro de 2010
MACHADO, Flavia Ribeiro et al. (2016)	Português	Estudo analítico	2016
SANCHES, Rafaely de Cassia Nogueira et al. (2016)	Português	Estudo transversal	Junho de 2014
RAMALHO NETO, José Melquiades (2011)	Português	Estudo de caso	Outubro a novembro de 2008
CARNEIRO, António Henriques; PÓVOA, Pedro; GOMES, José Andrade (2017)	Inglês	Estudo analítico	2017
TORSVIK, Malvin et al. (2016)	Inglês	Intervenção antes e depois	Janeiro de 2009 a fevereiro de 2010
BARRETO, Maynara Fernanda Carvalho et al. (2016)	Inglês/ Português	Estudo transversal	Agosto de 2013 a agosto de 2014
GARRIDO, Felipe et al. (2017)	Português	Estudo transversal	Outubro de 2013
FERGUSON, Alice et al. (2019)	Inglês	Estudo retrospectivo	2018 a 2019
MOURA, Joyce Marques et al. (2017)	Português	Estudo retrospectivo	Janeiro a junho de 2016

Figura 02. Características gerais dos estudos selecionados.

A figura 02 apresenta as características gerais dos estudos quanto aos anos de publicações, país onde o estudo foi realizado, idioma de publicação, desenho e duração do estudo, amostra inicial e final, e população, desenho do estudo. Dos 10 artigos analisados, quatro foram publicados na língua inglesa e sete foram publicados na língua portuguesa. Em relação ao tipo da pesquisa, quatro estudos foram do tipo transversal, dois do tipo retrospectivo, dois analíticos, um estudo de caso e um de intervenção antes e depois. O período da publicação dos estudos desta pesquisa abrangeu os anos de 2009 a 2019, com período de coleta de dados entre 2008 a 2019.

Considerando o instrumento de coleta, variáveis avaliadas/analizadas, os fatores associados e as principais conclusões dos autores. Na maioria dos estudos, os dados foram obtidos dos prontuários e de entrevistas com os doentes. Em alguns estudos foram utilizados questionários com dados de prontuários, em três estudos foram utilizados somente questionários e em um estudo foi utilizado coleta de dados secundários.

4 | DISCUSSÃO

Foram analisados treze artigos, publicados entre 2009 a 2018, sobre sepse e cuidados de enfermagem. A revisão sistemática permitiu sintetizar os principais resultados dos estudos recuperados nas bases de dados, que tinham como objeto avaliar os cuidados de

enfermagem frente a pacientes com sepse. No entanto, constata-se que diversos estudos analisados chegaram a conclusões distintas e até mesmo contraditórias.

A partir dos estudos, é possível entender que a rápida percepção da sepse, vinculada ao tratamento apropriado, pode apresentar um prognóstico favorável para o paciente. Então, Machado et al. (2016) designam que para identificar a sepse, o enfermeiro deve considerar o tempo como fator relevante, pois quanto menor o tempo para o diagnóstico melhor a progressão do quadro.

Para Sanches et al. (2016) o choque séptico na nova nomenclatura é definido quando o paciente além de apresentar a sepse, também se evidencia irregularidades circulatórias agudas e metabólicas associadas ao grande risco de óbito. Os aspectos para detecção de choque séptico que a equipe de enfermagem deve ressaltar é quando há necessidade de administrar vasopressor para manter a pressão arterial média acima de 65mmHg, vinculada ao nível sérico de lactato acima de 2mmol/L após a reanimação volêmica adequada, no entanto, a presença de hiperlactatemia isolada, independente dos níveis, não foi considerada critério de disfunção de acordo com o novo consenso.

Ramalho Neto et al. (2011) corroboram que é de fundamental importância a atuação do enfermeiro, visto que ele está em contato direto e contínuo com o paciente, por essa razão uma atualização constante se faz necessária, visando um atendimento de qualidade que engloba acima de qualquer outro aspecto a segurança e a recuperação daqueles que se encontram sob seus cuidados.

Conforme Ferguson et al. (2019) o uso de cuidados direcionados pelo enfermeiro para promover a identificação oportuna e o tratamento precoce da sepse no pronto-socorro e no ambiente hospitalar pode melhorar a aderência aos *bundles* e protocolos institucionais e reduzir as taxas de mortalidade hospitalar por sepse.

Em seu estudo, Carneiro et al. (2017) correlacionam cuidados de enfermagem diante a sepse conforme as necessidades elencadas através da consulta qualificável de enfermagem, ao observar anamnese, histórico clínico e da terapêutica fomentada pela equipe multidisciplinar, considerando critérios sistêmicos que possam surgir. Dessa forma, reconhecimento precoce da sepse pelos enfermeiros pode reduzir a progressão da doença e melhorar a sobrevivência dos pacientes hospitalizados com sepse (TORSIVIK et al., 2016).

Em fevereiro de 2016, a Society of Critical Care Medicine (SCCM) e a European Society of Critical Care Medicine (ESICM) publicaram a nova definição de sepse, anteriormente conhecida como Síndrome de Inflamação Respiratória Sistêmica (SIRS), atualmente sendo conceituada como a avaliação da disfunção orgânica, sendo analisado um aumento de dois ou três itens no escore Sequential Organ Failure Assessment (SOFA). Isso implica que pacientes somente com hipotensão ou com escala de coma de Glasgow abaixo de 13 não seriam considerados como sepse (MACHADO et al., 2010).

Sabe-se que o bom prognóstico da sepse está vinculado a detecção precoce, assim

como na evolução clínica do paciente. No entanto, ao manejar o paciente inicialmente, o profissional deve estar de prontidão frente às emergências que podem surgir na terapia intensiva. Portanto, vale considerar o protocolo da Campanha Sobrevivendo a Sepse coordenada pelo Instituto Latino Americano de Sepse e apoiada por diversas instituições de saúde, o qual está fundamentado na adesão aos protocolos de tratamento de 3 e 6 horas (BARRETO et al., 2016).

Não obstante, é através de um conhecimento amplo sobre as disfunções orgânicas, e aplicando medidas que favoreçam a assistência prestada, como a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que se alcançará o objetivo de reduzir as complicações da sepse no paciente, pois o cuidado será de forma integral (GARRIDO et al, 2017).

A diferença entre sepse e choque séptico está ligada ao agravamento que podem levar o paciente a óbito. Os desafios são inerentes quanto à definição, a sepse é a infecção suspeita ou confirmada com disfunção orgânica, de forma que independe da presença de sinais de SRIS, enquanto que o choque séptico é a Sepse com disfunção circulatória e celular/metabólica associada a um maior risco de mortalidade, além da presença de hipotensão não responsiva à utilização de fluídos, e que independe dos valores de lactato, ou seja, estado mais crítico daquele paciente acometido pela sepse (MOURA et al., 2017; BARROS, MAIA e MONTEIRO, 2016).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sepse é uma patologia que representa causa relevante de hospitalização e mortalidade em unidades de terapia intensiva, se manifesta em níveis gravíssimos e com o tempo, sendo necessária visão amplamente crítica para prontamente diagnosticar e tratar o paciente. Assim, é importante a efetivação dos protocolos e critérios referenciados pelos órgãos de saúde com finalidade em reduzir a sepse nas internações hospitalares, bem como, manter constantemente o aperfeiçoamento em saúde sobre meios tecnológicos, científicos, incorporação dos conceitos, e assistência humanizada, pois através de uma assistência qualificável, previnem-se custos elevados com terapias e subsequentemente garante-se um restabelecimento mais rápido e seguro do paciente séptico.

Desta forma, o enfermeiro em terapia intensiva, através do saber peculiar vem sendo realce diante da complexidade que permeia nesta área. Com tantos avanços, a equipe de enfermagem deve acompanhar esta evolução e requerer assim enfermeiros preparados para lidar com essa demanda e ambiente complexo. Portanto, todos os enfermeiros devem estar inteirados que a atuação diante do paciente séptico exige condutas ágeis, precisas e padronizadas de acordo com as regras institucionais e literatura científica pertinente.

Compreende-se que enfermeiros são profissionais ímpares para proporcionar um bom planejamento do cuidado com pacientes sépticos, pois são mediadores de condutas e intervenções entre a equipe de saúde, todavia ainda são restritas as pesquisas que

aproximam a atuação do enfermeiro frente ao diagnóstico de sepse em pacientes de terapia intensiva. Por fim, acredita-se que é de suma importância utilizar-se do melhor conhecimento embasado em práticas e evidências científicas, com finalidade em prover uma assistência cada vez mais qualificada, enriquecer ainda mais o cuidado e exercer a enfermagem com excelência profissional mediante os pacientes acometidos por essa patologia em função do melhor prognóstico e sobrevida destes pacientes.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, Tatiane Araújo; MARQUES, Isaac Rosa. **Sepse: atualizações e implicações para a enfermagem**. Rev de Enferm UNISA. Santo Amaro, v.10, n.2, p.182-7, 2009.
2. AMANTE, Lúcia Nazareth; ROSETO, Annelise Paula; SCHNEIDER, Dulcinéia Ghizoni. **Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva sustentada pela teoria de Wanda Horta**. Rev Esc Enferm USP, v. 43, n.1, p. 54-64, 2009.
3. BARRETO, Maynara Fernanda Carvalho et al. Sepse em um hospital universitário: estudo prospectivo para análise de custo da hospitalização de pacientes. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 50, n. 2, p. 302-308, 2016.
4. BARROS, Lea Lima dos Santos; MAIA, Cristiane do Socorro Ferraz; MONTEIRO, Marta Chagas. **Fatores de risco associados ao agravamento de sepse em pacientes em Unidade de Terapia Intensiva**. Cadernos Saúde Coletiva, v. 24, n. 4, p. 388-396, 2016.
5. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde**. Brasília: ANVISA, 2017.
6. BOECHAT, Antônio Luiz; BOECHAT, Narjara de Oliveira. **Sepse: diagnóstico e tratamento**. Rev Bras Clín Méd., v.8, n.5, p. 420-427, 2010.
7. CARNEIRO, António Henriques; POVOA, Pedro; GOMES, José Andrade. **Dear Sepsis-3, we are sorry to say that we don't like you**. Rev Bras Ter Intensiva, v. 29, n. 1, p. 4-8, 2017.
8. CARVALHO, Renan Henrique de et al. **Sepse, sepse grave e choque séptico: aspectos clínicos, epidemiológicos e prognóstico em pacientes de Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Universitário**. Rev Soc Bras Med Trop. Uberaba, v. 43, n. 5, p. 591-593, 2010.
9. CINTRA, Eliane de Araújo; NISHIDE, Vera Médice; NUNES, Vilma Aparecida. **A assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo**. 2 ed., São Paulo: Atheneu, 2003.
10. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. **Resolução n. 358 de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE – nas Instituições de Saúde Brasileiras**. Conselho Federal de Enfermagem. Brasília-DF, 2009.
11. DELLINGER, R. Phillip et al. **Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Severe Sepsis and Septic Shock: 2012**. Crit Care Med, v.41, n2, p. 580-637, 2013.
12. DIAS, Maria Beatriz Gandra de Souza et al. **Diagnóstico e tratamento precoce da sepse grave no adulto**. Hospital Sírio Libanês, 2012.
13. FERGUSON, Alice et al. **Early, Nurse-Directed Sepsis Care**. Am J Nurs., v. 119, n. 1, p. 52-58, 2019.
14. FERREIRA, Rosa Gomes dos Santos; NASCIMENTO, Jorge Luiz do. **Intervenções de enfermagem na**

sepsis: saber e cuidar na sistematização assistencial. Rev saúde e desen., v.6, n.3, p 46-55, 2014.

15. GARRIDO, Felipe et al. **Actions of nurses in early identification of systemic changes caused by severe sepsis.** ABCS Health Sciences, v. 42, n. 1, p. 15-20, 2017.

16. INSTITUTO LATINO AMERICANO DE SEPSE (ILAS). **Atendimento ao paciente com sepsis grave/ choque séptico: detecção precoce + tratamento correto.** Sepsis Institute, 2015.

17. MACHADO, Flávia Ribeiro et al. **Chegando a um consenso: vantagens e desvantagens do Sepsis 3 considerando países de recursos limitados.** Rev Bras Ter Intensiva. v. 28, n. 4, p. 361-365, 2016.

18. MOURA, Joice Marques et al. **Diagnóstico de sepsis em pacientes após internação em unidade de terapia intensiva.** Arquivos de Ciências da Saúde, v. 24, n. 3, p. 55-60, 2017.

19. RAMALHO NETO, José Melquiades et al. **Nursing process and septic shock: intensive nursing care.** Rev enferm UFPE Online, v.5, n. 9, p. 2260-2267, 2011.

20. SANCHES, Rafaely de Cassia Nogueira et al. **Percepções de profissionais de saúde sobre a humanização em unidade de terapia intensiva adulto.** Esc Anna Nery [online], v. 20, n. 1, p. 48-54, 2016.

21. SOUZA, Ester Sena et al. **Mortalidade e riscos associados a infecção relacionada à assistência à saúde.** Texto Contexto Enferm., v.24, n.1, p 8-220, 2015.

22. TORSVIK, Malvin et al. **Early Identification of Sepsis in Hospital Inpatients by Ward Nurses Increases 30-day Survival.** Crit Care, v. 20, n. 1, p. 244-252, 2016.

23. VIANA, Renata Andréa Pietro; MACHADO, Pereira Flávia Ribeiro; SOUZA, Juliana Lubarino Amorim de. **Sepsis: um problema de saúde pública - A atuação e colaboração da Enfermagem na rápida identificação e tratamento da doença.** São Paulo: COREN-SP, 1. ed., 2017.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO INTERNADO EM UTI: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 05/06/2020

Data de submissão: 06/05/2020

Aron Souza Setúbal

Acadêmico de Enfermagem da Universidade
Federal do Maranhão-UFMA
Imperatriz- MA
<http://lattes.cnpq.br/7173686975109197>

Lucas dos Santos Conceição

Acadêmico de Enfermagem da Universidade
Federal do Maranhão-UFMA
Imperatriz- MA
<http://lattes.cnpq.br/6102612553192239>

Gabriel dos Anjos Valuar

Acadêmico de Enfermagem da Universidade
Federal do Maranhão-UFMA
Imperatriz- MA
<http://lattes.cnpq.br/1954654478694682>

Pedro Igor de Oliveira Silva

Acadêmico de Enfermagem da Universidade
Federal do Maranhão-UFMA
Imperatriz- MA
<http://lattes.cnpq.br/9861812001591465>

Danilo de Jesus Costa

Acadêmico de Enfermagem da Universidade
Federal do Maranhão-UFMA
Imperatriz- MA
<http://lattes.cnpq.br/6430840862474217>

Glória Amorim de Araújo

Acadêmica de Enfermagem da Universidade

Federal do Maranhão-UFMA

Imperatriz- MA

<http://lattes.cnpq.br/3503705049484981>

Jhonatan Andrade Rocha

Acadêmico de Enfermagem da Universidade
Federal do Maranhão-UFMA
Imperatriz- MA
<http://lattes.cnpq.br/8279911391625540>

Kecya Pollyana de Oliveira Silva

Acadêmica de Enfermagem da Universidade
Federal do Maranhão-UFMA
Imperatriz- MA
<http://lattes.cnpq.br/2176758154479000>

Luanna Saory Kamada Miranda

Acadêmica de Enfermagem da Universidade
Federal do Maranhão-UFMA
Imperatriz- MA
<http://lattes.cnpq.br/1895107562224749>

Lucas Macieira Sousa da Silva

Acadêmico de Enfermagem da Universidade
Federal do Maranhão-UFMA.
Imperatriz- MA
<http://lattes.cnpq.br/0201166136382087>

Mauro Francisco Brito Filho

Graduado em enfermagem da Universidade
Federal do Pará- UFPA
Parauapebas- PA
<http://lattes.cnpq.br/4539786317462230>

Wanderson Lucas Castro de Sousa

Acadêmico de Enfermagem da Universidade
Federal do Maranhão-UFMA

RESUMO: No Brasil inúmeros jovens encontram-se internados em decorrência de Acidente de Trânsito Terrestre (ATT), destes, muitos precisam ser internados nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), estando assim expostos a diversas situações de risco em virtude da debilitada condição de saúde. **Objetivo:** Relatar a experiência vivenciada por acadêmicos do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão – UFMA no cuidado de um paciente internado na UTI em decorrência de um ATT. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, a partir da vivência de acadêmicos de enfermagem do 7º período da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). A experiência ocorreu através das aulas do componente curricular da disciplina Saúde do Adulto II, oferecida pela instituição. São descritas atividades desenvolvidas no período de maio a julho de 2019. **Resultados e discussão:** A vivência desvelou profundas transformações e adaptações tanto para os acadêmicos de enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, como para equipe de enfermagem no cuidado a um paciente paraplégico, desenvolvendo inovações comportamentais e cuidados diversos ao paciente, devido ao surgimento complicações decorrentes da imobilização. **Conclusão:** O presente relato proporcionou aos discentes de enfermagem grande aprendizado sobre conhecimentos e rotinas da UTI e compreensão acerca da prevenção das Ulceras de Pressão (UP). Estimulou os mesmos a serem futuros profissionais críticos e aptos a propor reflexão neste âmbito a outros profissionais de saúde.

PALAVRAS CHAVE: Unidade de Terapia Intensiva; relato.

NURSING CARE FOR THE VICTIM OF CAR ACCIDENT HOSPITALIZED IN THE ICU: AN EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: In Brazil, many young people are hospitalized due to Land Traffic Accident (TA), of which many need to be admitted to intensive care units (ICU), thus being exposed to various risk situations due to poor health condition. **Objective:** To report the experience experienced by nursing students of the Federal University of Maranhão - UFMA in the care of a patient hospitalized in the ICU due to an ATT. **Methodology:** This is a descriptive study, of the type of experience report, from the experience of nursing students of the 7th period of the Federal University of Maranhão (UFMA) in the Intensive Care Unit (ICU). The experience occurred through the classes of the curricular component of the discipline Adult Health II, offered by the institution. Activities developed from May to July 2019 are described. **Results and discussion:** The experience unveiled profound transformations and adaptations for both nursing students at the Federal University of Maranhão and for the nursing team in the care of a paraplegic patient, developing behavioral innovations and diverse care to the

patient, due to the emergence of complications resulting from immobilization. **Conclusion:** This report provided nursing students with great learning about ICU knowledge and routines and understanding about the prevention of Pressure Ulcers (PU). It encouraged them to be future critical professionals who were able to propose reflection in this field to other health professionals.

KEYWORDS: Intensive Care Unit; Report.

1 | INTRODUÇÃO

No Brasil, de 1996 a 2015, morreram 21.057.086 pessoas, das quais 2.656.875 por Causas Externas (12,6%). Dentre as Causas Externas, os Acidentes de Transporte Terrestre (ATT) aparecem como a segunda causa mais recorrente, sendo responsável pela morte de 733.120 pessoas (27,6% das mortes pela causa e 3,5% do total de mortes no período). Do total de mortes por Acidentes de Trânsito, 264.643 (36,1%) foram de pessoas na faixa etária de 10-29 anos, o que significa que, no Brasil, de 1996 a 2015, morreram, por ATT, em média, 36 jovens/dia. Os dados são mais contundentes ao se trabalhar a morbidade: de 1998 a 2015, 2.272.068 pessoas foram internados por ATT, sendo que 1.046.225 (46,0%) tinham entre 10 e 29 anos, uma média de 159 por dia (MOREIRA, 2018).

Destes, uma parte significativa termina internado em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), esse por sua vez, é um ambiente destinado a assistir pacientes graves e instáveis que, geralmente, fica no meio hospitalar, e é considerado de alta complexidade, por contar com aparato tecnológico e informatizado de ponta, que apresenta ritmo acelerado, no qual são realizados procedimentos agressivos e invasivos, e onde o duelo entre a vida e a morte está bem presente, sendo que a morte, muitas vezes, é iminente (MARLI, 2015).

No cenário da UTI, são comuns discussões acerca da assistência e da forma de trabalho dos profissionais de saúde. Frequentemente são questionados o modo de atuação desses profissionais, os quais são, inúmeras vezes, criticados por tomarem posturas tecnicistas e reducionistas do ser humano decorrentes das tecnologias e necessidades de ações imediatas características deste setor (FLÁVIA, 2017).

Isso ocorre porque os pacientes nesta condição estão constantemente expostos a inúmeras situações de risco, dentre elas é possível destacar a Lesão por Pressão (LP) que são lesões na pele e/ou tecido subjacente que ocorrem normalmente em locais de proeminência óssea, resultantes de forças de atrito (pressão, fricção e cisalhamento) e de fatores contribuintes que ainda não são claramente elucidados (ANDRESSA, 2016).

Não obstante, Andressa (2016) afirma que os pacientes de UTI são os mais desfavorecidos quanto a manter a pele íntegra desde o primeiro dia, possuindo alto risco, principalmente pela limitação na atividade física e mobilidade. Os fatores de risco que

contribuem para o desenvolvimento de LP têm sido estudados, mas a combinação dos fatores de risco que melhor predizem a sua incidência ainda é pouco compreendida.

“O enfermeiro, independente do diagnóstico ou do contexto clínico, deve estar apto a cuidar de todos os doentes e, ao cuidar de pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva” (CAMELO, 2012, p.03). Perante o cuidado extremamente especializado e complexo que os enfermeiros realizam e desenvolvem em uma UTI, a sistematização é a organização do seu trabalho e, por consequente, do trabalho da equipe de enfermagem (NETO et al, 2013).

Diante disto, o presente relato visa expor a experiência de acadêmicos do sétimo período de enfermagem no cuidado de um paciente internado na UTI, vítima de ATT que se apresentava em situação de risco para o desenvolvimento de UP em virtude da falta de mobilidade decorrente da paraplegia ocasionada pelo acidente, abordando os cuidados realizados ao paciente.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, a partir da vivência de acadêmicos de enfermagem do 7º período da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). A experiência ocorreu através das aulas do componente curricular da disciplina Saúde do Adulto II, oferecida pela instituição. São descritas atividades desenvolvidas no período de maio e julho de 2019.

A prática foi realizada em uma UTI no Hospital Municipal Imperatriz - MA popularmente conhecido como “Socorrão”. O mencionado hospital possuía duas UTI’s, sendo elas UTI–Adulto e UTI–pediátrica, sendo que a UTI–Adulto conta com 30 leitos. Esta ala conta com uma equipe multiprofissional composta aproximadamente por 2 enfermeiras, 10 técnicos de enfermagem, 2 médicos e 2 fisioterapeutas, por plantão, podendo variar dependendo da escala de profissionais.

A experiência foi desenvolvida em três momentos. No primeiro momento foi realizado o contato com a UTI, com a equipe multiprofissional que lá trabalha e com o paciente K.B.A e a aplicação dos conhecimentos teóricos. O segundo momento foi sobre a assistência de enfermagem que os acadêmicos e os profissionais de enfermagem e como isso influenciaria na melhora do quadro do paciente. Terceiro momento foi a elaboração e implementação de intervenções para a melhora do quadro do paciente.

Por ser campo de aulas práticas da disciplina Saúde do Adulto II e estágio de discentes da UFMA, a atividade tornou-se mais fácil de ser executada, já que existia um vínculo pré-estabelecido entre as instituições. A pesquisa não necessitou da submissão para apreciação ética, por se tratar de relato de experiência dos próprios coautores, com anuência do local onde ocorreu ação em saúde desde que sejam garantidas a confidencialidade dos dados, como nomes dos pacientes, caso fossem mencionados

utilizar siglas.

Foram utilizados para a realização da coleta de dados: Folhas A4 para os acadêmicos escrevessem informações pertinentes sem necessitar exporem-se funcionários ou pacientes, notebooks para digitação dos dados, prontuários com informações pertinentes sobre o(s) paciente(s) e o auxílio da equipe multiprofissional. Não foram utilizados dados pessoais, gravações ou quais querem meio de exposição dos participantes.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

K.B.A. 16 anos sexo masculino, residente de uma cidade do interior do maranhão, vítima de um acidente automobilístico ocorrido no entardecer de abril de 2019, quando voltava na garupa da moto do seu tio do trabalho para casa. Os mesmos tiveram a infelicidade de defrontar-se com um carro em luz alta, o que o fez o condutor da motocicleta perder o controle da direção, fazendo-o ir de encontro a uma elevação de terra no acostamento. Devido a isso, K.B.A. sofreu com traumatismo craniano e lesão medular localizada inferior a 6º vertebra cervical.

Os profissionais questionam que no dia do acidente tem a possibilidade de agravamento da lesão devido à tentativa de testemunhas em colocá-lo desacordado em dois automóveis diferentes, até chegar o socorro adequado, considerando a desinformação sobre primeiros socorros e imobilização, situações comuns em casos dessa natureza. A lesão medular o deixou parapléxico no auge de sua juventude, aos 16 anos de idade.

K.B.A. deu entrada no Hospital Municipal (HMI) Imperatriz – MA no dia 10/04/2019. Queixa principal: lesão na encefálica e com possível paraplegia. Posteriormente foi diagnosticado com Traumatismo Crânioencefálico (TCE), Traumatismo Raquimedular (TRM), Atelectasia de Pulmão e Parada Cardiorrespiratória em assistolia (PCR). O paciente foi submetido no dia 11/04/2019 a drenagem de hematoma extradural parental.

Foi admitido na UTI no dia 11/04/2019, vindo do Bloco Cirúrgico, confortável em ar ambiente, comatoso, com pupilas reativas, e responsivo a estímulos algícos. Encontrava-se hemodinamicamente estável, abdômen inocente. K.B.A. Estava consciente, orientado, afebril, com déficit motor total em MMII e discreta movimentação voluntária descoordenada em MMSS. O sistema cardíaco apresentava-se hemodinamicamente estável sem DVA, RCR 2T, BCNF, S/S. Onde foi submetido a Traqueostomia (TQT) e com ventilação mecânica MV+, diminuído no HTD, regular perfusão periférica. Apresentava abdômen plano, flácido, indolor, sem megalias, tolerante a dieta enteral. O sistema Geniturinário apresentava diurese satisfatória, sendo que as extremidades não apresentavam edemas FO limpo e seco com o controle glicêmico 107 md/dl, onde deve-- se manter o suporte intensivo com acompanhamento neurocirurgia.

K.B.A. no dia 26/04/2019 foi avaliado pelo cirurgião geral, sendo que, foi realizado punção com jelco em HTD com pouca drenagem de liquido pleural, onde também foi

solicita Tomografia de Tórax (TC). No dia 27/04/2019 passou por avaliação neurológica (Fratura de coluna cervical com indicação de neurocirurgia).

Em 06/05/2019, durante a prática da disciplina Saúde do Adulto II, os acadêmicos de enfermagem da UFMA, tiveram seu primeiro contato com a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e com o paciente K.B.A, que estava restringido ao leito, orientado, responsivo, mas impossibilitado de dialogar devido a traqueostomia, estava com sonda nasogástrica de dieta livre e sonda vesical de demora onde também estava fazendo uso de fralda. Após fazer leitura previa do prontuário onde o mesmo foi diagnosticado com paraplegia, os acadêmicos de enfermagem juntamente com a equipe de enfermagem da UTI colocaram em pratica seu conhecimento acerca da Sistematização da Assistência de Enfermagem e a aplicar seus conhecimentos técnico-científicos na prática assistencial, favorecendo o cuidado e a organização das condições necessárias para melhora do paciente.

Reconhecendo a importância do diálogo e a importância das vivências e do conhecimento prévio dos profissionais os acadêmicos buscaram uma relação mais próxima com a equipe de enfermagem onde, percebeu-se grande participação da maioria dos profissionais ao período das práticas fez com que se criasse um vínculo entre a equipe e os acadêmicos de enfermagem. Isso fez com eles se sentissem mais à vontade de dialogar sobre suas percepções e conhecimentos acerca da rotina e dos cuidados com o paciente K.B.A.

No decorrer do mês de maio notou-se uma piora do quadro do paciente, onde o mesmo apresentava enrijecimento do MMSS, com enfoque no MSE, que quando tentava-se fazer a Adução (movimento de lateralizarão do braço) o paciente apresentava muita dor e não se realizava a adução, prejudicando a realização do banho no leito. É notório que devido ao quadro do paciente que estava restrito ao leito, o mesmo utilizava-se de um colchão caixa de ovo, entretanto, mesmo com colchão K.B.A. começou a apresentar escaras nos membro MSE e nos MMII. Quando a equipe de enfermagem foi questionada sobre o surgimento das escaras (Lesão por Pressão Estágio 2) e enrijecimento dos MMSS, relataram que havia falta de produtos hidratação para pele, onde o mesmo foi solicitado a família do paciente, foi informado que a técnicas de enfermagem haviam sido orientadas a estimular os movimentos dos MMSS e MMII, entretanto as técnicas afirmaram que devido a grande demanda de pacientes e a pouca oferta de profissionais, tornava-se raro os momentos para a estimulação dos membros.

Não obstante a isso, devido às percepções dos acadêmicos de enfermagem a situação em que o paciente K.B.A. encontrava-se, foram tomadas medidas para melhora do quadro do paciente. Buscou-se desenvolver estímulos a movimentação dos MMSS, estimulando a equipe de enfermagem a fazê-lo com mais frequência mesmo com as dificuldades encontradas na UTI. Desenvolver a mudança de decúbito, de forma que não apresentasse dor ao enfermo, realização de curativos nos locais que apresentava escaras com o uso de óleo de girassol para o tratamento e melhora da hidratação nas áreas

lesionadas, para assim prevenir para evolução de úlceras de pressão. Após tais medidas serem adotadas pela equipe, o quando do paciente melhorou onde ao final do mês de julho de 2019 K.B.A. recebeu alta hospitalar.

A UTI é um local de grande especialização e tecnologia, identificado como espaço laboral destinado a profissionais da saúde, principalmente médicos e enfermeiros, possuidores de grande aporte de conhecimento, habilidades e destreza para a realização de procedimentos. Nesse sentido, subentende-se que, os profissionais que atuam nessas unidades, necessitam de muito preparo, pois invariavelmente, podem se defrontar com situações cujas decisões definem o limite entre a vida ou a morte das pessoas.

4 | CONCLUSÃO

O presente relato proporcionou aos discentes de enfermagem grande aprendizado sobre conhecimentos e rotinas da UTI e compreensão acerca da prevenção das Lesões por Pressão (LP). Estimulou os mesmos a serem futuros profissionais críticos e aptos a propor reflexões neste âmbito a outros profissionais de saúde. É notório que ficou evidente que surgiram obstáculos que inviabilizaram o propósito da equipe de enfermagem de desempenhar com eficiência e competência suas atividades no cotidiano e manter como meta a qualidade na assistência e valorização do trabalho proposto na UTI.

Espera-se que a trajetória deste relato descrita neste estudo contribua para que profissionais de enfermagem iniciem o processo de implantação da SAE no cuidado de pacientes da UTI, e com enfoque naqueles com risco de UP. Que iniciem alguma etapa, mesmo que isolada, pois o importante é aplicar a sistemática, adequando-a à realidade brasileira. São experiências como estas, que permitem e estimulam a busca continua para uma busca continua de conhecimentos para assim prestar uma melhor assistência de enfermagem.

Diante da magnitude das repercussões causadas pelo risco de UP e enrijecimento muscular, é necessária uma atualização contínua de conhecimentos da equipe multiprofissional, principalmente a equipe de enfermagem acerca de possíveis mazelas que podem surgir devido a restrição ao leito de pacientes acamados. Como se sabe, um bom trabalho de prevenção pressupõe o conhecimento da etiologia e também da realidade na instituição. De tal modo, o profissional de saúde capacitado possuirá um saber técnico embasado e aplicará este saber em sua práxis para uma assistência à saúde de ótima qualidade. Bem como, é necessário que as instituições de saúde possuam recursos humanos e materiais suficientes para atender a demanda necessária para prevenir a UP e outras agravamentos evitáveis. Desse modo, serão minimizadas o surgimento de repercussões acerca de úlceras no paciente, transtornos familiares e da equipe multiprofissional.

REFERÊNCIAS

BACKES, Marli Terezinha Stein; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; BUSCHER, Andreas. **The Living, Dynamic and Complex Environment Care in Intensive Care Unit**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 23, n. 3, p. 411-418, Junho 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692015000300411&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 Maio de 2020.

BORGHARDT, Andressa Tomazini et al. **Úlcera por pressão em pacientes críticos: incidência e fatores associados**. Rev. Bras. Enferm. Brasília, v. 69, n.3, p.460-467, Junho 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672016000300460&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 Maio de 2020.

CAMELO, Sílvia Helena Henriques. **Competência profissional do enfermeiro para atuação em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa**. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2012, vol.20, n.1, pp.192-200. ISSN 1518-8345. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000100025>. Acesso em: 01 maio de 2020.

LUIZ, Flávia Feron; CAREGNATO, Rita Catalina Aquino; COSTA, Márcia Rosa da. **Humanização na Terapia Intensiva: percepção do familiar e do profissional de saúde**. Rev. Bras. Enferm. Brasília, v. 70, n. 5, p. 1040-1047, Oct. 2017 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000501040&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 Maio 2020.

MOREIRA, Marcelo Rasga et al. **Mortalidade por acidentes de transporte de trânsito em adolescentes e jovens, Brasil, 1996-2015: cumprimos o ODS 3.6?**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2785-2796, Set. 2018 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232018000902785&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 01 maio de 2020.

NETO, José Melquiades Ramalho et al. **Instrumento de coleta de dados de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Geral**. Rev. bras. enferm. [online]. 2013, vol.66, n.4, pp.535-542. ISSN 0034-7167. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000400011>. Acessado em: 01 maio de 2020.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA AVALIAÇÃO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, EM UMA UNIDADE CENTRAL DE SAÚDE, CACOAL-RO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 05/06/2020

Cassia Lopes de Sousa

Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal (FACIMED), Cacoal, Rondônia, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/0625215425662303>

Sara Dantas

Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal (FACIMED), Cacoal, Rondônia, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/5228776567816352>

Amanda da Silva Guimarães

Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal (FACIMED), Cacoal, Rondônia, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/4627055760499228>

Claudio Henrique Marques Pereira

Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal (FACIMED), Cacoal, Rondônia, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/1662609700819700>

Daniele Roecker Chagas

Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal (FACIMED), Cacoal, Rondônia, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/2754682139282052>

Jaine Varela da Silva

Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal (FACIMED), Cacoal, Rondônia, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/8419561520551026>

Jonatas Tiago Lima da Silva

Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal (FACIMED), Cacoal, Rondônia, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/9557873696729717>

Karen Santos de Oliveira

Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal (FACIMED), Cacoal, Rondônia, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/7235470571106327>

Laricy Pereira Lima Donato

Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal (FACIMED), Cacoal, Rondônia, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/0797335253181626>

Pâmela Mendes dos Santos

Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal (FACIMED), Cacoal, Rondônia, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/8493075456667031>

Taiza Félix dos Anjos

Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal (FACIMED), Cacoal, Rondônia, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/3995415359637836>

Thayanne Pastro Loth

Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal (FACIMED), Cacoal, Rondônia, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/7006094732970369>

RESUMO: A Classificação de Risco (CR) é um instrumento utilizado, principalmente, em serviços de urgência e emergência para identificar a necessidade de atendimento de cada paciente, avaliando o potencial de risco e grau de sofrimento, estabelecendo assim, ordem de prioridade e organização da assistência à saúde. O estudo objetivou-se descrever a

experiência acadêmica sobre a assistência de enfermagem na utilização da classificação de risco, em uma Unidade Central de Atendimento, em Cacoal/RO, 2019. Trata-se de um relato de experiência descritivo-qualitativo, realizado por acadêmicos de enfermagem durante um estágio extracurricular em uma Unidade Central de Saúde, em Cacoal-RO. Durante a CR os pacientes são classificados, em cores, de acordo com suas necessidades: vermelho (atendimento de emergência), amarelo (urgente), verde (pouco urgente), e azul (não urgente). Para o desenvolvimento das atividades, inicialmente foi realizado o acolhimento do cliente, identificando brevemente, o paciente e a necessidade de saúde, posteriormente realizou-se o preenchimento do checklist para CR, investigação sobre a queixa de saúde, aferição de sinais vitais e, após classificados de acordo com o risco em vermelho, amarelo, verde e azul, os pacientes são direcionados para o atendimento médico. Preza-se pela utilização de local privativo e adequado, com intuito de manter a privacidade e conforto ao cliente. Considera-se que a CR é de suma importância para a otimização do serviço de saúde pois reduz a superlotação e tempo em filas de espera, além de colaborar para a minimização do risco de mortes evitáveis. A experiência vivenciada oportunizou a correlação teoria/prática em relação a classificação de risco, a atuação da enfermagem nesse processo, e ainda, propiciou o vínculo do cliente e a equipe de enfermagem.

PALAVRAS CHAVE: Classificação de Risco. Enfermagem.

ABSTRACT: The Risk Classification (CR) is an instrument used mainly in urgent and emergency services to identify the need for care for each patient, assessing the risk potential and degree of suffering, thus establishing the order of priority and organization of assistance the health. The study aimed to describe the academic experience on nursing care in the use of risk classification. This is a descriptive-qualitative experience report, carried out by nursing academics during an extracurricular internship at a Central Health Unit, in Cacoal-RO. During CR patients are classified, in color, according to their needs: red (emergency care), yellow (urgent), green (little urgent), and blue (not urgent). For the development of the activities, the client was initially welcomed, briefly identifying the patient and the health need, then the checklist for CR was completed, investigation of the health complaint, gauging of vital signs and, after classified according to risk in red, yellow, green and blue, patients are referred to medical care. It is valued for the use of a private and adequate place, in order to maintain privacy and comfort to the client. CR is considered to be of paramount importance for the optimization of the health service as it reduces overcrowding and time in queues, in addition to helping to minimize the risk of preventable deaths. The lived experience provided an opportunity for the theory / practice correlation in relation to risk classification, the role of nursing in this process, and also provided the bond between the client and the nursing team.

KEYWORDS: Risk Classification. Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

Na saúde, a inovação e tecnologia se destacam ajudando a criar meios que possibilitam um atendimento de qualidade e eficaz deste modo o Sistema de classificação de risco é um dos métodos mais usados para a triagem de um paciente, ele esta em vigor no Brasil desde 1996, embora já tenha sofrido alterações desde o inicio ate este momento, A Portaria 2048/2002 do Ministério da Saúde dispõe de implementação nas unidades de atendimento quanto á o acolhimento e a triagem de classificação de risco (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

A Classificação de risco é um método realizado por meio de protocolos que cada instituição padroniza, no SUS o mais utilizado é o protocolo de Manchester. Na portaria de número 2395 de 2011, onde dispõe da prioridade do atendimento com classificação de risco, visando o bem estar do paciente, e reduzindo tempo (MINISTERIO DA SAÚDE 2011).

O protocolo de Manchester foi elaborado por médicos e enfermeiros do Reino Unido, com um único objetivo, classificar e separar os atendimentos prioritários como de urgência e emergência, sem seguir a ordem de chegada mais sim priorizando paciente que tem um risco de vida elevado, e esta classificação é separada conforme cores ditando assim a prioridade do atendimento, sendo vermelho atendimento imediato de emergência, laranja muito urgente atendimento em até 10 minutos, amarelo elevado risco de morte Urgência atendimento em até 50 minuto, verde pouco urgente em ate 120 minutos, e por fim azul não urgente em até 240 minutos (ANZILIERO, et al 2016).

Segundo o Ministério da Saúde a Classificação de Risco (CR) é um procedimento dinâmico que prioriza identificar pacientes que necessitam de um atendimento imediato sem seguir a ordem de chegada, diminuindo assim o risco de agravos á saúde e ate mesmo o grau de sofrimento, tem como objetivo humanizar o atendimento, descongestionar o local, determinar área de atendimento otimizando tempo (Ministério da Saúde 2009).

A enfermagem tem um fundamental papel na classificação de risco, pois é ele na maioria das vezes que realiza da triagem de classificação do paciente encaminhando-o para a assistência conforme a suas necessidades, a resolução 423/2012 do conselho federal de enfermagem (COFEN), dispõe da competência legal do enfermeiro para a execução desta pratica (COFEN, 2012).

Diante do exposto o objetivo geral foi descrever a experiência acadêmica sobre a assistência de enfermagem na utilização da classificação de risco, em uma Unidade Central de Atendimento, em Cacoal/RO, 2019.

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo de caráter qualitativo, na modalidade de relato de

experiência com iniciativa dos acadêmicos do curso de Enfermagem, durante um Estágio Extracurricular na Unidade Central de Saúde (UCS) inaugurada em 2019 em Cacoal/RO. A UCS é uma unidade de porta aberta e atende pessoas a partir de 12 anos de idade, onde se usa o Protocolo de Manchester.

Após a chegada dos pacientes na recepção da UCS, eles são encaminhados à sala de triagem para que seja realizada a coleta de dados através da investigação de informações, como: motivo do comparecimento à unidade (queixa principal); início, evolução e tempo de doença; estado físico do paciente; medicações em uso; doenças preexistentes, alergias e vícios; e avaliação de sinais vitais (pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca e saturação de oxigênio). Essas informações são preenchidas em um formulário/check list elaborado pela própria equipe do hospital.

Utiliza-se na UCS o protocolo de Manchester para realizar a Classificação de Risco do paciente. O protocolo baseia-se em cores (vermelho, laranja, amarelo, verde e azul) e elas estabelecem critérios de necessidade de atendimento: vermelho (atendimento de emergência) o paciente necessita de atendimento imediato, amarelo (urgente) demanda atendimento rápido mas podem aguardar até 50 minutos, verde (pouco urgente) podem aguardar atendimento ou serem encaminhados para outros serviços de saúde até 120 minutos, nesta classificação, e azul (não urgente) que podem aguardar atendimento ou serem encaminhados para outros serviços de saúde até 240 minutos. Porém não se aplica a cor Laranja (Muito Urgente), por uma escolha da unidade.

A CR deve ser realizada por um profissional do nível superior e que geralmente é o enfermeiro, nesta unidade os estagiários também podem realizar essa função, porém exige uma boa comunicação, agilidade, ética e conhecimento clínico.

3 | RELATO DE EXPERIÊNCIA

O estágio extracurricular proporcionou conhecimento e a vivência profissional com a equipe e pacientes do local, em que os acadêmicos realizavam a CR dos pacientes na triagem, com acompanhamento de um profissional e acordo com o protocolo de Manchester, no qual organiza a demanda de atendimentos, melhorando assim o fluxo pessoas na UCS através da identificação de cores.

O sistema de triagem por CR possui algumas características específicas tais como: identificar e separar rapidamente os pacientes graves e que necessitam de atendimento imediato dos que estão em menor risco e conseqüentemente podem esperar por mais tempo o atendimento médico; possui cinco categorias de urgência que são identificadas por cores, no qual vermelho é mais urgente e azul é menos urgente; contribui com informações que ajudam a definir a complexidade do atendimento e melhora assim o fluxo interno. Assim sendo, ao decorrer da triagem e de acordo com as informações

relatadas pelos pacientes, levando em consideração os diferentes níveis de urgência, os acadêmicos relacionavam cada paciente a sua respectiva CR.

O enfermeiro precisa estar sempre atualizado e preparado para classificar o atendimento, sendo necessário estar sempre reclassificando a prioridade de atendimento do paciente ao longo do período de espera. Com isso, a avaliação do enfermeiro deve ser constante e requer o contínuo planejamento e reavaliação do cliente (COSTA, DURO, LIMA, 2012).

Como profissional na linha de frente do atendimento em urgências os enfermeiros devem ter conhecimento vasto das condições clínicas da população, em função da diversidade dos problemas presentes no contexto do serviço de urgência. E também estar capacitados sobre o perfil epidemiológico dos usuários que precisam dos serviços de urgência, assim como a fisiologia e patologia das alterações mais frequentes para se estabelecer a prioridade mais adequada (COSTA, DURO, LIMA, 2012).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo apoiou-se na importância da CR afim de dar suporte ao atendimento imediato a pacientes com maior prioridade no estado de saúde, assim, pessoas em estado crítico recebem atendimento imediato, enquanto aquelas em melhores condições de saúde esperam por um período maior. A CR é fundamental para reduzir a superlotação na Unidade e melhorar a eficiência no atendimento aos pacientes

Mediante a este estudo houve a contribuição aos acadêmicos e profissionais de enfermagem a importância da classificação de risco no atendimento inicial ao paciente, colaborando para uma visão crítica de cada paciente atendido, e assim o classificando de acordo com suas prioridades de saúde.

Desta forma, a classificação de risco auxilia na detecção de quais pacientes que necessitam de atendimentos imediatos e aos pacientes que possam aguardando pelo atendimento, assim tento planejamento e organização e priorizando o tempo que é fundamental para atuação de enfermagem nesse processo. Este protocolo de Manchester utilizado na UCS favorece há um atendimento mais humanizado, sendo capaz de salvar vidas como também na redução de danos oriundos a um atraso ou falha no atendimento, prevenindo sequelas e otimizando o bem-estar do paciente.

O resultado obtido a partir deste estágio foi a experiência vivenciada dos acadêmicos de enfermagem frente a importância da aplicação da CR diante de uma unidade de saúde, e como a classificação de risco ajuda na organização e otimização no atendimento dos pacientes. Esse estágio foi realizado em uma unidade central de saúde de Cacoal no interior de Rondônia.

Diante dos aspectos observados podemos concluir importância do tema aprofundado, e da utilização da classificação de risco em hospitais, UCS em Cacoal cidade do interior

de Rondônia.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2048, de 5 de novembro de 2002. Disponível em: < https://bsvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2047_5_11_2002.html > acesso em 04/2020.
2. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2395 de 2011. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2395_11_10_2011.html > acesso em 04/2020.
3. ANZILIERO, Franciele et al. Sistema Manchester: tempo empregado na classificação de risco e prioridade para atendimento em uma emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 4, 2016.
4. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria de atenção à Saúde. Política Nacional de humanização da atenção a Gestão do SUS. Acolhimento e Classificação de Risco nos serviços de urgência/ Ministério da Saúde**, Políticas Nacionais de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
5. COFEN, Conselho Federal de Enfermagem, Resolução 423/2012. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4232012_8956.html> acesso em 04/2020.
6. GUIDELINES **DESTAQUES DA AMERICAN HEART ASSOCIATION ATUALIZAÇÕES DAS DIRETRIZES DE RCP E ACE**. AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015.
7. COSTA, Aline Marques; DURO, Carmen Lucia Mottin; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. **Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa**. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2012.

ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO FRENTE AO PACIENTE COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA

Data de aceite: 05/06/2020

Solange Maria da Silva

Faculdade Anhanguera, Av. Dr. João Batista de Souza Soares, 4009 - 12236-660 - Cidade Morumbi, São José dos Campos-SP
solenfer@bol.com.br

RESUMO: O deficiente auditivo encontra dificuldades ao se comunicar com os ouvintes no dia-dia, a dificuldade da comunicação satisfatória entre a enfermagem e o paciente com deficiência auditiva ainda é algo corriqueiro no âmbito hospitalar. Nesse contexto ressaltamos a importância de ser instalado nas instituições de ensino a Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS). O principal objetivo desse estudo é despertar em todos os profissionais de saúde e acadêmicos que é possível prestar um atendimento com qualidade a todas as pessoas com surdez. Trata de uma pesquisa bibliográfica e exploratória com caráter qualitativo.

PALAVRAS-CHAVE: Libras; Enfermagem; Acadêmicos; Inclusão.

NURSE ASSISTANT IN FRONT OF THE HEARING IMPAIRED PACIENTE

ABSTRACT: The hearings impaired find difficult to communicate with listeners in their daily lives, the difficulty of satisfactory communication between nursing and hearing impaired patients is still Common in the hospitals. In this contexto we emphasize the importance of being installed in institutions the Brazilian Sign Language (LIBRAS). The main objective of this study is to motivate all professionals and academics that is possible to provide the service with deaf patients. It is a bibliographic and exploratory research with qualitative characters.

KEYWORDS: Pounds, Nursing, Academics, Inclusion.

1 | INTRODUÇÃO

A deficiência auditiva é um quadro em que a humanização se faz presente e necessária, tanto para acolhimento do paciente, como para o seu tratamento, é uma condição que se configura como sendo um grave distúrbio neurológico sensorial capaz de afetar a capacidade que se tem de aprendizagem e

comunicação oral. Em comparação com as pessoas com deficiência visual e física, o deficiente auditivo é o que enfrenta mais dificuldades em sua inclusão na sociedade.

São muitos os relatos dos deficientes auditivos quando se fala desse assunto, as pessoas não estão preparadas para tais dificuldades, mas que saber Libras é estabelecer uma troca de comunicação entre a enfermagem e o paciente deficiente auditivo, pois ocorre uma ausência de comunicação pelo fato de muitas vezes ambos não conseguirem se comunicar pela falta de entendimento e quando na realidade deveriam estar todos preparados para a população com acuidade auditiva seja ela total ou parcial.

As dificuldades encontradas na comunicação do Enfermeiro com o paciente deficiente auditivo impactam negativamente e diretamente em seu cuidado e tratamento tendo em contrapartida a dificuldade de compreensão e entendimento de ambas às partes, a sociedade ainda não está preparada para a inclusão de pessoas com necessidades especiais.

2 | METODOLOGIA

No levantamento bibliográfico desse estudo, foram considerados artigos científicos, livros, dissertações e teses que foram publicados e disponibilizados ao público em meio impresso e digital. Para a busca na internet, foram informados os seguintes descritores nos bancos de dados da Pubmed, Medline, Scielo e BVS: Orelha, Deficiência Auditiva, Meios de Comunicação, Assistência ao Paciente. Os descritores utilizados foram extraídos da plataforma DeCS (descritores em saúde da BVS). A busca foi realizada no período (2017), sendo utilizados os artigos referentes aos últimos anos (2009-2015).

3 | RESULTADOS

A Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta que cerca de 10% da população brasileira trata de pessoas com deficiência. Em 2010, contudo, no Censo Demográfico realizado divulgado pelo IBGE, esse quantitativo foi equivalente a 45,6 milhões de habitantes no Brasil, o que corresponde a 23% da população total do país. (Dantas 2014).

A perda auditiva ocasiona danos ao desenvolvimento psicossocial, ao comportamento do indivíduo e, até mesmo, a sua linguagem, ainda que seja de grau leve. Dentre os danos possíveis de serem causados estão os seguintes: limitações nas habilidades de codificar, de atenção concentrada, compreensão, memorização, manipulação e uso efetivo da informação auditiva, podendo até mesmo ocasionar a formação de um distúrbio do processamento auditivo central (SANTOS-BUESO et al, 2015).

Na infância, sintomas de perda auditiva leve não são percebidos pelos adultos que permanecem com a criança na maior parte do tempo, e que seria fundamental para uma

detecção precoce da deficiência. Com isso, é possível amenizar as consequências em uma abordagem que se centra na família e em profissionais da educação e da saúde, no sentido de uma criação de uma parceria de suporte preventivo (FRIED-OKEN et al, 2015).

O termo cuidado é originado do latim *cogitare-cogitatus*, cujo significado corresponde a pensar, cogitar, mostrar interesse, colocar atenção, revelar atitude de preocupação e desvelo e cura. O contraponto entre o cuidar e o tratar pode ser assim compreendido: enquanto o tratar está relacionado ao diagnóstico e tratamento de uma doença, o cuidar revela o aspecto básico de todas as profissões de ajuda, sendo, também, vislumbrado como um suporte emocional (LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011).

A promoção do cuidado humano pressupõe: conhecimento, no sentido de conhecer o sujeito do cuidado; alternância, que consiste na avaliação permanente da interação; paciência, permitindo que o outro cresça no seu próprio tempo e maneira; honestidade, ser franco, aberto e admitir falhas; confiança, acreditar na capacidade do outro; humildade, ter uma contínua necessidade de nos modificarmos; esperança, de que o outro cresça com o cuidado prestado; e coragem, de enfrentar o desconhecido, tendo como objetivo a confiança no outro e a própria capacidade de cuidar (OLIVEIRA et al, 2012).

Hoje o que mais se ouve falar é a inclusão social uns dos pilares da acessibilidade, porém uma realidade ainda distante do mundo surdo, os pacientes quando procuram o serviço de saúde precisam sempre estar acompanhado de algum familiar ou amigos para que possa transferir a suas informações para os profissionais de saúde, ou seja sua individualidade passa por despercebido, muitas vezes tem algo que vai além de sua dor,mas que não pode ser compartilhado com um profissional pois o surdo sempre está acompanhado por alguém quando se dirigi a um ouvinte. (PIRES.,ALMEIDA. 2016).

A ausência do uso e do conhecimento da Libras pelos profissionais atuantes na área da saúde torna mais fragilizado o processo de comunicação e cuidado estabelecido com o paciente com deficiência auditiva, prejudicando, também, o seu acesso aos serviços de saúde prestados em todos os níveis existentes da assistência, bem como a qualidade no atendimento que lhe é proporcionado. Desse modo, ressalta os autores a imprescindibilidade de conhecer a Libras, com vistas a não comprometer o cuidado prestado ao paciente deficiente auditivo. (Aragão et al 2015).

Realizaram estudo parecido, só que em forma de revisão bibliográfica. O objetivo do estudo por eles conduzido foi o de identificar os problemas que são vivenciados pelo deficiente auditivo no dia a dia dos serviços de saúde, buscando, ainda, analisar a importância que a comunicação do enfermeiro assume com o paciente surdo, interferindo, desse modo, na qualidade da assistência. Dentre os pontos que foram identificados como problema tem-se a falta de preparo e de intérprete para proporcionar a comunicação com o paciente com deficiência auditiva, fazendo formar-se nele o sentimento de exclusão e discriminação dos cuidados da assistência. De acordo com os autores, estas dificuldades são impeditivas para que haja uma interação eficiente. (Corrêa et al.; 2010).

Por sua vez, também conduziram investigação sobre como enfermeiros se comunicam com pacientes com deficiência auditiva. O estudo, realizado em um hospital universitário do Rio de Janeiro, contemplou uma amostra de 37 profissionais de Enfermagem, sendo que 11 (30% do total) eram enfermeiros, 23 (62% do total) eram Técnicos de Enfermagem e apenas 3 (8% do total) Auxiliares de Enfermagem. Dentre os entrevistados, 43% relataram que já teriam prestado cuidados à paciente com deficiência auditiva. A maioria (57% do total), contudo, ressaltou que nunca anteriormente havia prestado cuidados de enfermagem a esse tipo de paciente. Em relação às estratégias de comunicação que foram usadas pelos que já prestaram a assistência, 46,15% fizeram menção ao uso da mímica; 15,38%, ao uso da leitura labial; 30,77% à escrita; 3,85% ao uso do desenho; e 3,85% ao auxílio de intérprete de Libras. (Machado et al., 2013).

A interação que ocorre entre o paciente surdo e o profissional de saúde demonstra a existência de dificuldades enfrentadas por este ao se pôr de frente com uma língua diferente. Nesse cenário, ainda que o profissional procure estabelecer algumas formas voltadas à comunicação gestual, acreditando que estas se equivalem a Libras, resta evidente a existência de dificuldades de compreensão para o paciente surdo daquilo que se estava solicitando (SILVA; FARIA, 2014).

O enfermeiro exerce o seu papel de cuidador refletindo sobre seus sentimentos, pensamentos e crenças, tanto pessoais quanto profissionais, que foram desenvolvidas durante a sua trajetória de vida. Logo, dada esta relação existente entre o cuidado e o profissional de enfermagem, considera-se que o primeiro que deve receber o cuidado é o profissional, devendo, assim, os centros de saúde voltar o olhar para os funcionários, bem como usuários e acompanhantes, com vistas a enobrecer e dignificar o cuidado. Tudo para despertar a satisfação e o ânimo desses profissionais, resultando, em consequência, em um atendimento de qualidade aos usuários (CINQUE; BIANCHI, 2010).

Por outro lado, como bem destacam Grossi Júnior e Santos (2009), o que se tem é que, a partir do instante em que se verifica prejuízos na comunicação, que são por vezes determinados a partir de fatores que são inerentes ao próprio paciente, como, por exemplo, a impossibilidade de compreender, falar e ouvir, verifica-se situação de dificuldade não somente do processo de envio e recepção de sinais, sendo igualmente percebida de modo relevante nas ações da enfermagem enquanto parte fundamental direcionada ao restabelecimento da saúde do paciente. (GROSSI JUNIOR; SANTOS, 2009).

Em estudo de caráter exploratório e descritivo, de nível I, com abordagem quantitativa, tomando amostra de 63 Técnicos em Enfermagem e 37 enfermeiros atuantes em um hospital privado que responderam questionário para identificação das estratégias e dificuldades usadas no atendimento ao deficiente auditivo, identificaram que o principal obstáculo observado foi a dificuldade percebida em relação à exposição de assuntos do interesse do paciente, tendo sido obtidos relatos de 66% do total dos profissionais ouvidos. Do restante, 32% apontaram dificuldades de compreensão do que o paciente

pretende dizer a partir de sua maneira de se comunicar. Dos pesquisados, a estratégia de comunicação que foram utilizadas pela totalidade dos entrevistados foi a mímica, seguindo-se pela leitura labial, que é utilizada por 94% do total. Também são buscados o auxílio do acompanhante (65%) e a comunicação escrita (42%). Apenas 1% relatou comunicar-se por meio da Linguagem Brasileira de Sinais (LIBRAS). Diante desse quadro, chegaram à conclusão de que, diante das dificuldades que são encontradas no lidar com o paciente com deficiência auditiva, bem como das estratégias que são utilizadas pela assistência de enfermagem no processo de comunicação com este tipo de paciente, tornam evidente a necessidade de capacitação dos profissionais para a promoção de uma assistência humanizada em uma sociedade com características inclusivas para portadores de necessidades especiais. (Britto; Samperiz 2010).

4 | DISCUSSÃO

É preciso minimizar a dificuldade da comunicação entre Enfermeiro e paciente com deficiência auditiva para obter uma assistência com qualidade e sem constrangimento. Sendo assim é necessário identificar anatomia e fisiologia do aparelho auditivo identificando anormalidades precocemente, verificar a acuidade do deficiente auditivo e promover estratégia eficaz para comunicação não-verbal.

Como mencionado pelo (FRIED-OKEN et al, 2015), se os familiares percebessem essa deficiência ainda na infância as consequências seriam amenizadas ao longo da vida evitando assim traumas emocionais permanente. A relação de comunicação entre paciente deficiente auditivo e aos profissionais da área da saúde ainda é algo muito falho.

Lidar com clientes que se comunicam de forma não-verbal demanda muito tempo, concentração e perseverança para compreender o que do paciente quer transmitir. Assim, ao reconhecerem suas dificuldades em usar a LIBRAS, os profissionais podem estar prestando a assistência de forma parcial e nem sempre eficaz

5 | CONCLUSÃO

É preciso explorar esse universo mudo e trazer para a sociedade algo que ainda é desconhecido e pouco discutido. O Enfermeiro precisa procurar alternativas cabíveis para romper essa dificuldade de entendimento com o paciente e assim com um único objetivo de conceitua a prestar uma assistência com qualidade, tendo em vista que nem todos os deficientes auditivos fazem leitura labial ou estão acompanhados por familiares no momento de uma necessidade de cuidados. Muitas vezes o que se observa diante das dificuldades enfrentadas na comunicação, são as tomadas de atitudes ineficaz pelo profissional de saúde devido sua falta de domínio e até mesmo pela sua falta de interesse

em se aperfeiçoar. Responder às dificuldades dos surdos quando procuram atendimento à saúde é dever de todos profissionais de saúde comprometidos em colaborar na construção de uma sociedade inclusiva.

Essa é uma barreira que representa um risco importante para a saúde dos surdos, além de ser um distanciamento da sociedade. Esse fator pode gerar sentimentos negativos quanto aos serviços e profissionais da Saúde, além da sensação de exclusão social, desrespeito à sua cultura e língua. Sugere-se que os serviços de saúde promovam qualificações quanto ao atendimento de pacientes surdos desde das universidades, ressaltando que seria válido a disciplina de Libras ainda no ensino primário, dessa forma talvez estaríamos mais próximo a inclusão dos surdos na sociedade sem qualquer constrangimento. É preciso que haja melhor preparação para o futuro dos profissionais de saúde para estarem melhor preparados para receber e atender com qualidade todos esses pacientes. É importante a sensibilização de todos os profissionais de saúde para oferecerem ao deficiente auditivo, o que é garantido por lei, um atendimento humanizado e eficaz, atendendo todas as suas necessidades.

REFERÊNCIAS

ARAGÃO, J. S.; et al. **Um estudo da validade de conteúdo de sinais, sintomas e doenças/ agravos em saúde expressos em LIBRAS**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, v. 23, n. 6, p. 1014-1023, nov-dez 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/pt_0104-1169-rlae-23-06-01014.pdf>. Acesso em 02 abr 2017.

BRITTO, F. R.; SAMPERIZ M. M. F. **Dificuldades de comunicação e estratégias utilizadas pelos enfermeiros e sua equipe na assistência ao deficiente auditivo**. Einstein, v. 8, n. 1, 80 – 85. 2010. Disponível em <<http://conic-semesp.org.br/pdf/physis/v25n1/0103-7331-physis-25-01-00307.pdf>>. Acesso em 16 jan 2017.

CINQUE, V. M.; BIANCHI, E. R. F. **Estressores vivenciados pelos familiares no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 996-1002, dez. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342010000400020&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 16 jan 2017.

CORRÊA, C. S.; et al. **O despertar do enfermeiro em relação ao paciente portador de deficiência auditiva**. Revista de pesquisa cuidado fundamental, v.2, n. 2, p. 758-769, abr./ jun. 2010. Disponível em <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.&le&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=22084&indexSearch=ID>>. Acesso em 22 mar 2017.

DANTAS, T. R. A.; et al. **Comunicação entre a equipe de enfermagem e pessoas com deficiência auditiva**. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 169-174, mar-abr 2014. Disponível em <<http://www.facenf.uerj.br/v22n2/v22n2a04.pdf>>. Acesso em 25 mar 2017.

FRIED-OKEN, M.; et al. **Supporting communication for patients with neurodegenerative disease. NeuroRehabilitation**, v. 37, p. 69-87, 2015. Disponível em <https://www.researchgate.net/publication/281613579_Supporting_communication_for_patients_with_neurodegenerative_disease>. Acesso em 20 mar 2017.

GROSSI JÚNIOR, R. U.; SANTOS, D. A. S. **Utilização da Língua Brasileira de Sinais no Atendimento aos Surdos / Deficientes Auditivos como Forma de Humanização da Enfermagem.** Rev Virtual de Cultura Surda e Diversidade, 2009. Disponível em <<http://www.editora-arara-azul.com.br/revista/compar4.php>>. Acesso em 11 mar 2017.

LEÃO, C. D. A. ; CALDEIRA, A. P.; OLIVEIRA, M. M. C. **Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores.** Rev. Bras. Saúde Mater. Infant., Recife, v. 11, n. 3, p. 323-334, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/r/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000200387>. Acesso em 14 fev 2017.

MACHADO, W. C. A.; et al. **Sign language: how the nursing staff interacts to take care of deaf patients? J. res.: fundam. care.** Online, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p. 283-292, jul-set. 2013. Disponível em <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/2065/pdf_869>. Acesso em 14 fev 2017.

OLIVEIRA, Y. C. A.; et al. **A língua brasileira de sinais na formação dos profissionais de Enfermagem, Fisioterapia e Odontologia no estado da Paraíba, Brasil. Interface: comunicação, saúde, educação**, v.16,n.43,p.9951008,out./dez.2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832012000400011&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 10 fev 2017.

PIRES.H.F.,ALMEIDA.M.A.P.T.A **PERCEPÇÃO DO SURDO SOBRE O ATENDIMENTO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE.** Revista Enfermagem Contemporânea. 2016 Jan./Jun.;5(1):68-77.

SANTOS-BUESO, E.; et al. **Orbital Anatomical Changes in Retrato De Familia.** AdriaenThomasz Key. El Prado National Museum, Madrid. ArchSocEspOftalmol, v. 90, n. 3, e25-e26, jan. 2015.

SILVA, F. F.; FARIA, C. C. da C. **O deficiente auditivo e as dificuldades na comunicação com profissionais de saúde.** Perquirere, v. 11, n. 2, p. 190-201, dez. 2014. Disponível em <<http://perquirere.unipam.edu.br/documents/23456/612187/deficiente+auditivo+e+as++dificuldades+na++comunicação+com+profissionais+de+saúde.pdf>>. Acesso em 10 fev 2017.

EFICÁCIA DOS PROTOCOLOS DE EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR PELA EQUIPE DE ATENDIMENTO DO SERVIÇO MÓVEL DE URGÊNCIA A CLIENTES POLITRAUMATIZADOS

Data de aceite: 05/06/2020

José Ribeiro dos Santos

Mestre em Educação. Especialista em Urgência e Emergência com ênfase em APH. Pós-Graduação em Docência do Ensino Médio, Técnico e Superior da área da saúde. Bacharel em Enfermagem; Licenciado em Biologia. Professor da Faculdade Associada Brasil e Grupo Educacional Sequencial. e-mail: zecasantos01@gmail.com

RESUMO: Objetivo: Analisar as evidências disponíveis na literatura científica acerca da aplicabilidade dos protocolos de emergências APH e RCP sua semelhança, finalidades e eficácia. **Resultados:** A utilização de protocolos na assistência de Enfermagem garante maior segurança aos usuários e profissionais, com a Sistematização dos protocolos XABCDE e CAB são possíveis direcionar o atendimento ao politraumatizado e, com efeito, reduzir os agravos e as mortalidades. **Conclusão:** As abordagens dos protocolos de APH e RCP embora diferentes, pois, o protocolo de APH aplica-se em situação de emergência voltado ao trauma e o protocolo de RCP em situação de emergência clínica ambos os Protocolos de Emergências têm a finalidade de restabelecer o

quando hemodinâmico do paciente o mais breve possível e evitar novos agravos de lesões. A aplicabilidade dos protocolos terá um resultado positivo se forem realizados de forma rápida e adequados por profissionais ou mesmo leigos treinados sempre avaliando tempo resposta.

PALAVRAS - CHAVE: Emergências, Atendimento Pré-Hospitalar e Protocolos.

EFFECTIVENESS OF PRE-HOSPITAL EMERGENCY PROTOCOLS BY THE MOBILE EMERGENCY SERVICE TEAM TO POLYTRAUMATIZED CLIENTS

ABSTRACT: Objective: To analyze the evidence available in the scientific literature about the applicability of APH and RCP emergency protocols, their similarity, purposes and efficacy. Results: The use of protocols in nursing care ensures greater safety for users and professionals, with the Systematization of XABCDE and CAB protocols it is possible to direct care to the polytraumatized and, in effect, reduce injuries and mortalities. Conclusion: The approaches of the PHC and CPR protocols, although different, because the PHC protocol is applied in an emergency situation aimed at trauma and the CPR protocol in clinical

emergency situations both emergency protocols have the purpose of reestablishing the hemodynamic time of the patient as soon as possible and avoiding further injuries. The applicability of the protocols will have a positive result if they are performed quickly and appropriately by professionals or even trained laypeople always evaluating response time.

KEYWORDS: Emergencies, Pre-Hospital Care and Protocols.

EFFECTIVIDAD DE LOS PROTOCOLOS DE EMERGENCIA PRE-HOSPITAL POR EL EQUIPO DE SERVICIO DE EMERGENCIA MOBILE A CLIENTES POLITRAUMATIZADOS

RESUMEN: Objetivo: Analizar las pruebas disponibles en la literatura científica sobre la aplicabilidad de los protocolos de emergencia APH y RCP, su similitud, propósitos y eficacia. Resultados: El uso de protocolos en la atención de enfermería garantiza una mayor seguridad para los usuarios y profesionales, con la sistematización de los protocolos XABCDE y CAB es posible dirigir el cuidado a los politraumatizados y, en efecto, reducir lesiones y muertes. Conclusión: Los enfoques de los protocolos PHC y CPR, aunque diferentes, porque el protocolo PHC se aplica en una situación de emergencia dirigida al trauma y al protocolo de RCP en situaciones de emergencia clínica ambos protocolos de emergencia tienen el propósito de restablecer el tiempo hemodinámico del paciente lo antes posible y evitar más lesiones. La aplicabilidad de los protocolos tendrá un resultado positivo si son realizados de forma rápida y adecuada por profesionales o incluso laicos capacitados que siempre evalúan el tiempo de respuesta.

PALABRAS CLAVE: Emergencias, Atención Prehospitalaria y Protocolos.

1 | INTRODUÇÃO

Trauma é definido Como uma transferência de energia superior à qual o corpo pode suportar, produzindo uma series de lesões. Lesões, especialmente acidentes de trânsito, representam problema de saúde pública, tanto pela morbidade e mortalidade que produzem anualmente, pois representam 2,2% de todas as mortes no mundo. (Yepes et al.,2015).

Atendimento Pré-Hospitalar é o atendimento emergencial a pacientes traumatizados atendidos fora do ambiente hospitalar. Esse atendimento só poderá ser realizado por profissionais qualificados/treinados

O Ministério da Saúde relata de forma alarmante a ocorrência de acidentes em todo território nacional, conforme as estatísticas os acidentes envolvendo traumas no trânsito: envenenamento, afogamento, quedas e queimaduras representam a primeira posição de adultos jovens (10-39 anos) e a terceira posição na população geral.(SZERWIESKI et al, 2015).

Pre Hospital Trauma Life Support (PHTLS) é o protocolo de atendimento as vítimas de

traumas, ABCDE é um mnemônico, que se refere a um conjunto de técnicas para auxiliar no processo de memorização com associação rápida do que se deve fazer, padroniza o atendimento inicial ao pacientes politraumatizados e define prioridades nas abordagens ao trauma (RODRIGUES et al, 2017).

Uma das habilidades a ser desenvolvida no atendimento as vítimas é reconhecer situações de urgências e emergências, lembrando que no trauma existem diversas formas de ajuda as vítimas de trauma uma delas é sinalizar a cena, chamar ajuda, entretanto as pessoas leigas não devem tocar nas vítimas, devendo aguardar pelo socorro especializado.

No Brasil, 1893 o senado aprovou uma Lei que pretendia estabelecer socorro médico de urgência em via pública do Rio de Janeiro (ADÃO, RS, SANTOS MR 2012). Aplica-se o protocolo de *XABCDE*, onde a letra *X* refere-se a estancar hemorragias, *A* refere-se a verificação de vias aéreas e estabilização da coluna cervical, *B* avaliação da expansibilidade torácica, *C* de circulação avalia a qualidade do pulso da vítima, *D* avalia o estado neurológico saber se a vítima está consciente a letra *E* avalia as lesões isto é: deve-se expor a vítima afim de verificar e evitar novas lesões.(HTLS NAEMT, 2016).

A história do APH data do século XVIII, com as grandes guerras civis e o atendimento prestado as vítimas no local do combate, a partir de medidas de estabilização, que eram prontamente iniciadas para se tentar diminuir a mortalidade (Silva EAC, Tipple AFV, Souza JT, 2010).

Em 1976, o cirurgião ortopedista Jim Styner, ao sofrer um acidente de avião com sua família, ao ser atendido pelos profissionais ele pôde perceber quão inapropriado eram os cuidados em relação aos primeiros socorros as vítimas de traumas. Depois dessa experiência o médico desenvolveu o protocolo de ABCDE do trauma que passou a ser empregado em diversas regiões do mundo. (PHTLS- ELSEVIER, 2007).

A introdução do protocolo de trauma ABCDE não demorou muito a ser reconhecido pelas autoridades médicas e em 1978 foram administrados cursos para o treinamento dos profissionais médicos. No Brasil foi implementado na década de 90 no Rio de Janeiro e em São Paulo o atendimento pré-hospitalar, em 2002 o Ministério da Saúde criou uma Portaria GM/MS nº 2.048, que reconhece a efetividade da assistência precoce em vítimas em situação de emergência (SZERWIESKI LL, OLIVEIRA LF, 2015).

No Brasil, até a década de 70 os traumas eram vistos como um problema policial e médico-legal e não como um problema de saúde pública, enquanto que na França e nos Estados Unidos já possuíam modelos estruturados de atendimento ao trauma, que serviu anos mais tarde de inspiração para o modelo brasileiro. (Silva et al, 2010).

Esse protocolo é aplicado em vítimas de trauma a fim de garantir estabilização do paciente, aperfeiçoar a avaliação e o tratamento das vítimas. Atualmente no Brasil o atendimento pré-hospitalar está estruturado em duas vertentes: Basic Life Support - Suporte Básico de Vida (SBV) e Advanced Life Support- Suporte Avançado de Vida (SAV), O PHTLS originou-se nos Estados Unidos com a sua evolução expandiu-se como um

treinamento internacional e sendo adotado hoje em diversos países.

O atendimento Pré-Hospitalar caracteriza-se como um conjunto de medidas e procedimentos técnicos que objetivam o suporte de vida a vítimas, baseado no conhecimento científico desenvolvimento técnico para atuar em situação de estresse, tendo como conceito supremo não agravar lesões já existentes, ou gerar lesões que não existam, (iatrogenias) e transportar o cliente de forma adequada e segura até ao hospital terciário. Por isso os profissionais devem observar e seguir todos os protocolos de segurança. (COREN, 2017)

Na França, o atendimento era centralizado em uma rede de comunicações denominada Regulação Médica, as chamadas eram avaliadas pelo médico e tomava a melhor decisão, nos Estados Unidos predominava o atendimento rodoviário, por meio da chamada pelo número 911 e participação de paramédicos que avaliava a situação e enviavam o melhor recurso para o atendimento (DEGANI, 2017).

A realidade brasileira não permitia que o APH no modelo Francês fosse implementado na íntegra devido à escassez de recursos, então algumas adaptações foram realizadas. No Brasil na década de 90, por influência do modelo americano adotou-se nas cidades de Rio de Janeiro e São Paulo o atendimento realizado por socorrista com o corpo de bombeiro (DEGANI, 2017).

No Brasil, o SAMU Serviço de Atendimento Móvel de Urgência compõe o transporte de pacientes em situação de urgência e emergência sua equipe é composta pelo Médico, Enfermeiro, Técnicos de Enfermagem e Socorristas [condutores] da VTR, cada um com suas funções determinadas pelas portarias nº 814, 01/06/2001, e nº 2.048 de 05/11/2002 e seu acesso poderá ser obtido gratuitamente por via telefone pelo número 192 (MATA, et al, 2018; GARÇON, et al, 2007).

O protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar SAMU 192, Art. 1º o atendimento pré-hospitalar, de suporte básico e avançado de vida, em termos de procedimento de Enfermagem previsto em Lei sejam incondicionalmente prestados por Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e Auxiliares de Enfermagem observando os dispositivos na Lei. 7.498/86 e Decreto de Lei 94. 406/87. Parágrafo Único: compete privativamente ao Enfermeiro: dirigir, coordenar, planejar, prescrever, delegar, supervisionar e avaliar as Ações de Enfermagem de acordo com o nível de dependência das vítimas.

No que tange aos procedimentos de Enfermagem de alta complexidade esses deverão ser realizados exclusivamente pelo Enfermeiro. Parágrafo terceiro- A assistência de Enfermagem em Unidades Móveis de UTIs e Suporte avançado de vida (terrestre, aquático ou aéreo), deverão ser realizados pelo ENFERMEIRO de acordo como determina a Lei 7.498/86 e Decreto de Lei 94. 406/87 A (COFEN, 2009). Ainda na Resolução COFEN Nº 375/2011, determina a obrigatoriedade da presença do profissional Enfermeiro, quando necessárias as ações de assistência de enfermagem, nas viaturas que realizem transporte Inter Hospitalar de pacientes, entretanto essa Resolução foi suspensa pela justiça.

Objetivo desse trabalho é analisar as evidências disponíveis na literatura científica acerca da aplicabilidade dos protocolos de emergências APH e RCP sua semelhança, finalidades e eficácia.

2 | REFERENCIAL TEÓRICO

De acordo com estudos de Adão et al (2012): o enfermeiro possui, em sua gama de atribuições no APH móvel de elaborar protocolos inerentes ao atendimento às vítimas do trauma. No Brasil o Suporte de vida no atendimento ao trauma até a década de 70, os traumas eram vistos como um problema policial e médico-legal ou como um problema de saúde pública. A enfermagem ao prestar cuidados ao cliente em situação de eventos que envolvem múltiplas vítimas, desastres e catástrofes aplicando-se o Método start.

Na área de Atendimento Pré-Hospitalar, o SAMU é um sistema complexo de grande importância social, cujo objetivo maior é o atendimento de vítimas no local da ocorrência, visto que é de direito de cada cidadão receber atendimento público de qualidade da área da saúde (GARÇON, 2017)

No Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192, existem unidades de suporte intermediário, cuja equipe está composta por um Enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem e o motorista (socorrista): alguns veículos são equipados com materiais de suporte básico, composto por um enfermeiro ou técnico de enfermagem e o socorrista e outras ambulâncias equipadas com materiais de suporte avançado UTI, que nesse caso é composta por um médico, um enfermeiro e o socorrista. (GENTIL RC, RAMOS LH, 2008).

Protocolo de atendimento pré-hospitalar: papel e responsabilidades da equipe de APH:

Aspectos gerais de conduta pessoal: o profissional deve estar de prontidão durante todo o seu plantão, atender as chamadas com certeza e agilidade, apresentar-se uniformizado, adequar hábitos pessoais linguagem e atitudes no serviço, não fumar ou permitir que fumem dentro da base ou da VTR, zelar pela imagem dos serviços, utilizarem os termos do código “Q” e alfabeto numérico e zelar pelos cumprimentos dos protocolos.

Na Base Operacional: Realizar o checklist da VTR, materiais e equipamentos no início e no término do plantão, providenciar reparos e reposição de materiais de consumo, realizar limpeza da VTR e equipamentos conforme protocolos. No recebimento de chamadas/ ocorrências, atentar para a ordem de transmissão do chamado pela Central de Operação.

Durante o deslocamento até o local do atendimento: zelar pelo respeito às regras de condução de veículos de emergências, conforme protocolo e Código de Trânsito Brasileiro,

estabelecer e buscar a rota melhor e mais segura até o local da ocorrência. Já na cena do atendimento/; garantir sua segurança e da equipe do SAMU, fazer uso de EPIs, manter controle da situação, avaliar o paciente e realizar as intervenções necessárias. (BRASIL, 2014).

Durante o transporte do paciente até o hospital: transportar o paciente para o hospital determinado pela Regulação Médica, Trafegar sempre com o cinto de segurança, realizar o transporte rápido e seguro, colocar o acompanhante no banco da frente junto com o motorista, preencher de forma completa a ficha de APH em duas vias com letra legível. (COREN, 2017).

No hospital: informar a equipe da Unidade de Emergência sobre o tipo de emergência, condições clínicas do paciente e os procedimentos realizados, arrolar os pertences do paciente e entregar ao responsável da unidade, deixar a 2ª via da ficha de APH no hospital. Comunicar a central a sua disponibilidade. Durante o regresso para a base: comunicar via a rádio à Central sobre sua saída do hospital e sua disponibilidade.

Os protocolos existentes são nomeados de acordo com a sua finalidade e a faixa etária a qual se destina: Pediatric Advanced Life Support (PALS) Suporte avançado em Pediatria. Advanced Trauma Life Support (ATLS) Suporte Avançado no Trauma. Pre-Hospital Life Support (PHTLS) Atendimento Pré-Hospitalar em Vítimas de Trauma. Basic Life Support (BLS), Suporte Básico às vítimas que se encontrem em situações de agravo clínico. Advanced Cardiac Life Support (ACLS), Suporte Avançado em agravos de natureza cardiológica. (NAEMT,2007)

No atendimento de APH, as prioridades para o primeiro atendimento variam conforme as lesões, sinais vitais e o mecanismo das lesões. No trauma grave o tratamento envolve avaliação primária rápida, o reestabelecimento das funções de via aérea, a avaliação secundária e o tratamento definitivo.

Um dos aspectos importantes do atendimento ao cliente vítima de traumatismo é a determinação do mecanismo do trauma, ou seja, reconhecer o evento do acidente, No Brasil, Ministério da Saúde através da Portaria Nº 2048, de 05 de novembro de 2002. Foram classificados os veículos de atendimento Pré-Hospitalar Móvel, segundo equipamentos, materiais e equipe para atender adequadamente as vítimas.

3 | AMBULÂNCIAS

Define-se ambulância como um veículo (terrestre, aéreo ou aquaviário) que se destine exclusivamente ao transporte de enfermos. As dimensões e outras especificações do veículo terrestre deverão obedecer às normas da ABNT – NBR 14561/2000, de julho de 2000. (BRASIL, 2006)

Protocolo de PHTLS- Etapas e significados do ABCDE

As vias aéreas, e seu gerenciamento deve ser uma prioridade, já que a obstrução é a causa mais freqüente de morte no paciente politraumatizado. Embora seja a causa mais frequente ainda assim não é a que mais mata, entretanto sua avaliação e gestão devem ser feitas garantindo a permeabilidade e controle da coluna cervical, primeiro por meio de uma estabilização manual e depois com a aplicação de um colar cervical.

A= Airway de Vias Aérea: nessa primeira fase verifica a segurança da cena, depois se realiza a proteção da coluna cervical, em vítima consciente a equipe deve se aproximar pela frente, evitando que a vítima mova a cabeça para a lateral, evitando trauma medular, verificar permeabilidade de vias aérea, as técnicas para a permeabilização de via aérea do paciente devem ser feita de acordo com a condição clínica do cliente, observando se não há corpo estranho bloqueando a respiração. De acordo com Rodrigues, et al, (2017), no atendimento pré-hospitalar de 66-85% das mortes são evitáveis ocorre devido a obstrução de vias aéreas.

O socorrista ao se aproximar da vítima deverá indagar seu nome, se a vítima responder isso sugere que as vias aéreas estão pérvias. Se a vítima estiver inconsciente a estabilização da coluna não se limita apenas a cervical, mas, sim toda a coluna da vítima para isso deve se utilizar além do colar cervical uma prancha rígida.

B= Breathing - Respiração ou ventilação verificar expansibilidade torácica, analisar se a respiração está adequada, cianose de extremidade, ausculta pulmonar, observar uso de musculatura acessória. Uma vez inadequada a respiração deve-se realizar o aporte ventilatório.

C= Ciculation – Circulação: Pesquisar por hemorragias: apalpar, verificar o dorso e a pelve, a frequência do pulso e enchimento capilar, evitar que o paciente entre em choque hipovolêmico é recomendado puncionar dois acessos calibrosos e inicialmente infundir 2 L de cristaloides ou Ringue lactado.

D= Desabilita- Estado neurológico: Análise do nível de consciência, avaliação pupilar, sua simetria e foto reagente. Existem duas formas de verificar o nível de consciência, Através da Escala de Coma de Glasgow (ECG) e AVDI onde o A- alerta; V- responsivo a voz; D- resposta a estímulos dolorosos, e a letra I- irresponsivo. (THIM, et al, 2012). De acordo com a literatura vítimas com Glasgow entre 3-8 precisam ser intubada, já que a queda no nível de consciência pode sugerir redução da perfusão cerebral.

E= Exposure- Exposição da vítima: o socorrista deve despir á vítima para identificar novas lesões e hemorragias, o ambiente deverá possuir uma temperatura adequada. Nesse procedimento, é comum que a temperatura do corpo baixe, deixando á vítima mais suscetíveis a um quando de hipotermia. Com isso, outros problemas podem surgir. Após o procedimento a vítima deverá ser coberta com uma manta térmica ou cobertor adequado. (Gonzalez MM; Timerman S, 2013).

De acordo com pesquisa realizada por Mata, et al, , (2018) a população ainda desconhece a real função do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e que isso é uma das dificuldades na atuação do SAMU, demonstrando que a população utiliza de forma inadequada o serviço devido a um atendimento rápido, seguro com profissionais especialistas e acabam solicitando o SAMU em casos clínicos não caracterizados como Urgência Pré-Hospitalar.

Estudos realizados por Yepes, et al, (2017) Para garantir uma avaliação e classificação eficazes das vítimas de trauma ou qualquer emergência médica, a triagem deve ser utilizada para avaliar a prioridades de atendimento ao paciente de acordo com sua condição clínica. Uma vez que a triagem é feita, uma avaliação primária deve ser realizada, na qual o objetivo é identificar os ferimentos que ameaçam a vida do paciente, aplicando-se um conceito chamado de “hora de ouro”

Ou seja: “hora de ouro” é o período durante o qual, se a hemorragia não for controlada ou se a oxigenação dos tecidos dentro de uma hora após a lesão, não for restabelecida/ controlada acaba diminuir a probabilidade de sobrevivência dos pacientes; portanto, o objetivo da avaliação primária é detectar e tratar lesões que ameacem a vida do paciente.

A equipe pré-hospitalar deve assegurar um transporte seguro ao cliente, uma correta avaliação da condição da vítima de trauma e uma intervenção bem sucedida necessita de uma base de conhecimentos sólidos. Deve-se seguir protocolos para que o atendimento ao traumatizado seja rápido, preciso e eficiente

Pimenta et al (2015), afirma que a utilização de protocolos na assistência de Enfermagem garante maior segurança aos usuários e profissionais, padroniza as ações. Os protocolos de enfermagem podem ser estabelecidos para todos os serviços em saúde e constitui um instrumento para nortear a Sistematização da Assistência de Enfermagem. Para Rodrigues et al (2017), afirma que com a Sistematização do protocolo ABCDE é possível direcionar o atendimento ao politraumatizado e, com efeito, reduzir as mortalidades.

Em 2011 o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), Através da Resolução COFEN-375/11, em seu Art. 1º A assistência de enfermagem em qualquer tipo de Unidade Móvel (terrestre, aéreo ou marítimo) destinada ao atendimento Pré-Hospitalar e Inter-Hospitalar em situação de risco conhecido e desconhecido somente deve ser desenvolvida na presença do Enfermeiro. §1º A assistência de enfermagem em qualquer serviço Pré-Hospitalar, prestado por Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, somente poderá ser realizada sob supervisão direta do Enfermeiro. Essa Resolução foi suspensa em 06/05/2016 por determinação do Poder Judiciário.

Estudos realizados por Adão, et al, (2012). Relata que o enfermeiro ampliou seu espaço de atuação no campo de APH nos últimos anos. Preparar e orientar o cliente para a realização de procedimentos e exames em urgência e Emergência, garantindo segurança, conforto e privacidade para o cliente. No local do atendimento o enfermeiro deve avaliar e

assegurar a cena de emergência, avaliar a cinemática do trauma e prever possíveis lesões nas vítimas de trauma, adotar as precauções universais, prestar informações imediatas sobre a situação encontrada e solicitar o apoio necessário para a solução da ocorrência.

Pessoas leigas não são autorizadas a remover ou manipular a vítima de um acidente, devendo apenas chamar ajuda, se possível sinalizar a cena e aguardar o serviço especializado que são os profissionais altamente capacitados e treinados para esse tipo de atendimento á vítimas de traumas/trânsitos. Já para as pessoas em parada cardiorrespiratória o atendimento/socorro pode ser prestado por pessoas leigas treinadas. (RODRIGUES et al,2017).

Preparar e orientar o cliente para a realização de procedimentos e exames em urgência e Emergência, garantindo segurança, conforto e privacidade para o cliente. No local do atendimento o enfermeiro deve avaliar e assegurar a cena de emergência, avaliar a cinemática do trauma e prever possíveis lesões nas vítimas de trauma, adotar as precauções universais, prestar informações imediatas sobre a situação encontrada e solicitar o apoio necessário para a solução da ocorrência. (BRASIL, 2016)

O reconhecimento da efetividade da assistência precoce das pessoas em situações de emergência resultou no surgimento de vários serviços de saúde, públicos e privados de atendimento pré-hospitalar e de remoção intra-hospitalar (GENTIL, et al, 2008)

Triagem de vítimas é um processo de classificação das vítimas por gravidade, com o objetivo de tratá-las maximizando os sobreviventes e reduzindo as sequelas, nortear o atendimento, lembrando que as adaptações são cabíveis esse tipo de triagem não preconiza o diagnóstico médico e, sim, a classificação das pessoas acidentadas com base nas necessidades de cuidados e chance de sobrevivência. Estudos realizado por Garçon, et al, (2017). para o atendimento do SAMU 192, os recursos disponíveis são satisfatórios e suficientes, porém denotam-se deficiências que podem comprometer o desempenho e a qualidade do serviço.

Parada cardiorrespiratória (PCR) corresponde à cessação da atividade mecânica cardíaca e das excursões respiratórias com seguinte colapso hemodinâmico, constituindo-se uma situação de grave ameaça à vida é a interrupção da função de bombeamento do coração desencadeado por uma disfunção elétrica que faz com que o coração bata irregularmente. (CAMPOS AL, 2015).

O protocolo de RCP é utilizado em casos clínicos quando ocorre a parada cardiorrespiratória que é a cessação súbita da circulação sistêmica e da respiração que está baseada na tríade (ausência de pulso em grandes vasos, inconsciência e ausência de expansibilidade torácica) (AHA 2015). Após a identificação de uma PCR, deve-se solicitar por ajuda e por um desfibrilador, posicionar o paciente em decúbito dorsal horizontal e em superfície rígida para poder iniciar as manobras de ressuscitação cardiopulmonar precoce.

Protocolo de RCP- Etapas e significados do (CAB)

A abordagem das vítimas em PCR, primeiro verifica-se a responsividade, chamando a vítima. Na ausência de resposta aplica-se o protocolo de RCP mnemônico (CAB). Já o protocolo de PHTLS aplica-se o mnemônico (ABCDE). Ambos os protocolos visam atendimento rápido, padronizado evitando agravos futuros à vítima.

O protocolo de atendimento deve seguir uma sequência **C**= Circulation/ Circulação: Verificar o pulso da vítima em grandes vasos. **A**= **Airway** de Vias Aérea: verificar permeabilidade de vias aérea. aérea **B= Breathing** – Respiração, avaliar a qualidade a frequência da respiração. Ou seja: verificar a segurança do local, chamar a vítima. *[não responde]* **C**- Verificar pulso em grandes vasos *[ausente]* **A**- Verificar permeabilidade de vias aérea, alguma obstrução. **B**- Verificar expansibilidade torácica *[ausente]*. GRITE por ajuda, para alguém ligar para o serviço de emergência. Inicie as manobras de RCP [com 1 socorrista: mínimo 100 compressões torácicas por minutos e máximo 120. Com 2 socorristas: 30 compressões torácicas e 2 ventilações] após cada ciclo verificar pulso se continuar ausente. Reinicie as manobras de RCP até que o pessoal do SAV assuma ou a vítima comece a se movimentar. AHA (2015).

Um dos grandes benefícios do uso dos protocolos é a união dos esforços na luta por um objetivo comum a ser alcançado, a SAE- Sistematização da Assistência de Enfermagem, na prática clínica da enfermagem brasileira na Resolução nº 356/2009- (COFEN), a implementação do processo de Enfermagem nos ambientes públicos e privados. A SAE é privativa do profissional Enfermeiro. Os protocolos assistenciais como PoE exemplo: o guia de boas práticas, Procedimentos Operacionais Padrão (POP). Os protocolos assistências são ferramentas tecnológicas em saúde aplicadas ao gerenciamento da assistência, pois na sua formulação são compostas por etapas processuais. (SCHWEITZER, 2015).

Acreditando que a utilização de protocolos é uma ferramenta para a condução das ações e apoio para a tomada de decisão, no Brasil o Ministério da saúde elaborou uma série de protocolos para o atendimento às urgências e emergências para o SAV e SBV. Nele há um capítulo sobre as emergências traumáticas e descrições a respeito da avaliação primária e secundária. (DEGANI, 2017).

4 | NO ATENDIMENTO AO TRAUMA É DIVIDIDO EM AVALIAÇÃO PRIMÁRIO E SECUNDÁRIO

A avaliação primária baseia-se na cena, segurança e situação do sinistro aplicando a sequência do protocolo (XABCDE) X estancar hemorragias. A vias aéreas e estabilização da coluna cervical. B expansibilidade torácica. C de circulação. D estado neurológico. E exposição. Já a avaliação secundária observa-se AMPLA: A- Alergias, M –Medicação, P– Passado médico L –Líquidos e alimentos ingeridos, A –Ambiente (local do mecanismo de

trauma).

Em um atendimento ao politraumatizado é importante que se atente a “hora ouro” assim a vítima tem maior possibilidade de sobrevivência, a hora ouro é o período durante o qual, deve ser estancado eventuais hemorragias, não for controlada ou se a oxigenação dos tecidos dentro de uma hora após a lesão, não for restabelecida/controlada acaba diminuindo as probabilidades de sobrevivência dos pacientes; portanto, o objetivo da avaliação primária é detectar e tratar lesões que ameacem a vida do paciente. (Gonzalez MM; Timerman S, 2013)

O método Start é um atendimento pouco conhecido entre os estudantes da área da saúde, esse tipo de atendimento é comum as pessoas que fazem especialização em APH. Saber como funciona o método Start, utilizar e obedecer ao procedimento corretamente e estar preparado para a atuação, pode significar a diferença entre a vida e a morte da vítima. (INTRIERI, et al 2017)

O trauma é, na maioria das vezes, decorrente de atitudes ou situações relacionadas a erros humanos, entende-se por acidente aquilo que não é desejado, um evento inesperado. O termo para múltiplas vítimas significa acidentes ou incidentes com um número superior a cinco vítimas. Incidente com múltiplas vítimas são eventos súbitos, tais como maremoto, explosão, queda de um avião entre outros, em que o número de vítimas ultrapassa os recursos disponibilizados, ou número de profissionais para o atendimento. (COVOSA. JS. COVOSA JF2016).

Método start: significado das cores: cor vermelha, vítimas com ferimentos graves, porém com chance de sobrevivência, cor amarela: vítimas com ferimentos moderados. Podem aguardar um tempo na cena até tratamento definitivo, cor verde: vítimas com ferimentos mínimos, que podem deambular, cor preta ou cinza: vítimas que não respondem a procedimentos simples, como abertura de vias aéreas e com ferimentos críticos que indicam morte iminente. As vítimas devem ser encaminhadas às áreas de prioridade, que possuem as mesmas cores definidas de acordo com a categorização das vítimas (vermelha, amarela, verde e cinza). (BRASIL,2016)

O APH apresenta diversidade de ocorrências, onde o profissional poderá encontrar uma ou diversas vítimas, oriundas de um mesmo fenômeno, o profissional treinado poderá proporcionar melhor atendimento para o maior número possível de vítimas, o enfermeiro tem papel essencial, tanto na avaliação da gravidade das lesões. INTRIERI, et al (2017).

A fase de planejamento é fundamental para o sucesso do atendimento, que compreende três etapas: atendimento na cena do sinistro, transporte rápido e adequado para um atendimento terciário e chegada na instituição hospitalar.

5 | ATENDIMENTO HOSPITALAR

Considerando-se que as urgências não se constituem em especialidade médica ou de enfermagem e que nos cursos de graduação a atenção dada à área ainda é bastante insuficiente, entende-se que os profissionais que venham a atuar como tripulantes dos Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel devam ser habilitados pelos Núcleos de Educação em Urgências, cuja criação é indicada pelo presente Regulamento e cumpram o conteúdo curricular mínimo nele proposto. (COREN, 2017)

Classificação das ambulâncias do Tipo A, B, C, D, E F. Onde a Tipo A e B é destinada ao transporte de pacientes sem comorbidades é composta por um auxiliar ou Técnico de Enfermagem e o condutor. Tipo C militares, bombeiros, policiais rodoviários e um condutor outros dois profissionais com capacitação e certificação em salvamento e suporte básico de vida. D um médico um enfermeiro e o condutor. E Aeronaves: um piloto, médico e um enfermeiro, F- Embarcações: o atendimento deve ser realizado com 2 ou 3 profissionais dependendo do tipo de atendimento, conter um condutor da embarcação, um médico e um enfermeiro em caso de suporte avançado de vida e um auxiliar/técnico de enfermagem em caso de Suporte Básico de Vida. (BRASIL, Portaria GM/MS N° 2048, DE 5 DE NOVEMBRO DE 2002)

A utilização dos princípios do PHTLS e capacitações constantes, fornecem subsídios para a padronização da assistência dentro dos serviços pré-hospitalares móveis. De modo a refletir diretamente na qualidade do atendimento à vítima, por uma assistência individualizada, efetiva, segura, minimizando sequelas e agravo (Moraes, et al, 2017)

A NAEMT desenvolveu em 1983 o PHTLS, programa destinado aos profissionais de APH (atendimento pré-hospitalar), em conjunto com o Comitê de Trauma do ACS. O programa conta, atualmente, com cursos em mais de 30 países. (PHTLS, 2017).

Vítimas são todas as pessoas envolvidas no acidente e não apenas as que apresentam lesões ou queixas, A avaliação inicial deve identificar lesões que comprometem a vida do paciente e, simultaneamente, estabelecer condutas para a estabilização das condições vitais estabelecendo um plano de atendimento que deve ser específico, estabelecido a partir de características locais e regionais. CAMPOS, (2015).

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

As abordagens dos protocolos de APH e RCP embora diferentes, pois, o protocolo de APH aplica-se em situação de emergência voltado ao trauma e o protocolo de RCP em situação de emergência clínica ambos os Protocolos de Emergências tem a finalidade de restabelecer o quando hemodinâmico do paciente o mais breve possível e evitar novos agravos de lesões. A aplicabilidade dos protocolos terá um resultado positivo se forem realizados de forma adequada por profissionais ou mesmo leigos treinados.

Os serviços de APH são de grande valia para a sociedade, tem um fator de impacto importante na saúde pública, uma vez que as doenças cardiovasculares e os diversos eventos relacionados com suas causas e com situações de emergências tanto traumáticas quanto clínicas colocam em risco a vida do paciente a incorporação dos protocolos no atendimento às urgências e emergências servem para corrigir problemas e evitar novos agravos ao cliente.

REFERENCIAS

ADÃO RS, SANTOS MR. Atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar móvel. Revista Minera de Enfermagem (REME) vol.16(4) 601-608 out/dez 2012

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de atenção as urgências/ 3 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. p256 (série E Legislação de saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde Diretora Substituta do Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência SAMU 192 Regional Montes Claros, MG. Protocolo SAMU 192. Suporte Básico De Vida. Créditos. 2/6 Os profissionais do SAMU 192 e do atendimento pré-hospitalar poderão Avaliação primária do paciente com suspeita de trauma. perspectiva dos profissionais. Revista Ciência Cuidado Saúde out/dez 16(4) 2017.

GENTIL RC, RAMOS LH. WITAKER IY. La capacitación de enfermeiros para La atención pré-hospitalaria.. Revista Latino Americana de Enfermagem v.16 n° 2 Ribeirão Preto mar/abr.2008.

BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas: Portaria GM/MS Nº 2048, de 5 de novembro de 2002. bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html

BRASIL Manual Operacional de Bombeiros Resgate Pré-Hospitalar. Secretaria de Segurança Pública e Administração Penitenciária Corpo de Bombeiro Militar Comando Geral do Estado de Goiás Portaria 299/2016.

COFEN- Conselho Federal de Enfermagem Resolução nº 358, de 15 outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a Implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos e privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e das outras providências.

COFEN- Conselho Federal de Enfermagem Resolução nº 375/2011. Dispõe sobre a presença do Enfermeiro no atendimento Pré-Hospitalar e Inter Hospitalar, em situação de risco conhecido e desconhecido.

COREN, Parecer Técnico Coren-PE nº 032/2017. Disponível em: http://www.coren-pe.gov.br/novo/parecer-tecnico-coren-pe-no-0322017_12915.html. Acesso 13/09/2019.

CAMPOS AL. Atendimento de emergência realizado por profissionais de enfermagem, médico, bombeiros e demais profissionais treinados a vítimas de acidentes e catástrofes. Revista de Medicina e Saúde de Brasília. 2015; 4(1):84-96.

COVOSA. JS. COVOSA JF. BRENGA ACS. A importância da Triagem em Acidentes com Múltiplas Vítimas. Revista Ensaios Cienc., Cienc. Biol. Agrar. Saúde, v.20, n.3, p.196-201, 2016

DEGANI GC. Atendimento pré-hospitalar móvel avançado para idosos pós trauma: evidências para a construção de um protocolo assistencial de enfermagem. [Tese de doutorado]. Universidade de São Paulo USP- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2017.

GONZALEZ MM, TIMEMAN S, GIANOTTO OR, et al. I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq. Bras. Cardiol. vol.101 no.2 supl.3 São Paulo Aug. 2013.

GUIDELINE. American Heart Association -AHA. Destaques das Diretrizes da American Heart Association 2015 para RCP e ACE. 2015.

INTRIERI ACU, FILHO HB, SABINO MRLS et al. O enfermeiro no APH e o método start: uma abordagem de autonomia e excelência. Revista UNILUS Ensino e Pesquisa v. 14, n. 34, jan./mar. 2017

MORAES DC, BREY C, PIZZOLATO AC, CAVEIÃO C. et al. Aplicação dos princípios do prehospital trauma life support. REV.Cogitare Enferm. 2016 Abr/jun; 21(2): 01-09

National Association of Emergency Medical Technicians (NAEMT). Comitê do PHTLS. Comitê de Trauma do National Association of Emergency Medical Technicians. Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: básico e avançado. 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2007. 5.

Pre-Hospital Trauma Life Support - PHTLS NAEMT - National Association of Emergency Medical Technicians ACS - American College of Surgeons, Trauma Committé 6º edição.

PHTLS – Prehospital trauma life support. Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: básico e avançado. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012.

RODRIGUES MS, SANTANA LF, GALVÃO IM. Utilização do ABCDE no atendimento do traumatizado. Revista Médica (São Paulo), 2017 out-dez 96 (4):278-80.

SCHWEITZER, G. Validação de um protocolo de cuidados de enfermagem a pacientes vítimas de trauma no ambiente aeroespacial. [Tese de doutorado]. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. 2015.

SILVA EAC, TIPPLE AFV, SOUZA JT, et al. Aspectos históricos da implantação de um serviço de atendimento pré-hospitalar. Rev. Eletr. Enfermgem. 2010;12(3):571-7.

SZERWIESKI, LL, OLIVEIRA LF. Atuação do enfermeiro na gestão do atendimento pré-hospitalar. Revista UNIGÁ vol. 45. Pp68-74 (jul/set 2015).

YEPES SM, PENAGOS AYD, ZAPATA CP, LÓPEZ DEG. Et al. Comparación de los protocolos de atención prehospitalaria y de urgencias e El manejo Del paciente politraumatizado. Universidad CES- Facultad de Medicina Tecnología em Atención prehospitalaria. Grupo de Investigación: observatório de La salud públicas emergências y desastres Medellín, 2015

FASCIÍTE NECROSANTE: UMA ASSISTÊNCIA INTERDISCIPLINAR

Data de aceite: 05/06/2020

Alessandra Nascimento Pontes

Enfermeira Ma. docente- centro universitário
Cesmac

Beatriz Santana de Souza Lima

Enfermeira Ma. docente- centro universitário
Cesmac

Evaldo dos Santos Silva

Enfermeiro especialista em gerontologia-
Docente-Faculdade Estácio de alagoas

Jair Kleyson de Sousa Leite

Acd. enfermagem- centro universitário Cesmac

Jandson de Oliveira Soares

Enfermeiro Especialista em enfermagem em
urgência e emergência e uti/docente-escola
Técnica de saúde santa barbara

Juliana Barbosa Nunes Cavalcante

Enfemeira/docente- centro universitário Cesmac.

Noemi Mello Loureiro Limaw

Docente- universidade federal de alagoas

PALAVRAS CHAVE: fasciíte necrosante;
lesões; necrose.

1 | INTRODUÇÃO

A fasciíte necrosante é uma doença rara e grave, causado por bactérias produtoras

de toxinas. Sua principal característica é a necrose ampla do tecido subcutâneo, fâscias e nervos. Por se tratar de uma doença incapacitante, gera impactos diretos na saúde do indivíduo, além de acarretar um aumento nos custos por fazer-se necessário maior tempo de internação e uso de antibióticos de largo aspecto (SANTOS, 2017). O tratamento preconizado é o debridamento cirúrgico, antibioticoterapia sistêmica e a participação da equipe interdisciplinar. Em alguns casos mais graves pode haver necessidade de terapia coadjuvante (BARRETO, 2010).

2 | OBJETIVO

Descrever assistência interdisciplinar no tratamento de fasciíte necrosante.

3 | METODO

Estudo descritivo de caráter bibliográfico. Constituiu numa revisão literária na base de dados SciELO, com os seguintes descritores: fasciíte necrosante, lesões, necrose, utilizando o operador DeCS. Buscaram-se artigos em português publicados integralmente no período de 2012 a 2017. Foram encontrados

10 artigos que tinham relevância com o tema.

4 | RESULTADOS

A fasciíte necrotizante é uma infecção dos tecidos moles destrutiva e rapidamente progressiva associada a um alto índice de mortalidade. O diagnóstico definitivo é intra-operatório após exploração cirúrgica pela presença de necrose da fáscia (MONTEIRO, 2017). A infecção de partes moles necessita de tratamento cirúrgico, este procedimento deve ser executado com brevidade e agressividade, para evitar provável evolução desfavorável, com consequências graves, como sepse grave, choque séptico e até óbito (NETO, 2012).

5 | CONCLUSÃO

Conclui-se que mesmo sendo uma doença grave e que causa grandes danos, a fasciíte necrosante pode sim ter bons resultados para o cliente acometido, para que isto ocorra é necessário está em dialogo interdisciplinar na assistência.

REFERÊNCIA

BARRETO, Lílian Cagliari Linhares et al. Fasciíte necrosante em criança: um desafio para a equipe interdisciplinar com enfoque na atuação do enfermeiro. 2010.

MONTEIRO, Ana Filipe et al. Necrose cutânea e fasceíte necrotizante pós-injeção de heroína. Revista Portuguesa de Cirurgia, n. 41, p. 51-52, 2017.

SANTOS, Fernanda Alves et al. Assistência de Enfermagem a um paciente com fasceíte necrotizante. In: Congresso Internacional de Enfermagem. 2017.

NETO, Nuberto Teixeira et al. Infecções graves de partes moles: relato de caso de fasciíte necrotizante de face utilizando curativo a vácuo e revisão da literatura. Rev. Bras. Cir. Plást. 2012; 26(2): 353-9.

FATORES ASSOCIADOS À OCORRÊNCIA DE LESÃO POR PRESSÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Data de aceite: 05/06/2020

Data de submissão: 06/03/2020

Nathália Santana Simão

Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo

São Paulo – SP

<http://lattes.cnpq.br/5368237414289837>

Paula Cristina Nogueira

Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica, Universidade de São Paulo

São Paulo – SP

<http://lattes.cnpq.br/5641711245974990>

Paulo Carlos Garcia

Hospital Universitário, Unidade de Terapia Intensiva, Universidade de São Paulo

São Paulo – SP

<http://lattes.cnpq.br/5171139959410270>

RESUMO: Estudo epidemiológico, transversal, retrospectivo, de natureza quantitativa que teve como objetivo analisar a prevalência e os fatores demográficos e clínicos associados à ocorrência das Lesões por Pressão (LP) dos pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Foram coletados dados dos pacientes adultos internados na UTI de um

hospital universitário, localizado no município de São Paulo, no ano de 2014. Os dados foram analisados estatisticamente por meio do Programa Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 20.0., com cálculos de média e desvio-padrão (DP) para as variáveis contínuas e frequências absolutas, e relativas para as variáveis categóricas. Para verificação de associação entre a variável dependente e as independentes, foi utilizado o Teste exato de Fisher para as variáveis categóricas, e o Teste t de Student para as variáveis numéricas. Posteriormente, foi realizada análise de regressão logística. Nível de significância estatístico adotado foi de 5% ($p \leq 0,05$). Em 2014, 756 pacientes foram internados na UTI. Destes, 57,4% eram do sexo masculino com idade média de 61,1 anos (DP 17,5) anos. Motivo da internação predominante foi por pós-operatório (28,8%). O escore médio da Escala de Braden foi 11,4 e 63 (8,3%) pacientes tiveram LP, sendo que para 35 (4,6%) as LP já estavam presentes no momento da admissão. Houve predomínio de LP na região sacral (49,2%) e em estágio 2 (42,9%). Na análise univariada, os fatores associados à LP foram o tipo de alta da UTI ($p = 0,012$), o escore de risco na escala de Braden ($p = 0,014$) e o tempo de hospitalização na UTI ($p < 0,001$). Na análise da Regressão

Logística, os fatores de para LP foram tempo de hospitalização na UTI (OR 1,12; $p < 0,001$) e risco muito alto para o desenvolvimento de LP segundo o escore de Braden (OR 3,2; $p 0,06$).
PALAVRAS-CHAVE: Lesão por pressão; Unidade de terapia intensiva; Prevalência; Enfermagem.

ASSOCIATED FACTORS WITH THE OCCURRENCE OF PRESSURE INJURY IN INTENSIVE CARE UNIT

ABSTRACT: A quantitative, cross-sectional epidemiological study aimed to analyze the prevalence of pressure injury (PI) and the demographic and clinical factors associated with its occurrence in patients hospitalized in an Intensive Care Unit (ICU). Data were collected from all adult patients admitted to the ICU of a university hospital located in the São Paulo city in 2014. Data were statistically analyzed using the Statistical Package for the Social Science (SPSS), version 20.0., mean and standard deviation (SD) were calculated for continuous variables and absolute, and relative frequencies were calculated for categorical variables. To verify the association between the dependent and the independent variables, Fisher's Exact Test was used for the categorical variables and Student's t-Test for the numerical variables. Also, a logistic regression analysis was performed. The level of statistical significance adopted was 5% ($p \leq 0.05$). In the year 2014, 756 patients were admitted to the ICU. Of these, 57.4% were males with a mean age of 61.1 years (SD 17.5) years. Reason for the predominant hospitalization was due to postoperative (28.8%). The mean score of the Braden Scale was 11.4 and 63 (8.3%) patients had PI, and for 35 (4.6%) the PI were already present of admission. There was predominance of PI in the sacral region (49.2%) and stage 2 (42.9%). In the univariate analysis, the factors associated with PI were the type of discharge from the ICU ($p = 0.012$), the risk score on the Braden scale ($p = 0.014$) and the length of ICU hospitalization ($p < 0.001$). In the Logistic Regression analysis, the risk factors that identified the PI group were the length of ICU hospitalization (OR 1.12, $p < 0.001$) and very high risk for PI development according to the Braden score (OR 3.2, $p 0.06$).

KEYWORDS: Pressure injury; Intensive Care Unit; Prevalence; Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

A segurança do paciente, a humanização e qualidade dos cuidados, são preceitos que têm sido amplamente discutidos e valorizados no Brasil e no mundo (SIMAN; BRITO, 2016). Compreende-se por segurança do paciente a prevenção de erros e eventos adversos associados aos cuidados de saúde prestados (BRASIL, 2013; WHO, 2009). Esse termo surgiu a partir do movimento para a qualidade dos cuidados a saúde e foi definido *pelo Institute of Medicine (IOM)*, dos Estados Unidos, como a prevenção de danos causados aos pacientes, a fim de aprender com os erros que ocorrem eventualmente e como evitá-los, e este processo deve ser uma construção que envolve profissionais da

saúde, organizações e pacientes (MITCHELL, 2008). Estudos sobre segurança do paciente destacam que, um dos eventos adversos que mais afetam os pacientes hospitalizados são as lesões por pressão (LP), e a sua incidência reflete, de forma indireta, na qualidade do cuidado prestado (BRASIL, 2013; SIMAN; BRITO, 2016; WHO, 2009).

O Sistema de Classificação Internacional da LP descreve as lesões em estágios de 1 a 4, além de LP não classificável e LP tissular profunda (CALIRI et al., 2016; NPUAP, 2016). Há ainda duas outras categorias, LP relacionada a dispositivos médicos que é classificada em estágio da mesma maneira que as demais LP, e as LP em membranas mucosas que não são classificáveis devido à anatomia do tecido. A LP pode ser definida como dano localizado na pele e/ou tecido subjacente, ou relacionada ao uso de um dispositivo médico ou a outro artefato, como resultado da pressão ou pressão combinada com cisalhamento, e também pode ser afetada pelo microclima, nutrição, perfusão e diferentes comorbidades dos pacientes (CALIRI et al., 2016; NPUAP, 2016).

A intensidade e duração da pressão estão relacionadas com a mobilidade, atividade e percepção sensorial, enquanto a tolerância da pele e das estruturas de suporte está relacionada a fatores intrínsecos como nutrição, pressão arterial e idade, e extrínsecos como umidade, fricção e cisalhamento (BORGHARDT et al., 2015; NPUAP, 2014). As LP desenvolvem-se geralmente sobre as proeminências ósseas, mas podem resultar da pressão tecidual exercida nos glúteos e outras áreas de elevada concentração de tecido adiposo (BORGHARDT et al., 2015; NPUAP, 2014). As LP relacionadas a dispositivo médico ocorrem pela intensidade e duração da pressão exercida entre o dispositivo e a região do corpo (CALIRI et al., 2016; NPUAP, 2016).

Do ponto de vista epidemiológico, apesar dos avanços tecnológicos nos cuidados com a saúde, as LP apresentam índices de incidência e prevalência elevados. Em termos de prevalência, as LP se destacam dentre as feridas crônicas, com índices que variam de 12,5 a 28,1% em cenário hospitalar, no contexto nacional (COSTA et al., 2015; QUEIROZ et al., 2014; VIEIRA et al., 2016). E em relação aos pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), a prevalência dessas lesões é ainda maior, atingindo índices que chegam até 75% (BERNARDES; CALIRI, 2016).

Em contexto internacional os índices de prevalência também são elevados. Um estudo indicou que a prevalência de LP em pacientes internados em hospitais da Noruega foi de 54% e de 12% em hospitais da Irlanda, numa amostra geral de 180 pacientes (MOORE et al., 2015). Em relação às UTI, na Bélgica, um estudo multicêntrico conduzido em 84 hospitais avaliou a prevalência de LP em 19.968 pacientes e a prevalência encontrada foi de 12,1% (ZAKRASEK; CREASEY; CREW, 2015).

Quanto à localização das LP em pacientes agudos e críticos hospitalizados, os estudos mostram que a região corporal mais frequentemente afetada é a sacral seguida dos calcâneos, tanto em contexto nacional (BERNARDES; CALIRI, 2016; MEDEIROS, 2017) quanto em contexto internacional (MEHTA et al., 2015; SARDO et al., 2016). Pacientes

em UTI geralmente permanecem em decúbito dorsal e não são realizadas mudanças de decúbitos frequentes devido à instabilidade hemodinâmica, uso de ventilação mecânica, entre outros fatores que predispõem o aparecimento das LP nessas regiões corporais (COSTA et al., 2015; NPUAP, 2014; QUEIROZ et al., 2014; VIEIRA et al., 2016).

As LP são um problema persistente e de alto custo para os sistemas de saúde. O tempo de assistência de enfermagem e tempo despendido pelos cuidadores também contribuem em grande parte para o custo total das LP (STRAZZIERI-PULIDO et al., 2018). Além do custo elevado para os serviços de saúde, há um custo alto, indireto, para os indivíduos com essas lesões e seus cuidadores, pois além de causar sofrimento e afetar a qualidade de vida de ambos, as LP são frequentes causas de re-hospitalização, de complicações como infecções podendo levar a sepse e mesmo à morte (MEDEIROS et al., 2017; MOORE et al., 2015).

Os pacientes internados em UTI são mais susceptíveis ao desenvolvimento de LP devido à pouca ou nenhuma mobilidade, ficando restritos ao leito; ao tipo de procedimento realizado; baixa perfusão tecidual; diminuição da percepção sensorial; o uso prolongado de drogas vasoativas; a dependência de ventiladores mecânicos; dentre outros fatores que predispõe o paciente ao risco de desenvolvimento dessas lesões (BERNARDES; CALIRI, 2016; CAMPANILI et al., 2015; MEDEIROS et al., 2017).

Porém, com a implementação de ações efetivas, é possível realizar a prevenção da LP e, para isto, é necessário que os profissionais de saúde compreendam o significado desse problema, o impacto social que ele pode ter e identifiquem precocemente os fatores de risco que o paciente está exposto para poder realizar o planejamento do cuidado, implementando medidas preventivas. Além disso, é necessário também, educação aos pacientes e cuidadores e que os serviços de saúde estejam envolvidos para proporcionar as condições necessárias para a prestação de cuidados (BERNARDES; CALIRI, 2016; STRAZZIERI-PULIDO et al., 2018; CAMPANILI et al., 2015).

Assim, é preciso que os profissionais de saúde, principalmente os profissionais da enfermagem, utilizem seus conhecimentos, usem estratégias e princípios norteadores para o planejamento da assistência, embasado em evidências científicas, de modo a prevenir as LP, objetivando promover um cuidado de enfermagem com melhor qualidade, proporcionando segurança aos pacientes (BERNARDES; CALIRI, 2016; CAMPANILI et al., 2015).

Diante do exposto e considerando que os pacientes críticos, internados em UTI, são altamente vulneráveis ao desenvolvimento de LP e que há fatores de risco específicos, conforme a doença de base e as condições associadas, este estudo foi proposto com o objetivo de analisar a prevalência e os fatores demográficos e clínicos associados à ocorrência das LP.

2 | MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal, retrospectivo e descritivo, de natureza quantitativa. Foi realizado a partir da revisão de prontuários, dos pacientes internados na UTI adulto de um Hospital Universitário (HU), localizado no município de São Paulo. Este hospital integra o Sistema Único de Saúde (SUS) e é considerado de média complexidade (GARCIA; FUGULIN, 2012).

A população deste estudo foi constituída pelos pacientes que estiveram internados na UTI do HU no ano de 2014. Para coleta de dados, foi utilizado um instrumento com variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, escolaridade, ocupação, procedência), clínicas (motivo de internação, diagnóstico médico, comorbidades, tempo de internação na UTI, tipo de alta) e da ocorrência e características de LP dos pacientes internados na UTI no ano de 2014, bem como a descrição das medidas preventivas.

Após a coleta de dados, foi realizada codificação apropriada de todas as variáveis em um dicionário (codebook) e os dados coletados foram transferidos para uma planilha do aplicativo Microsoft Excel. A análise estatística exploratória e inferencial foi realizada utilizando-se o aplicativo *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 20.0. Os dados foram analisados de forma quantitativa empregando-se estatística descritiva, com medidas de tendência central e variabilidade. A análise descritiva das características sociodemográficas e clínicas dos pacientes, bem como das características das LP foi realizada através de tabelas de distribuição de frequência absoluta e relativa (porcentagem).

As associações entre a variável dependente (presença de LP) e as variáveis independentes foram obtidas primeiramente pelo teste qui-quadrado ou exato de Fisher para as variáveis categóricas e teste t para as numéricas. O nível de significância estatístico adotado foi de 5%. Para o cálculo da prevalência de LP foi utilizada a seguinte fórmula (NPUAP, 2014):

$$\text{Prevalência} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de pacientes internados com LP}}{\text{n}^\circ \text{ total de pacientes avaliados}}$$

Nesta fórmula, o numerador abrange o total de pessoas que apresentam a condição específica em um período determinado, enquanto o denominador é a amostra total estudada no mesmo período (AHTIALA et al., 2014).

O projeto de pesquisa foi encaminhado primeiramente para a Divisão de Enfermagem do HU e recebeu autorização para coleta dos dados. Posteriormente, o projeto foi inserido na Plataforma Brasil para avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente e co-participante, foi avaliado e aprovado sob o número de protocolo CAAE: 47336615.2.3001.0076. Este estudo seguiu toda normatização da Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, referente à pesquisa envolvendo ser humano.

3 | RESULTADOS

No ano de 2014, 756 pacientes foram internados na UTI adulto do HU.

Com relação à categoria sexo, 57,4% dos pacientes eram do sexo masculino. A faixa etária variou entre 18 a 94 anos, sendo mínimo e máximo respectivamente; a média foi de 61,1 anos (DP 17,5) e a mediana de 63 anos, caracterizando a prevalência de indivíduos idosos. Quanto ao estado civil, 30,8% eram casados. Na escolaridade, 37,3% não concluíram o ensino fundamental e somente 3,3% concluíram o ensino superior. Quanto à ocupação, 39% exerciam trabalho remunerado e 31,9% eram aposentados ou pensionistas. Em relação à procedência, 67,7% residiam em São Paulo capital, predomínio caracterizado pela área de abrangência do hospital (Tabela 1).

	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo
Idade	61,1	17,5	63,0	18	94
Variável			Total		
			n	%	
Sexo					
Masculino			434	57,4	
Feminino			322	42,6	
Estado Civil					
Casado			233	30,8	
Solteiro			134	17,7	
Viúvo			98	13,0	
Divorciado			54	7,1	
Vive com Companheiro			40	5,3	
Sem Informação			197	26,1	
Nível de Escolaridade					
Fundamental Incompleto			282	37,3	
Fundamental Completo			87	11,5	
Médio Incompleto			15	2,0	
Médio Completo			87	11,5	
Superior Incompleto			11	1,5	
Superior Completo			25	3,3	
Analfabeto			47	6,2	
Sem Informação			202	26,7	
Ocupação					
Trabalho Remunerado			295	39,0	
Aposentado/ Pensionista			241	31,9	
Do lar/ Desempregado/ Estudante			22	2,9	
Sem Informação			198	26,2	
Local Onde Reside					
São Paulo Capital			512	67,7	
São Paulo Interior			50	6,6	
Sem Informação			194	25,7	

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes internados na UTIA segundo as variáveis sociodemográficas no ano de 2014. São Paulo, 2020.

Fonte: Elaborado pelos autores.

O motivo da internação predominante foi decorrente de pós-operatório (28,9%), seguido por infecções (16,5%) e doença pulmonar (16,0%). O pronto socorro (43,7%) foi à principal procedência para UTI, e apenas 2,5% vieram de outro hospital. O tipo de alta predominante foi para a unidade semi-intensiva (53,8%) (Tabela 2).

Variável	Total	
	N	%
Motivo da Internação		
Pós Operatório	218	28,9
Infecção	125	16,5
Doença Pulmonar	121	16,0
Doença Cardiovascular	118	15,6
Doença Gastrointestinal	34	4,5
Doença Neurológica	24	3,2
Múltiplas Doenças	17	2,2
Doença Renal	8	1,1
Neoplasia	6	0,8
Outras Doenças	66	8,7
Sem Informação	19	2,5
Procedência		
Pronto Socorro	330	43,7
Clínica Cirúrgica	279	36,9
Clínica Médica	88	11,6
Semi-Intensiva	40	5,3
Outro Hospital	19	2,5
Tipo de Alta		
Semi-Intensiva	407	53,9
Óbito	162	21,4
Clínica Cirúrgica	91	12,0
Clínica Médica	86	11,4
Clínica Obstétrica	4	0,5
Outro Hospital	6	0,8

Tabela 2 – Distribuição dos pacientes internados na UTI segundo as variáveis clínicas no ano de 2014. São Paulo, 2020.

Fonte: Elaborado pelos autores.

A Escala de Braden foi utilizada para 571 (75,5%), avaliando o risco dos pacientes para desenvolvimento de LP; o escore médio obtido foi de 11,4, representando alto risco para o desenvolvimento de LP. Do total de 756 pacientes, 63 (8,3%) apresentaram LP durante a hospitalização, sendo que para 35 (4,6%) às LP já estavam presentes no momento da admissão.

As localizações predominantes das LP foram nas regiões: sacral (49,2%) e calcâneos (22,2%). Em relação à classificação, houve predomínio do estágio 2 (42,9%) seguida do 1 (31,7%) (Tabela 3).

Variável	Total	
	N	%
Localização		
Sacral	31	49,2
Calcâneos	14	22,2
Glúteos	4	6,3
Maléolos	1	1,6
Trocânter	1	1,6
Outros	12	19,0
Classificação		
Estágio 1	20	31,7
Estágio 2	27	42,9
Estágio 3	6	9,5
LP Tissular Profunda	2	3,2
LP Não Classificável	8	12,7

Tabela 3 – Descrição das LP encontradas nos 63 pacientes da UTIA, no ano de 2014. São Paulo, 2019.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Nas tabelas 4 e 5 são apresentados os fatores associados à presença de LP.

Variável	Lesão por Pressão		Total (100%)	p* valor
	Não n(%)	Sim n(%)		
Sexo				
Feminino	301 (93.5)	21 (6.5)	322	0.118
Masculino	492 (89.7)	42 (10.3)	434	
Tipo de Alta da UTI				
Óbito	137 (84.6)	25 (15.4)	162	0.012
Semi-Intensiva	376 (92.4)	31 (7.6)	407	
Clínica Médica	82 (95.3)	4 (4.7)	86	
Clínica Cirúrgica	88 (96.7)	3 (3.3)	91	
Clínica Obstétrica	4 (100)	0	4	
Outro Hospital	6 (100)	0	6	
Classificação de risco na escala Braden				
Baixo (escore de 15 a 18)	74 (96.1)	3 (3.9)	77	0.014
Moderado (escore de 13 a 14)	116 (91.3)	11 (8.7)	127	
Alto (escore de 10 a 12)	160 (87.0)	24 (13.0)	184	
Altíssimo (escores ≤ 9)	158 (86.3)	25 (13.7)	183	

Tabela 4 – Variáveis sociodemográficas e clínicas categóricas dos pacientes com e sem LP. São Paulo, 2019.

*Teste Exato de Fisher.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Variável	Lesão por Pressão		Total (100%)	p* valor
	Não – Média (DP)	Sim – Média (DP)		
Idade (anos)	693 – 61.04 (17.5)	63 – 62.9 (17.3)	756	0,4
Tempo de Hospitalização na UTI (dias)	661 – 3,9 (4.4)	65 - 7.13 (5.1)	756	<0.001

Tabela 5 –Variáveis sociodemográficas e clínicas quantitativas dos pacientes com e sem LP. São Paulo, 2017.

* Teste t Student

Fonte: Elaborado pelos autores.

Na análise bivariada (Tabela 4), verifica-se que os fatores associados à LP foram o tipo de alta da UTI ($p = 0,012$) e o escore de risco na escala de Braden ($p = 0,014$) para as variáveis categóricas. Em relação às variáveis quantitativas (Tabela 5), nota-se que o tempo de hospitalização na UTI mostrou-se estatisticamente significativo ($p < 0,001$). De acordo com a análise da Regressão Logística, observaram-se dois fatores de risco que identificaram melhor o grupo com LP: tempo de hospitalização na UTI (OR 1,12; $p < 0,001$) e risco muito alto para o desenvolvimento de LP segundo o escore de Braden (OR 3,2; $p 0,06$).

4 | DISCUSSÃO

A prevalência de LP encontrada neste estudo foi de 8,3% e destas lesões, 4,6% estavam presentes na admissão do paciente. Ao comparar com estudos de prevalência em pacientes críticos (BERNARDES; CALIRI, 2016; CHABOYER et al., 2018) a prevalência de LP deste estudo foi menor. Ressalta-se que na instituição onde foi realizado o estudo há protocolo de prevenção de LP o que pode contribuir para uma prevalência menor destas lesões.

Estudos realizados em UTI em contexto nacional, evidenciam índices de prevalência mais elevados de LP. Um estudo encontrou 20 pacientes, dentre os 29 internados em UTI, que apresentaram LP, indicando uma prevalência de 69% (MEDEIROS et al., 2019). No estudo realizado em um Hospital de emergência, avaliando 85 pacientes, identificaram, especificamente nas UTI, índices de prevalência muito elevados, 75% na UTI geral e 55,5% na Unidade Semi-Intensiva e a média do escore da escala de Braden nessas unidades foi de 12,1% e 11,4% respectivamente, indicando um alto risco para LP (BERNARDES; CALIRI, 2016).

No contexto internacional, com relação ao paciente crítico, internado em UTI, estudos apontam, também, coeficientes de prevalência maiores ao encontrado no presente estudo. Um levantamento realizado na Índia, com 358 pacientes, em 2013, encontrou

uma prevalência de LP de 24,3% em pacientes internados em UTI (MEHTA et al., 2015). Estudo realizado em uma UTI de um hospital na Finlândia, no ano de 2010, do total de 1.629 pacientes avaliados, os autores identificaram a prevalência de LP e 11,8% e incidência de 11,1% (AHTIALA et al., 2014). Revisão sistemática sobre prevalência e incidência de LP em UTI, a prevalência encontrada variou de 16,9 a 23,8% (CHABOYER et al., 2018).

Em relação à localização e classificação de LP, houve predomínio de LP estágio 2, em região sacral. Esses dados corroboram com resultados de estudos nacionais e internacionais com pacientes agudos e críticos hospitalizados (BERNARDES; CALIRI, 2016; CHABOYER et al., 2018). Pacientes em UTI geralmente permanecem em decúbito dorsal e o reposicionamento não é realizado com frequência, especialmente porque o paciente crítico apresenta alterações em um ou mais órgãos vitais, instabilidade hemodinâmica ou risco para desenvolvê-la, necessitando de controles rigorosos e terapia de maior complexidade o que muitas vezes impede que o reposicionamento seja realizado adequadamente (BERNARDES; CALIRI, 2016; CAMPANILI et al., 2015). Dessa forma, outras medidas preventivas devem ser implementadas, tais como o uso de superfícies de suporte e coberturas multicamadas na região sacral (SARDO et al., 2016; THE INTERNATIONAL GUIDELINE, 2019).

Em relação aos fatores associados ao desenvolvimento de LP, no presente estudo, verificou-se que quanto maior o tempo de hospitalização na UTI, aumenta em 1,12 vezes as chances de o paciente desenvolver LP (OR 1,12; $p < 0,001$), e o paciente classificado como risco muito alto, na escala de Braden, aumenta em 3,2 vezes o risco de ter a LP (OR 3,2; $p 0,06$).

Sobre a permanência na UTI, um estudo nacional realizado com 370 pacientes adultos, internados em UTIs de um hospital referência em cardiopneumologia de alta complexidade, identificou o tempo de internação como fator associado à LP ($p < 0,001$). Os pacientes deste estudo eram restritos ao leito e apresentavam mobilidade reduzida devido ao grande número de dispositivos na pele, ao uso de sedativos e ao próprio temor do paciente em se movimentar e sentir dor e desconforto (CAMPANILI et al., 2015).

O escore médio da Escala de Braden foi de 11,4, indicando um alto risco de desenvolvimento de LP nos pacientes internados, e esse fator foi associado ao desenvolvimento dessas lesões nos pacientes em UTI, este resultado também foi encontrado em outro estudo (CAMPANILI et al., 2015). A escala de Braden foi traduzida e validada para o Brasil em 1999 (PARANHOS; SANTOS, 1999) e tem sido amplamente utilizada para avaliação do risco de desenvolvimento de LP. Quanto menor o escore da Escala de Braden, maiores os riscos que o paciente tem de desenvolver LP.

Dependendo da profundidade e do estágio, as LP tornam-se causas frequentes de re-hospitalizações, morbidade e mortalidade e contribui para aumento nas taxas de custos e tempo de cuidado de enfermagem, além de afetar a qualidade de vida dos pacientes e dos seus cuidadores (STRAZZIERI-PULIDO et al., 2018). Os pacientes

internados em UTI apresentam um risco maior para o desenvolvimento de LP, tal fato se relaciona à gravidade das diferentes comorbidades, principalmente problemas cardíacos e respiratórios, o período de internação prolongado e a maior exposição a fatores de riscos, tais como: imobilidade física, comprometimento da circulação sanguínea e perda sensitiva (BERNARDES; CALIRI, 2016; CAMPANILI et al., 2015; STRAZZIERI-PULIDO et al., 2018).

Apesar da associação dos fatores intrínsecos e extrínsecos para o desenvolvimento da LP, muitas vezes, elas podem ser evitadas através de estratégias de prevenção, elaboração de um plano de cuidados específicos para cada população de acordo com suas características clínicas e uma equipe capacitada e treinada para a identificação dos fatores predisponentes. Os protocolos para prevenção de LP devem ser construídos com base nas diretrizes para prevenção e tratamento de LP (NPUAP, 2014; THE INTERNATIONAL GUIDELINE, 2019) que estão disponíveis online e podem ser consultadas gratuitamente e também devem ser consideradas as características da instituição e perfil dos pacientes.

Por fim, os resultados desse estudo devem ser analisados considerando as suas limitações, referente ao delineamento metodológico retrospectivo, sua realização em apenas em uma UTI e por ter verificado apenas um ano pontual. Entretanto, conhecer o perfil dos pacientes, bem como quais fatores se associam ao risco de desenvolvimento de LP, possui grande importância ao fornecer subsídios à prática dos profissionais de enfermagem na elaboração dos planos de cuidados, permitindo aos profissionais planejar uma assistência individualizada, para cada paciente, considerando os diferentes aspectos que envolvem o processo saúde-doença dos indivíduos.

5 | CONCLUSÃO

Este estudo permitiu constatar uma prevalência de LP de 8,3%, nos 756 pacientes adultos internados na UTI no ano de 2014. Os fatores associados à LP foram o tempo de internação e o escore de risco obtido na Escala de Braden, implicando que quanto maior o período de internação e menor o escore na Escala de Braden, há mais chances de desenvolver a LP. As variáveis sociodemográficas, idade e sexo, não tiveram associações estatisticamente significativas.

Reconhecer os fatores de risco possibilita planejar e implementar estratégias eficazes para a prevenção de LP, a fim de serem incorporadas nas práticas assistenciais, fornecendo base à tomada de decisão diagnóstica, terapêutica e gerencial dos profissionais de saúde, com ênfase para os profissionais de enfermagem. O planejamento do cuidado, deve considerar os mecanismos que possibilitem a prevenção da LP, contribuindo para a redução da prevalência desse problema, bem como prevenir as complicações decorrentes dessas lesões e os impactos que podem causar na vida dos pacientes e seus cuidadores.

REFERÊNCIAS

- AHTIALA, M. et al. **Occurrence of pressure ulcers and risk factors in a mixed medical-surgical ICU - a cohort study**. J. Intensive Care Soc., v. 15, n. 4, p. 340-343, 2014. Available from: <<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/175114371401500415>>. Access on: 17 Nov 2019.
- BERNARDES, R.M.; CALIRI, M.H.L. **Pressure ulcer prevalence in emergency hospitals: a cross-sectional study**. Online Braz. J. Nurs., v. 15, n. 2, p. 236-244, 2016. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5391/html_1>. Access on: 01 Nov 2019.
- BORGHARDT, A.T. et al. **Evaluation of the pressure ulcers risk scales with critically ill patients: a prospective cohort study**. Rev. Latinoam. Enferm., Ribeirão Preto, v. 23, n. 1, p. 28-35, Feb. 2015. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000100028&Ing=en&nrm=iso>. Access on: 04 Sep 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Portaria MS/GM nº 529, de 1 de abril de 2013**. Programa Nacional de Segurança do Paciente. Protocolo para prevenção de úlcera por pressão. Fundação Oswaldo Cruz. PROQUALIS. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/portaria-529>>. Acesso em: 10 ago. 2019.
- CALIRI, M.H.L. et al. **Classificação das lesões por pressão - Consenso NPUAP 2016, adaptada culturalmente para o Brasil**. Associação Brasileira de Estomaterapia (SOBEST). Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia (SOBENDE). 2016. Disponível em: <<http://www.sobest.org.br/textod/35>>. Acesso em: 12 nov. 2019.
- CAMPANILI, T.C.G.F et al. **Incidência de úlceras por pressão em pacientes de Unidade de Terapia Intensiva Cardiopneumológica**. Rev. Esc. Enferm. da USP, v. 49, n. spe, p. 7-14, dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000700007&Ing=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 set. 2019.
- CHABOYER, W.P. et al. **Incidence and Prevalence of Pressure Injuries in Adult Intensive Care Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis**. Crit. Care Med., v. 46, n. 11, p. e1074-e1081, 2018.
- COSTA, A.M. et al. **Custos do tratamento de úlceras por pressão em unidade de cuidados prolongados em uma instituição hospitalar de Minas Gerais**. Enfermagem Revista, v. 18, n. 1, p. 58-74, 2015.
- GARCIA, P.C.; FUGULIN, F.M.T. **Tempo de assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva adulto e indicadores de qualidade assistencial: análise correlacional**. Rev. Latinoam. Enferm., v. 20, n. 4, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-11692012000400004&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 12 set. 2019.
- MEDEIROS, L. N. B. et al. **Prevalência de úlceras por pressão em unidades de terapia intensiva**. Rev. Enferm. UFPE, Recife, v. 11, n. 7, p. 2697-2703, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23442/19144>>. Acesso em: 17 nov. 2019
- MEHTA, C. et al. **Pressure ulcer and patient characteristics - A point prevalence study in a tertiary hospital of India based on the European Pressure Ulcer Advisory Panel minimum data set**. J. Tissue Viability, v. 24, n. 123, p.130, 2015. Available from: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0965206X15000376?via%3Dihub>>. Access on: 08 Nov 2019.
- MITCHELL, P. **Defining patient safety and quality care**. In: HUDGES, R.; ed. Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses. Chapter 1. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality. U.S. Department of Health and Human Services, 2008. Available from: <http://www.ahrq.gov/qual/nursesfdbk/docs/MitchellIP_DPSQ.pdf>. Access on: 12 Nov 2019.
- MOORE, Z. et al. **Pressure ulcer prevalence and prevention practices: a cross-sectional comparative survey in Norway and Ireland**. J. Wound Care, v. 24, n. 8, 2015.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (NPUAP). **Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Clinical Practice Guideline**. European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP). Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA). Cambridge Media: Perth, Australia, 2014. Available from: <<https://www.npuap.org/wp-content/uploads/2014/08/Updated-10-16-14-Quick-Reference-Guide-DIGITAL-NPUAP-EPUAP-PPPIA-16Oct2014.pdf>>. Access on: 18 Oct 2019.

_____. **National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) announces a change in terminology from pressure ulcer to pressure injury and updates the stages of pressure injury**. 2016. Available from: <<http://www.npuap.org/national-pressure-ulcer-advisory-panel-npuapannounces-a-change-in-terminology-from-pressure-ulcer-to-pressureinjury-and-updates-the-stages-of-pressure-injury>>. Access on: 20 Oct 2019.

PARANHOS, W.Y.; SANTOS, V.L.C.G. **Avaliação de risco para úlcera de pressão por meio da Escala de Braden na língua portuguesa**. Rev. da Esc. Enferm. da USP., v. 33, p. 194-204, 1999. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/799.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2019.

QUEIROZ, A.C.C.M. et al. **Pressure ulcers in palliative home care patients: prevalence and characteristics**. Rev. Esc. Enferm. da USP, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 264-271, 2014. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000200264&lng=en&nrm=iso>. Access on: 04 Nov 2019.

SARDO, P.M.G. et al. **Analyses of pressure ulcer point prevalence at the first skin assessment in a Portuguese hospital**. J. Tissue Viability, v. 25, n.2, p. 75-82, 2016.

SIMAN, A. G.; BRITO, M. J. M. **Mudanças na prática de enfermagem para melhorar a segurança do paciente**. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, v. 37, n. spe, e68271, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000500413&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 set. 2019.

STRAZZIERI-PULIDO, K.C. et al. **Pressure injuries in critical patients: Incidence, patient-associated factors, and nursing workload**. J. Nurs. Manag., v. 27, n. 2, p. 301-310, 2018. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jonm.12671?casa_token=GDDZcmyrpvIAAAAA:r6FzvngMhw7dGRLwH_nNB85DIKY6Z4Dum77d4pRCg6n_nZ5uDH7QMgvZDjrjJ6xSRkPMcxwkmOzOkRC6>. Access on: 18 Oct 2019.

THE INTERNATIONAL GUIDELINE. **Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Clinical Practice Guideline**. European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP), Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA). Emily Haesler (Ed.). 2019.

VIEIRA, C.P.B. et al. **Ações preventivas em úlceras por pressão realizadas por enfermeiros na atenção básica**. Rev. Fun. Care Online, v. 8, n. 2, p. 4447-4459, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Patient Safety Research: better knowledge for safer care**. World Health Organization, 2009. Available from: <http://whqli.bdoc.who.int/hq/2009/WHO_IER_PSP_2009.10_eng.pdf>. Access on: 11 Nov 2019.

ZAKRASEK, E.C.; CREASEY, G.; CREW, J.D. **Pressure ulcer in people with spinal cord injury in developing nations**. Spinal Cord., v. 53, p. 7-13, 2015.

MODELO DE ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Data de aceite: 05/06/2020

Data de submissão: 07/05/2020

Joselany Áfio Caetano

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Fortaleza, CE, Brasil.

<http://orcid.org/0000-0002-0807-056X>

Maria Aline Moreira Ximenes

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Fortaleza, CE, Brasil.

E-mail: aline.ximenes11@hotmail.com

<http://orcid.org/0000-0002-1674-3357>

Maria Girlane Sousa Albuquerque Brandão

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (Unilab), Redenção, CE, Brasil.

<http://orcid.org/0000-0002-9925-4750>

Josiane da Silva Gomes

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Sobral, CE, Brasil

<http://orcid.org/0000-0001-8130-9795>

Odézio Damasceno Brito

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Fortaleza, CE, Brasil

<https://orcid.org/0000-0003-4008-3931>

Nelson Miguel Galindo Neto

Instituto Federal do Pernambuco (IFPE)

Pesqueira, PE, Brasil.

<http://orcid.org/0000-0002-7003-165x>

Lívia Moreira Barros

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (Unilab), Redenção, CE, Brasil.

<http://orcid.org/0000-0002-0174-2255>

RESUMO: **Introdução:** Empregar métodos para embasar a prática clínica é essencial para a prestação de serviços de saúde seguros, dentre os disponíveis, destaca-se o modelo de Atividades de Vida Diária proposto por Roper, Logan e Tierney, que representa uma ferramenta fundamental para aplicação do processo de enfermagem. **Objetivo:** identificar produções relacionadas à prática de enfermagem fundamentada pelo modelo de Roper, Logan e Tierney. **Método:** trata-se de estudo bibliográfico, descritivo do tipo revisão integrativa, realizada de dezembro de 2017 a março de 2018, nas bases de dados: PUBMED; LILACS; BDNF; SCOPUS e CINAHL. Foram utilizadas palavras-chave: Enfermagem, Modelo de Enfermagem; Modelo Roper e Atividades de vida. Os resultados foram apresentados em quadros sinópticos e discutidos com a literatura. **Resultados:** foram analisados 19 artigos publicados entre 1992 a 2015 com predomínio em periódicos internacionais, o que evidencia escassez de estudos que relacionem o modelo

com a assistência de enfermagem no Brasil. Quanto à população, utilizou-se para embasar a assistência de enfermagem à pacientes com necessidades psicológicas, com lesões medulares, após infarto agudo do miocárdio, em cuidados neonatais e de puericultura bem como no cuidado de mulheres em situação de prostituição, portadores de hanseníase e idosos. **Conclusão:** acredita-se que o modelo de Roper, Logan e Tierney é instrumento importante a ser utilizado no cuidado de enfermagem que possibilita a ampliação e entendimento das necessidades dos indivíduos e favorece melhorias na qualidade da assistência.

PALAVRAS-CHAVE: Modelos de enfermagem. Assistência à saúde. Atividades cotidianas. Cuidados de enfermagem. Processo de enfermagem.

MODEL OF DAILY LIFE ACTIVITIES IN NURSING PRACTICE

ABSTRACT: Introduction: Employing methods to support clinical practice is essential for the provision of safe health services, stands out, among the available ones, the Roper, Logan and Tierney model of Daily Life Activities, which represents a fundamental tool for application of the nursing process. In view of this, this study sought to identify productions related to nursing practice based on the model of Roper, Logan and Tierney. **Materials and Method:** This is a bibliographic study, descriptive of the type integrative review, carried out from December 2017 to March 2018, in the databases: PUBMED; LILACS; BDEF; SCOPUS and CINAHL. Key words: Nursing, Nursing Model; Roper Model and Life Activities. The results were presented in synoptic tables and discussed with the literature. **Results:** 19 articles published between 1992 and 2015 were analyzed, with predominance in international journals, which shows a lack of studies that relate the model to nursing care in Brazil. As for the population, it was used to support nursing care for patients with psychological needs, spinal cord injury, after acute myocardial infarction, neonatal care and childcare, as well as caring for women in situations of prostitution, leprosy and the elderly. **Conclusion:** The Roper, Logan and Tierney model is believed to be an important instrument to be used in nursing care, which allows the expansion and understanding of the needs of the individuals and favors improvements in the quality of care.

KEYWORDS: Models, Nursing. Delivery of Health Care. Activities of Daily Living. Nursing Care. Nursing process.

1 | INTRODUÇÃO

Na prática assistencial da enfermagem existem instrumentos de trabalho que possibilitam a promoção de cuidados eficientes e com qualidade, como o Processo de Enfermagem (PE), que direciona o cuidado as necessidades individuais e coletivas, além de permitir ao enfermeiro conhecer os déficits presentes nesses indivíduos, bem como problemas, potencialidades, dúvidas e anseios (MOURA *et al*, 2015). Além disso, o PE é reconhecido como uma ferramenta, que visa identificar problemas, fornecer diagnósticos

de enfermagem, e, conseqüentemente beneficiar o planejamento e direcionar o cuidado em situações clínicas específicas (CARVALHO *et al*, 2018). Realiza-se o PE em cinco etapas inter-relacionadas: investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação, fazendo-se relevante a aplicação na seqüência, posto que, quando não é realizado da maneira correta se descaracteriza como processo científico (BENEDET *et al*, 2016).

Empregar métodos para embasar a prática clínica é essencial para a prestação de serviços de saúde seguros, transparentes, eficazes e eficientes e para atender às expectativas dos pacientes, das famílias e da sociedade (CURTIS *et al*, 2017). Logo, pode-se utilizar o PE junto aos modelos teóricos existentes, com possibilidade de associar um ou mais instrumentos para o alcance de uma assistência de qualidade, com vistas à implementação de um cuidado de enfermagem coordenado, sistemático e inter-relacionado com as necessidades dos indivíduos.

Dentre os diversos modelos teóricos disponíveis, destaca-se o modelo de Atividades de Vida Diária (AVD's) proposto por Roper, Logan e Tierney, que representa uma ferramenta fundamental para aplicação do processo de enfermagem em diversos setores de atuação dos enfermeiros, pois contribui com planejamento da assistência à saúde do indivíduo/família. Com o uso desse modelo, o enfermeiro é capaz de identificar quais atividades de vida podem estar comprometidas e, posteriormente, elaborar um plano de cuidados com vistas ao alcance da manutenção da saúde e qualidade de vida (GULTAS; AKANSEL, 2017).

Para que haja a identificação dos reais problemas enfrentados pelos indivíduos e quais intervenções deverão ser alvo do plano de cuidado, o modelo proposto por Roper, Logan e Tierney avalia o grau de dependência e independência na execução de doze atividades de vida, sendo estas: manutenção de um ambiente seguro; comunicação; respiração; alimentação; eliminação; higiene pessoal e vestimentas; controle da temperatura corporal; mobilização; trabalho e distração; sexualidade; descanso; morte (MOURA *et al*, 2015).

Assim, o modelo de AVD's aplicado junto ao PE atua como guia para os profissionais realizarem uma avaliação holística do indivíduo por meio de um plano de cuidados. No cenário clínico, aplica-se esse modelo em usuários que apresentam déficits funcionais específicos e que necessitam de cuidados que promovam maior independência na execução de atividades diárias. Já no ambiente acadêmico utiliza-se esse instrumento com propriedade pelos discentes por meio de casos fictícios que visam à identificação dos problemas, metas e intervenções a serem realizadas no cuidado aos diferentes públicos (WILLIAMS, 2017).

O modelo de Atividades de Vida Diárias de Roper, Logan e Tierney é um instrumento simples, que pode ser utilizado em diversos espaços e que qualifica a assistência de enfermagem, logo torna-se relevante por possibilitar a análise das atividades de vida do indivíduo, suas ações diárias, e a partir disso, promover saúde e bem-estar por meio da elaboração de um plano de cuidados com base nas AVD's dependentes de cuidados.

Dessa forma, esta revisão integrativa buscou identificar práticas de enfermagem fundamentadas pelo modelo de AVD's de Roper, Logan e Tierney.

2 | MÉTODOS

Trata-se de estudo bibliográfico, descritivo do tipo revisão integrativa, cujo objetivo é reunir e sintetizar resultados anteriores, reunindo achados de estudos publicados (SOUSA et al, 2017). O levantamento dos artigos na literatura foi norteado pela seguinte questão: Quais as aplicações do Modelo de Atividades de Vida Diária de Roper, Logan, Tierney na prática da enfermagem?

Não foi aplicado recorte temporal, pelo fato do modelo ter sido desenvolvido inicialmente na década de 1970 e pela escassez de produções que o utilizaram como embasamento teórico na prática de Enfermagem.

Utilizou-se as bases de dados: PubMed (National Library of Medicine and National Institutes of Health); LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde); BDNF (Base de Dados de Enfermagem); SCOPUS e CINAHL busca ocorreu por meio das palavras-chave: Modelo de Enfermagem (Nursing Model); Modelo Roper (Roper Model) e Atividades de vida (Life Activities) com o operador booleano AND, pois o mesmo funciona como a palavra “e”, que fornece intercessão, ou seja, expõem apenas artigos que contenham todas as palavras chaves digitadas, limitando a amplitude da pesquisa.

Executaram-se duas buscas em todas as bases de dados, sendo a primeira composta pelas palavras Modelo de Enfermagem (Nursing Model) AND Modelo Roper (Roper Model) e a segunda Modelo de Enfermagem (Nursing Model) AND Atividades de vida (Life Activities) AND Modelo Roper (Roper Model).

Incluíram-se na amostra, os artigos que obedeceram aos seguintes critérios: artigos originais e revisões disponíveis online e gratuitamente nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola. Foram excluídos: editoriais, resenhas, relatos de experiências e reflexões teóricas, dissertações, teses e monografias; resumos publicados em anais de eventos, além de artigos repetidos, sendo mantida apenas a primeira versão identificada, bem como aqueles que não possuíssem relação direta com o tema. Também foram excluídos os artigos cuja descrição metodológica trazia informações insuficientes e que não se relacionavam com a prática de enfermagem.

Para a coleta dos dados e categorização sistemática das publicações utilizou-se questionário elaborado pelos pesquisadores contemplando itens pertinentes ao estudo como: ano de publicação, idioma, tipo de pesquisa/abordagem, metodologia, principais resultados e implicações do estudo.

Os níveis de evidência são divididos em seis: nível 1- evidências resultantes da

metanálise de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados; nível 2- evidências obtidas em estudos individuais com delineamento experimental; nível 3- evidências de estudos quase experimentais; nível 4- evidências de estudos descritivos (não experimentais) ou com abordagem qualitativa; nível 5- evidências provenientes de relatos de caso ou de experiência; nível 6- evidências baseadas em opiniões de especialistas (SOARES et al, 2014; MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2011).

Selecionaram –se 19 estudos a partir da busca nas bases de dados, critérios de inclusão, exclusão e leitura completa dos artigos na íntegra, dessa forma, se pode ver todo o processo de seleção dos artigos na figura 1.

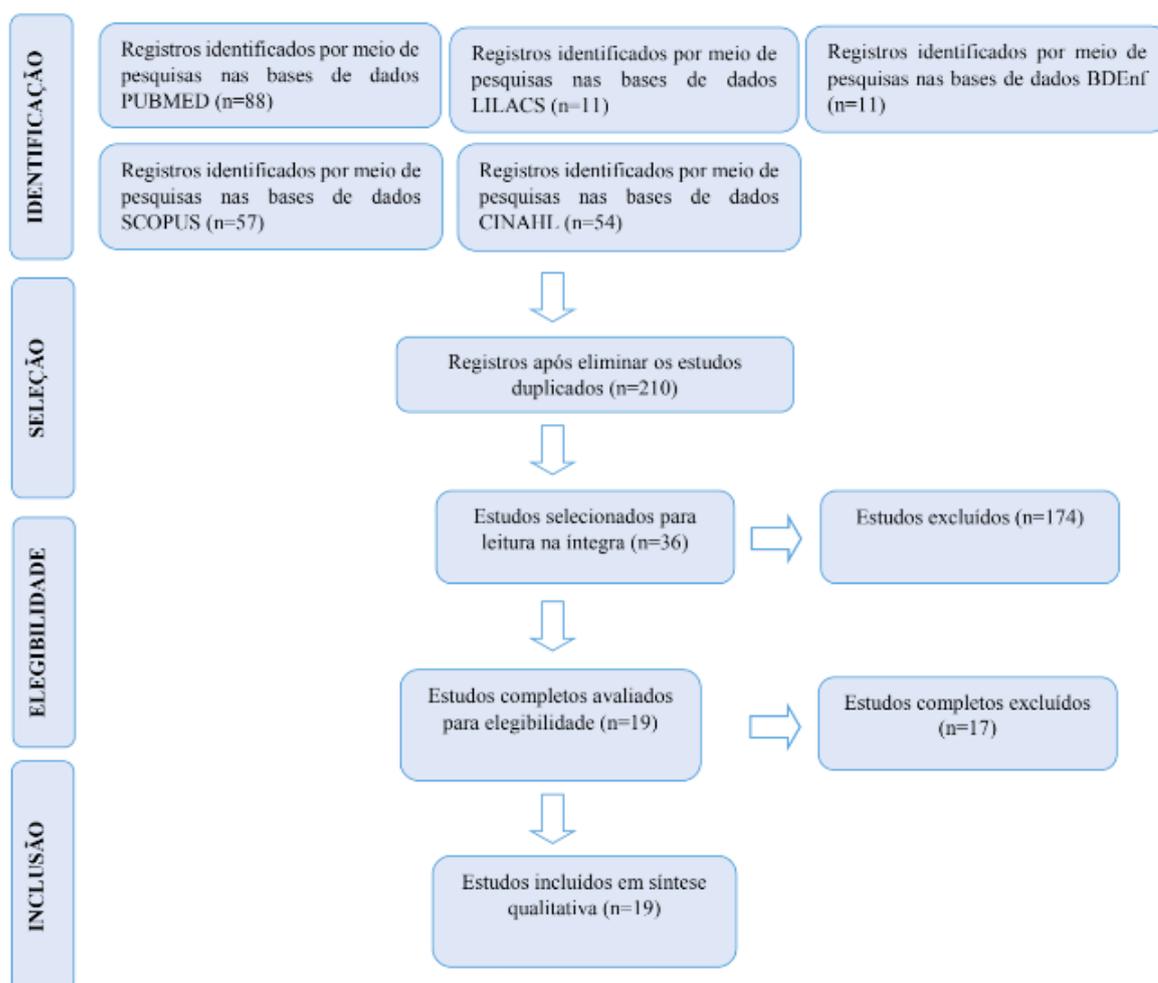


Figura 1. Fluxograma da seleção dos estudos adaptado do modelo PRISMA 2009. Sobral (CE), Brasil, 2018.

Fonte: Própria do autor.

A análise dos dados fundamentou-se na leitura do conteúdo pertinente à temática, sendo feita a descrição do estudo com intuito de reunir o conhecimento produzido sobre o tema explorado na revisão. Os resultados foram apresentados em quadros sinópticos e confrontados com a literatura. Foi realizada a discussão dos achados de forma descritiva, comparando-se o uso da teoria de Roper, Logan e Tierney em cada artigo, visando a

atender ao objetivo do estudo. Os aspectos éticos e legais foram respeitados, tendo em vista que os estudos encontrados em periódicos que foram incluídos na pesquisa tiveram os nomes dos seus autores referenciados.

3 | RESULTADOS

O período de publicação dos artigos foi de 1992 a 2015 e predominaram-se produções no ano de 2015, os quais foram publicados em dez periódicos da enfermagem de circulação nacional e internacional, sendo mais frequentes a British Journal of Nursing, Journal of Advanced Nursing, Revista RENE e Nursing Standard.

O principal idioma de publicação foi a língua inglesa com 13 artigos, seguido pelo português com seis produções. Com relação à procedência, houve predomínio de artigos desenvolvidos no Reino Unido, com quatro publicações. No Brasil, foram identificados seis estudos, sendo que, todos foram realizados em Fortaleza-Ceará. Diante disso, pode-se observar uma escassez na utilização e, conseqüente, publicação de produções que relacionem o Modelo de Roper, Logan e Tierney com a assistência de enfermagem no Brasil. Em contrapartida, destaca-se o empreendedorismo dos pesquisadores cearenses em utilizar esse referencial teórico na implementação do cuidado nessa região.

Assim, a tabela 1 sistematiza os 19 estudos conforme título, objetivos, métodos, população- alvo e nível de evidência científica.

Artigo	Objetivo (s)	Método	População – alvo	Nível de evidência
The Roper nursing model an educational and research tool.	Descrever a flexibilidade no uso do modelo de Roper, Logan e Tierney na prática da enfermagem	Tipo de estudo: estudo descritivo com abordagem qualitativa Coleta de dados: busca em base de dados das etapas utilizadas pelo modelo de atividades de vida diárias na prática assistencial	Profissionais de Enfermagem	4
Nursing a person who had suffered a myocardial infarction.	Avaliar as atividades de vida dependentes de um paciente com IAM segundo o modelo Roper, Logan e Tierney	Tipo de estudo: estudo de caso, com abordagem qualitativa Coleta de dados: entrevista aberta com paciente que sofreu um infarto agudo do miocárdio	Paciente com IAM	5
Changing nursing practice through reflection on the Roper, Logan and Tierney model: the enhancement approach to action research.	Identificar a percepção dos enfermeiros acerca do modelo de Roper, Logan e Tierney	Tipo de estudo: multi-método Coleta de dados: escala e entrevista semiestruturada aplicada a enfermeiras de uma unidade de saúde	Profissionais de Enfermagem	3

Nursing models: extant or extinct?	Analisar as questões relacionadas aos modelos de enfermagem	Tipo de estudo: descritivo com abordagem qualitativa Coleta de dados: busca em base de dados para comparar os modelos de enfermagem com o modelo britânico Roper, Logan e Tierney	Profissionais de Enfermagem	4
The Roper, Logan and Tierney (1996) Model: perceptions and operationalization of the model in psychiatric nursing within a Health Board in Ireland.	Determinar se o modelo de Roper, Logan e Tierney foi um modelo apropriado para o planejamento de cuidados de enfermagem para clientes que estão mentalmente doentes	Tipo de estudo: descritivo com abordagem quantitativa Coleta de dados: entrevistas abertas com enfermeiras para explorar suas experiências no uso do modelo de enfermagem	Profissionais de Enfermagem	4
Using the Roper–Logan–Tierney model in neonatal transport.	Explorar o uso do modelo de enfermagem de Roper, Logan, Tierney em um ambiente de transporte neonatal	Tipo de estudo: estudo de caso com abordagem qualitativa Coleta de dados: entrevista com roteiro semiestruturado, aplicado em uma unidade pediátrica	Pacientes pediátricos	5
Nursing models and self-concept in patients with spinal cord injury—a comparison between UK and Taiwan.	Investigar o atendimento prestado por enfermeiros na reabilitação de pacientes com lesão medular (SCI)	Tipo de estudo: descritivo e comparativo Coleta de dados: questionário aplicado com enfermeiras taiwanesas e britânicas sobre o uso de modelos de enfermagem em pacientes com SCI	Pacientes com lesão medular	4
The Roper–Logan–Tierney (1996) model of nursing as a tool for professional development in Education.	Avaliar a experiência de estudantes de enfermagem em um módulo de acesso a graduação	Tipo de estudo: avaliativo, com abordagem quantitativa Coleta de dados: roteiro semiestruturado com base no modelo de Roper, Logan e Tierney aplicado em unidade de terapia intensiva neonatal	Acadêmicos de Enfermagem	3
Developing a plan of care using the Roper, Logan and Tierney model.	Examinar os cuidados prestados a um paciente com história de abuso de drogas e diagnóstico de endocardite infecciosa e hepatite C	Tipo de estudo: estudo de caso com abordagem qualitativa Coleta de dados: entrevista com um roteiro semiestruturado baseado no modelo de Roper, Logan e Tierney, segundo as atividades: manter um ambiente seguro, comunicação e respiração	Paciente com endocardite infecciosa e hepatite B	5

<p>10. Aplicação de estruturas conceituais na Consulta de enfermagem à família.</p>	<p>Refletir sobre a aplicação do Modelo de Atividades de Vida, de Roper, Logan e Tierney, e do Modelo de Autocuidado, de Orem, como base conceitual na prática de Enfermagem com famílias, em atenção primária de saúde</p>	<p>Tipo de estudo: estudo analítico-descritivo Coleta de dados: busca em base dados sobre as estruturas conceituais adotadas em diferentes etapas da consulta de Enfermagem à família, utilizando o modelo de Roper, Logan e Tierney e o Modelo de Autocuidado de Orem</p>	<p>Profissionais de Enfermagem</p>	<p>4</p>
<p>Delirium part two: Nursing management.</p>	<p>Descrever as intervenções de enfermagem em pacientes com Delirium baseado no modelo Roper, Logan e Tierney</p>	<p>Tipo de estudo: revisão de literatura Coleta de dados: busca na literatura de intervenções de enfermagem baseadas no modelo RLT</p>	<p>Pacientes com Delirium</p>	<p>5</p>
<p>Construção de instrumento para a consulta de enfermagem em Ginecologia com prostitutas.</p>	<p>Descrever a construção e aplicação de um instrumento de coleta de dados para a Sistematização da Assistência de Enfermagem em um serviço de consulta de Enfermagem em ginecologia para prostitutas</p>	<p>Tipo de estudo: estudo descritivo com abordagem qualitativa. Coleta de dados: aplicação de um instrumento construído pelos próprios autores com base nos diagnósticos de NANDA e no Modelo de Atividade de Vida aplicado com 57 mulheres prostitutas</p>	<p>Mulheres em situação de prostituição</p>	<p>4</p>
<p>Adesão ao tratamento da Hanseníase: dificuldades inerentes aos portadores.</p>	<p>Identificar as dificuldades de adesão ao tratamento pelos portadores de hanseníase, relacionando os fatores associados</p>	<p>Tipo de estudo: estudo qualitativo Coleta de dados: entrevista com aplicação de um roteiro contendo sete questões norteadoras segundo o Modelo de Atividade de Vida de Roper, Logan e Tierney</p>	<p>Pessoas com Hanseníase</p>	<p>3</p>
<p>Is care planning still relevant in the 21st century?</p>	<p>Discutir como se organiza a prestação de cuidados da enfermagem à criança ou ao jovem e à família</p>	<p>Tipo de estudo: descritivo com abordagem qualitativa Coleta de dados: busca em base de dados sobre o processo de enfermagem e o uso das teorias na contribuição dos cuidados prestados no cenário clínico</p>	<p>Crianças e jovens</p>	<p>4</p>

Desempenho das atividades de vida de prostitutas segundo o Modelo de Enfermagem de Roper, Logan e Tierney.	Compreender as principais necessidades presentes nas atividades de vida de prostitutas atuantes em Fortaleza, CE, Brasil	Tipo de estudo: descritivo com de abordagem qualitativa Coleta de dados: entrevista semiestruturada com base no referencial teórico de Roper, Logan e Tierney, realizada com seis prostitutas	Mulheres em situação de Prostituição	4
The Roper-Logan-Tierney model of nursing: A framework to complement the nursing process.	Apresentar as origens do modelo de Roper, Logan e Tierney e sua aplicação na prática	Tipo de estudo: descritivo com abordagem qualitativa Coleta de dados: Aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem a indivíduos hospitalizados	Profissionais de Enfermagem	4
Prevalence of urinary incontinence in older Turkish women, risk factors, and effect on activities of daily living.	Determinar a prevalência de incontinência urinária (UI) entre mulheres idosas, fatores de risco e o efeito sobre as atividades da vida diária (AVD)	Tipo de estudo: estudo descritivo com abordagem qualitativa Coleta de dados: entrevistas presenciais uso de questionário e formulário de dados de atividades da vida diária criados pelos pesquisadores com base no Roper, Logan e modelo de Tierney.	Idosos	4
Protocolo de Enfermagem para consulta de puericultura.	Apresentar um protocolo de Enfermagem para consulta de puericultura, baseado no Modelo de Enfermagem de Roper-Logan-Tierney	Tipo de estudo: estudo metodológico Coleta de dados: busca de dados relevantes na área de saúde da criança e construção de um protocolo para o serviço de puericultura	Pacientes Pediátricos	3
Atividade de vida de pessoas com deficiência segundo modelo de enfermagem de Roper-Logan-Tierney.	Identificar as atividades de vida diária de pessoas com deficiência, por meio da aplicação do Modelo de Enfermagem de Roper-Logan-Tierney	Tipo de estudo: estudo transversal Coleta de dados: entrevista semiestruturada com base nas atividades de vida diária, aplicada com 13 pessoas com deficiência que praticavam atividades aquáticas	Pessoas com deficiência	4

Tabela 1. Caracterização dos artigos organizados por título, ano de publicação, idioma, revista e local do estudo. Sobral (CE), Brasil, 2018.

Fonte: Própria do autor

No que se refere aos aspectos metodológicos, todos os artigos selecionados são de natureza qualitativa com uso de entrevista e instrumentos semiestruturados para a coleta de dados. Quanto ao nível de evidência, verificou-se a prevalência de 57,89% (11) dos

estudos com nível 4 de evidência, dos quais, tratam-se de estudos descritivos ou com abordagem qualitativa; 21,05% (4) dos artigos no nível 5 sendo evidências provenientes de relatos de caso ou de experiência e 21,05% (4) de estudos do nível 3 em que se situam os estudos quase experimentais.

Quanto à população, o modelo foi utilizado para embasar a assistência de enfermagem à pacientes com necessidades psicológicas, com lesões medulares, após infarto agudo do miocárdio, em cuidados neonatais e de puericultura bem como no cuidado de mulheres em situação de prostituição, portadores de hanseníase, idosos e na Atenção Básica a Saúde (ABS) como estratégia de avaliar necessidades de um núcleo familiar.

Com relação ao local de estudo, a maioria foi realizado no ambiente hospitalar. Os outros ambientes que a consulta de enfermagem foi implementada com base no referencial teórico em estudo foram: unidade básica de saúde, domicílios e universidade.

A implicação para a prática mais evidente com o uso desse modelo teórico de enfermagem identificada nos artigos foi a facilidade para elaboração de cuidados lógicos, sistemáticos e com efetividade. Além disso, foi bastante empregado no meio acadêmico, como forma de subsidiar a aprendizagem de estudantes de enfermagem acerca da identificação das necessidades do paciente e na base para formulação de intervenções.

Em outros estudos, foi observado a facilidade com que os familiares ou cuidadores compreenderam o modelo e participaram da coleta de informações. No entanto, um fator negativo e presente em alguns estudos foi o despreparo de profissionais de enfermagem na utilização do modelo na prática, o que por sua vez dificultou a identificação de problemas importantes.

4 | DISCUSSÃO

Utilizar-se do modelo de AVD's é de suma importância para a atuação profissional, uma vez que permite identificar necessidades, problemas de saúde, de forma contextualizada e individualizada. Deste modo, as necessidades reais e potenciais são atendidas de maneira mais eficaz, a partir de avaliação mais intensa (MOURA *et al*, 2015).

Durante a análise dos artigos encontrados, observou-se o uso principalmente em grupos de risco, como pessoas com deficiência (MOURA *et al*, 2015), pessoa com transtorno mental (MURPHY *et al*, 2000), hanseníase (NICOLAU *et al*, 2008) e profissionais do sexo (SOUZA *et al*, 2011). A apropriação desse modelo pode ser amplamente utilizada em diversos grupos, o que favorece a sua aplicabilidade, e sendo o seu uso extremamente significativo para os profissionais de enfermagem.

Nessa perspectiva, a prática de enfermagem fundamentada em estruturas conceituais, consolida-se em uma relação mais efetiva junto ao cliente, além de promover o conhecimento de modelos teóricos, pelo fato de ampliar a visão e dimensão multifacetada do ser humano, no seu universo de vivências e experiências (COSTA *et al*, 2007).

Dentre os estudos encontrados observa-se que alguns utilizaram o modelo de AVD's para construção de instrumentos que auxiliam na coleta de dados sobre o histórico de paciente durante a consulta de enfermagem. Utilizar-se de instrumentos direcionados e fundamentados nas atividades de vida contempladas no referencial teórico, possibilita o levantamento de informações importantes que irão direcionar o raciocínio clínico do enfermeiro sobre as atividades de vida afetadas e, com isso, realizar um plano de cuidado efetivo do cliente (GUBERT *et al*, 2015; MCLAFFERTY; FARLEY, 2007).

Assim, a implementação desses instrumentos permite identificar as principais alterações no cotidiano dessas pessoas, fornecendo subsídios para a eleição de formas de cuidado adequadas a cada realidade, nesse sentido cabe ao enfermeiro atuar no desenvolvimento das potencialidades dos pacientes, com utilização de recursos para realizar o cuidado de forma efetiva, sendo uma estratégia a consulta de enfermagem, oferecendo canal para discussão entre profissional e indivíduos (MOURA *et al*, 2015).

Estudo qualitativo realizado nos domicílios pertencentes ao território de três unidades básicas de saúde no Ceará, identificou que o uso do modelo de AVD's durante as visitas domiciliares permitiu uma maior abrangência dos aspectos a serem investigados e que intervém na prática de estilos de vida saudável (LUNA *et al*, 2010).

A assistência de enfermagem através de visitas domiciliares, fazendo uso do modelo Roper, Logan e Tierney facilita aos enfermeiros colher informações sobre o ambiente e cotidiano dos usuários e conseqüentemente promover subsídios para ações educativas que estimulem o indivíduo ao autocuidado, de modo a desenvolver uma vida saudável (LUNA *et al*, 2010).

Outro estudo realizado em Fortaleza objetivou-se refletir sobre a aplicação do modelo de AVD's associando com o modelo de Autocuidado de Orem, em que foi possível constatar que existem semelhanças entre os instrumentos, o que torna compatível a sua utilização concomitante, mesmo que em etapas diferentes do processo de cuidar (MOONEY; O'BRIEN, 2006).

As reflexões sobre os modelos de Roper, Logan e Tierney e com a Teoria de Orem, consideraram que a utilização desses dois exemplos fortalece para uma melhor qualidade na assistência e cuidado, em condução à ação conjunta entre enfermeiro-indivíduo/família frente a complexa demanda de ambos. Essa aplicação de modelos que atendam ao complexo sistema de cuidado presentes, torna mais fácil a tomada de decisões para um plano de cuidados voltado para a resolução dos problemas encontrados, favorecendo uma execução qualificada na enfermagem, seja na atenção à saúde na comunidade ou em uma instituição hospitalar (MOONEY; O'BRIEN, 2006).

Além da aplicabilidade do modelo na atenção primária a partir de consultas domiciliares ou na unidade básica de saúde, verificou-se que é possível o seu uso também no ambiente hospitalar, o que fortalece a autonomia da enfermagem e a implementação de cuidados com embasamento científico.

Verificou-se uma escassez de estudos que utilizem o modelo na prática clínica de enfermagem em determinadas regiões do Brasil. Isso reflete fragilidade na assistência embasada em referenciais teóricos, visto que o modelo de enfermagem de Roper-Logan-Tierney, apresenta grande relevância nos campos estudados, pois possibilitou ao enfermeiro um melhor acompanhamento durante as consultas, permitindo a realização de um cuidado com maior autonomia e desenvolvimento ações direcionadas aos usuários (GUBERT *et al*, 2015).

A associação entre o modelo e os diagnósticos de enfermagem, resultados esperados (NOC) e intervenções (NIC) foi evidenciada em um estudo, no qual, esse entrelaçamento possibilitou melhor abordagem dos profissionais, permitindo identificar detalhes que podem comprometer ações de autocuidado e, conseqüentemente, a qualidade de vida (MOURA *et al*, 2015).

Mesmo diante das potencialidades do modelo de AVD's na maioria dos estudos encontrados, alguns ainda trazem que os enfermeiros o acharam constrangedor, e que necessitavam de muita propriedade para utiliza-lo. A partir do que foi constatado pelos autores, é evidente a necessidade de uma melhor preparação acerca da utilização do modelo na pratica, para que a equipe de enfermagem desenvolva um olhar crítico-reflexivo sobre o uso de instrumentos para facilitar a assistência, proporcionando cuidado holístico e contínuo (MURPHY *et al*, 2000).

O levantamento de estudos a respeito do uso do Modelo de Atividades de Vida Diária de Roper, Logan, Tierney como ferramenta para a prática de enfermagem, proporciona o estímulo e o fortalecimento de ações de promoção da saúde, em prol do cuidado integral, que vem a se tornar um instrumento importante para ampliação e entendimento dos diversos momentos e realidades vivenciadas em suas áreas de atuação, auxiliando o trabalho dos profissionais da saúde, no intuito de melhorar a qualidade de assistência ao público.

5 | CONCLUSÃO

Por meio dos estudos analisados, identificou-se que o Modelo de Atividades de Vida de Roper, Logan, Tierney foi utilizado em diversos ambientes com populações distintas como pacientes com necessidades psicológicas, com lesões medulares, após infarto agudo do miocárdio, em cuidados neonatais e de puericultura, pessoas em situação de rua, dentre outros.

Esse referencial teórico apresenta-se como uma ferramenta que auxilia a traçar diagnósticos e intervenções e dar possibilidade para novos métodos de educação em saúde em associação com a assistência à saúde. Observou-se que a aplicação do modelo, embora traga diversos benefícios para a fundamentação e sistematização da

assistência, ainda se faz pouco presente devido falta de capacitação dos enfermeiros para sua execução durante a prática de enfermagem.

Uma alternativa encontrada para o uso dessa ferramenta na promoção da saúde está na realização de ações de educação no ambiente universitário, onde os acadêmicos possam conhecer essas estratégias de qualificação do cuidado. Além disso, o discernimento de novos estudos sobre o assunto torna-se válido para maior difusão da aplicabilidade do modelo para os profissionais atuantes.

REFERÊNCIAS

- BELLMAN, L.M. Changing nursing practice through reflection on the Roper, Logan and Tierney model: the enhancement approach to action research. *J Adv Nurs*. Vol. 24, nº 1, pp. 129-38, 1996. <<http://dx.doi.org/10.1111/jocn.13586>> Access in: 27-09-2018.
- BENEDET, S. *et al.* Nursing process: systematization of the nursing care instrument in the perception of nurses. *Rev pesqui cuid fundam*. Vol. 8, nº 3, pp. 4780-88, 2016. Available from: <<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4780-4788>> Access in: 27-09-2018.
- CARDWELL, P. *et al.* Is care planning still relevant in the 21st century? *Br J Nurs*. Vol. 20, nº 21, pp. 1378-82, 2011. Available from: <<http://dx.doi.org/10.12968/bjon.2011.20.21.1378>> Access in: 06-06-2018.
- CARVALHO, E.C. *et al.* Correspondence Between NANDA International Nursing Diagnoses and Outcomes as Proposed by the Nursing Outcomes Classification. *Int J Nurs Knowl*. Vol. 29, nº 1, pp. 66-78, 2018. Available from: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27059109>> Access in: 27-09-2018. CHEN, H.Y.; BOORE, J.R.; MULLAN, F.D. Nursing models and self-concept in patients with spinal cord injury--a comparison between UK and Taiwan. *Int J Nurs Stud*. Vol. 42, nº 3, pp. 225-72, 2005. Available from: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2004.06.012>> Access in: 06-06-2018.
- COSTA, L.B.; COSTA, A.A.S.; SARAIVA, M.R.B.; BARROSO, M.G.T. Aplicação de estruturas conceituais na consulta de enfermagem à família. *Esc. Anna Nery*. Vol.11, nº 3, pp. 515-19, 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452007000300018>> Acesso em: 06-06-2018.
- CURTIS, K; FRY, M; SHABAN, R.Z.; CONSIDINE, J. Translating research findings to clinical nursing practice. *J Clin Nurs*. Vol. 26, nº 5-6, pp. 862-72, 2017. Available from:
- GUBERT, F.A. *et al.* Protocolo de Enfermagem para consulta de puericultura. *Rev Rene*. Vol.16, nº1, pp.81-9, 2015. Available from: <<http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2015000100011>> Access in: 06-06-2018.
- GULTAS, M.; AKANSEL, N. Nursing Care of the Patient after Breast Conserving Surgery According to Life Model: A Case Study. *International J Caring Sci*. vol. 10, nº 2, pp. 1075-81, 2017. Available from: <http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/48_akansele_casestudy_10_2.pdf> Access in: 27-09-2018.
- HEALY, P.; TIMMINS, F. Using the Roper-Logan-Tierney model in neonatal transport. *Br J Nurs*. Vol. 12, nº13, pp. 792-8, 2003. Available from: <<http://dx.doi.org/10.12968/bjon.2003.12.13.11347>> Access in: 06-06-2018.
- KAŞIKÇI, M.; KILIÇ, D.; AVŞAR, G.; ŞİRİN, M. Prevalence of urinary incontinence in older Turkish women, risk factors, and effect on activities of daily living. *Arch Gerontol Geriatr*. Vol.61, nº2, pp.217-23, 2015. Available from: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2015.06.008>> Access in: 06-06-2018.
- LUNA, I.T.; BESERRA, E.P.; ALVES, M.D.S.; PINHEIRO, P.N.C. Adesão ao tratamento da Hanseníase: dificuldades inerentes aos portadores. *Rev. bras. enferm*. vol.63 nº 6.Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672010000600018&lng=en&nrm=iso> Access in: 06-06-2018.

MCCAUGHERTY, D. The Roper nursing model as an educational and research tool. *Br J Nurs*. Vol. 1, nº 9, pp. 455-9, 1992.

MCLAFFERTY, E.; FARLEY, A. Delirium part two: nursing management. *Nurs Stand*. Vol.21, nº30, pp. 42-6, 2007. Available from: <<http://dx.doi.org/10.7748/ns2007.04.21.30.42.c4541>> Access in: 06-06-2018.

MELNYK, B.M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. Evidence based practice in nursing and healthcare: A guide to best practice. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2011.

MOONEY, M.; O'BRIEN, F. Care plans. Developing a plan of care using the Roper, Logan and Tierney model. *Br J Nurs*. Vol.15, nº16, pp. 887-92, 2006 Sept. Available from: <<http://dx.doi.org/10.7748/ns2007.04.21.30.42.c4541>> Access in: 06-06-2018.

MOURA, G.N. *et al.* Atividade de vida de pessoas com deficiência segundo modelo de enfermagem de Roper-Logan-Tierney. *Rev Rene*. Vol. 16, nº 3, pp. 317-26, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2015000300004>> Acesso em: 06-06-2018.

MURPHY, K. *et al.* The Roper, Logan and Tierney (1996) model: perceptions and operationalization of the model in psychiatric nursing within a health board in Ireland. *J Adv Nurs*. Vol. 31, nº 6, pp. 1333-41, 2000.

NICOLAU, A.I.O.; AQUINO, P.S.; FALCÃO JÚNIOR, J.S.P.; PINHEIRO, A.K.B. Construção de instrumento para a consulta de enfermagem em ginecologia com prostitutas. *Rev Rene*. Vol.9, nº 4, pp. 91-8, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.15253/rev%20rene.v9i4.52402>> Acesso em: 06-06-2018.

ROWE, K. Nursing a person who had suffered a myocardial infarction. *Br J Nurs*. Vol. 4, nº3, pp. 148-54, 1995.

SOARES, C.B. *et al.* Integrative Review: Concepts And Methods Used In Nursing. *Rev esc Enferm USP*. Vol 28, nº2, pp. 335-45, 2014. Available from: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-6234201400002000020>> Access in: 06-06-2018.

SOUSA, L.M.M.; MARQUES-VIERA, C.M.A.M.; SEVERINO, S.S.P.; ANTUNES, A.V. A metodologia de revisão integrativa da literatura em enfermagem. *Rev Invest Enferm*. Vol.1, nº1, pp. 17-26, 2017. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/20.500.12253/1311> > Acesso em: 27-09-2018.

SOUZA, A.P.; OLIVEIRA, N.A.I.; BEZERRA, P.A.K. Desempenho das atividades de vida de prostitutas segundo o Modelo de Enfermagem de Roper, Logan e Tierney. *Rev bras enferm*. Vol. 64, nº 1, pp. 136-44, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000100020>> Acesso em: 06-06-2018.

TIERNEY, A.J. Nursing models: extant or extinct?. *J Adv Nurs*. Vol. 28, nº1, pp. 77-85, 1998.

TIMMINS, F.; O'SHEA, J. The Roper-Logan-Tierney (1996) model of nursing as a tool for professional development in education. *Nurse Educ Pract*. Vol.4, nº3, pp.159-67, 2004. Available from: <[http://dx.doi.org/10.1016/S1471-5953\(03\)00074-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1471-5953(03)00074-X) > Access in: 06-06-2018.

WILLIAMS, B. C. The Roper-Logan-Tierney model of nursing. *Crit Care Nurse*. Vol. 12, nº1, pp. 17-20, 2017. Available from: <https://journals.lww.com/nursingcriticalcare/Abstract/2017/01000/The_Roper_Logan_Tierney_model_of_nursing.5.aspx > Access in: 27-09-2018.

WILLIAMS, B.C. The Roper-Logan-Tierney model of nursing: a framework to complement the nursing process. *Nursing*. Vol.45, nº 3, pp. 24-6, 2015. Available from: <<http://dx.doi.org/10.1097/01.NURSE.0000460730.79859.d4>> Access in: 06-06-2018.

O PAPEL DO ENFERMEIRO AUDITOR NO PROCESSO DE AUDITORIA EM ENFERMAGEM: ENFOQUE REVISIONAL

Data de aceite: 05/06/2020

Data da submissão: 30/04/2020

Luiz Eduardo Rodrigues

Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI)

Presidente Prudente - São Paulo

<http://lattes.cnpq.br/9555461905945373>

Mayco Vallim de Paiva Silva

Hospital Regional de Presidente Prudente

Presidente Prudente - São Paulo

<http://lattes.cnpq.br/0113368242844121>

RESUMO: O enfermeiro auditor tem uma função importante no processo de auditoria em enfermagem, pois é esse profissional que analisa a conta hospitalar com o objetivo de verificar a exatidão das cobranças hospitalares e garantir o pagamento justo frente ao atendimento prestado. Esse profissional necessita ter conhecimento sobre todas as rotinas institucionais e principalmente seguir condutas para realizar uma análise eficiente na conta hospitalar. Este trabalho teve por objetivo verificar o papel do enfermeiro auditor no processo de auditoria em enfermagem, por meio do enfoque revisional. Assim, foi realizada consulta em bases de dados e publicações de

artigos relacionados ao tema. Este trabalho permitiu, por meio da metodologia aplicada, a busca por publicações sobre os temas auditoria, auditoria em enfermagem e enfermeiro auditor, além de detalhar informações importantes que resultaram no alcance do objetivo predeterminado. Após analisar as publicações sobre os temas relacionados foi possível verificar que é importante que o enfermeiro auditor tenha conhecimento da legislação, além da qualificação necessária para realizar a auditoria de enfermagem e, assim, não se comprometer em procedimentos inadequados.

PALAVRAS-CHAVE: Auditoria. Auditoria em Enfermagem. Enfermeiro Auditor.

ABSTRACT: The nurse auditor has an important role in the audit process in nursing, as it is this professional who analyzes the hospital bill in order to verify the accuracy of hospital charges and ensure fair payment for the care provided. This professional needs to have knowledge about all institutional routines and mainly to follow conducts to perform an efficient analysis on the hospital bill. This study aimed to verify the role of the nurse auditor in the nursing audit process, through a review approach. Thus, databases and publications of articles related to the topic were consulted. This work allowed,

through the applied methodology, the search for publications on the topics audit, nursing audit and nurse auditor, in addition to detailing important information that resulted in the achievement of the predetermined objective. After analyzing the publications on the related topics, it was possible to verify that it is important that the nurse auditor has knowledge of the legislation, in addition to the necessary qualification to perform the nursing audit and, thus, not commit to inappropriate procedures.

KEYWORDS: Audit. Nursing Audit. Nurse Auditor.

1 | INTRODUÇÃO

A saúde é um dos principais fatores que influenciam a qualidade de vida das pessoas. Quando a saúde está debilitada, as pessoas procuram os profissionais da área da saúde buscando o melhor atendimento. Atualmente a exigência em qualidade de atendimento tanto do ponto de vista do paciente quanto do ponto de vista da instituição prestadora de serviços exige uma atenção especial por parte das organizações e dos profissionais que prestam este tipo de serviço (OLIVEIRA, LEGRAMANTI e HORITA, 2011).

Do ponto de vista da instituição devem-se observar as formas que podem melhorar o atendimento, no que se refere à prestação de serviços em si, à redução custos envolvidos mantendo a qualidade de serviços por meio da eliminação ou da redução das eventuais perdas ocorridas durante o processo e à melhoria no tempo de atendimento, eliminando as falhas e o retrabalho. Do ponto de vista do paciente, a necessidade de que o mesmo receba o serviço de qualidade exigido (OLIVEIRA, LEGRAMANTI e HORITA, 2011).

Oliveira, Legramanti e Horita (2011) relatam que neste cenário os profissionais de enfermagem ocupam um papel fundamental para que os pacientes recebam um atendimento de excelência e que a instituição que presta este tipo de serviço tenha o retorno esperado.

De acordo com Remor (2008), a auditoria é considerada uma especialização da contabilidade, sendo que pode ser utilizada por diversos profissionais, tendo como principal função avaliar a eficiência e a eficácia dos serviços.

Franco e Marra (2001) destacam que com a auditoria verifica-se se determinada situação está de acordo com os princípios estabelecidos, quanto a seu correto funcionamento, respeitando o que é justo, legal e ético.

O enfermeiro auditor tem uma função importante no processo de auditoria em enfermagem, pois é esse profissional que analisa a conta hospitalar com o objetivo de verificar a exatidão das cobranças hospitalares e garantir o pagamento justo frente em decorrência do atendimento realizado.

É importante que esse profissional tenha conhecimento sobre todas as rotinas institucionais e, principalmente, deverá seguir determinadas condutas para realizar uma análise eficiente na conta hospitalar.

Assim, este trabalho teve por objetivo verificar o papel do enfermeiro auditor no processo de auditoria em enfermagem, por meio do enfoque revisional.

2 | DESENVOLVIMENTO

Para desenvolver um trabalho, conforme Marconi e Lakatos (2016, p. 19) “é necessário ler muito, continuada e constantemente, pois a maior parte dos conhecimentos é obtida por intermédio da leitura”.

Segundo Kauark, Manhães e Medeiros (2010, p. 26), existem várias formas de classificar as pesquisas com base em seus objetivos gerais e procedimentos técnicos. Assim, delimitou-se pela forma de pesquisa de natureza básica.

O levantamento bibliográfico preliminar pode ser entendido como um estudo exploratório, considerando que tem a finalidade de proporcionar a familiaridade do pesquisador com a área de estudo na qual está interessado, bem como sua delimitação (GIL, 2010, p. 46).

Com relação ao método, a pesquisa exploratória busca levantar informações sobre um determinado objeto, delimitando assim um campo de trabalho, mapeando as condições de manifestação desse objeto (SEVERINO, 2016).

Para a forma de abordagem do problema delimitou-se que é uma pesquisa exploratória, em que buscou proporcionar uma abordagem do problema pelo levantamento de informações, envolvendo levantamento bibliográfico e documental.

Dentre os procedimentos técnicos, com base em Gil (2008, p. 50-55), delimitou-se pela pesquisa bibliográfica, a qual foi elaborada a partir da análise e interpretação do conteúdo de materiais como livros, artigos de periódicos e textos da Internet, buscando ideias relevantes ao estudo, com registro confiável de fontes.

Para o desenvolvimento desta pesquisa, com o enfoque de revisão teórica, foi realizada consulta em bases de dados e publicações de artigos relacionados aos temas auditoria, auditoria em enfermagem e atuação do enfermeiro auditor.

3 | REVISÃO TEÓRICO-CONCEITUAL

3.1 A auditoria

A auditoria, de acordo com conceito do Manual de Normas de Auditoria, se refere ao exame sistemático das informações obtidas por meio do processo de observação, medição, ensaio, entre outras técnicas para se verificar os requisitos preconizados por leis e normas vigentes, verificando se as ações e seus resultados estão de acordo com o planejado (BRASIL, 1998).

Franco e Marra (2001) destacam que a auditoria mensura a adequação e a

confiabilidade dos registros, obedecendo a normas apropriadas de procedimentos aplicados de maneira uniforme, a fim de verificar a adequação da situação demonstrada.

Ghizoni, Vunha e Giustina (2015) relatam que é possível notar que os princípios da auditoria historicamente foram pautados em aspectos contábeis, financeiros e gerenciais a fim de comprovar a adequação de cada situação, sendo realizada por qualquer pessoa que se utilizava de meios confiáveis para examinar sistematicamente as informações obtidas. Na área da saúde, a essência deste significado da auditoria prevalece, sendo que é atrelada aos direitos e deveres dos usuários e das instituições prestadoras de serviços de saúde.

Conforme relatam Camelo et al. (2009) é o enfermeiro o profissional habilitado para exercer a função de auditor na equipe de enfermagem. Porém necessita aprimorar seus conhecimentos em sua formação.

Segundo Motta (2003), apesar do desenvolvimento da auditoria em enfermagem, ainda perduram dúvidas que precisam ser esclarecidas e pesquisadas. Pode-se contar com órgãos competentes que determinam a legislação da profissão e, também, com a comunicação e as trocas de experiências entre os profissionais da área de enfermagem e das demais áreas, comprometidas com o aprimoramento deste trabalho e demais interessados.

De acordo com Camelo et al. (2009), quando se fala em qualidade na área de saúde deve-se atentar ao nível de satisfação dos clientes, as variáveis presentes no ambiente da saúde e seus prováveis impactos na credibilidade da instituição. Diante destes problemas, alguns serviços de saúde preocupados com a qualidade da assistência prestada, utilizam a auditoria.

Desta forma, a auditoria pode ser caracterizada como um processo de avaliação de grande importância para o redirecionamento das ações, visto que após a análise do serviço e verificação das deficiências podem ser tomadas decisões corretivas e ou preventivas para remodelar essas ações.

Assim, a auditoria é importante para subsidiar o planejamento das ações de saúde, sua execução, gerenciamento e avaliação qualitativa dos resultados. O que se busca atualmente é a auditoria da qualidade da assistência com redução de custos, agregando os valores financeiros aos valores qualitativos (CAMELO et al., 2009 e OLIVEIRA, LEGRAMANTI e HORITA, 2011).

O artigo 14 da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 (COFEN, 1986), ressalta a incumbência a todo pessoal de enfermagem da necessidade de anotar no prontuário do paciente todas as atividades da assistência de enfermagem. Um dos principais objetivos da anotação de enfermagem é a garantia de menores perdas econômicas, além de ser um requisito para defesa do ponto de vista jurídico. Esta anotação realizada pela equipe de enfermagem, descrevendo o atendimento ao cliente, confere visibilidade aos serviços prestados (OLIVEIRA, LEGRAMANTI e HORITA, 2011).

3.2 A atuação do enfermeiro auditor

De acordo com Motta (2003), as principais condutas do enfermeiro auditor para análise da conta hospitalar são: praticar o exercício da profissão de Auditoria de Enfermagem conforme a legislação; conhecer todos os contratos firmados entre a operadora de planos de saúde e o hospital; fazer uma análise geral da conta: verificar diagnóstico, período de internação, tratamento, exames solicitados, autorizações para procedimentos e materiais específicos; analisar as prescrições médicas dos exames laboratoriais e outros exames diagnósticos, bem como seus resultados; verificar se a quantidade de materiais e medicamentos cobrada é compatível com a prescrita e checada no prontuário do paciente; verificar os valores praticados na cobrança dos materiais e medicamentos em relação aos preços acordados mediante acertos contratuais e tabelas; elaborar e responder recursos de glosas; controlar o trabalho de auditoria registrando-o.

A legislação que deve ser seguida é a que regulamenta a função de enfermeiro auditor, ou seja, a Resolução COFEN nº 266, de 05 de outubro de 2001 (COFEN, 2001), seguida da Lei do Exercício Profissional - Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências (COFEN, 1986). Ressalta-se a importância de ter conhecimento do respaldo legal que o enfermeiro possui para realizar a auditoria de enfermagem para, assim, não se comprometer em procedimentos inadequados.

Assim, os contratos entre as operadoras de planos de saúde e as empresas prestadoras de serviços são fundamentais na análise da conta hospitalar, considerando que é por meio do contrato que se tem embasamento para saber quais itens podem ser cobrados, os critérios de cobranças e os valores a serem cobrados. A tabela de cobrança, que descreve os procedimentos e os valores a serem cobrados, deve constar no contrato e, necessariamente, ser usada na realização da auditoria da conta hospitalar (MOTTA, 2003).

Um ponto importante a ser destacado é que o Enfermeiro Auditor pode e deve utilizar seu conhecimento holístico frente ao atendimento do paciente, analisando este atendimento em sua integralidade e não fragmentado. Por este motivo torna-se constante a leitura do prontuário inteiro do paciente, incluindo o diagnóstico e os exames complementares (MOTTA, 2003).

Com base na análise da prescrição médica é possível estabelecer quais os materiais e os medicamentos que devem ser cobrados, mediante a checagem dos horários que as medicações foram administradas no paciente. A prescrição de enfermagem também fornece subsídios sobre os cuidados de enfermagem prestados ao paciente podendo-se efetuar a cobrança quando existe a negociação em contrato. A checagem de um medicamento ou de um procedimento certifica que realmente este ato foi desenvolvido pela equipe de enfermagem (MOTTA, 2003).

Na análise da conta hospitalar é de primordial que o Enfermeiro Auditor possua o conhecimento frente aos valores praticados na negociação entre o prestador de serviços e a operadora do plano de saúde. Esses valores constituem-se na diretriz para as cobranças e são acordados em contrato no momento da contratação dos serviços (MOTTA, 2003).

As glosas hospitalares são procedimentos que não são pagos pelo convênio. Após analisar as cobranças feitas pelo prestador de serviço o plano de saúde emite as glosas. Quando chega ao prestador o enfermeiro auditor deve avaliar tais itens e formular o que se pode chamar de recurso de glosa. No contrato feito no credenciamento entre a operadora de plano de saúde e o prestador de serviços de saúde fica estipulado o número de dias para envio do recurso. A elaboração do recurso é feita com base em conhecimentos técnicos, científicos e legais, utilizando-se o contrato firmado. O recurso deve ser encaminhado à operadora do plano de saúde que, por sua vez, vai realizar uma nova avaliação e definir sobre o pagamento ou não da cobrança (MOTTA, 2003).

É importante ressaltar que o registro sobre o trabalho da auditoria de enfermagem permite ao enfermeiro auditor ter indicadores sobre o andamento dos processos internos e principalmente fornecer subsídios para mudança e aprimoramento na realização da auditoria (MOTTA, 2003).

Os principais instrumentos utilizados para a análise da conta hospitalar são os seguintes: a Tabela AMB (Associação Médica Brasileira); os Contratos e as tabelas hospitalares; os Protocolos; os Custos Hospitalares; a Revista SIMPRO; a Revista Brasíndice; as Resoluções do COREN e do COFEN; as Resoluções do CRM; os Instrumentos e as tabelas próprias para elaboração de indicadores; os Manuais Padronizados; o Rol de Procedimentos; o Manual de Padronização de Medicamentos (do hospital); e a Tabela de Gotejamento de Soluções (MOTTA, 2003).

O profissional enfermeiro que deseja desempenhar o papel de auditor na área de enfermagem deve ficar atento a todos os critérios, com a finalidade de usar os principais instrumentos que acercam essa função.

Scarparo et. al. (2010) realizaram estudo que teve por objetivo identificar tendências atuais e futuras (próximos cinco anos) da função do enfermeiro auditor no mercado de trabalho. Metodologicamente a investigação foi estruturada utilizando-se a técnica Delphi, por meio de duas rodadas, com a participação final de 34 enfermeiros de instituições de saúde e de ensino brasileiras. Os dados foram tratados mediante estatística descritiva. Os resultados evidenciaram que na atualidade, está focada na dimensão burocrática, de cunho contábil e financeiro, contemplando exigências das instituições de saúde. Quando essa tendência foi reportada para o futuro, observou-se uma projeção de mudança incorporando a avaliação da qualidade da assistência. Quanto aos métodos, a situação atual, é de proceder segundo a forma retrospectiva, do tipo interna, contemplando a coleta e análise dos pagamentos de contas. À medida que a auditoria de enfermagem incorporar à sua prática a avaliação da qualidade, conforme tendência futura, os métodos agregarão

diferentes maneiras para sustentar a nova realidade.

Dias et al. (2011) realizaram estudo que teve como objetivo analisar a produção científica acerca da auditoria em enfermagem publicada em artigos nacionais entre 1998 e 2008. Realizou-se uma revisão sistemática da literatura, com os artigos sendo pesquisados nas bases de dados LILACS e SciELO, a partir dos descritores auditoria, auditoria de enfermagem, qualidade da assistência a saúde e supervisão de enfermagem. A amostra constituiu-se de dez trabalhos. As publicações analisadas descrevem as principais distorções e não conformidades presentes nas anotações de enfermagem, relacionando-as, principalmente, com a qualidade da assistência de enfermagem e com os prejuízos financeiros as instituições. As publicações também destacam a função administrativa do enfermeiro, sobretudo a função de liderança junto a equipe de enfermagem e a auditoria de enfermagem como um processo educativo.

Ceccon et al. (2013) realizaram estudo que teve por objetivo relatar a experiência vivenciada por enfermeiros na implementação do Núcleo de Auditoria e Regulação em Saúde em um município do estado do Rio Grande do Sul, enfocando dificuldades, potencialidades e resultados preliminares dessa estruturação. O núcleo de auditoria constituiu-se em uma experiência exitosa, visto que foram obtidos os resultados esperados. Ações de educação permanente, de coparticipação de coletivos, de trabalho em equipe e de ações interdisciplinares se mostraram como importantes instrumentos para a consolidação de práticas assistenciais em saúde, em especial de auditoria e regulação. Ressaltou-se, também, o importante papel do profissional de enfermagem em serviços de auditoria e regulação, protagonizando novas formas de se fazer saúde.

Caveião (2013) realizou estudo que teve por objetivo relatar as atividades desenvolvidas pelo auditor de enfermagem nos hospitais e operadoras de plano de saúde. Para tanto, optou-se pela revisão bibliográfica. Define-se auditoria como um conjunto de medidas por meio das quais os peritos internos ou externos revisam as atividades operacionais de determinados setores de uma instituição, com a finalidade de mensurar a qualidade dos serviços prestados. Pode-se dizer que a auditoria é uma estratégia para melhorar o cuidado através de levantamento prévio e identificação da deficiência na organização e assistência prestada.

Segundo Caveião (2013), o enfermeiro auditor deverá ter as seguintes responsabilidades: dominar a legislação vigente; atuar em concordância da mesma; agir com ética, dentro dos preceitos do exercício da profissão; conhecer os contratos entre prestadores de serviços e operadoras de planos de saúde; manter-se atualizado sobre os aspectos científicos da enfermagem; dominar o conteúdo da composição da conta hospitalar. A auditoria é uma tendência de mercado, sendo um ramo em ascensão com vertentes de enfoques diversos, como auditor de contas, qualidade da assistência na pesquisa e processos. A valorização do enfermeiro auditor é uma realidade nas instituições hospitalares que buscam neste profissional a consolidação do atendimento prestado por

suas equipes.

Ghizoni, Vunha e Giustina (2015), realizaram estudo que teve por objetivo identificar a atuação do enfermeiro que pratica a auditoria hospitalar em um hospital de grande porte da região Sul de Santa Catarina, a fim de oferecer conhecimentos acerca desta área. Para isso, foi conduzida uma pesquisa exploratória de abordagem qualitativa, caracterizada por um estudo de caso. Foi aplicada uma entrevista semiestruturada e um roteiro de observação sistemática aos enfermeiros que praticam a auditoria em enfermagem na instituição. A análise de dados foi dividida em categorias de análise qualitativa, as quais contemplaram os dados da pesquisa em seus variados aspectos. Concluiu-se que as atividades que os enfermeiros participantes realizam na instituição são bastante relevantes no ambiente hospitalar, porém estão principalmente relacionadas aos benefícios econômicos e financeiros para a instituição, ainda que haja orientação à equipe de enfermagem e um simples enfoque na qualidade do atendimento prestado ao paciente.

Caveião et al. (2015) realizaram estudo que teve por objetivo identificar na literatura as competências requeridas do enfermeiro auditor para atuação profissional. Realizaram revisão integrativa para responder à questão “Quais as competências requeridas do enfermeiro auditor para a atuação profissional?”, na biblioteca virtual SciELO e nas bases de dados LILACS, MEDLINE e BDNF, com os descritores competências, auditor e enfermagem, no período de 2001 a 2014. Encontraram-se 356 publicações que, após os critérios de exclusão, resultaram em 17 publicações. A análise temática dos dados possibilitou a construção de duas categorias: competências profissionais requeridas do enfermeiro auditor - exigências das instituições de saúde; e competências requeridas do enfermeiro auditor: as dificuldades na formação profissional. Concluíram que há evidência da predominância do conceito de competência profissional como sendo a tomada de decisões, atenção à saúde, comunicação, liderança, demonstrando a necessidade de formar profissionais competentes e capacitados para sua inserção no mercado atual.

Ribeiro e Silva (2017) realizaram pesquisa que teve por objetivo analisar a importância da auditoria em enfermagem no ambiente hospitalar para a qualidade da assistência com vistas a subsidiar o papel do enfermeiro auditor. A pesquisa histórico-descritiva, baseada em revisão de literatura científica narrativa foi realizada em periódicos científicos e literatura específica sobre o tema. A auditoria de enfermagem é uma avaliação administrativa de fundamental importância na implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem. Constatou ser de grande relevância a utilização da auditoria enquanto ferramenta de avaliação e melhoria da qualidade da assistência prestada.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O processo de formação do enfermeiro e do enfermeiro auditor é ressaltado por pesquisadores, como Ghizoni, Vunha e Giustina (2015).

Franco e Marra (2001) e Ghizoni, Vunha e Giustina (2015) relatam que a auditoria mensura a adequação e a confiabilidade dos registros, obedecendo a normas apropriadas de procedimentos aplicados de maneira uniforme, a fim de verificar a adequação da situação demonstrada

De acordo com Ghizoni, Vunha e Giustina (2015) é possível notar que os princípios da auditoria historicamente foram pautados em aspectos contábeis, financeiros e gerenciais a fim de comprovar a adequação de cada situação, sendo realizada por qualquer pessoa que se utilizava de meios confiáveis para examinar sistematicamente as informações obtidas. Na área da saúde, a essência deste significado da auditoria prevalece, sendo que é atrelada aos direitos e deveres dos usuários e das instituições prestadoras de serviços de saúde.

Com base no estudo de Ghizoni, Vunha e Giustina (2015). de modo geral, sabe-se que para todas as áreas profissionais, a atualização profissional de conhecimentos científicos e tecnológicos se torna indispensável para o destaque das atividades laborais praticadas. Para o enfermeiro auditor não é diferente, pois este deve conhecer e identificar todos os aspectos do ambiente em que está inserido e ter embasamento suficiente para saber o quê e como auditar, com segurança e ética.

Verifica-se que a atuação do enfermeiro e do enfermeiro auditor pode apresentar pontos positivos, como aproximar o profissional da auditoria em enfermagem com a equipe que pratica os cuidados de enfermagem e a agilidade com que os acertos e a auditoria da conta hospitalar podem ser realizados, de acordo com os resultados apresentados por Ghizoni, Vunha e Giustina (2015).

Destaca-se, também a importância da função educativa e gerencial do enfermeiro auditor, por orientar a equipe de enfermagem sobre a abrangência do prontuário do paciente, principalmente no que se refere ao preenchimento do prontuário e que o enfermeiro é capaz de detectar erros no processo que envolve o atendimento ao cliente a fim de subsidiar soluções e prevenir erros, transformando a auditoria, em um importante instrumento de gestão (GHIZONI, VUNHA e GIUSTINA, 2015).

Ghizoni, Vunha e Giustina (2015) ressaltam que devem-se levar em consideração outros ambientes de trabalho do enfermeiro auditor e quais os objetivos traçados pela empresa que os contrata, podendo caracterizar diferentes perfis do enfermeiro auditor àquela atividade, de acordo com a expectativa da instituição.

Nos resultados da pesquisa realizada por Ghizoni, Vunha e Giustina (2015) perceberam que, para o enfermeiro se destacar, deve trabalhar com honestidade, ponderação e bom senso, não se utilizando de julgamentos prévios ou desconhecimento dos reais fatos,

sempre discutindo com a equipe de saúde e aprendendo diariamente.

5 | CONCLUSÃO

Este trabalho permitiu, por meio da metodologia aplicada, a busca por publicações sobre os temas auditoria, auditoria em enfermagem e enfermeiro auditor, além de detalhar informações importantes que resultaram no alcance do objetivo predeterminado.

Um aspecto importante e fundamental na área de auditoria é que o profissional deve seguir a legislação vigente, ou seja, a Lei do Exercício Profissional - Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências (COFEN, 1986) e a legislação que regulamenta a função de enfermeiro auditor, ou seja, a Resolução COFEN nº 266, de 05 de outubro de 2001 (COFEN, 2001).

Corroborar-se com Motta (2003), que destacou as principais condutas do enfermeiro auditor para análise da conta hospitalar, principalmente a prática do exercício da profissão de Auditoria de Enfermagem conforme a legislação vigente; conhecimento dos contratos firmados entre a operadora de planos de saúde e o prestador de serviços; realização da análise geral da conta, das prescrições médicas, dos exames laboratoriais, dos exames diagnósticos, bem como dos resultados. Desta forma pode ser possível verificar se a quantidade de materiais e medicamentos cobrada é compatível com a prescrita e checada no prontuário do paciente, além de verificar os valores praticados na cobrança dos materiais e medicamentos em relação aos preços acordados mediante acordos contratuais e tabelas. Com base nestas informações o enfermeiro auditor poderá elaborar e responder recursos de glosas.

Pesquisadores como Scarparo et al. (2010), Oliveira, Legramanti e Horita (2011), Caveião (2013), Ceccon et al. (2013), Caveião et al. (2015), Ghizoni, Vunha e Giustina (2015), dentre outros ressaltam a necessidade de qualificação do enfermeiro e do enfermeiro auditor. Porém, com o crescente destaque da área da auditoria de enfermagem no mercado de trabalho, seria importante introduzir conhecimentos mais específicos relacionados a essa temática, na grade curricular dos cursos de graduação e de especialização, com a finalidade de nortear o acadêmico de enfermagem sobre a função do enfermeiro auditor, a importância de suas atividades, o que o mercado de trabalho em geral espera destes profissionais e quais as tendências deste ramo da enfermagem.

É importante que o enfermeiro auditor tenha conhecimento da legislação, além da qualificação necessária para realizar a auditoria de enfermagem e, assim, não se comprometer em procedimentos inadequados.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria. **Manual de normas de auditoria**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
- CAVEIÃO, Cristiano. O papel do enfermeiro auditor em instituições e operadoras de planos de saúde. **Revista Eletrônica Multidisciplinar do Centro Universitário da Faculdade Educacional Araucária (UNIFACEAR)**, Araucária, v. 2, n. 2013. Disponível em: [http://revista.facear.com.br/artigo/\\$/o-papel-do-enfermeiro-auditor-em-instituicoes-e-operadoras-de-planos-de-saude](http://revista.facear.com.br/artigo/$/o-papel-do-enfermeiro-auditor-em-instituicoes-e-operadoras-de-planos-de-saude). Acesso em: 05 jul. 2019.
- CAVEIÃO, Cristiano; MONTEZELI, Juliana Helena; PERES, Aida Maris; HEY, Ana Paula; SALES, Willian Barbosa; COSTA, Tayrine Duarte. Competências requeridas do enfermeiro auditor para a prática profissional: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem da UFPE on line**, Recife, v. 9, n. 10, p. 9584-92, out., 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/10904/12173>. Acesso em: 05 jul. 2019.
- CECCON, Roger Flores; PAES, Lucilene Gama; SANTOS, Maríndia Borges dos; GRENZEL, Joice Caroline Miron. Enfermagem, auditoria e regulação em saúde: um relato de experiência. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 17, n. 3, jul./set., p. 695-704, 2013. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/682>. Acesso em: 05 jul. 2019.
- COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília: CONFEN, 1986. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html. Acesso em: 10 jul. 2019.
- COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 266, de 05 de outubro de 2001**. Aprova atividades de Enfermeiro Auditor. Brasília: CONFEN, 2001. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucofen-2662001_4303.html. Acesso em: 10 jul. 2019.
- DIAS, Teresa Cristina Lyporage; SANTOS, José Luís Guedes dos; CORDENUZZI, Onélia da Costa Pedro; PROCHNOW, Adelina Giacomelli. Auditoria em enfermagem: revisão sistemática da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 5, p. 931-9377, set./out., 2011. Disponível em: Acesso: 05 jul. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a20v64n5.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2019.
- FRANCO, Hilario; MARRA, Ernesto. **Auditoria contábil**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2001.
- GHIZONI, Maiara Wessling; VUNHA, Karla Pickler; GIUSTINA, Kelli Pazeto Della. Atuação do enfermeiro que pratica auditoria hospitalar em um hospital de grande porte da região sul de Santa Catarina. **Revista Ciência & Cidadania on line**, Orleans, v. 1, n. 1, p. 69-88. dez./jun., 2015. Disponível em: <http://periodicos.unibave.net/index.php/cienciaecidadania/article/view/21>. Acesso em: 05 jul. 2019.
- GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- KAUARK, Fabiana; MANHÃES, Fernanda Castro; MEDEIROS, Carlos Henrique. **Metodologia da pesquisa: guia prático**. Itabuna: Via Litterarum, 2010. Disponível em: <http://197.249.65.74:8080/biblioteca/bitstream/123456789/713/1/Metodologia%20da%20Pesquisa.pdf>. Acesso em: 03 jan. 2019.
- MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2016.
- MOTTA, Ana Letícia Carnevalli**. Auditoria de enfermagem no processo de credenciamento. **São Paulo: Érica, 2003**.
- OLIVEIRA, Amanda Gouvêa de; LEGRAMANTI, Ana Paula Ribeiro; HORITA, Ricardo Yoshio. Auditoria em

enfermagem em serviços de pronto atendimento de um hospital. In: ENCONTRO CIENTÍFICO E SIMPÓSIO DE EDUCAÇÃO UNISALESIANO, 3., Lins, 2011. **Anais....** Disponível em: <http://www.unisalessiano.edu.br/simposio2011/publicado/artigo0107.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2019.

REMOR, Lourdes de Costa. Auditoria do SUS em Santa Catarina. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 71-83, jan. 2008. Disponível em: <http://revista.saude.sc.gov.br/index.php/inicio/article/view/10/79>. Acesso em: 10 jul. 2019.

RIBEIRO, Bruno da Silva; SILVA, Maury Chaves da. Auditoria de enfermagem e sua importância no ambiente hospitalar: uma revisão de literatura. **Revista de Enfermagem da FACIPLAC**, Brasília, v. 2, n. 2, p. 1-25, jan./jul., 2017. Disponível em: <http://revista.faciplac.edu.br/index.php/REFACI/article/view/216>. Acesso em: 05 jul. 2019.

SCARPARO, Ariane Fazzolo; FERRAZ, Clarice Aparecida; CHAVES, Lucieli Dias Pedreschi; GABRIEL, Carmen Silva. Tendências da função do enfermeiro auditor no mercado em saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 85-92, jan./mar., 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a10.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2019.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Cortez, 2016.

O TRANSPLANTE RENAL COMO POSSIBILIDADE DE MUDANÇA DE VIDA

Data de aceite: 05/06/2020

Anna Maria de Oliveira Salimena

Universidade Federal de Juiz de Fora, Programa de Pós-graduação Mestrado em Enfermagem.
Juiz de Fora – MG.

CV: <http://lattes.cnpq.br/8473049207261249>

Andyara do Carmo Pinto Coelho Paiva

Universidade Federal de Juiz de Fora, Programa de Pós-graduação Mestrado em Enfermagem.
Juiz de Fora – MG.

CV: <http://lattes.cnpq.br/8487200141914711>

Thais Vasconcelos Amorim

Universidade Federal de Juiz de Fora, Programa de Pós-graduação Mestrado em Enfermagem.
Juiz de Fora – MG.

CV: <http://lattes.cnpq.br/7449298103537972>

Micheli Rezende Ferreira Cruz

Universidade Federal de Juiz de Fora, Programa de Pós-graduação Mestrado em Enfermagem.
Juiz de Fora – MG.

CV: <http://lattes.cnpq.br/4893078889320076>

Amanda Tamires Drumond Vilas Boas Tavares

Universidade Federal de Juiz de Fora, Programa de Pós-graduação Mestrado em Enfermagem.
Juiz de Fora – MG.

CV: <http://lattes.cnpq.br/9741690748663143>

Layla Guimarães Paixão Oliveira

Universidade Federal de Juiz de Fora, Programa de Pós-graduação Mestrado em Enfermagem.
Juiz de Fora – MG.

CV: <http://lattes.cnpq.br/2002030325379552>

Suellen Fernanda de Souza Viana

Universidade Federal de Juiz de Fora, Programa de Pós-graduação Mestrado em Enfermagem.
Juiz de Fora – MG.

CV: <http://lattes.cnpq.br/7341793696203369>

Anna Flávia Silva do Nascimento

Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de de Enfermagem. Juiz de Fora – MG.

CV: <http://lattes.cnpq.br/0461486691085354>

RESUMO: A Doença Renal Crônica é caracterizada pela perda da função renal e os tratamentos renais substitutivos são necessários para a sobrevivência dos doentes renais crônicos e podem levar a diversas modificações na vida destes. **Objetivo:** Compreender os sentidos da vivência da pessoa que aguarda o transplante renal em uma lista de espera. **Método:** Estudo de natureza qualitativa de abordagem fenomenológica fundamentada no pensamento teórico-metodológico-filosófico de Martin Heidegger, realizado com 14 pessoas em hemodiálise cadastradas em uma clínica de terapia renal substitutiva, em um município

mineiro. **Resultados:** A análise compreensiva evidenciou o medo, a incerteza de ser chamado na lista de espera e a expectativa da impossibilidade do transplante renal. Da compreensão interpretativa, emergiu o modo de ser-aí que se manifesta na angústia e no temor da morte. Ao vivenciar as limitações impostas pela doença e o tratamento, a pessoa percebe que possui alternativas para enfrentar os problemas. **Conclusão:** A angústia para as pessoas com doença renal crônica tem repercussões que interferem no modo de seu existir no mundo e no modo como vão assumir o tratamento. A enfermagem deve auxiliar no acompanhamento e apoiar as pessoas no transcurso do tratamento da doença renal crônica. **PALAVRAS-CHAVE:** Transplante Renal; Enfermagem; Pesquisa Qualitativa.

RENAL TRANSPLANTATION AS A POSSIBILITY OF LIFE CHANGE

ABSTRACT: Chronic Kidney Disease is characterized by loss of kidney function and replacement kidney treatments are necessary for the survival of chronic kidney patients and can lead to several changes in their lives. Objective: To understand the senses of the experience of the person waiting for renal transplantation on a waiting list. Method: Qualitative study, phenomenological method, performed with 14 people on hemodialysis enrolled in a renal substitution therapy clinic, in a city of Minas Gerais. Results: The comprehensive analysis showed fear, the uncertainty of being called on the waiting list and the expectation of the impossibility of renal transplantation. From the interpretative understanding emerged the mode of being-there that manifests itself in the anguish and fear of death. When experiencing the limitations imposed by the disease and the treatment, the person realizes that he has alternatives to face the problems. Conclusion: Anxiety for people with chronic kidney disease has repercussions that interfere with how they exist in the world and how they will take treatment.

KEYWORDS: Renal Transplantation; Nursing; Qualitative research.

EL TRANSPLANTE RENAL COMO POSIBILIDAD DE CAMBIO DE VIDA

RESUMEN: La enfermedad renal crónica se caracteriza por la pérdida de la función renal y los tratamientos renales de reemplazo son necesarios para la supervivencia de los pacientes con insuficiencia renal crónica y pueden provocar varios cambios en sus vidas. Objetivo: Comprender los sentidos de la vivencia de la persona que aguarda el trasplante renal en una lista de espera. Método: Estudio cualitativo, método fenomenológico, realizado con 14 personas en hemodiálisis registradas en una clínica de terapia renal sustitutiva, en un municipio minero. Resultados: El análisis comprensivo evidenció el miedo, la incertidumbre de ser llamado en la lista de espera y la expectativa de la imposibilidad del trasplante renal. De la comprensión interpretativa, emergió el modo de ser-allí que se manifiesta en la angustia y el temor de la muerte. Al experimentar las limitaciones impuestas por la enfermedad y el tratamiento, la persona percibe que tiene alternativas para enfrentar los problemas.

Conclusión: La angustia para las personas con enfermedad renal crónica tiene repercusiones que interfieren en el modo de su existir en el mundo y en el modo en que van a asumir o tratamiento. La enfermería debe ayudar a controlar y apoyar a las personas en el curso del tratamiento de la enfermedad renal crónica.

PALABRAS CLAVE: Trasplante Renal; enfermería; Búsqueda cualitativa.

1 | INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) é caracterizada pela perda da função renal, que gera o acúmulo de substâncias nitrogenadas, tóxicas para o organismo, que por seu acúmulo fica debilitado fisicamente (Salimena et al, 2016). Os tratamentos renais substitutivos são necessários para a sobrevivência dos doentes renais crônicos e podem levar a diversas modificações na vida destes indivíduos afetando os âmbitos biológico, psicológico e social. Tais mudanças refletem na forma como a pessoa irá enfrentar, adaptar e suprir suas necessidades decorrentes da doença e do tratamento, levando-os a reconfigurar suas vidas (Araújo et al, 2016).

Estas pessoas apresentam necessidade de adaptação à nova condição e se utilizam de formas de enfrentamento diferenciadas para desenvolverem estratégias que permitam lidar com as alterações impostas pela doença no seu cotidiano e tratamento. Desta forma, fatores como o desconhecimento da doença e do tratamento, a dependência de outras pessoas para acompanhar o tratamento, e o medo relacionado a não conseguir curar-se, de não poder sustentar a família e da morte influenciam nesta adaptação (Xavier et al, 2017).

Para escolher a melhor opção terapêutica levam-se em conta três elementos constituídos pelas características individuais dos portadores da doença; fatores demográficos, as co-morbidades e evolução da doença. O tratamento conservador por meio da terapêutica medicamentosa e dietética mantém-se até o estágio III da doença onde a taxa de filtração glomerular apresenta-se em $60\text{ml}/\text{min}/1,73\text{m}^2$ por um período igual ou superior a três meses e não há presença de lesão renal (Bastos et al, 2010). Na ocorrência de lesão renal e taxa de filtração glomerular abaixo de $15\text{ml}/\text{min}/1,73\text{m}^2$ está instalada a falência funcional renal e o programa terapêutico inclui terapias renais substitutivas como hemodiálise ou diálise peritoneal ou ainda o transplante, além da manutenção de medicamentos e dieta alimentar e hídrica (Oller et al, (2012).

O transplante renal é uma das modalidades terapêuticas para a pessoa com DRC em estágio mais avançado. É a modalidade de tratamento e reabilitação que oferece melhor qualidade de vida, possível redução do risco de mortalidade e menor custo que os tratamentos de diálise. Em meio a estes fatos o transplante origina um revigoramento pessoal, pois a pessoa em tratamento dialítico percebe este procedimento como uma chance de prolongar sua vida (Mendonça et al, 2015). Está indicado para o indivíduo

em tratamento dialítico ou mesmo em fase pré-dialítica (pré-emptivo), considerando-se o clearance de creatinina menor que 20ml/min/1,73m² de superfície corporal (Zerbini, Araki, 2014).

O contexto em que a pessoa com DRC vive é complexo, por envolver grande esforço físico e emocional para a realização das sessões de hemodiálise ou diálise peritoneal (Xavier et al, 2018). Diante das informações e por vivenciar o cuidado com pessoas em hemodiálise e em processo de recepção do transplante renal, surgiu como inquietação para esta investigação: a vivência da pessoa que está na lista de espera para o transplante renal.

A pessoa ao estar no estágio mais avançado da DRC se depara com o medo das possíveis complicações da doença e do tratamento dialítico, com a incerteza da inclusão e permanência na lista de espera para o transplante renal e com a angústia de não ser chamado para realizar o transplante. Diante destas situações e de como é possível profissionalmente minimizar as angústias deste processo, realizou-se esta investigação que teve como objetivo compreender os sentidos da vivência da pessoa que aguarda o transplante renal em uma lista de espera

2 | MÉTODO

Pesquisa qualitativa fundamentada na fenomenologia de Martin Heidegger (2015). Optou-se por esta abordagem por buscar a compreensão dos sentidos vivenciados pelas pessoas com DRC e que aguardam o transplante renal. A fenomenologia como método de investigação preocupa-se em compreender o fenômeno, tal como ele é em si mesmo, visível ou oculto, partindo do princípio de que as coisas se mostram, da transparência do fenômeno. Os fenômenos se apresentam num determinado tempo e espaço e situados na pessoa. Desta forma, necessitam ser apontados para obter a compreensão da vivência e a reflexão do cotidiano em que estes estão inseridos (Heidegger,2015).

A pesquisa foi realizada em uma clínica de terapias renais substitutivas de um município do interior do Estado de Minas Gerais que oferece tratamento de hemodiálise, diálise peritoneal e transplante, sendo atendidas mensalmente aproximadamente 165 pessoas de diferentes municípios da região. Para acessar os participantes consultou-se a lista de espera para transplante renal fornecida pela Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) da região, para identificar pessoas que reuniam as condições necessárias para realizar do transplante renal. Foram selecionadas 59 pessoas que reuniam boas condições clínicas, mas no decorrer da pesquisa foram excluídas quinze pessoas que mudaram o tipo de tratamento (hemodiálise para diálise peritoneal ou realizaram o transplante renal) e 30 pessoas que saíram da lista de espera por apresentar alterações das condições clínicas que comprometia o recebimento do órgão transplantado.

Os critérios de inclusão foram: indivíduos de ambos os sexos, com idade de 18 a

60 anos, em hemodiálise e com inscrição na listagem para transplante. Foram excluídos aqueles que já haviam realizado o transplante renal e apresentaram rejeição, retornando para tratamento de hemodiálise. Participaram do estudo 14 pessoas cadastradas na lista de espera, sendo onze mulheres e três homens.

Para ter acesso ao provável participante, consultava-se previamente a listagem diária de pacientes para sessão de hemodiálise. Identificado o dia da sessão e os participantes, comparecia-se a clínica e convidava-os a participar da pesquisa, respondendo a uma entrevista. Os participantes escolheram a clínica, no horário das sessões de hemodiálise.

A fase de coleta de dados iniciou com a realização das entrevistas após apresentação da pesquisa e seus objetivos, leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O período de coleta de dados ocorreu durante os meses de janeiro a abril de 2013. Utilizou-se a técnica de entrevista fenomenológica (Paula et al, 2014), com um roteiro de questões que visavam conhecer como é o cotidiano da pessoa que aguarda o transplante renal. Também se elaborou um diário de campo, onde foram registrados os gestos e atitudes durante as entrevistas, que se relacionavam ou não à situação de estudo (Amorim, Salimena, Souza, 2015).

As entrevistas foram gravadas em MP4 e realizadas em um único encontro na clínica. A questão norteadora foi: “Que significa para você estar em uma lista de espera para o transplante renal”. Para preservar o anonimato dos entrevistados, perguntamos a eles como queriam ser identificados e assim as codificações da identificação dos participantes foram por nomes de pedras preciosas. A coleta foi interrompida quando os depoimentos não agregaram mais valor ao conhecimento do objeto. O tempo de duração das entrevistas foi em média 42 minutos.

A análise dos dados iniciou-se com a transcrição integral dos depoimentos após cada encontro e a leitura das entrevistas para compreender o significado expresso nos depoimentos. Utilizou-se a técnica de marcação de cores para agrupar os relatos que apresentaram similaridades e a partir destes emergiram as estruturas essenciais que expressam os significados atribuídos às falas dos depoentes, determinando as unidades de significado que constituíram-se no fio condutor da compreensão interpretativa, tendo cada unidade de significado a declaração da maioria dos entrevistados (Ollaik, Ziller, 2012).

A análise com o método Heideggeriano é desenvolvido por dois momentos que são a compreensão vaga e mediana (1º momento) em que se busca compreender os significados, os fatos cotidianos mais evidentes, aquilo que o ente mostra na maioria das vezes para todos na vida no dia a dia (dimensão ôntica); e a compreensão interpretativa ou hermenêutica (2º momento) busca desvelar o fenômeno (dimensão ontológica) que se apresenta obscuro na descrição dos fatos. Portanto, se faz necessário o questionamento do ser (quem desconhecido) para descobrir os sentidos através da compreensão dos significados (Heidegger, 2015).

A pesquisa seguiu os preceitos éticos da Resolução 196/96 do Ministério da Saúde (Brasil, 1996), e foi desenvolvida após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), com o Parecer favorável nº 131.836/2012.

3 | RESULTADOS

A compreensão vaga e mediana, primeira etapa da análise, trouxe as estruturas essenciais que apresentam os modos próprios de ser-aí no cotidiano a partir do que os entrevistados compreendem como significados do seu existir com DRC. De modo geral mostraram-se amedrontados, tristes, tensos e nervosos com a doença, com a hemodiálise e com o fato de estar na lista de espera sem saber quando ocorrerá o transplante.

A pessoa com DRC enfrenta no seu cotidiano situações de medo, sofrimento e incertezas quanto o futuro, que dificultam o processo de aceitação de sua condição de saúde. No momento que realizam a hemodiálise, a doença passa a ser uma realidade vivenciada que a conduz para o questionamento de sua finitude e sobrevivência.

“Hemodiálise tem que fazer para sobreviver. Pra mim é ruim! Fico cansada. O transplante sinto que nunca vai sair, e que vai demorar”. (Rubi)

“Foi a pior fase (iniciar a hemodiálise), agora que estou acostumando. Entrei num estágio de depressão, mas agora estou bem. No começo era horrível, não falava nem com ninguém, saía chorando. Achava que ia morrer” (Topázio)

“Espero na fila mais um ano. Mas tem hora que não quero, faz medo”. (Safira)

Apresentam um comportamento ambíguo de ganho por estarem vivos e de perda por não viverem da mesma forma que antes da doença. Mas se acostumam e passam a ter uma vida normal ao encontrar novos modos de viver.

Existe uma luta diária para conseguir permanecer nas sessões de hemodiálise e para melhorar a saúde, além de ser difícil viver dependendo de uma máquina. Com a mudança abrupta de suas vidas advinda da doença, na maioria das vezes, de início rejeitam o tratamento dialítico, mas com o tempo conseguem aceitá-lo como uma rotina necessária.

“O tratamento não é ruim. O problema é a obrigação do tratamento. Tenho medo, o tratamento me faz sentir muito mal. Aí você chega e se sente como um bichinho”. (Diamante)

“Vou fazer o que tem que fazer! É para sobreviver. Fiquei muito triste e incomodada ao saber que precisava da hemodiálise. Agora eu levo tudo numa boa”. Tenho medo de morrer”. (Turquesa)

“Muito difícil o tratamento e a vida muda. Mudou completamente, mas tem que aceitar. O organismo vai indo e acostuma. Durante a noite já estava doido pra vir, não via a hora de chegar pra melhorar”. (Citrino)

O transplante é visto como um procedimento acompanhado de expectativas, mas crêem que irá trazer de volta a vida que atualmente está prejudicada pela doença e pelo

tratamento de hemodiálise. Sentem medo, pois sabem que poderá haver rejeição do enxerto transplantado.

“Tem hora que não quero o transplante, faz medo. Pode dar alguma coisa na cirurgia. Eles falam pode dar problema no rim (rejeição do transplante). Se for dá, prefiro ficar aqui na hemodiálise”. (Safira)

“Por um lado, tenho medo e por outro não. Da cirurgia, da rejeição, tenho medo de morrer, das complicações do transplante. Com o transplante renal tenho medo de morrer, de fazer e não dá certo”. (Turquesa)

Os participantes têm possibilidades de escolha, mesmo nesse estágio da doença que é terminal. Tornam-se conscientes dos pontos positivos e negativos de continuar na hemodiálise ou de realizar o transplante. Para eles ter a possibilidade de uma escolha é importante, pois podem se libertar da rotina do tratamento e compreendem que podem ser responsáveis por sua própria saúde.

“O transplante é lógico que eu quero. É uma opção que tenho. Ou faz o transplante ou enfrenta a máquina ou espera a morte.. Tudo muda na vida pessoal. Eu não faço as mesmas coisas que fazia antes. Não tenho ânimo para nada. Aliás, o emociona fica mexido”. (Rubi).

Estar na lista de espera traz angústia e intensa ansiedade, pois não sabem em quanto tempo irão conseguir o transplante. Essa angústia é que mina suas forças, pois se apegam a posição que ocupam na lista e ao mesmo tempo aceitem continuar na hemodiálise. O cotidiano está marcado pela frustração da espera pelo transplante e pela esperança de melhorar sua qualidade de vida.

4 | DISCUSSÃO

Os depoimentos mostraram que o cotidiano das pessoas com DRC é perpassado pela constante angústia de poderem realizar o transplante renal. Expressaram na maioria das vezes sentimentos negativos quanto à doença e o tratamento. Resultados semelhantes (Silva et al, 2014) destacam sentimentos de medo e ansiedade devido às restrições impostas pelas sessões de hemodiálise, e a dependência a uma máquina, que em sentido lato, traz modificação em suas vidas, pois não voltarão a agir naturalmente como antes. A angústia relacionada à finitude humana devido as sessões de hemodiálise é um sentimento importante que perpassa a vida dos que tem problemas com o tratamento da DRC (Terra et al., 2010).

O significado de *angústia* (Heidegger, 2015) não é o mesmo que costumamos associar no dia a dia, não quer dizer “grande ansiedade ou aflição; ânsia, agonia; sofrimento, atribulação”. Sua compreensão de angústia tem a ver com o momento em que o ser se liberta da inautenticidade do cotidiano, levando-o a encontrar sua essência, sem a interferência do meio externo. Deste modo tem a possibilidade de voltar-se para si, como ser único e singular, assumindo sua propriedade e decidindo sobre seus próprios

caminhos.

A *angústia* é entendida como um privilégio do *ser-no-mundo*, que o liberta da inautenticidade habitual do cotidiano e favorece um mergulho em si mesmo sem a interferência do meio exterior, podendo refletir sobre suas ações e pensamentos e assumir-se como *ser* de possibilidades, tomando decisões que talvez não fossem possíveis em outro momento (Heidegger, 2015). O *ser-aí* na *angústia* pode compreender sua existência ao voltar-se para si e entender a realidade que o circunda, e assim decidir sobre seu próprio cotidiano (Tatiana, Marciana, 2017).

O reconhecimento de possibilidades é característico da *angústia*, ainda que não seja um estado onde o ser se acha habitualmente. Ela traz consigo um estar diferente e tem a possibilidade de abertura com o mundo, sendo uma posição privilegiada do *ser-no-mundo*, e que pode impulsionar o *ser-aí* a alcançar um modo autêntico de ser no seu cotidiano (Heidegger, 2015).

A *autenticidade* se expressa quando a pessoa entende que possui alternativas, como não realizar o tratamento ou se o fizer, escolher qual a modalidade de tratamento que se adequa melhor as suas prioridades. Ao analisar suas possibilidades observam que o transplante não resolverá todos os seus problemas advindos da DRC, mas que têm a escolha de fazer ou não a cirurgia. Os participantes ao assinalarem que podem ter alternativas para seu tratamento trazem um resultado diferenciado em comparação a outros estudos (Silva et al, 2017).

Estar em tratamento é experimentar ao mesmo tempo vários sentimentos como desespero, o incômodo, o medo e a esperança, sem saber por que os têm. A angústia por algo desconhecido é advinda da imprevisibilidade do seu estado de saúde, pois dependem do processo de hemodiálise, do tipo de alimento consumido, das restrições hídricas. Todo o esforço não gera a cura, mas a manutenção do estado de saúde que nem sempre pode ser controlado com cuidados devido a progressão da doença e/ou sua cronificação (Frazão et al, 2011).

Mesmo quando realizam o tratamento, conseguem compreender que estão lutando contra o tempo, pois podem ter complicações nas sessões de hemodiálise, durante a cirurgia ou rejeição do órgão após o transplante. Estão em uma luta constante pela sobrevivência, mas também sob a perspectiva de uma doença terminal (Teixeira et al, 2012).

A pessoa com DRC também pode se fechar para as possibilidades e permanecer ocupada com as questões do dia-a-dia, as limitações decorrentes da hemodiálise como a dificuldade de viajar por períodos prolongados e a falta do trabalho remunerado. Estas questões aprisionam o *ser-no-mundo*, e este não consegue se preocupar com seu ser mais próprio, e influenciam o modo como se colocam diante das etapas de tratamento e quais mecanismos adaptativos assumirão para levar a vida. Quando presos as questões cotidianas, reforçam a inautenticidade que é característica ao modo de ser habitual, onde

o ser está mais confortável (Silva et al, 2014).

Outro aspecto importante encontrado foi a espera na lista por realizar o transplante renal, embora na maioria das vezes o temor pelos efeitos adversos causados pelos procedimentos de hemodiálise, seja mais evidenciado. O temor por não ser contemplado com um órgão ou ser retirado da lista, é mais um aspecto que os fragilizam diante da DRC.

5 | CONCLUSÕES

As pessoas com Doença Renal Crônica percebem que com a modificação do seu cotidiano imposta pela doença, tornaram-se limitados perante as sessões de hemodiálise e estão à mercê das complicações que advêm da mesma, temendo piorar sua condição de saúde. Destacam a incerteza do que esta por vir, e tal incerteza traz consigo a experiência da *angústia* da espera pelo transplante renal, pois dele pouco ou nada sabem.

Conclui-se que no modo *ôntico* do cotidiano, espaço comum do tratamento para quem o realiza e o promove, o profissional de saúde tem a chance de fazer a diferença na vida da pessoa com doença renal crônica, pois neste espaço podem existir trocas importantes que minimizem a aridez de um setor muito mecanizado e tecnicista como é o setor de hemodiálise. A enfermagem tem um papel de destaque ao realizar o processo dialítico e passar a maior parte do tempo com as pessoas em tratamento, desta forma pode ajudar na adaptação deste ao tratamento e na construção de práticas de saúde para melhorar sua qualidade de vida.

Neste sentido, cabe a Enfermagem adaptar sua prática para que esta se contextualize com a crescente complexidade tecnológica e ao mesmo tempo possa oferecer qualidade de vida à pessoa com doença renal crônica. Para tal é importante inserir novas abordagens, capazes de relacionar suas ações profissionais com a realidade de cada pessoa em tratamento, contemplando questões subjetivas e objetivas. Espera-se que a pesquisa sirva de estímulo a estudos que possam auxiliar no acompanhamento e apoio deste grupo de pessoas no transcurso do tratamento da doença renal crônica.

REFERÊNCIAS

Amorim TV, Salimena AMO, Souza IEO. Historicidad y historiografía: contribución de La entrevista fenomenológica para Enfermería. Cultura de los cuidados [Internet]. 2015 [citado 2018 Set 16];41(1):71-81. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/46614/1/Cultura-Cuidados_41_09.pdf.

Araújo JB, Neto VLS, Anjos EU, Silva BCO, Rodrigues IDCV, Costa CS. Chronic renal patients everyday on hemodialysis: expectations, modifications and social relations. Rev Fund Care Online [Internet]. 2016 [cited 2018 Jun 10];8(4):4996-5001. Available from: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4404/pdf_1

Bastos MG, Bregman R, Kirsztajn GM. Chronic kidney diseases: common and harmful, but also preventable and treatable. Journal of the Brazilian Medical Association [Internet]. 2010[cited 2018 Fev 25];56(2):248-53. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n2/a28v56n2.pdf>.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética e Pesquisa. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília; 1996. [citado 2018 dez 04]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html.

Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Caderno de Saúde Pública* [Internet]. 2011 [citado 2018 Jun 10];27(2):389-94. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n2/20.pdf>.

Frazão CMFQ, Ramos VP, Lira ALBC. Qualidade de vida de pacientes submetidos a hemodiálise. *Rev Enf UERJ* [Internet]. 2011 [citado 2018 Jun 10];19(4):577-82. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n4/v19n4a12.pdf>.

Heidegger M. *Ser e tempo*. Petrópolis: Vozes; 2015.

Mendonça AEO, Salvetti MG, Maia EMC, et al. Analysis of the physical aspects of quality of life of kidney recipients [Internet]. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015 [cited 2018 Mai 10];49(1):76-81. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/pt_0080-6234-reeusp-49-01-0076.pdf.

Ollaik LG, Ziller HM. Concepções de validade em pesquisas qualitativas. *Educação e Pesquisa*. São Paulo [Internet]. 2012 [citado 2018 Jun 19];38(1):229-41. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ep/v38n1/ep448.pdf>.

Oller GASAO, Ribeiro RCHM, Travagim DAS, Batista MA, Marques S, Kusumota L. Functional independence in patients with chronic kidney disease being treated with haemodialysis. *Rev Latino-Am Enf* [Internet]. 2012[cited 2018 Mai 10];20(6):08 telas. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281424797004>.

Paula CC, Padoin SMM, Terra MG, Souza IEO, Cabral IE. Modos de condução da entrevista em pesquisa fenomenológica: relato de experiência. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2014 [citado 2018 Mai 10];67(3):468-72. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n3/0034-7167-reben-67-03-0468.pdf>.

Salimena AMO, Souza MO, Melo MCSC, Ferreira MR. Daily life of a woman undergoing hemodialysis. *Rev Fund Care Online* [Internet]. 2016, jul/set [cited 2018 Mai 10];8(3):4636-4643. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505754106004>.

Silva CF, Santos TR, Andrade-Barbosa TL, Silva CSO, Xavier-Gomes LM. Viviendo la hemodiálisis por el portador de la insuficiencia renal Crónica. *Rev cubana de Enfermería* [Internet]. 2014 [citado 2018 Jun 10];30(3):180-191. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubenf/cnf-2014/cnf143c.pdf>.

Tatiana BMB, Marciana GF. Heidegger: em Busca de Sentido para a Existência Humana. *Phenomenological Studies*. *Rev Abord Gestáltica* [Internet]. 2017 [citado 2018 Jun10];XXIII(1):65-73. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rag/v23n1/v23n1a08.pdf>.

Teixeira RS, Tavares e Souza MM, Silva PVC. Percepção do paciente renal crônico sobre o tratamento hemodialítico. *Rev Pró-UniverSUS* [Internet]. 2012 [citado 2018 Jun 12];03(1):12-5. Disponível em: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/viewFile/502/336>.

Terra FS, Costa AMDD, Ribeiro CCS, et al. The holder of chronic kidney failure and its dependence on hemodialysis treatment: phenomenological understanding. *Journal of the Brazilian Medical Association* [Internet]. 2010 [cited 2018 Jun 17];8(4):306-10. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n4/a003.pdf>.

Xavier BLS, Santos I, Silva FVC. Promoting self-care in clients on hemodialysis: application of Nola Pender's diagram. *Rev Fund Care* [Internet]. 2017 [cited 2018 Jun 15];9(2):545-550. Available from: http://www.redalyc.org/pdf/5057/505754109032_5.pdf.

Xavier SSM, Germano RM, Silva IP, Lucena SKP, Martins JM, Costa IKF. In the current of life: the discovery of chronic kidney disease. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2018 [cited 2018 Set 05];22(66):841-51. Available from: <http://www.revistas.usp.br/sej/article/view/100096/98772>.

Zerbini TZ, Araki MMP. Benefício de aposentadoria por invalidez previdenciária em portadores de doença renal crônica submetidos a transplante renal. *Saúde, Ética & Justiça* [Internet]. 2014 [citado 2018 Jun 15];19(2):86-9. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/sej/article/view/100096/98772>.

PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Data de aceite: 05/06/2020

Data de submissão: 14/05/2020

Amarildo de Souza Cunha

Faculdade Pitágoras de Ipatinga

Ipatinga – Minas Gerais

<http://lattes.cnpq.br/0470086303691188>

Lázaro Clarindo Celestino

Faculdade Pitágoras de Ipatinga

Ipatinga – Minas Gerais

<http://lattes.cnpq.br/2745035204883685>

Fabiane Souza Silva

Faculdade Pitágoras de Ipatinga

Ipatinga – Minas Gerais

Regiane Ribeiro Dutra

Faculdade Pitágoras de Ipatinga

Ipatinga – Minas Gerais

<http://lattes.cnpq.br/9177474570305058>

RESUMO: A infecção hospitalar (IH) é definida como aquela que é adquirida após a admissão do paciente na unidade hospitalar e que se manifesta durante a internação ou após a alta. A Unidade de terapia Intensiva (UTI) é considerada um setor crítico, nela se concentra pacientes instáveis para tratamento clínico e/ou cirúrgico, em estado grave ou de observação, que requerem assistência médica e de enfermagem

especializada. Nela os pacientes estão mais expostos ao risco de adquirir uma infecção, devido à realização de variados procedimentos invasivos. O estudo tem como objetivo levantar o conhecimento da equipe de enfermagem na prevenção e controle da IH em UTI. Trata-se de um estudo descritivo transversal com abordagem quanti-qualitativa, realizado na UTI adulta de um hospital na região do Vale do Aço – MG, com 17 profissionais de enfermagem. Embora a assistência de enfermagem seja bem estruturada e organizada com rotinas definidas, os profissionais de enfermagem não apresentaram no questionário um conceito definido sobre IH, mas demonstraram conhecimento sobre os fatores de risco e as práticas utilizadas que podem desencadear IH na UTI e identificaram a importância da prevenção e controle da mesma. Percebe a necessidade de aprimoramento de assuntos atualizados no que diz respeito a IH, por meio de educação continuada preventivista. Uma vez que haja comprometimento da equipe de enfermagem e estes aderirem à prática de participação ativa dos treinamentos realizados pela equipe de educação continuada haverá um melhor controle de IH nesta UTI.

PALAVRAS - CHAVE: Unidade de Terapia Intensiva, Infecção Hospitalar, Assistência de

PREVENTION AND CONTROL OF HOSPITAL INFECTION IN AN INTENSIVE CARE UNIT: PERCEPTION OF THE NURSING TEAM

ABSTRACT: The nosocomial infection (NI) is defined like the one that was acquired after the patient's admission in the nosocomial unity and was shown during the admission or after the rise. The Intensive Care Unit (ICU) is considered a critical sector, because the unstable patients for clinical and / or surgical treatment are there, in serious state or in observation, they need doctor cares and specialized nursing. There, the patients are more exposed to the risk of acquiring an infection, because of a varied of invasive proceedings that are carried out there. The study aims to raise the practices of nursing team in the prevention and control of NI in ICU. This is a descriptive study with quantitative and qualitative approach, carried out in an adult ICU of a hospital in the region of Vale do Aço – MG, with 17 nursing professionals. Although nursing care is well structured and organized with defined routines, the nurses do not have a defined concept about HI, but they demonstrate knowledge of risk factors and practices that can trigger IH used in the ICU and identify the importance of prevention and control it. Realizes the need for improvement of subjects maintained in respect of IH through continuing education preventionist. Once there is commitment of the nursing staff and they adhere to the practice of active participation of the trainings conducted by the team of continuing education will have a better control of hospital infection on ICU.

KEYWORDS: Nosocomial infection, intensive care unit, practices of nursing, prevention and control.

1 | INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um setor que abriga pacientes críticos com diferentes demandas de cuidados em relação às outras unidades de internação hospitalar, que requeiram assistência médica e de enfermagem especializados e de recursos materiais de alta tecnologia para o adequado tratamento e cuidado (DUCCI *et al.*, 2004). A UTI surgiu a partir da necessidade de alocar os pacientes em estados críticos de saúde e com patologias que corriam o risco eminente de óbito, mas que eram passíveis de recuperação. A primeira UTI foi fundada na década de 20 no Hospital Johns Hopkins (EUA) quando foram criadas as salas de recuperação para assistência aos pacientes de neurocirurgia (TRANQUITELLI, 2007).

A Infecção Hospitalar (IH) consiste em danos decorrentes por invasão, multiplicação e ação de microrganismos patogênicos no hospedeiro, acarretando a este alterações imunológicas, provocando um ciclo infeccioso. De acordo com a Portaria nº 2.616, de 12 de maio de 1998 do Ministério da Saúde: infecção hospitalar é toda infecção que se adquire após a admissão do paciente e que se manifeste durante a internação, ou após

a alta quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares (BRASIL, 1998).

As instituições de saúde estão expostas a uma ampla variedade de microrganismos patogênicos, por isso os pacientes internados estão susceptíveis a adquirir uma IH, principalmente em UTIs onde o uso de antimicrobianos potentes e de largo espectro são amplamente utilizados e os procedimentos invasivos são rotina (MOURA *et al.*, 2007).

Em relação à prevalência, estima-se que a incidência de IH na UTI varie de 5% a 10%, levando ao óbito um em cada 5.000 pacientes internados. Embora o número de leitos em UTI no Brasil seja pequeno nos hospitais, o número de IH chega a ser 5 a 10 vezes maior em pacientes sobre os cuidados em uma UTI do que em outros setores (MARTINS, 2001).

Com relação à IH, principalmente no âmbito da UTI, há um problema em nível mundial, o aumento da resistência bacteriana, caracterizada pela diminuição da eficácia dos antibióticos, levando o ambiente hospitalar a uma alta incidência de bactéria multirresistentes (BMR). Essa resistência aos antibióticos correlacionada as BMRs, levam ao aumento significativo de morbidade e mortalidade, no tempo de internação, uso de antibióticos de amplo espectro tendo como consequência um gasto exaustivo de recursos financeiros (OLIVEIRA; CARDOSO; MASCARENHAS, 2010).

Os principais fatores de risco que contribuem para a IH na UTI são: permanência de internação maior que 48 horas, uso de ventilação mecânica (VM), acesso venoso central (AVC), uso inadequado de agentes antimicrobianos, uso de sonda vesical de demora (SVD). Além destes fatores existem os fatores intrínsecos, e os extrínsecos (MARTINS, 2001). Os fatores intrínsecos são do próprio paciente, como imunossupressão e comprometimento dos mecanismos de defesa do organismo: pele que atua como uma barreira mecânica, e quando esta é interrompida pela presença de cateteres proporciona meios para entrada de microrganismos no organismo do indivíduo.

Em relação à prática da prevenção e controle da infecção hospitalar por parte da equipe de enfermagem, esta acontece de várias maneiras. Segundo Lopes e La Cruz (2002) a higienização das mãos, uma boa assepsia, a utilização de antissépticos, o bom manuseio do material esterilizado são maneiras de se evitar uma possível infecção hospitalar.

Pesquisadores têm destacado que a lavagem inadequada das mãos não decorre por falta de motivação e conhecimento, mas também por alguns obstáculos como falta de profissionais, pias em locais inadequados, falta de papel toalha e produtos que conferem resistência aos usuários (GARNER; FAVERO, 1985; TURRINI, 2000). Cita-se ainda, que uma proporção inadequada de profissionais de enfermagem em relação ao número de pacientes internados encorajaria o profissional a cometer infrações na lavagem de mãos e nas técnicas de isolamento, principalmente em áreas de cuidados críticos.

A enfermagem realiza um trabalho de forma sequencial, objetivando uma meta

que é o cuidado, mas determinados fatores influenciam negativamente o alcance desse objetivo. É importante lembrar que a enfermagem é composta por indivíduos diferentes, tanto técnicos, social e psicológico. Por isso o espírito de equipe e união deve permanecer entre os seus membros mantendo assim a qualidade da assistência prestada ao cliente (ALVES; MELO, 2006). Destarte, o enfermeiro é o profissional mais capacitado e mais requisitado para atuar no controle da infecção hospitalar na UTI. Compete a ele a implantação de ações de biossegurança, através de adoção de normas e procedimentos seguros e adequados à manutenção da saúde dos pacientes, dos profissionais e dos visitantes (PIMENTEL, 2009).

Diante do exposto, e levando em consideração as altas taxas de prevalência de Infecção hospitalar no âmbito da Unidade de terapia intensiva, este estudo, objetivou identificar o conhecimento da equipe de enfermagem em relação à prevenção e controle da infecção hospitalar na UTI. Acredita-se, que estudo contribuirá sobremaneira, para sensibilizar a equipe de enfermagem quanto à prevenção e controle de IH, conduzindo consequentemente aos profissionais da enfermagem a prática de um cuidado seguro e de confiabilidade aos clientes.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva transversal, com abordagem quanti-qualitativa dos dados, sobre o conhecimento da equipe de enfermagem na prevenção e controle IH em UTI de um Hospital Privado da Região do Vale do Aço - MG. A coleta de dados foi realizada com a equipe de enfermagem atuante nesse setor no período de 24 a 31 de março de 2011.

Os profissionais foram orientados sobre os objetivos, procedimentos e os aspectos éticos da pesquisa seguindo as normas do CNS da Resolução 466/12. Assinando, assim, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, sendo que uma via permaneceu com o profissional entrevistado e outra com o pesquisador responsável. Foram assegurados aos participantes a garantia de que sua identidade se mantivesse totalmente preservada, e a liberdade de interromperem a pesquisa no momento que achassem necessário ou assim o quisessem.

O cenário do estudo foi uma UTI, destinado à pacientes adultos, caracterizando uma unidade de médio porte, oferecendo assistência clínica, cirúrgica, laboratorial, exames de imagem e hemodiálise com equipe multiprofissional capacitada, com capacidade diária de 8 leitos. A realização da pesquisa foi autorizada no período diurno e noturno, onde a equipe de enfermagem realiza plantão fixo de 48/48 horas, essa é composta 22 funcionários, sendo 5 enfermeiros, (1 enfermeiro gerente, 4 enfermeiros assistenciais) e 17 técnicos de enfermagem. Apenas 5 técnicos de enfermagem recusaram-se a responder o questionário.

Foi aplicado um questionário semiestruturado contendo 13 questões, sendo 7 questões de múltipla escolha e 6 questões abertas, sobre o conhecimento da prevenção e o controle da IH na UTI, contendo as seguintes abordagens: conceito sobre IH; infecções mais frequentes e os fatores que levam o seu desenvolvimento; atuação da CCIH; conhecimento sobre o biofilme; permanência dos cateteres; tempo de troca dos curativos e quem as realiza; e a frequência dos treinamentos na UTI.

Os dados obtidos foram tabulados após a sua interpretação e análise, com utilização de gráficos, tabelas e registro das informações coletadas, preservando a identidade dos sujeitos da pesquisa. Após a realização da pesquisa os questionários dos participantes foram identificados em letras “E”, identificados de “E₁” a “E₁₇”, para tratamento qualitativo dos dados.

Para análise e estatística descritiva dos dados, utilizou-se o programa da *Microsoft Excel®* e o *Statistics Package Science Social (SPSS®)*. 10.0. Após a análise e tabulação dos dados foi apresentado à instituição um relatório com os resultados mais relevantes da pesquisa, para que esta venha intervir de forma a diminuir os índices de IH na UTI, prestando assim um serviço de qualidade ao paciente/cliente.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 17 profissionais, cujo tempo de permanência na instituição e o tempo de experiência na UTI foram idênticos, ou seja, de 82,35% (1 a 5 anos).



Gráfico 1: Período de trabalho e de experiência em UTI.

Em relação ao conceito de IH, 10 profissionais (58,8%) apontaram que a infecção é oriunda do ambiente hospitalar e 4 (23,5%) não responderam a questão. Somente 1 (5,9%) profissional respondeu de forma completa a questão. Outros resultados são vistos na Tabela 1.

Conceito de Infecção Hospitalar		
Conceitos	Profissional	Percentil
Adquirida no ambiente hospitalar	10	58,8%
Adquirida durante a internação ou após a alta	1	5,9%
Adquirida após a internação em determinado nosocômio	1	5,9%
Patologia grave que traz complicações para o paciente	1	5,9%
Não responderam a questão	4	23,5%
Total	17	100,0%

Tabela 1: Conceito de Infecção Hospitalar segundo profissionais.

Ao analisar as respostas dos participantes, percebe-se que houve divergências entre as respostas, apontando que a equipe de enfermagem teve dificuldades em definir IH e, não definindo na íntegra o conceito, não se pode afirmar que esses não saibam ou que estes não quiseram responder o conceito de forma completa. O único relato adequado sobre IH está a seguir:

E₁₇ relatou que IH é “qualquer infecção adquirida durante a internação, ou depois da alta”.

De acordo com a Portaria nº 2.616, de 12 de maio de 1998, do Ministério da Saúde, Infecção Hospitalar (IH) é adquirida após a admissão do paciente e que se manifesta durante a internação ou após alta hospitalar, sendo relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares (BRASIL, 1998).

Entretanto, *Center for Diseases and Prevention Control* (2002) citado por Couto (2004) relata que Infecção Nosocomial é aquela que não está presente na admissão, e que não esteja em período de incubação. O diagnóstico de infecção e a localização são realizados por meio de dados clínicos e laboratoriais. Os critérios para definição da IH, segundo o tempo, é de até 48 horas após alta do UTI, 30 dias após procedimento cirúrgico sem a colocação de prótese e 1 ano após colocação de prótese.

Em relação às infecções de maior predominância na UTI pesquisada, 7 (41,2%) profissionais responderam infecção respiratória (Tabela 2).

IH de maior predominância na UTI em estudo		
Infecções Citadas	Profissional	Percentil
Infecção respiratória	7	41,1%
Infecção urinária e respiratória	6	35,3%
Infecção urinária, respiratória e do sítio cirúrgico	2	11,8%
Não responderam a questão	2	11,8%
Total	17	100,0%

Tabela 2: Representa as Ih de maior predominância na UTI em estudo, segundo os profissionais.

Através dos dados relatados, e com a prática profissional vivenciada na (UTI) em estudo, observa-se uma expressiva incidência de IH causada por infecções respiratórias.

As duas principais causas de infecção hospitalar em UTI são as infecções de corrente sanguínea relacionada a cateteres e as infecções urinárias relacionadas à sonda vesical de demora (SVD), utilizada por período indeterminado (KNOBEL, 2006).

Pesquisa evidenciou alta prevalência dos casos de infecção respiratória, especialmente na UTI geral, com (61,26%) dos casos, seguida da UTI do Serviço de Pronto Socorro, com 58,16 %, comprovando o resultado da nossa pesquisa, onde os voluntários relataram que na sua unidade de trabalho o maior índice de IH é a infecção respiratória (MOURA *et. al.*, 2007).

De acordo com as respostas dos profissionais, em relação aos fatores que levam os pacientes da UTI adquirir uma IH, 7 (41,2%) profissionais relataram que as técnicas não assépticas realizadas durante os procedimentos, como a carência da higiene correta das mãos, uso incorreto de equipamentos de proteção individual (EPI's), não uso de luvas, não assepsia das mãos entre um paciente e outro, falta de técnica correta para os procedimentos de aspiração endotraqueal e de passagem de sonda vesical de demora (SVD).

Fatores que levam o paciente da UTI a desenvolver IH		
Fatores de desenvolvimento de IH	Profissional	Percentil
Técnicas não assépticas	7	41,2
Longo tempo de permanência na UTI e uso de antibióticos	3	17,6
Idade, baixa imunidade, nutrição e complicações diabéticas	3	17,6
Uso de procedimentos invasivos	1	5,9
Não responderam a questão	3	17,6
Total	17	100,0

Tabela 3: Fatores que levam o paciente da UTI a desenvolver IH, segundo os profissionais.

Percebe-se que embora as respostas tenham sido diferenciadas, grande parte dos profissionais tem um real conhecimento dos fatores que podem desencadear a IH no paciente internado em uma UTI. Relato adequado está a seguir:

E5 relatou que os fatores que levam os pacientes a desenvolverem IH em UTI são “tempo de internação, técnicas realizadas de forma inadequada e gravidade do quadro clínico dos pacientes”.

E10 revelou “a baixa imunidade, a falta de práticas assépticas ao manusear pacientes e principalmente do meio interno com o meio externo – hospitalar”.

E16 relatou que os fatores são “não lavagem das mãos antes de realizar qualquer tipo de procedimento no paciente, forma de manusear os materiais a serem utilizados”.

Pereira *et al.* (2005) relata que a patologia de base promove a ocorrência de IH por

afetar os mecanismos de defesa anti-infecciosa e cita alguns fatores que indica maior risco para infecção ou colonização dos pacientes por bactérias multirresistente, como: grande queimado, desnutrição, deficiências imunológicas, extremos de idade, procedimentos invasivos terapêuticos e para diagnóstico como SVD, AVC, AVP, cateterismo cardíaco, endoscopia, longa permanência hospitalar e o uso prévio de antimicrobianos de amplo espectro.

Quanto à atuação da CCIH frente à IH na UTI, 14 (82,4%) profissionais relataram que o enfermeiro da CCIH fiscaliza, notifica e orienta a equipe de enfermagem e atua quanto à adequação de antimicrobianos adequados aos germes isolados, formas de isolamento e cuidados em relação à disseminação de germes multirresistentes.

Os dados revelaram que os funcionários da UTI em estudo têm um grande conhecimento e reconhece a atuação da CCIH em relação à prevenção e controle da IH na instituição, uma vez que todos os profissionais tiveram unanimidade nas respostas.

De acordo com a resolução RDC nº7, de 24 de fevereiro de 2010, a CCIH é responsável pelas ações de prevenção e controle das IRAS na UTI, juntamente com a equipe do setor realiza a investigação, na busca de microrganismos que podem levar a IH, identificando rapidamente o possível desenvolvimento de um surto. Além dessas ações as medidas de prevenção mais utilizadas são orientações em relação à higienização das mãos aos visitantes, à equipe de saúde, orientações quanto às medidas de precaução, de acordo com a norma padrão, e o uso indiscriminado de antimicrobianos, além de cobrar da instituição material adequado para a realização constante de prevenção da IH (BRASIL, 2010).

Outras ações que a CCIH desenvolve são: orientação e monitoramento quanto à área física da UTI, ao fluxo de pacientes, dos visitantes, à área limpa e ao expurgo, garantindo também segurança às unidades de isolamento (MARTINS, 2001).

Após análise dos setores a CCIH deve expor a situação encontrada e propor medidas a equipe multiprofissional e a administração, sendo que, a partir desse momento, metas serão traçadas para a prevenção e controle da IH.

Ao analisar as respostas obtidas pelos profissionais quanto a técnica de prevenção da IH durante a realização de diferentes procedimentos no mesmo paciente, 7 (41,2%) responderam que somente lavam as mãos e 10 (52,8%) responderam que lavam as mãos e, em seguida usam álcool em gel.

Portanto, a higienização das mãos é uma medida individual e tem o objetivo de retirar a sujidade, suor, pelos, células descamativas e da microbiota da pele, impedindo a transmissão de infecção pelo contato e também evita ou diminui as infecções causadas pela transmissão cruzada. A higienização com álcool em gel é realizada somente quando as mãos não estiverem visivelmente sujas, antes e após o contato com o paciente, antes de procedimentos, antes de calçar luvas e após risco de exposição a secreções corporais (ANVISA, 2007).

Segundo a resolução RDC nº42, de 25 de outubro de 2010, a fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica não é indicado quando as mãos tiverem sujidade visível. Nesse caso, é preciso fazer a higienização com água e sabonete antes de se utilizar o produto. A fricção das mãos com a solução alcoólica reduz a carga de microrganismos sem a necessidade de lavar e secar as mãos com papel toalha ou outros equipamentos.

Por outro lado, Santos (2002) relata que a higienização constante e o tipo de substância utilizada podem levar a danos na pele como ressecamento da pele, inflamação e escamação aumentando a liberação de microrganismos no ambiente. A utilização de novos produtos e a racionalização da lavagem das mãos pode contornar estes problemas e facilitar a adesão de profissionais a esta prática, com conseqüente redução das infecções.

Em relação ao tempo de permanência dos cateteres implantados na UTI em estudo, 14 (82,4%) profissionais relataram que somente os cateteres periféricos apresentam tempo pré-estabelecido de 72 horas para retirar o mesmo. Relato adequado está a seguir:

E1 sendo este um Enfermeiro relatou que “os cateteres centrais não possuem tempo pré-estabelecido, retira-se o mais precoce possível ou quando há presença de sinais flogísticos”.

De acordo com Oliveira (2005), a troca de cateter periférico recomendado em adultos é de 72 a 96 horas, com o propósito de evitar flebite, permanecer com o cateter por mais de 96 horas somente se o paciente apresentar problemas de acesso venoso, observando rigorosamente o local da inserção.

Knobel (2006) revela que existe dúvida em relação ao tempo da troca rotineira do cateter e a melhor via para inserção do mesmo, mas se estabelecido que o cateter venoso central só deva ser trocado se houver presença de sinais flogísticos e quadro séptico no local de inserção. Cita ainda que a via jugular esteja associada à maior taxa de infecção nos pacientes hospitalizados em UTI, quando comparada com a via subclávia. No entanto, a via femoral é a via onde se encontra a maior taxa de infecção associada ao uso do cateter central.

Menezes (1996) relata que para escolher o local para inserção do cateter deve-se levar em consideração uma série de fatores como: facilidade de inserção, razões da punção e menor risco para complicações, e cita a seguir a lista de acordo com a preferência: veia jugular interna, veia subclávia, veia femoral, veia jugular externa e veia antecubital.

Quanto ao tempo para realização da troca dos curativos dos cateteres, 13 (76,5%) profissionais relataram que o curativo realizado com gaze e esparadrapo são trocados a cada 24 horas, podendo este ser trocado imediatamente se apresentar umidade ou sujidade.

Para o curativo com filme transparente responderam que a troca é realizada no período de 3 a 7 dias, sendo que, se o cateter apresentar umidade, sujidade ou sinais flogísticos este é trocado imediatamente.

Mesmo com a opção de resposta sim ou não os entrevistados foram além em suas

respostas, informando de forma clara sobre os tipos de curativos existentes na UTI em estudo e o tempo de troca dos mesmos, observa-se que a equipe teve unanimidade em suas respostas, colaborando para o nível de informação e desenvolvimento da pesquisa, apontando também que a equipe da UTI realiza suas práticas de acordo com o protocolo preconizado pela instituição, conforme os relatos abaixo:

E12 relatou que as trocas dos curativos acontecem no seguinte tempo “Cateter periférico – 72 horas, cateter venoso central é trocado quando o mesmo apresenta sinais de infecção no sítio de inserção do cateter. Com gaze – 24 horas, Filme transparente – 7 dias e antes, quando apresenta sujidade”.

E15 relatou que a troca acontece no seguinte tempo “acesso periférico a cada 72 horas. Acesso venoso central sempre que houver presença de sinais flogísticos”.

Em relação aos responsáveis pela troca dos curativos dos cateteres 12 (70,6%) profissionais responderam que é o enfermeiro que realiza tal procedimento.

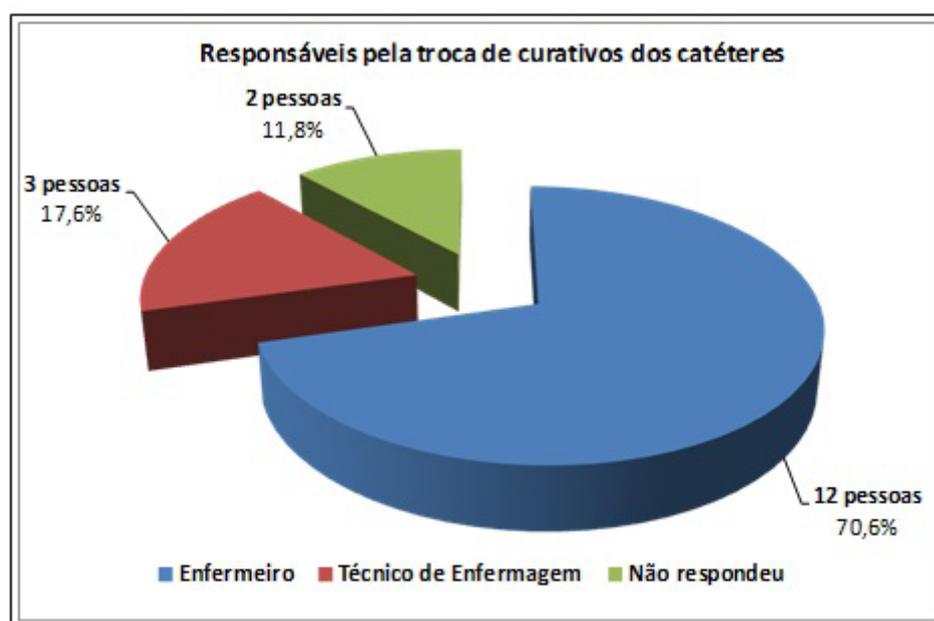


Gráfico 2: Responsáveis pela troca de curativos dos cateteres segundo os profissionais

Entende-se que os profissionais da UTI em estudo sabem e respeitam as diferentes funções de cada profissional da área de enfermagem.

O profissional enfermeiro poderá e deverá assumir total e plena responsabilidade pela execução de procedimentos de enfermagem de natureza complexa e de risco conforme determina o artigo 11, inciso I, alíneas “l” e “m”, da lei de nº. 7498/86, regulamentada pelo decreto 94.406/87, devendo haver compatibilidade quanto à competência, capacitação, destreza e habilidade do cuidado ou procedimento a ser executado e quem irá executá-lo.

Ainda descreve que as categorias que estão aptas a exercer a assistência de enfermagem são de acordo com a formação específica de cada uma delas, que são enfermeiro, técnico de enfermagem (COREN, 2005).

Ao analisar o conhecimento sobre o biofilme, 9 (52,9%) profissionais relataram que

não têm conhecimento sobre biofilme, 4 (23.5%) profissionais relataram que é um tipo de curativo para fixação de punção de acesso venoso central e periférico, uma vez que confere menos risco de infecção devido a pouca manipulação e maior visibilidade na inserção dos cateteres quanto aos sinais flogísticos e 4 (23,5%) dos profissionais relataram possuir conhecimento sobre biofilme sendo que as três primeiras foram respostas de Enfermeiros e a quarta resposta de um Técnico que está graduando em Enfermagem . Relato adequado está a seguir:

E₂ relatou que biofilme é “a associação de microrganismo e de seus produtos extracelulares, que se encontram aderidos à superfície sólida, em condições fisiológicas adequadas”.

E₄ relatou que “biofilme são agrupamentos de bactérias que formam comunidades e sobrevivem em superfície úmida ou não”.

E₅ relatou que “biofilme é uma camada de microrganismo que se forma em materiais cuja limpeza não está sendo eficiente”.

E₁₇ relatou que “biofilme é a flora de microrganismo de cada indivíduo que uma vez inserida em ambiente estéril pode causar infecção”.

Na realidade, a grande maioria dos profissionais do estudo confunde biofilme com o filme transparente, relatando que o biofilme é um tipo de curativo para fixação de punção de acesso venoso central e periférico, uma vez que confere menos risco de infecção devido à pouca manipulação e maior visibilidade na inserção dos cateteres quanto aos sinais flogísticos.

O filme transparente é uma cobertura estéril, hipoalergênico, constituído por uma película de poliuretano transparente, permeável ao oxigênio e vapor d’água, atuando como barreira contra líquidos e bactérias. Sendo este indicado para: fixação de cateteres, úlceras de pressão de estágios I e II pouco exsudativas; desbridamento autolítico; curativo secundário sobre gaze, alginato e hidrocolóide; feridas cirúrgicas fechadas e limpas.

Através dos dados obtidos percebemos que o próprio nome biofilme causa dúvidas para os profissionais de saúde. Segundo Pinheiro (2006), para se formar o biofilme, normalmente os microrganismos aderem a superfícies inertes e não inertes, envolvendo três etapas: fixação, adesão propriamente dita e agregação. A realização de procedimentos invasivos é um dos importantes desencadeadores do biofilme.

Ao analisarmos os cuidados que a equipe de enfermagem realiza para prevenir a IH causada pelo biofilme, 4 (23,53%) profissionais não responderam a questão, 9 (52,94%) profissionais não têm conhecimento sobre a forma de prevenção de IH por biofilme, 4 (23,53%) profissionais relataram que uma forma de evitar o biofilme é realizar curativos com técnicas assépticas, lavagem das mãos antes e após qualquer procedimento, fazer uso correto de EPIs em isolamentos e fora de isolamento, lavagem, desinfecção e esterilização correta de materiais estéreis para procedimentos invasivos.

Dessa forma percebe-se que poucos integrantes da equipe de enfermagem que trabalham na UTI em estudo têm conhecimento correto para prevenir a IH causada por biofilme. Pinheiro (2006) relata que os microrganismos responsáveis pela formação do biofilme são originados da pele do paciente, do profissional ou soluções contaminadas intravenosas. Elas invadem o cateter pela superfície externa ou através das conexões internas, por isso é de grande importância lavar as mãos e realizar procedimentos invasivos com técnicas assépticas.

Dentro das primeiras 24 horas após a inserção do cateter poderá ocorrer a colonização por microrganismo, e o tempo da cateterização é outro fator que poderá influenciar na proliferação do biofilme (PINHEIRO, 2006).

Os cateteres de curta duração, menores que 10 dias desenvolvem o biofilme na parte externa e os cateteres de longa permanência maiores que 30 dias desenvolvem com maior frequência na superfície interna. Outras estratégias para prevenir e controlar a formação do biofilme é retirar o cateter mais precocemente possível e realizar rigorosamente procedimentos com técnicas assépticas durante a inserção e manuseio do mesmo. Além disso, têm sido lançados cateteres impregnados com antibióticos, antissépticos ou heparina que serve como obstáculo para a entrada de microrganismos. Sugere-se a utilização destes cateteres a fim de observar a diminuição das IH causadas por biofilme.

Quanto à frequência em que acontecem os treinamentos na UTI em estudo, 8 (47,05%) profissionais responderam que os treinamentos acontecem todo mês, 3 (17,65%) responderam que os treinamentos acontecem de 2 em 2 meses e 2 (11,76%) profissionais relataram que a frequência e o tema dos treinamentos acontecem dependendo da necessidade ou quando solicitado.

Ao serem interrogados quais os temas mais abordados nos treinamentos na UTI em estudo, 5 (29,4%) dos profissionais responderam curativos em acesso venoso, 4 (23,5%) relataram lavagem das mãos, 3 (17,6%) relataram que os treinamentos acontecem de acordo com a necessidade do setor. Outros resultados são vistos na Tabela 4.

Treinamentos mais abordados na UTI		
Treinamentos	Profissionais	Percentual
Curativos em acesso venoso	5	29,4%
Lavagem das mãos	4	23,5%
De acordo com a necessidade	3	17,6%
Infecção Hospitalar	3	17,6%
Não responderam a questão	2	11,8%
Total	17	99,9%

Tabela 4: Treinamentos mais abordados na UTI em estudos segundo os profissionais.

Entende-se que os profissionais da UTI em estudo possuem treinamentos diariamente,

com temas variados ou de acordo com a necessidade do setor ou dificuldade observada pela coordenação de enfermagem através de educação continuada, que é umas das estratégias mais importantes para os profissionais manterem-se atualizados e adaptados a novas mudanças.

A educação continuada é o aperfeiçoamento contínuo do serviço, visando à qualificação dos recursos e a capacitação tanto no ponto de vista interpessoal quanto técnico, a fim de cumprir as normas, rotinas e objetivos da instituição. Neste propósito a educação continuada orienta, treina e acompanha, visando corrigir as dificuldades encontradas e sanar com as deficiências do empenho (ERDMANN, 2004).

Fica claro, que a equipe de enfermagem atuante em UTI deve atualizar-se continuamente sobre as novas técnicas e métodos de assistência na prevenção de IH, atuando como agentes informativos e facilitadores com a meta de prevenir e controlar as práticas preventivas, aprimorando e assistindo o paciente com qualidade.

4 | CONCLUSÃO

A IH é um grave problema de saúde, que afeta milhares de pessoas em todo o mundo, causando prejuízos para o paciente, para as instituições de saúde e a sociedade em geral.

Através deste estudo associado ao questionário aplicado e as referências bibliográficas percebe-se que a equipe de enfermagem é primordial na prevenção da IH, pois permanece maior tempo na assistência aos pacientes, quando comparada a outros profissionais da equipe multidisciplinar.

Evidenciou-se que a equipe de enfermagem teve dificuldades em definir IH, não descrevendo o real conceito definido. Outro problema evidenciado sobre a definição de biofilme, onde se constatou que grande parte dos profissionais não teve conhecimento sobre este e a forma de preveni-lo. Os profissionais que souberam definir corretamente o biofilme são enfermeiros e alguns técnicos de enfermagem.

Apesar das evidências de problemas, os profissionais de enfermagem na UTI atuam de maneira estruturada e organizada com rotinas definidas. Quando interrogados sobre as práticas que previnem IH em UTI, estes foram além em suas respostas informando de forma clara e objetiva as práticas do cotidiano que previnem a IH; principalmente em relação ao período de troca dos curativos dos cateteres, materiais utilizados na realização destes e os diferentes tipos de curativos dos cateteres.

Além dos treinamentos ofertados pela equipe de educação continuada nas UTI's é necessário que haja um maior investimento em pesquisas com relação à prevenção da IH, correlacionando com as atuais práticas da equipe de enfermagem, identificando possibilidades de reformulação dos protocolos utilizados, promovendo melhoria na qualidade da assistência prestada aos pacientes, focando o uso da incorporação da

evidência à prática clínica.

REFERÊNCIAS

- ALVES, M.; MELLO, R.A. Trabalho em equipe entre profissionais da enfermagem em um centro de terapia intensiva. *Ciência, Cuidado e Saúde*: vol 5, n. 3, set/dez 2006.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 2616 de 12 de Maio de 1998. Estabelecem diretrizes e normas para a prevenção e controle das infecções hospitalares. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1998.
- BRASIL, Resolução – RDC Nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de unidade de terapia intensiva e dá outras providências.
- BRASIL, Resolução - RDC Nº 42, de 25 de outubro de 2010, que dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do país, e das outras providências.
- BRASIL. AGENCIA NACIONAL DE VIGILANCIA SANITARIA – ANVISA. Ministério da Saúde. Higienização das Mãos em Serviços de Saúde. Brasília, 2007.
- BRASIL. Decreto 94.406, de 08 de Junho de 1987. Regulamenta a Lei nº7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Lei n. 302, de 16 de março de 2005. Dispõe sobre as normas para anotação das responsabilidades técnicas do Enfermeiro (a), em virtude do serviço de enfermagem nos estabelecimentos das instituições e empresas públicas, privadas e filantrópicas. Rio de Janeiro, 2005.
- COUTO, Renato Camargos. Guia Prático de Controle de Infecção Hospitalar. 2ª edição. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2004.
- DUCCI, Adriana Janzante; PADILHA, Katia Grillo; TELLES Sandra Cristina Ribeiro; GUTIERREZ, Beatriz Aparecida Ozello. Gravidade de Pacientes e Demanda de Trabalho de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: Análise Evolutiva Segundo o TISS-28 v. 16, n. 1, Janeiro/Março 2004.
- Erdman Rt, Lentz RA. Conhecimento e prática de cuidados mais livres de riscos de infecções hospitalares e o processo de aprendizagem contínua no trabalho em saúde. *Revista texto & contexto Enfermagem*. 2004; 13: 34 – 49.
- GARNER, J.S.; FAVERO, M.S. Guideline for handwashing and hospital environment control , 1985 . Atlanta, Centers for Disease Control, 1985.
- KNOBEL, Elias. *Condutas do Paciente Grave*. 3ª ed. São Paulo: Atheneu, 2006.
- LÓPEZ, M. A.; LA CRUZ, M. J. R. *Guias Práticos de Enfermagem: Hospitalização*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Mc Graw Hill, 2002.
- MARTINS, Maria Aparecida. *Manual de Infecção Hospitalar: Epidemiologia, Prevenção e Controle*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2001.
- Menezes FH. Acesso venoso e arterial. In: Terzi RGG & Araújo S. eds. *Monitorização hemodinâmica e suporte cardiocirculatório do paciente crítico*. São Paulo: Atheneu, 1996; 53-81.

MOURA, Maria Eliete Batista; CAMPELO, Sônia Maria de Araújo; BRITO, Francisca Cortez Prado de; BATISTA, Odinéa Maria Amorim; ARAÚJO, Telma Maria Evangelista de; OLIVEIRA, Adélia Dalva da Silva. Infecção hospitalar: estudo de prevalência em um hospital público de ensino. Revista Brasileira de Enfermagem. 2007, vol.60, n.4.

OLIVEIRA, CARDOSO, MASCARENHJAS. Precauções de contato em unidade de terapia intensiva: facilitadores e dificultadores para adesão dos profissionais. Rev. Esc enferm USP. BH, 2010; 44 (1):161-5

OLIVEIRA, Adriana Cristina de. Infecções Hospitalares, 1ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2005.

PEREIRA, Milca Severino; SOUZA, Adenícia Custódia Silva e; TIPPLE, Anaclara Ferreira Veiga; PRADO, Marinésia Aparecida do. A infecção hospitalar e suas implicações para o cuidar da enfermagem. Texto Contexto Enfermagem. Santa Catarina, vol 14, n 2, abr/jun 2005.

PIMENTEL, M N. Atuação do enfermeiro no controle da infecção hospitalar. Publicado em: 05/05/2009. Disponível em: www.webartigos.com. Acessado em 05/04/2011 as 19:00 horas.

PINHEIRO, Silma. Formação de biofilmes: um breve ensaio. Intravenous Publicação Especializada em Terapia Intravenosa, ano VI, nº 16, janeiro – maio de 2006.

SANTOS, Adélia Aparecida M. dos. Higienização das mãos no controle das infecções em serviços de saúde. RAS _ Vol. 4, Nº 15 – Abr-Jun, 2002.

TRANQUITELLI, Ana Maria; PADILHA, Katia Grillo. Sistemas de classificação de pacientes como instrumentos de gestão em Unidades de Terapia Intensiva Rev Esc Enferm USP, 2007; 41(1): 141-6.

TURRINI, RNT. Percepção das Enfermeiras sobre fatores de risco para a infecção hospitalar. Rev.Esc.Enf. USP, v. 34, n. 2, p. 174-84, jun. 2000.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UM PACIENTE COM FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR ASSISTIDO NA ATENÇÃO PRIMARIA A SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 05/06/2020

Data de submissão: 24/02/2020

Árgila Gonçalves de Carvalho Santana

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Feira de Santana - BA

<http://lattes.cnpq.br/0450666485116554>

Stephanie Bonfim Fonseca

Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

Salvador - BA

<http://lattes.cnpq.br/3565367763555264>

Camila de Oliveira Passos Rodrigues

Dayube

Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

Salvador – BA

<http://lattes.cnpq.br/1827152147466273>

Fabiane Pereira Cerqueira

Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

Salvador – BA

<http://lattes.cnpq.br/7264420272252269>

Tássia Palmeira Coelho

Universidade Católica do Salvador

Salvador Bahia

<https://orcid.org/0000-0002-5263-5986>

Lizziane Gois Arcanjo

Faculdade Sete de Setembro

Paulo Afonso-BA

<http://lattes.cnpq.br/3742791425558992>

Irlane Cristina Almeida dos Santos

Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

Salvador-BA

<http://lattes.cnpq.br/4566980980707771>

Wadson Andrey Batista Macêdo

Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

Juazeiro-BA

<http://lattes.cnpq.br/9022764903479190>

Magda Oliveira da Silva

Faculdade de Juazeiro do Norte

Juazeiro do Norte - CE

<http://lattes.cnpq.br/2802871566694873>

Raabe Moraes Pereira

Faculdade Anísio Teixeira

Feira de Santana-BA

<http://lattes.cnpq.br/3666461535172418>

RESUMO: A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) configura-se como uma metodologia para organizar e sistematizar o cuidado, com base nos princípios do método científico. A estratificação de risco cardiovascular na Atenção Primária a Saúde (APS) é baseado no Escore de *Framingan*, sendo avaliadas as seguintes variáveis: idade (>50 anos), elevadas taxas de Colesterol Total (CT); baixo *High Density Lipoproteins* (HDL); fumante; Pressão Arterial Sistêmica (PAS) elevada e Diabetes Mellitus (DM) tipo II. Relatar a experiência

da aplicação da SAE a um paciente com alto risco cardiovascular assistido na Atenção Primária à Saúde (APS). Foi prestada assistência a um paciente, sexo masculino, 58 anos, sobrepeso grau II, ansioso, hipertenso, diabético e com alto risco cardiovascular de acordo com a escala de Framingham, com lesão em MID, evoluindo para amputação decorrente de neuropatia diabética, inicialmente manteve resistente a sistematização assistida, mas após sensibilização, aceitou aderir aos cuidados. Conclui-se que Notou-se também que o cuidado através da SAE é possível obter resultados positivos em um curto intervalo de tempo, tendo em vista que controle dos fatores de risco CV, incluindo PA e HGT estabilizou.

PALAVRAS-CHAVE: Doenças Cardiovasculares; Fatores de Risco; Cuidados de Enfermagem; Atenção primária à saúde.

SYSTEMATIZATION OF NURSING CARE A PATIENT WITH CARDIOVASCULAR RISK FACTORS IN A BASIC HEALTH UNIT: EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: The Nursing Care Systematization (SAE) is configured as a methodology to organize and systematize care, based on the principles of the scientific method. The stratification of cardiovascular risk in Primary Health Care (PHC) is based on the Framingham Score, with the following variables being assessed: age (> 50 years), high Total Cholesterol (TC) rates; low High Density Lipoproteins (HDL); smoker; High Systemic Blood Pressure (SBP) and Diabetes Mellitus (DM) type II. To report the experience of applying SAE to a patient with high cardiovascular risk assisted in Primary Health Care (PHC). Assistance was given to a 58-year-old male patient, overweight grade II, anxious, hypertensive, diabetic and with high cardiovascular risk according to the Framingham scale, with MID injury, progressing to amputation due to diabetic neuropathy, initially maintained resistant to systematization assistance, but after awareness, accepted to adhere to care. It is concluded that It was also noted that care through SAE is possible to obtain positive results in a short period of time, considering that control of CV risk factors, including BP and HGT has stabilized.

KEYWORDS: Cardiovascular diseases; Risk factors; Nursing care; Primary health care.

1 | INTRODUÇÃO

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) configura-se como uma metodologia para organizar e sistematizar o cuidado, com base nos princípios do método científico. Tem como objetivos identificar as situações de saúde-doença e as necessidades de cuidados de enfermagem, bem como subsidiar as intervenções de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade (PENEDO; SPIRI, 2014).

Os fatores de risco cardiovascular podem ser classificados como modificáveis (dislipidemia, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), sedentarismo, estresse, tabagismo, etilismo, menopausa, obesidade, dentre outros) e não modificáveis

(sexo, idade e antecedente patológico familiar direto e indireto). As manifestações clínicas dessa doença, habitualmente, têm início após a meia-idade (50 anos) e podem estar diretamente ligadas à sobrecarga de cobranças no trabalho e ao estresse (SANTANA et al., 2019).

Na atenção primária a saúde o principal Escore utilizado para estratificação do risco cardiovascular é o de Framingham. A estratificação é pontuada como maior risco aqueles indivíduos que possuem idade acima de 50 anos; com elevadas taxas de Colesterol Total (CT); baixo HDL; fumante; PAS alterada. Após contagem da pontuação desses itens, é considerado alto risco se somado a DM, história familiar pregressa de cardiopatia ou IAM; sedentarismo, dentre outros (PIMENTA; CALDEIRA, 2014).

São consideradas Risco Baixo quando possuir Escore de Risco Global (ERG) <5% em homens ou mulheres; Risco Intermediário quando possuir ERG 5 a 10% em homens e 5 a 10% em mulheres com DM, sem DASC ou ER; Risco Alto aqueles que possuem ERG >20% em homens e 10% em mulheres, DAS, Aneurisma Abdominal, DRC e LDL alto; Risco muito Alto aqueles que possuem >50% de obstrução ateros (PRECOMA et al., 2019).

A DM é um dos principais fatores de risco cardiovascular, estando a frente HAS. O diagnóstico de DM impõe um risco de Insuficiência Cardíaca (IC) de 2 a 5 vezes quando comparados a pacientes que não tem diabetes. A cardiomiopatia diabética é caracterizada por uma fibrose miocárdica e hipertrofia com disfunção diastólica do Ventrículo esquerdo; inicialmente apresenta-se de forma assintomática, evoluindo para disfunção sistólica, seguida de IC, podendo se manifestar por meio de arritmias e morte súbita. A Síndrome Metabólica (SM) e DM compõe um espectro de doenças multissistêmicas que contribui para Doença Arterial Coronária (DAC), sendo a SM um dos principais fatores de risco cardiovascular (RADIGONDA et al., 2016).

É considerado HAS indivíduos com a Pressão Arterial Sistêmica (PAS) >140x90mmHg (PRECOMA et al., 2019). Um dos fatores de risco mais importantes para a doença Cardiovascular (CV), onde o indivíduo apresenta muito mais chances de aterosclerose elevando a probabilidade de Acidente Vascular Cerebral (AVC), IC, DAC, insuficiência vascular periférica e doença renal. Embora exista uma gama de medicamentos, a baixa adesão a pacientes assistidos na atenção primária é um entrave na terapêutica (MALACHIAS et al., 2016).

Este estudo objetivou relatar a experiência da sistematização da assistência em enfermagem (SAE) a um paciente com alto risco cardiovascular assistido na Atenção Primária à Saúde (APS).

2 | MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de revisão integrativa e de abordagem qualitativa. A técnica de coleta de dados se processou em três etapas: pesquisa bibliográfica, observação direta e análise dos problemas identificados. A busca das referências bibliográficas nesta pesquisa foi realizada por meio de palavras-chaves disponíveis nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SCIELO (Scientific Eletronic Library On-line) e em Protocolos da Atenção Básica.

Tratou-se de um estudo descritivo e exploratório cujos dados foram coletados através de anamnese, exame físico e informações coletadas durante as consultas de enfermagem e visitas domiciliar, visando uma melhor adequação dos diagnósticos de enfermagem, fundamentado no referencial teórico acerca das patologias e nas práticas do cuidar específico da equipe de enfermagem.

3 | ABORDAGEM CIENTÍFICA

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um modelo de ação social integrada e descentralizada de matiz constitucional como vimos anteriormente. Seu conceito é obtido na legislação ordinária, através da Lei nº 8.080/90, como sendo “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (DOMINGOS et al., 2016).

Quanto à gestão administrativa, compete ao Ministério Saúde e ao Departamento Nacional de Saúde, por meio de seus órgãos vinculados, colaborarem com o planejamento das ações de saúde no sentido de garantir o acesso, assistência e atendimento igualitário da saúde a toda a sociedade conforme preconiza a CF/88. (FALEIROS et al, 2006).

A estratificação do risco cardiovascular é realizado rotineiramente no programa de Hipertensão e Diabetes, intitulado por HIPERDIA. Este é consolidado por intermédio dos profissionais atuantes na APS, que ao implementam ações para os usuários e demonstram a importância do controle, tratamento e prevenção dos riscos cardiovasculares, entre eles, o controle da HAS e DM. A educação e rastreamentos dos fatores de risco para DCV instigam modelos de atenção mais responsáveis e estimulam nos usuários o autocuidado, corresponsabilizando-os pela sua própria saúde (RIBEIRO; COTTA; RIBEIRO, 2012).

O Sistema Hiperdia tem por finalidades permitir o monitoramento dos pacientes captados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão e ao Diabetes Mellitus, e gerar informação para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos os pacientes cadastrados (FEITOSA; PIMENTEL, 2016).

Percebe-se, então, que a educação para a promoção da saúde é inegável e tem sido

reconhecida através dos tempos por diferentes autores como fator imprescindível para a melhoria da qualidade de vida. A abordagem educativa deve, portanto, estar presente em todas as ações para promover a saúde e prevenir as doenças facilitando a incorporação de ideias e práticas corretas que passem a fazer parte do cotidiano das pessoas de forma a atender suas reais necessidades. (PELICIONI; PELICIONI, 2007).

O enfermeiro envolvido neste tratamento tem a responsabilidade no fornecimento de cuidados de saúde primários, conscientizados sobre uma realidade nas ações do dia a dia, para que o paciente tome as melhores decisões que permitam maior controle da pressão arterial e prevenção de outras doenças (MENDES, 2008). Faz parte do processo apoiar e ensinar o paciente a aderir ao regime de tratamento, implementar as mudanças do estilo de vida, tomar os medicamentos conforme a prescrição e agendar as consultas de acompanhamento, para monitorar o progresso, identificar e tratar quaisquer complicações da doença (BRUNNER, 2007).

4 | ESTUDO DE CASO

4.1 EVOLUÇÃO CLÍNICA

Paciente, sexo masculino, 58 anos, sobrepeso grau II, ansioso, hipertenso, diabético e com alto risco cardiovascular de acordo com a escala de Framingham.

História clínica: Paciente iniciou acompanhamento na atenção primária em 2004 após aferição da pressão arterial em ação de saúde onde apresentou níveis pressóricos elevados (150x96mmHg). Nessa ocasião o paciente era assintomático e relatava início da patologia há 10 anos da admissão na unidade porém sem tratamento. Nesse período já apresentava níveis glicêmicos elevados (210mg/dl) em tratamento não farmacológico. Ao longo do tempo, manteve uma assiduidade ineficaz às consultas do programa de Hiperdia, apresentando intervalos de anos entre atendimentos.

O paciente apresentou uma lesão em MIE de difícil cicatrização, evoluindo para amputação decorrente de neuropatia diabética. Em virtude dos esforços laborais, o paciente apresentou uma lesão em MID, no dorso e na região de maléolo de pé direito. Atualmente essa lesão é tratada com fibrinase e colagenase associada a clorafenicol, curativo realizado pelo próprio paciente que recusa a assistência de enfermagem para o procedimento.

No momento, o paciente faz uso de cadeiras rodas para melhor locomoção, porém sobe e desce escadas sozinho; está afastado das atividades laborais; e mantém assiduidade eficaz (quando comparado ao atendimento inicial) as consultas e avaliações da equipe da APS.

Exames laboratoriais: Glicemia de Jejum 186mg/dl, colesterol total 289 mg/dl, HDL-colesterol 28 mg/dl, LDL-colesterol não calculado devido aos valores elevados de

triglicérides (450 mg/dl), Sumário de Urina demonstrando presença de proteínas.

5 | SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Problemas	Diagnósticos	Prescrições	Aprazamento
Insônia Ansiedade	Risco para depressão Relacionado a sono insatisfatório e ansiedade. evidenciado por relato verbal de dificuldade para adormecer.	Orientar a família a proporcionar conforto e tranquilidade ao paciente para restabelecer padrão de sono.	Durante a visita domiciliar
		Diminuir fatores que possam trazer ansiedade ao paciente;	Diariamente
		Administrar fármacos prescritos (fluoxetina e Rivrotril)	Conforme orientação médica, atentando para a dose prescrita.
		Procurar proporcionar ao paciente as condições de um sono tranquilo, controlando o emocional.	Durante a visita domiciliar e consulta de enfermagem
Risco Cardiovascular	Níveis pressóricos elevados Evidenciado por aumento na pressão arterial.	Orientar à verificação de PA;	Diariamente
		Administrar fármaco hipotensor conforme prescrição médica;	Conforme prescrição médica, seguindo os horários adequadamente.
		Orientar quanto à ingestão de alimentação hipossódica a paciente ;	Período das refeições
		Atentar para alterações no ritmo cardíaco;	Durante a visita domiciliar e consulta de rotina
		Avaliar sinais e sintomas de HAS: cefaléia, dor precordial, dificuldade respiratória, edema.	Durante consulta de Hiperdia

Problemas	Diagnósticos	Prescrições	Apazamento
Edema Em MID	Risco para integridade da pele prejudicada Relacionado a mudanças no estado hídrico e no turgor da pele.	Instruir paciente a manter a extremidade edemaciada elevada por 5 minutos	Elevar os MMII do paciente por 5 minutos auxiliando no retorno venoso;
		Proteger a pele edemaciada contra lesões com óleo linoleico;	Manhã e Noite
	Volume de líquidos excessivos, relacionado à drenagem linfática inadequada evidenciada por membro inferior edemaciado.	Atentar para sinais de ressecamento da pele bem como ocorrência de fissuras	Durante VD e consultas de enfermagem
		Administrar fármacos (diuréticos, anti-hipertensivos);	Conforme prescrição médica seguindo os horários corretos.
		Verificar condições da lesão presente no MID	Atentar para sinais de infecção além do edema, como hiperemia, dor, calor e a presença de secreção.
Recusa em aderir adequadamente à terapêutica nutricional prescrita	Déficit de conhecimento sobre Risco Cardiovascular Relacionada a interpretação errônea de instruções, dificuldade em seguir as orientações e limitações cognitivas inerentes ao idoso.	Avaliar, documentar e relatar fatores que contribuem para o déficit de conhecimento	Durante a VD e a consulta de enfermagem
		Orientar em linguagem e momentos adequados, facilitando o aprendizado do usuário.	Durante a VD e a consulta de enfermagem

Problemas	Diagnósticos	Prescrições	Aprazamento
Lesão ulcerada em MID em processo de cicatrização	Integridade Tissular Prejudicada Relacionado ao traumatismo tissular, secundário a neuropatia diabética. Risco para infecção relacionado a descontinuidade do tecido dérmico possibilitando a entrada de microorganismos patogênicos nos sistema orgânico.	Explicar ao paciente a importância do curativo e da avaliação freqüente das secreções drenadas no local da ferida;	Antes de realizar o procedimento.
		Avaliar condições da cobertura, observando umidade e presença de secreção e exsudatos;	Durante a realização do curativo; durante a VD e consultas.
		Manter curativo oclusivo enquanto houver secreção;	Após realização do curativo
		Realizar limpeza da úlcera diabética e da pele adjacente com SF 0,9%, atentando para técnica asséptica.	1x ao dia ou sempre que necessário
		Aplicar cobertura conforme a orientação médica: fibrinase e colagenase com clorafenicol	Após a limpeza com SF 0.9%
		Estar atento á sinais e sintomas de piora da infecção como aumento da secreção, aumento da área de hiperemia e dor;	Diariamente
		Instruir familiares quanto as medidas de prevenção de infecções.	Durante as visitas e atendimentos domiciliares

6 | CONCLUSÃO

Durante a assistência prestada ao paciente buscou-se ampliar os conhecimentos sobre as patologias do paciente para que assim possamos associar a teoria com a prática, prestando uma assistência adequada e livre de erros, foi possível identificar que o cuidado e assistência humanizada ao paciente fez toda diferença, o incentivo quanto às modificações nos hábitos alimentares, uso correto das medicações, a frequência na realização dos curativos na USF, nas consultas de Hiperdia e saúde do homem e o controle de PA e HGT na APS influenciaram diretamente no bem-estar do paciente.

Pode-se concluir a partir do período vivenciado durante as visitas domiciliares, a importância da assistência de enfermagem ao paciente com HAS, DM, e Úlceras decorrente de uma neuropatia diabética. Diante de situações como essa, compete ao enfermeiro buscar informações sobre a doença e as possíveis intervenções a serem implementadas para solucionar os diagnósticos de enfermagem identificados, promover a educação continuada da equipe, além de fornecer orientações ao paciente.

Por tanto, conclui-se que o estudo de caso proporcionou um ganho para o conhecimento teórico/prático e, principalmente, auxiliou na formação da postura ética e profissional. Assim, o objetivo do trabalho foi alcançado, pois este acompanhamento domiciliar serviu de estímulo para o paciente em estudo sensibilizou-se quanto a importância do rastreamento dos riscos cardiovasculares e como o controle dos fatores de risco influem diretamente no bom prognóstico do paciente.

Notou-se também que o cuidado através da SAE é possível obter resultados positivos em um curto intervalo de tempo, tendo em vista que controle dos fatores de risco CV, incluindo PA e HGT estabilizou como nunca esteve, como demonstra os resultados no quadro 1.

Este trabalho permitiu exercitar habilidades de raciocínio crítico, levantamento e análise de problemas e planejamento de cuidados, que são elementos essenciais para o trabalho da enfermagem na APS.

DATA	PRESSÃO ARTERIAL	HGT
10/04/20xx	180 x 100mmHg	369mmHg
17/04/20xx	130 x 110mmHg	259mmHg
19/04/20xx	140 x 90 mmHg	-
24/04/20xx	150 x 90 mmHg	290mmHg
26/04/20xx	120 x 80 mmHg	-
03/05/20xx	140 x 80 mmHg	210 mmHg
08/05/20xx	130 x 100mmHg	189mmHg
10/05/20xx	110 x 80 mmHg	146mmHg

Quadro 1. Acompanhamento dos níveis pressóricos e de HGT.

REFERÊNCIAS

- BRUNNER; S. **Tratado de enfermagem médico - cirúrgico**. Tradução José Eduardo Ferreira Figueiredo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
- DOMINGOS, C.M. et al . A legislação da atenção básica do Sistema Único de Saúde: uma análise documental. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, 2016.
- FALEIROS, V.O, et al. **Histórico do Sus**: a construção da reforma sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- MALACHIAS, MVB et al . 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial: Capítulo 4 - Estratificação de Risco Cardiovascular. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 107, n. 3, supl. 3, p. 18-24, Sept. 2016 .
- MENDES, K.D.S. et al. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto - enferm. v.17, n.4, Florianópolis, out/dez, 2008.
- PENEDO, R.M; SPIRI, W. C. Significado da Sistematização da Assistência de Enfermagem para enfermeiros gerentes. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 27, n. 1, p. 86-92, Feb. 2014.
- PIMENTA, Henderson Barbosa; CALDEIRA, Antônio Prates. Fatores de risco cardiovascular do Escore de Framingham entre hipertensos assistidos por equipes de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 6, p. 1731-1739, June 2014 .
- RADIGONDA, Bárbara et al . Avaliação do acompanhamento de pacientes adultos com hipertensão arterial e ou diabetes melito pela Estratégia Saúde da Família e identificação de fatores associados, Cambé-PR, 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25, n. 1, p. 115-126, mar. 2016.
- RIBEIRO, Amanda Gomes; COTTA, Rosângela Minardi Mitre; RIBEIRO, Sônia Machado Rocha. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 1, p. 7-17, Jan. 2012 .

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PACIENTES INTERNADOS NO CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA E ENFERMARIA NEUROLÓGICA EM UM HOSPITAL FILANTRÓPICO

Data de aceite: 05/06/2020

Data de Submissão: 22/02/2020

Paola Correa

Centro Universitário Barão de Mauá, Ribeirão Preto – SP

<http://lattes.cnpq.br/7833815578667840>

Daiane Cristina de Mello Silva

Centro Universitário Barão de Mauá, Ribeirão Preto – SP

Rafaella Aparecida Leite

Centro Universitário Barão de Mauá, Ribeirão Preto – SP

<http://lattes.cnpq.br/2245119849863341>

Viviane Ferreira

Doutora, Enfermeira, Centro Universitário Barão de Mauá, Ribeirão Preto – SP

<http://lattes.cnpq.br/0041684875927708>

RESUMO: Objetivo: Identificar os principais diagnósticos de enfermagem presentes nos pacientes acometidos por acidente vascular encefálico (AVE). **Método:** Trata-se de uma pesquisa de campo do tipo descritiva, prospectiva, observacional com análise quantitativa de dados. Foram realizadas entrevistas com os pacientes e/ou familiares, exame físico dos mesmos e análise de seus

prontuários durante o período de fevereiro a junho de 2017, pacientes estes, internados no centro de terapia intensiva e enfermaria neurológica de um hospital filantrópico, na cidade de Ribeirão Preto – SP. **Resultados:** Foram avaliados 23 pacientes, na faixa etária predominantemente de 59 a 69 (52%) anos. Destes, 12 (52%) eram femininos, 18 (78%) caucasianos, 9 (39%) aposentados, seguidos de 7 (30%) donas de casa, 2 (8%) desempregados e 13 (57%) casados. Quanto ao nível de escolaridade, 12 (52%) cursaram o segundo grau. Quanto às comorbidades, 8 (35%) possuíam hipertensão arterial sistêmica, seguidos de 4 (17%) usuários de tabaco e 2 (8%) com doenças cardíacas. Quanto aos tipos de AVEs, 13 (57%) foram Isquêmicos e 10 (43%) Hemorrágicos. Quanto aos diagnósticos de enfermagem, os três diagnósticos reais mais frequentes foram: 12 (52%) deambulação prejudicada, 11 (48%) comunicação verbal prejudicada e 5 (22%) mobilidade no leito prejudicada. Os três diagnósticos de risco mais frequentes foram: 10 (43%) risco de infecção, 9 (39%) risco de queda e 7 (30%) risco de lesão de pele. **Discussão:** A alta incidência desses diagnósticos de enfermagem, justifica-se pelo fato de o AVE ser uma doença dos neurônios motores superiores que pode resultar na perda

do controle voluntário em relação aos movimentos motores. **Conclusão:** Enfatiza-se que, após uma assistência de enfermagem individualizada e sistematizada, é altamente provável a promoção da recuperação da saúde do paciente e uma minimização de sequelas do AVE, diminuindo, portanto, o tempo de permanência no hospital além de complicações relacionadas a esses agravos, promovendo uma melhor qualidade de vida ao paciente.

PALAVRAS - CHAVE: AVE. Diagnósticos. Enfermagem.

SYSTEMATIZATION OF NURSING CARE ASSISTANCE FOR HOSPITALIZED PATIENTS IN THE INTENSIVE THERAPY CENTER AND NEUROLOGICAL INFIRMARY IN A PHILANTHROPIC HOSPITAL

ABSTRACT: Objective: To identify the main nursing care diagnosis present in cerebral vascular accident (CVA) patients. **Method:** This is an observational, prospective, descriptive field study with a quantitative analysis of data. Interviews with patients and/or family members, physical examinations, and patients records analysis were carried out during the period from February to June 2017, They were hospitalized in the intensive therapy center and neurological infirmary in a philanthropic hospital in the city of Ribeirão Preto, SP. **Findings:** 23 patients were analyzed, predominantly in the 59 to 69 age range (52%). 12 (52%) of them were female, 18 (78%) caucasian, 9 (39%) retired, followed by 7 (30%) housewives, 2 (8%) unemployed, and 13 (57%) married. As to education level, 12 (52%) got second degree. As to comorbidities, 8 (35%) had systemic arterial hypertension, followed by 4 (17%) tobacco users and 2 (8%) cardiac disease carriers. As to types of CVA, 13 (57%) were Ischemic and 10 (43%) Hemorrhagic. As to nursing care diagnosis, the three most frequent real diagnosis were: 12 (52%) impaired walking capacity, 11 (48%) impaired verbal communication capacity, and 5 (22%) impaired bed mobility capacity. The three riskiest most frequent diagnosis were: 10 (43%) infection risk factors, 9 (39%) fall risk factors, and 7 (30%) skin lesion risk factors. **Discussion:** The high incidence rate of these nursing diagnosis is justified by the fact that CVA is an upper motor neuron disease which can result in voluntary control loss in relation to motor movements. **Conclusion:** It is highly probable that systematized and individualized nursing care promotes patient's health recovery, resulting in the minimization of CVA permanent side-effects, allowing both hospital stay and complications related to these grievances to be reduced, promoting better life quality to the patient.

KEYWORDS: CVA. Diagnosis. Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) pode ser definido como déficit neurológico focal súbito, devido a uma lesão vascular, os tipos são: acidente vascular cerebral isquêmico (AVCi) ou anóxico – isquêmico, ocorre quando um coágulo bloqueia ou impede o fluxo sanguíneo, privando encéfalo de oxigênio e nutrientes essenciais e o acidente vascular cerebral hemorrágico (AVCh), ocorre quando os vasos se rompem, causando

derramamento de sangue no interior ou ao redor do encéfalo. Representa a principal causa de morte na população adulta brasileira, ao passo que 80% tem origem AVCi e 20% AVCh (CARVALHO et al., 2015).

O AVE é a segunda maior causa de morte no mundo, com aproximadamente 5,7 milhões de casos por ano, caracterizando cerca de 10% de todos os óbitos mundiais (BOTELHO et al., 2016). Mais de 85% dessas mortes ocorrem em pessoas que vivem em países de baixa e média renda e um terço ocorre em pessoas com menos de 70 anos de idade (ARRAIS JUNIOR; LIMA; SILVA, 2016). Nos países ocidentais, é a terceira causa mais comum de óbito, ficando atrás apenas de doenças cardiovasculares e o câncer, sendo a maior causa de incapacidades neurológicas em adultos (MAZZOLA et al., 2007).

Quanto aos fatores de risco, são considerados fatores não modificáveis: a hereditariedade, idade, o sexo e a raça, sendo que o sexo masculino e a raça negra apresentam maior incidência de AVE isquêmico. Entre os fatores de risco modificáveis, a hipertensão arterial é o principal deles, os diabéticos, aterosclerose, cardiopatas, tabagistas, estilistas, sedentarismo e o uso de anticoncepcionais orais são também considerados fatores de risco (MAZZOLA et al., 2007; CASTRO et al., 2009). Já no que diz respeito às consequências do AVE, podem ser citados as sequelas dependendo do grau da debilidade e da região lesionada. As consequências podem ser divididas em cinco principais grupos de déficit de funções, são elas as funções motoras, sensoriais, cognitivas, comunicativas e emocionais (BARROS; PASSOS; NUNES, 2012).

A precariedade de tratamentos sofisticados e especializados, um cuidado integrado salva vidas e diminui a morbidade que resulta de um AVE. Programas de reabilitação melhoram sua capacidade funcional, levando-as a voltar ao convívio social em 80% dos casos (PRADO et al., 2008).

2 | OBJETIVO

Este estudo objetivou identificar e caracterizar o perfil sociodemográfico e os principais diagnósticos de enfermagem de pacientes com AVE internados em um centro de terapia intensiva e enfermagem neurológica de um hospital filantrópico do interior do estado de São Paulo.

3 | MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de campo do tipo descritiva, prospectiva, observacional com análise quantitativa de dados. Foram realizadas entrevistas com os pacientes e/ou familiares, exame físico do paciente e análise do prontuário durante o período de fevereiro a junho de 2017, internados no centro de terapia intensiva e enfermagem neurológica de um hospital filantrópico, na cidade de Ribeirão Preto – SP.

O hospital filantrópico também é um hospital escola e conta com a ajuda financeira do centro universitário, a fim de disponibilizar setores para os alunos estagiarem durante a graduação de vários cursos na área da saúde. Especificamente, o Centro de Terapia Intensiva Adulto (CTI) que também é um campo de estágio para os alunos, recebe vários tipos de pacientes com diversas patologias como cardiologia, nefrologia, neurologia, traumatologia, ortopedia, entre outros. Porém a área predominante é a de neurologia e neurocirurgia devido à grande demanda de pacientes com patologias nessa área. A maioria dos pacientes são atendidos pelo Sistema único de Saúde (SUS) sendo no total a taxa de ocupação de 90% ao mês. Já a enfermaria neurológica atende apenas o SUS e conta com 11 leitos onde internam pacientes provenientes da CTI, Centro Cirúrgico e eletivos para algum procedimento, todos na área de neurologia e neurocirurgia com diagnósticos como acidente vascular encefálico (AVE), hemorragia subdural aguda (HSA), hemorragia subdural (HSD), aneurismas, dentre outras, sendo a taxa de ocupação de 85% ao mês.

A amostra foi selecionada através de coleta de dados com análise de todos os prontuários, exame físico e entrevista com o paciente e/ou familiar naqueles pacientes que tivessem o diagnóstico de AVC. Os mesmos que participaram da pesquisa, o paciente e/ou familiar leram, aceitaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

As variáveis avaliadas foram: idade, sexo, ocupação, nível de escolaridade, estado civil, fatores de risco, tipo de AVE e diagnóstico de enfermagem mais frequentes. As análises dos dados foram realizadas de forma descritiva e foram relacionados através de planilhas no Excel 2013.

O projeto de pesquisa foi encaminhado para a Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos de acordo com todos preceitos éticos exigidos.

4 | RESULTADOS

Foram avaliados 23 pacientes cuja faixa etária predominante foi de 59 a 69 (52%) anos. Em relação ao sexo, 12 (52%) eram femininos e 11 (48%) masculinos, a cor da pele 18 (78%) eram caucasianos e 5 (22%) pele negra. As ocupações predominantes foram de 9 (39%) aposentados, seguido de 7 (30%) donas de casa e 2 (8%) desempregados. Quanto ao nível de escolaridade mais que a metade 12 (52%) cursaram o segundo grau. Quanto ao estado civil predominou com 13 (57%) casados.

Em relação ao fator de risco isolado o mais encontrado foi 8 (35%) Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) seguido de 4 (17%) usuários de tabaco e 2 (8%) Doenças Cardíacas. Quanto aos tipos de AVEs, 13 (57%) foram Isquêmicos e 10 (43%) Hemorrágicos.

Todos os 23 (100%) pacientes realizaram o exame de Tomografia Computadorizada de Crânio para constatar o tipo de AVE e 9 (39%) dos fizeram outros exames de imagens,

sendo: 3 (13%) eletroencefalograma, 3 (13%) Ressonância Magnética de crânio; 1 (4%) Arteriografia digital; 1 (4%) Doppler e 1 (4%) Ecocardiograma transtorácico.

Os sinais apresentados no momento do AVE referidos pelos pacientes e/ou familiares foram: 6 (26%) desmaio, 5 (21,5%) paresia de um lado, 2 (8,7%) fraqueza muscular e 10 (43,8 %) outros, tais como cefaleia, tontura, afasia, cervicalgia, confusão mental, etc. E os sinais e sintomas identificados no exame físico após 24 horas da constatação do AVE foram: 13 (56,5%) pacientes sensação de fraqueza, seguido de distúrbio na fala 15 (65,2%), dificuldade para movimentar-se 13 (56,5%), dormência nos membros superiores e inferiores em 11 (47,8%), dentre outros. Em relação aos diagnósticos de enfermagem, os três diagnósticos reais mais frequentes foram 12 (52%) deambulação prejudicada, 11 (48%) comunicação verbal prejudicada e 5 (22%) mobilidade no leito prejudicada. Os três diagnósticos de risco mais frequentes foram 10(43%) risco de infecção, 9 (39%) risco de queda e 7 (30%) risco de lesão de pele.

5 | DISCUSSÃO

Na literatura, o estudo de Falcão et al. (2004) menciona o AVE com prevalecte o gênero masculino e acometendo com mais frequência à faixa etária dos 60 a 74 anos (RODRIGUES; SÁ; ALOUCHE, 2004). Os resultados deste estudo apresentam características controversas às da literatura, sendo que a prevalência observada foi do gênero feminino, porém em relação à idade, apresentaram semelhança aos da literatura, sendo entre 59 a 69 anos, em média, concordando com o mesmo autor, que, o AVC pode ser consequência de uma vida sedentária e de maus hábitos de uma sociedade moderna, levando a precocidade do primeiro episódio do AVE (FALCÃO et al, 2004).

Em relação à cor da pele dos pacientes, 78% eram caucasianos, contestando aos dados encontrados na literatura, que observaram que o AVE acometem duas vezes mais em cor da pele negra segundo estudo de Nitri e Bascheschi (2003). Os dados controversos a literatura encontrada neste estudo em relação ao predomínio em mulheres e caucasianas, pode ser explicado por dados do IBGE 2010, onde há o maior número de mulheres e cor da pele branca nesta cidade no interior de São Paulo.

Quanto à etiologia do AVE, houve maior incidência de AVE isquêmico (57%) em relação ao hemorrágico, características semelhantes a outros estudos (BRUNO et al, 2000).

Entre os fatores de risco os que mais prevaleceram em ordem decrescente, HAS, tabagismo e doenças cardíacas. Segundo Pereira (2004), vários autores concordam que a HAS e um fator de risco predominante, indo de encontro com os dados encontrado neste estudo.

Quanto os sinais e sintomas com maior frequência apresentado pelo paciente no momento do AVE, dados fornecidos pelo paciente quando possível, pelo acompanhante

e por análise de prontuário, foram: desmaio, parestesia de um lado do corpo e fraqueza muscular. Em relação aos sinais e sintomas apresentados pelos pacientes após 24 horas do AVE, em ordem decrescente: sensação de fraqueza, distúrbio da fala, dificuldade para movimentar-se e dormência nos membros superiores e inferiores. Devido a essas sequelas deixadas pelo AVE, o paciente provavelmente precisará de auxílio para realizar suas necessidades básicas, sendo assim, surge a importância da sistematização da assistência de enfermagem, onde será prescritos os cuidados necessários para esse tipo de patologia.

No entanto, o Processo de Enfermagem tem representado o principal modelo metodológico para a prática do enfermeiro. Pode ser visto também como um instrumento tecnológico utilizado para favorecer o cuidado, organizar as condições necessárias à realização do cuidado e para documentar a prática profissional (LIMA et al, 2008).

A identificação dos diagnósticos de enfermagem é uma das etapas do processo de enfermagem, sendo uma etapa crucial para a elaboração do plano de cuidados. Assim, como verificado nesta revisão, os diagnósticos de enfermagem “deambulação prejudicada”, “mobilidade no leito prejudicada”, “risco de infecção” e “risco de queda” destacaram-se entre os mais prevalentes em pacientes pós-AVE. Estudar diagnósticos de enfermagem, mais especificamente diagnósticos como “risco de quedas” e “mobilidade física prejudicada” em sobreviventes de AVE, denota importância e contribui para a prática da enfermagem baseada em evidências (COSTA et al., 2010). A alta incidência desses diagnósticos de enfermagem se justifica pelo fato de o AVC ser uma doença dos neurônios motores superiores que pode resultar na perda do controle voluntário em relação aos movimentos motores. Como os neurônios motores superiores decussam (cruzam), um distúrbio do controle motor voluntário em um lado do corpo pode refletir a lesão dos neurônios motores superiores no lado oposto do cérebro, causando disfunções como hemiplegia e hemiparesia (SMELTZER; BARE, 2012).

Em relação ao acompanhamento com o paciente e acompanhante, finalizava quando o paciente recebia alta médica, óbito, transferência para outra instituição ou quando o próprio cliente ou familiar/cuidador desistia de participar da pesquisa.

6 | CONCLUSÃO

Neste estudo, evidencia a ocorrência do aumento de AVE em adultos jovens e não apenas em pessoas idosas, o que pode ser influenciado pelas rotinas de trabalho, estresse e fatores de risco como a Hipertensão Arterial Sistêmica, por isso é importância e investimento na promoção de saúde, sendo necessário dar ênfase na prevenção, com orientações quanto à necessidade de uma alimentação saudável, prática de exercícios físicos, e informar as complicações e consequências que a doença pode trazer para o

paciente e familiar.

Enfatiza-se que uma assistência de enfermagem individualizada e sistematizada irá promover a recuperação da saúde do paciente, para que as sequelas do AVE possam ser minimizadas, com isso diminuir o tempo de permanência no hospital e complicações relacionadas a esses agravos, promovendo uma melhor qualidade de vida ao paciente.

REFERÊNCIAS

- ARRAIS JÚNIOR, S.L.; LIMA, A.M; SILVA, T.G. Atuação dos profissionais fisioterapeutas na reabilitação do paciente vítima de acidente vascular encefálico. **Rev. Interd.** Teresina - PI, jul. ago. set, 2016.
- BARROS, S. L. A.; PASSOS, N. R. S.; NUNES, M. A. S. N. Estudo inicial sobre acidente vascular cerebral e *serious games* para aplicação do projeto “AVC” do Núcleo de Tecnologia Assistiva da UFS. **Revista Geintec.** São Cristóvão – SE, 2012.
- BOTELHO, T.S. et al. Epidemiologia do Acidente Vascular Cerebral no Brasil. **Temas em Saúde.** João Pessoa - PB, 2016.
- BRUNO, A.A., et al. Perfil dos pacientes hemiplégicos atendidos no Lar Escola São Francisco - Centro de Reabilitação. **Acta Fisiátrica** 2000; 7(3):92-4.
- CARVALHO, M.A. et al. Epidemiologia dos Acidentes Vasculares Encefálicos Atendidos por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Rev. Enferm. UFPE Online.** Recife - PE, mar 2015.
- CASTRO, J.A.B. et al. Estudo dos principais fatores de risco para acidente vascular encefálico. **Rev. Bras. Clin. Med.** São Paulo – SP, 2009.
- COSTA, A.G.S., et al. Nursing diagnosis: impaired physical mobility in patients with stroke. **Rev Esc Enferm USP.** 2010[cited 2015 Apr 22];47;44(3):753-8.
- FALCÃO, I.V. et al. Acidente vascular cerebral precoce: Implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema Único de Saúde. **Rev Bras Saúde Mater Infant** 2004; 4(1):95-101.
- LIMA, A.C.M.A.C.C. et al. Diagnósticos de Enfermagem em pacientes com acidente vascular cerebral: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem - REBEn.** Fortaleza – CE, 2008.
- MAZZOLA, D. et al. Perfil dos pacientes acometidos por acidente vascular encefálico assistidos na Clínica de Fisioterapia Neurológica na Universidade de Passo Fundo. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde.** Fortaleza - CE, 2007.
- NITRINI, R.; BACHESCHI, L.A. A Neurologia que todo médico deve saber. São Paulo: **Ateneu**; 2003.
- PEREIRA, S.; COELHO, F.B.; BARROS, H. Acidente vascular cerebral: hospitalização, mortalidade e prognóstico. **Acta Med Port** 2004; 17:187-92.
- POLESE, J. C. et al. Avaliação da funcionalidade de indivíduos acometidos por Acidente Vascular Encefálico. **Rev. Neurocienc.** Passo Fundo – RS, 2008.
- RODRIGUES, J.E.; SÁ, M.S.; ALOUCHE, S.R. Perfil dos pacientes acometidos por AVE tratados na clínica escola de fisioterapia da UMESP. **Revista Neurociências** 2004;12(3):117-22.
- SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 12ª ed. Rio de

ANEXO 1

Instrumento de Coleta de Dados

Identificação

Nome: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Idade: _____ anos Sexo () Masculino () Feminino

Nível de escolaridade: _____ Estado civil: _____

Filhos: () Sim () Não Quantos: _____

Tem Familiares: () Sim () Não - Se sim, Quem (descrever): _____

Data de admissão: ____/____/____

Diagnóstico: _____

Leito: _____

Entrevista (familiares ou prontuário)

Como e quando começou a sentir problemas: _____

Quais e como foram os primeiros sinais e sintomas: _____

Condutas tomadas frente aos sinais e sintomas: _____

Ocupação antes da doença: _____

Já foi submetido a alguma cirurgia? Qual? _____

Fatores de risco / história pregressa da doença

() Doença respiratória

() Doença cardíaca

() Doença do metabolismo

() Doença Renal

() Sedentarismo

() Obesidade, Peso: _____ IMC _____

Faz uso de contraceptivo () Sim, qual _____ () Não

Exame físico

- Oxigenação

Ausculda Pulmonar

Pontos de Ausculta	Murmúrios Vesiculares	Sons Brônquicos	Brônquicos Vesiculares	Creptações	Sibilos	Roncos	Atrito Pleural	Estridor Laríngeo
Traquéia								
Região esternal								
Brônquico D								
Brônquico E								
Ápice D								
Ápice E								
Base D								
Base E								

FR: _____ mov/min, característica _____ SpO2: _____%

Batimento de asa nasal () Sim () Não

Uso de musculatura acessória () Sim, qual _____ () Não

Tiragem intercostal () Sim () Não

Aporte de oxigenação

Ar ambiente () Macro Nebulização O2 () _____ L/min Cateter Nasal O2 ()

_____ L/min Venturi O2 () Sim, porcentagem: _____, O2 _____ L/min Máscara

simples

(), _____ L/min VNI () tipo _____

Se fizer uso de aporte descrito a cima:

Algia torácica () Sim, intensidade _____ (0 = ausência de dor a 10 = dor excessiva)

VMI () cânula _____ mm, rima labial _____ cm, modo _____, FiO2 _____, Vol

Corrente _____ P. Pico _____ PEEP _____ FR _____

Traqueostomia (), data da cirurgia _____

Secreção () Sim, características () Ausente

- Circulação

FC _____ bpm, ritmo () sinusal () arritmico

PA _____ x _____ mmHg P.A.I () sim () não

Pulso _____, característica _____

PVC () sim, valor _____ mmHg () não

Perfusão periférica () preservada () diminuída, onde _____

Soroterapia () sim (citar acesso) _____ () não

Medicações _____

Dor no peito () sim () não, se sim, característica, quando e intensidade _____

Ausculta cardíaca

Focos de ausculta		1° bulha	2° bulha	Som de galope	Atrito pericardico	Sopros	Sinais e sintomas	Sinais e sintomas
Foco aórtico						Palpitações () Sim () Não	Ingurgitamento de jugular () Sim () Não	
Foco pulmonar						Sincope () Sim () Não	Rede venosa visível no tórax () Sim () Não	
Ictus cordis						Intolerância a atividades () Sim () Não	Edema local () Sim () Não	
Foco tricúspide						Frêmitos () Sim () Não		

Monitorização de PIC () sim, _____ mmHg, implantada em ____/____/____

() não

DVE () sim, implantada em ____/____/____ () não

Craniectomia () sim, calota sepultada em _____ () não

Craniotomia () sim () não

Sobre o AVE

Sinais e sintomas

() sensação de fraqueza

() distúrbios na fala

() alterações de visão

() dormência MMSS ou MMII

() Convulsões

() paralisia em alguma parte do corpo, qual _____

() dificuldade para se movimentar

() tontura

() desequilíbrio

() desvio de rima

() perda do controle da urina

() outro

Diagnóstico AVE

Isquêmico () Hemorrágico ()

Trombolizado () sim, medicação _____ () não

Exames laboratoriais realizados

- LDL e HDL – Alterado sim não
- Triglicerídeos - Alterado sim não
- Ácido úrico - Alterado sim não
- Glicemia de jejum – Alterado sim não
- Hemograma completo - Alterado sim não
- Gasometria pH____ P_{Co2}____ mmHg P_{o2}____ mmHg SaTo₂____ % BE____
HCo₂____ mEq/l
- Hemocultura resultado _____
- Urinálise - Alterado sim não
- Uréia e creatinina - Alterado sim não
- Urocultura resultado _____
- Sorologia para chagas - Alterado sim não
- Sorologia para Sífilis - Alterado sim não
- Coagulograma - Alterado sim não
- Velocidade de hemossedimentação - Alterado sim não
- Proteína reativa C - Alterado sim não
- Eletroforese de proteínas - Alterado sim não
- Outras culturas _____

Exames complementares e de neuroimagem

- Eletrocardiograma, laudo _____
- Raio X de tórax, laudo _____
- Doppler - Doppler transcrâniano Ecocardiograma transtorácico
- Ecocardiograma transesofágico
- Ressonância Magnética de crânio
- Angiorressonância ou angiotomografia dos vasos extra ou intracranianos
- Arteriografia digital

Nível de consciência

Escala de coma de Glasgow

Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1

Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensíveis	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

Total máximo	Total mínimo	Intubação
15	3	8

Pontuação atingida _____ pontos

Escala de sedação de Ramsay

() grau 1 – paciente ansioso, agitado, colabora e atende

() grau 2 – cooperativo, orientado, tranquilo, colabora e atende

() grau 3 – sonolento, atende aos comandos

() grau 4 – dormindo, responde rapidamente ao estímulo glabellar ou ao estímulo sonoro vigoroso

() grau 5 – dormindo, responde lentamente ao estímulo glabellar ou ao estímulo sonoro vigoroso

() grau 6 – dormindo, sem resposta

Termoregulação

Temperatura axilar ____°C

Temperatura esofágica ____°C

Temperatura central ____°C

Hidratação

() mucosas () pele () oral () turgor

Nutrição

() Via oral sem auxílio () Via oral com auxílio parcial () Via oral com auxílio total Aceitação _____

() SNG, narina _____ () SNE, narina _____ () SOG () SOE

() Gastrostomia () Jejunostomia

Faz uso de NPT () sim, _____mL/H () não

Abdome

() plano () globoso () escavado () ascítico

() normotenso () tenso () distendido () flácido

Eliminação

Urinária

- () SVA, frequência _____
- () SVD – sistema () fechado () aberto
- () Cistostomia
- () Diálise
- () Espontânea
- () Diurese normal () Anúria () Hematúria () Oligúria () Poliúria
- () Polaciúria () Disúria () Incontinência () Urina turva ()

Retenção

- () Hidrocele () Leucorréia () Menorragia () Metrorragia

Fecal

- () Colostomia
- () Ileostomia
- () Normal () Constipação () Melena () Enterorragia () Pastosa
- () Semi pastosa () Diarreia

Integridade da física

Pele

- () íntegra () corada () hidratada () turgor preservado () temperatura normal ao toque () fria ao toque () quente ao toque () desidratada () hipocorada () ictérica () rubor
- () eritema, local _____ () escoriação, local _____
- () fissura, local _____ () herpes zoster, local _____
- () bolha, local _____ () hematoma, local _____
- () crosta, local _____ () pápula, local _____
- () edema, local _____ () equimose, local _____
- () prurido, onde e características _____ () petéquia, onde _____

- () Incisão cirúrgica, local e características _____

- () Úlcera por pressão, onde, estagiamento e tipo de curativo _____

Mecânica corporal

- () atrofia muscular, local _____
- () espasmo muscular, local _____
- () plegia, local _____ () hemiplegia, local _____
- () paresia, local _____ () parestesia, local _____
- () deambula sem auxílio () deambula com auxílio, qual _____
- () acamado, porém movimentado se () acamado sem movimentação

Aspectos de higiene corporal

- () satisfatório () regular () insatisfatório, descrever _____
- () outro _____

ANEXO 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nome da Pesquisa: Sistematização da Assistência de Enfermagem de Pacientes com Acidente Vascular Encefálico.

Investigadores Responsáveis: Viviane Ferreira; Daiane Cristina de Melo Silva; Paola Corrêa.

O paciente com Acidente Vascular Encefálico, possui grande probabilidade de adquirir sequelas da doença assim como ter uma recuperação lenta. A Sistematização da Assistência de Enfermagem é um procedimento com objetivo de focalizar e organizar os cuidados a serem prestados de forma a atender as principais necessidades do paciente. Com essa sistematização o cuidado será bem direcionado, e isto pode permitir que as sequelas sejam minimizadas e que a recuperação seja mais rápida.

O Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar de um projeto de pesquisa para avaliar e identificar os cuidados de enfermagem prestados, e a sistematização da assistência e enfermagem proposta para pacientes com acidente vascular encefálico internados em um Centro de Terapia Intensiva situada em uma cidade do interior de São Paulo.

O que eu devo fazer se quiser participar do estudo?

Caso o (a) senhor (a) concorde participar da pesquisa, deverá ser incluído nas seguintes etapas:

1. Coleta de informações que serão retiradas do seu prontuário médico, relacionadas à doença, tais como tratamentos já utilizados, resultados de exames, dados pessoais, exame físico, dentre outros.
2. Responder a um questionário.

Quais são os benefícios e riscos desta pesquisa?

Os benefícios serão o aumento do conhecimento dos profissionais da enfermagem e da área da saúde sobre as necessidades destes clientes, e a formulação de diagnósticos e prescrições de enfermagem mais eficazes para a diminuição de sequelas da doença e aumento de rapidez da recuperação.

Os riscos que a pesquisa podem apresentar são o constrangimento do paciente ou familiar durante a entrevista que será realizada para coleta de dados, e pode ocorrer desconforto do paciente durante a realização do exame físico, caso isto ocorra o entrevistador conduzirá a entrevista de forma que o paciente ou familiar se sinta mais à vontade ao responder as perguntas, esclarecerá qualquer dúvida dos mesmos, e explicará

a importância da realização do exame físico, e caso necessário interromperá a coleta.

E se eu não quiser participar da pesquisa?

A participação neste trabalho é voluntária. Caso o(a) senhor(a) não queira participar desta pesquisa, isto não trará qualquer prejuízo à continuidade do seu tratamento. Do mesmo modo, o(a) senhor(a) poderá, a qualquer momento retirar o seu consentimento em participar da pesquisa, sem que isto lhe traga qualquer consequência. Caso concorde em participar o(a) senhor(a) terá:

1. A garantia de receber respostas a qualquer pergunta ou a qualquer dúvida sobre os procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa;
2. A liberdade de retirar o seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar da pesquisa, sem que isto traga prejuízo à continuação do seu tratamento médico;
3. A segurança de que não será identificado nesta pesquisa e que será mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à sua privacidade;
4. O direito de receber informações atualizadas durante a pesquisa, ainda que isto possa afetar a sua vontade em continuar participando da mesma.

Suas dúvidas podem ser esclarecidas a qualquer momento com os pesquisadores.

Pesquisadores: Viviane Ferreira, Daiane Cristina de Melo Silva e Paola Corrêa.

Telefones para contato: (16) 98184-6232; (16) 99219-1252; (16) 99358-7858.

Em caso de dúvida sobre a ética da pesquisa o(a) Sr(a) também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa:

- Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Barão de Mauá. Endereço: Rua Ramos de Azevedo 423, sala 98, 2º Andar, Secretaria do CEP-BM Ribeirão Preto. Telefone: (16) **3603-6624**; E-mail: cepbm@baraodemaua.br

“Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo”. Eu discuti com _____ (preencher o nome do pesquisador principal) sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço”.

“Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e

Esclarecido deste paciente (ou representante legal) para a participação neste estudo. Declaro ainda que me comprometo a cumprir todos os termos aqui descritos”.

Caso concorde em participar da pesquisa e após esclarecimentos ou dúvidas, 2 vias do termo originais serão assinadas pelo senhor e pelo pesquisador e todas as páginas serão rubricadas. O (a) Sr. (a) ficará com uma via original e a outra ficará com os pesquisadores.

Nome do Sujeito de Pesquisa:

Assinatura: _____

Data: _____

Nome do pesquisador que obteve o Termo de Consentimento:

Assinatura: _____

Data: _____

S/N: Nome da

Testemunha: _____

Assinatura: _____

Data: _____

USO DE TECNOLOGIAS NO CUIDADO EM ENFERMAGEM: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 05/06/2020

Data de submissão: 06/05/2020

Aron Souza Setúbal

Acadêmico de Enfermagem da Universidade
Federal do Maranhão-UFMA
Imperatriz- MA
<http://lattes.cnpq.br/7173686975109197>

Lucas dos Santos Conceição

Acadêmico de Enfermagem da Universidade
Federal do Maranhão-UFMA
Imperatriz- MA
<http://lattes.cnpq.br/6102612553192239>

Pedro Igor de Oliveira Silva

Acadêmico de Enfermagem da Universidade
Federal do Maranhão-UFMA
Imperatriz- MA
<http://lattes.cnpq.br/9861812001591465>

Gabriel dos Anjos Valuar

Acadêmico de Enfermagem da Universidade
Federal do Maranhão-UFMA
Imperatriz- MA
<http://lattes.cnpq.br/1954654478694682>

Danilo de Jesus Costa

Acadêmico de Enfermagem da Universidade
Federal do Maranhão-UFMA
Imperatriz- MA
<http://lattes.cnpq.br/6430840862474217>

Glória Amorim de Araújo

Acadêmica de Enfermagem da Universidade

Federal do Maranhão-UFMA

Imperatriz- MA

<http://lattes.cnpq.br/3503705049484981>

Jhonatan Andrade Rocha

Acadêmico de Enfermagem da Universidade
Federal do Maranhão-UFMA
Imperatriz- MA
<http://lattes.cnpq.br/8279911391625540>

Kecya Pollyana de Oliveira Silva

Acadêmica de Enfermagem da Universidade
Federal do Maranhão-UFMA
Imperatriz- MA
<http://lattes.cnpq.br/2176758154479000>

Luanna Saory Kamada Miranda

Acadêmica de Enfermagem da Universidade
Federal do Maranhão-UFMA
Imperatriz- MA
<http://lattes.cnpq.br/1895107562224749>

Lucas Macieira Sousa da Silva

Acadêmico de Enfermagem da Universidade
Federal do Maranhão-UFMA.
Imperatriz- MA
<http://lattes.cnpq.br/0201166136382087>

Mauro Francisco Brito Filho

Graduado em enfermagem da Universidade
Federal do Pará- UFPA
Parauapebas- PA
<http://lattes.cnpq.br/4539786317462230>

Wanderson Lucas Castro de Sousa

Acadêmico de Enfermagem da Universidade
Federal do Maranhão-UFMA

RESUMO: As Tecnologias têm se tornado cada vez mais presente na vida diária de profissionais de enfermagem em todo o mundo. A aplicação e o uso de tecnologias aperfeiçoaram a prática no cuidado, tanto em atividades técnico-assistenciais e burocrático-administrativas, como nas relações interpessoais estabelecidas entre os diferentes sujeitos envolvidos. **Objetivo:** Caracterizar e esclarecer o uso das tecnologias na ótica da enfermagem e analisar as concepções sobre o uso dessas tecnologias no cuidado de enfermagem. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de revisão integrativa, realizou-se um levantamento bibliográfico nas bases de dados Lilacs, Medline/Pubmed e BDENF, utilizando os descritores Enfermagem; tecnologias em saúde treze artigos compuseram a amostra dessa revisão. **Resultados e discussão:** A vivência desvelou os questionamentos e reflexões, que concebem acerca do uso das tecnologias e contextualizar sua realidade profissional para compreender a complexidade, para a enfermagem contemporânea destacando a influência e implicações da inovação tecnológica no setor saúde, no qual se sobressaem as tecnologias. **Conclusão:** As tecnologias quando adicionadas ao processo de cuidar em enfermagem e aos sistemas organizacionais aumenta a complexidade do trabalho dos enfermeiros, porém, também potencializa a redução da sobrecarga de trabalho, melhorando a qualidade do cuidado e assistência, orientando a adoção de condutas para sua melhoria do cuidado diminuindo por sua vez, eventos adversos e erros.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Tecnologias em saúde.

USE OF TECHNOLOGIES IN NURSING CARE: AN INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: Technologies have become increasingly present in the daily lives of nursing professionals around the world. The application and use of technologies improved the practice in care, both in technical-assistance and bureaucratic-administrative activities, as well as in interpersonal relationships established between the different subjects involved. **Objective:** To characterize and clarify the use of technologies from the perspective of nursing and to analyze the conceptions about the use of these technologies in nursing care. **Methodology:** This is an integrative review study, and a bibliographic survey was carried out in lilacs, medline/pubmed and bdenf databases, using the descriptors Nursing; health technologies thirteen articles comprised the sample of this review. Results and discussion: The experience unveiled the questions and reflections, which conceive the about the use of technologies and contextualize their professional reality to understand complexity, for contemporary nursing highlighting the influence and implications of technological innovation in the health sector, in which technologies stand out. **Conclusion:** The technologies when added to the nursing care process and organizational systems increases the complexity of nurses' work, but also

potentiates the reduction of work overload, improving the quality of care and care, guiding the adoption of conducts to improve care, in turn, adverse events and errors.

KEYWORDS: Nursing; Health technologies.

1 | INTRODUÇÃO

Desde meados do século XX, houve um aumento exponencial da importância das tecnologias, de modo a tornar inconcebível, nos dias atuais, a prestação de serviços de qualidade sem esses recursos. Um exemplo, são os avanços das tecnologias médico-científicas, que têm dado enormes contribuições à saúde das pessoas: basta mencionar os avanços decorrentes da invenção ou da descoberta de antissépticos, anestésicos, antibióticos, vacinas, etc. (SOUZA, 2016).

No campo da saúde, a tecnologia é ambígua pois permeia tanto a perspectiva de engenharia quanto a de humanidade e se classificam em: a) Leves: como as relações do tipo produção de vínculo, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho; b) Leve-duras: saberes estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica e a epidemiologia; c) Duras: material concreto, como máquinas, normas, estruturas organizacionais (PEREIRA, 2012).

Na enfermagem, a tecnologia gera impacto significativo no processo de trabalho, pois ela se manifesta por meio do conhecimento e habilidades adquiridas durante todo seu processo de formação acadêmica, junto a habilidades associadas aos recursos e objetos em suas práticas no dia a dia, ou seja, o cuidado envolve todas as dimensões tecnológicas no campo da saúde (CARGININ, 2016).

Para esse segmento da área da saúde, a tecnologia pode ser aplicada em áreas como: na área assistencial (curativas, utilização de máquinas, prontuários eletrônicos) e no processo ensino e aprendizado (QUEIROZ, 2017).

Pereira (2012), complementa afirmando que o cuidado realizado pela enfermagem é um processo que envolve muitas ações e diante da complexidade para sua realização, faz-se necessária a utilização de tecnologias apropriadas. Independente da tecnologia utilizada, o enfermeiro deve desempenhar um papel humanizado, lutando pelo bem-estar das pessoas, preservando seu conforto e vida, requerendo dos enfermeiros reflexão contínua acerca das suas posturas enquanto cuidadores de seres humanos.

Nesse contexto tecnológico, este artigo tem como objetivo, caracterizar e esclarecer o uso das tecnologias na ótica da enfermagem e analisar as concepções sobre o uso dessas tecnologias no cuidado de enfermagem.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa, a escolha desse tipo de estudo permite analisar pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos; Ademais, a revisão integrativa proporciona aos profissionais de saúde dados relevantes de um determinado assunto, em diferentes lugares e momentos, mantendo-os atualizados e facilitando as mudanças na prática clínica como consequência da pesquisa (MENDES;2008).

A pesquisa obedeceu às seguintes etapas: escolha do tema, questão de pesquisa, busca ou amostragem na literatura, categorização dos estudos, avaliação dos estudos, interpretação dos resultados e apresentação da revisão. Sendo assim, usou-se como questão norteadora: Como o uso de tecnologias pode melhorar no cuidado de enfermagem?

Para o levantamento dos dados, realizou-se uma busca nas seguintes bases online: Literatura Latino- Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (MEDLINE/PUBMED), Banco de Dados da Enfermagem (BDENF), usou-se como descritores “Enfermagem; Tecnologias em saúde”, sendo combinados entre si.

Foram incluídos artigos que respondiam a questão norteadora, publicados nos idiomas português, inglês e espanhol disponibilizados na íntegra e indexados nos referidos bancos de dados no período de 2010 a 2020, sendo excluídos artigos de revisão narrativa de literatura, teses, dissertações, monografia, relatos de experiência e artigos duplicados em mais de uma base de dados.

Os dados foram selecionados a partir de um instrumento adaptado com o intuito de garantir a precisão na extração das informações, contemplando: periódico, ano de publicação, país, autoria, título, tipo de estudo, objetivo, resultados e conclusão.

Para a síntese dos resultados, os dados foram dispostos em um quadro explicativo que ajudaram na organização das informações, em seguida realizada a análise das temáticas abordadas.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

A amostra final desta revisão foi constituída por dez artigos científicos, selecionados pelos critérios de inclusão previamente estabelecidos e encontram-se no quadro a seguir, com as seguintes informações: periódico, ano/país, título, tipo de estudo, objetivos, resultados e conclusão. O quadro 1 apresenta cada uma destas especificidades.

Nº	Periódico/ Ano/ País/ Autoria	Título/ Tipo de estudo	Objetivo	Resultados	Conclusão
1	Revista Aquichan. 2016. Colômbia. Sabino et al.	Use de tecnologia leve-dura nas práticas de enfermagem: Análise de conceito. Estudo reflexivo, com aplicação do método de análise conceitual de Walker e Avant.	O objetivo deste estudo foi esclarecer o conceito de tecnologia leve-dura nas práticas de enfermagem	O conceito de tecnologia estava relacionado ao de técnica; ao longo do tempo, sofreu mudanças e passou a se relacionar aos aspectos subjetivos e objetivos do cuidar. A tecnologia leve-dura ultrapassa os conhecimentos tecnológicos estruturados e apresenta grau de liberdade que proporciona aos profissionais inúmeras possibilidades de ações.	A análise do conceito de tecnologia leve-dura permitiu uma maior aproximação com a temática, de forma a clarificar algumas ideias e suscitar indagações. Percebeu-se que o uso do termo tecnologia vem sendo utilizado há muito tempo e pode ser empregado em diversos ambientes, além de poder ser usado no campo da enfermagem com o objetivo de melhorar o cuidado do profissional.
2	Rev enferm UFPE on line. 2016. Brasil. Cargnin et al.	Tecnologia no cuidado da enfermagem e a carga de trabalho em UTI. Estudo reflexivo teórico filosófico.	Refletir sobre o uso da tecnologia e a influência nas cargas de trabalho da equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva (UTI).	O ambiente da UTI é permeado de tecnologia de última geração e destinado ao tratamento de doentes graves, assim torna-se necessária a inovação tecnológica. Esta, por sua vez, modifica o processo de trabalho em saúde influenciando as cargas de trabalho dos profissionais da saúde, em especial a equipe de enfermagem que presta cuidado direto	O uso das tecnologias mostra-se fundamental no cuidado de enfermagem, no entanto, este deve ser norteado por princípios humanísticos, uma vez que repercute na atuação do enfermeiro e no cliente. O enfermeiro tem papel importante no uso da tecnologia de engenharias e de humanidades na área da saúde, no cuidado diário, assumindo responsabilidades para interpretar e influenciar a relação entre a tecnologia, a práxis do cuidado e a experiência humana.

3	<p>Texto & Contexto – Enfermagem.</p> <p>2010.</p> <p>Brasil.</p> <p>Baggio; Erdmann; Sasso</p>	<p>Cuidado humano e tecnologia na enfermagem contemporânea e complexa.</p> <p>Estudo reflexivo</p>	<p>Promover reflexões sobre cuidado humano, tecnologias da informação e o pensamento complexo no cenário contemporâneo da enfermagem</p>	<p>A presença das tecnologias é necessária e importante para o desenvolvimento da profissão e do cuidado humano. Essas tecnologias, quando adequada e inteligentemente utilizadas e administradas, poderão beneficiar a prática do cuidado ao ser humano em múltiplas esferas. Acredita-se, nesse sentido, que a enfermagem deve incorporar a tecnologia da informática para atender às necessidades da profissão e preencher lacunas existentes tanto na educação quanto na profissão, bem como promover e utilizar a tecnologia informatizada na pesquisa, no ensino, na assistência e na administração em enfermagem.</p>	<p>O contato e a convivência entre os seres humanos não devem ser ignorados, pois são percebidos como necessários e importantes para as relações de cuidado saudáveis e construtivas. A importância da tecnologia não pode ser maior que a do ser humano. O uso da tecnologia deve estar atrelado à satisfação de necessidades humanas, e o ser humano, seu criador, deve buscar aperfeiçoá-la para o seu benefício e da coletividade, como forma de cuidado.</p>
4	<p>Revista Brasileira de Enfermagem.</p> <p>2014.</p> <p>Brasil.</p> <p>Silva; Ferreira.</p>	<p>Tecnologia no cuidado de enfermagem: uma análise a partir do marco conceitual da Enfermagem Fundamental.</p> <p>Pesquisa de campo.</p>	<p>O objetivo foi discutir a aplicação de tecnologias no cuidado de enfermagem na terapia intensiva, tomando como referência o marco teórico-conceitual da Enfermagem Fundamental.</p>	<p>A tecnologia, a partir do domínio de uma linguagem tecnológica, fornece condições para que os fundamentos do cuidado de enfermagem possam ser efetivamente incorporados à prática do enfermeiro. A ideia de desumanização ligada à tecnologia pode ser explicada pelo modo como o enfermeiro significa as coisas afetas ao seu cotidiano, o qual orientará sua ação.</p>	<p>As estratégias que visem à melhoria do cuidado de enfermagem na TI devem proporcionar informações/experiências que levem o sujeito a reinterpretar o significado da tecnologia. Por fim, reafirma-se o pressuposto de que as tecnologias são recursos que ajudam a promover a vida, resgatar o humano através de um cuidado holístico, ético, de qualidade, fortalecendo assim o marco conceitual da Enfermagem Fundamental.</p>

5	<p>Revista de enfermagem da UFMS.</p> <p>2012.</p> <p>Brasil.</p> <p>Nietzsche et al.</p>	<p>Tecnologias inovadoras do cuidado em Enfermagem.</p> <p>Reflexão Teórica.</p>	<p>Refletir acerca da conceituação de tecnologia como campo do saber de enfermagem, bem como a produção de tecnologias na área.</p>	<p>A concepção de tecnologia é utilizada como um produto ou equipamento, entretanto, ela também compreende saberes para geração e utilização de produtos e organização das relações humanas. O saber de Enfermagem é constituído por técnicas e tecnologias produzidas em sua práxis, como: Tecnologias do Cuidado em Enfermagem e Tecnologias Educacionais.</p>	<p>Emerge a necessidade de (re) discutir as relações entre tecnologia e enfermagem, na perspectiva das humanidades que enfatizam a sociedade, exigindo um pensamento tecnológico que contemple a ambivalência, em relação à tecnologia, como uma força objetiva e material e como uma entidade construída socialmente.</p>
6	<p>HU Revista.</p> <p>2016.</p> <p>Brasil.</p> <p>Almeida; Fófano.</p>	<p>Tecnologias leves aplicadas ao cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva: uma revisão de literature.</p> <p>Revisão sistemática de literature.</p>	<p>Conhecer o modo como as tecnologias leves podem ser empregados na assistência no ambiente da Unidade de Terapia Intensiva, reforçando a complementaridade junto à tecnologia dura e favorecendo um cuidado humanizado.</p>	<p>O ambiente de UTI, por ser composto por máquinas, equipamentos, ruídos e limitações é permeado por sentimentos como: medo da morte, susto, estranhamento e outros que fazem parte da singularidade humana, que necessita da sensibilidade e criatividade do profissional, estabelecer vínculo e confiança e tranquilidade ao paciente inserido neste contexto, visando sua reabilitação e cura. Sobre o ambiente e o cuidado, ressalta-se que é necessário se envolver socialmente, emocionalmente e espiritualmente com o outro.</p>	<p>Percebeu-se a necessidade do desenvolvimento de tecnologias criativas voltadas para as relações humanas e a saúde, de forma integrada na Unidade de Terapia Intensiva, uma vez que estas se tornam peças chave para um cuidado de qualidade, integral e mais humano neste contexto envolvido por equipamentos tecnológicos e de sentimentos impresumíveis.</p>

7	<p>Revista Gaúcha de Enfermagem.</p> <p>2011.</p> <p>Brasil.</p> <p>Koerich et al.</p>	<p>Produção tecnológica Brasileira na área de enfermagem: avanços e desafios.</p> <p>Pesquisa documental retrospectiva</p>	<p>Analisar as patentes registradas na área de enfermagem já que as mesmas podem configurar como um dos indicadores do seu desenvolvimento</p>	<p>A ciência tem evoluído com vistas às necessidades concretas, da prática cotidiana. Contudo, observa-se que dos produtos lançados ao mercado direcionados ao cuidado de enfermagem e que contam com a capacidade de adquirir reconhecimento nos diversos ambientes de trabalho do setor de saúde, apenas 20% são desenvolvidos pelos profissionais da área. A liderança no desenvolvimento e registro de patentes se concentra nos profissionais das engenharias, que tem 60% das produções.</p>	<p>Os profissionais de enfermagem e os pesquisadores da área devem estabelecer métodos de aproximação relacionados ao processo de invenção. Destaque-se que é a partir do cotidiano das unidades hospitalares ou de saúde coletiva que surgem as necessidades de melhoria materiais ou imateriais.</p>
8	<p>Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção.</p> <p>2017.</p> <p>Brasil.</p> <p>Pissaia et al.</p>	<p>Tecnologias da informação e comunicação na assistência de enfermagem hospitalar.</p> <p>Estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa.</p>	<p>Elucidar as repercussões do uso das tecnologias do cuidar em saúde no processo do cuidado pela Enfermagem nas unidades de terapia intensiva.</p>	<p>A falta de conhecimento sobre a importância das TIC, o déficit na disponibilização de educação continuada aos profissionais e o preconceito cultural à novas metodologias de trabalho foram elencadas como fragilidades existentes. As contribuições estão relacionadas a organização e planejamento de suas atividades, bem como uma gestão pessoal efetiva pautada nos princípios de integralidade da assistência prestada ao cliente</p>	<p>As Tecnologias da Informação e Comunicação auxiliam nos processos de implantação e implementação de SAE, fomentando novos modelos de trabalhos aos enfermeiros e incentivando a adesão pelas instituições hospitalares</p>

9	<p>Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online.</p> <p>2010.</p> <p>Brasil.</p> <p>Silva; Carvalho; Figueiredo</p>	<p>Ambiente e tecnologia: uma reflexão acerca do cuidado de enfermagem e conforto no ambiente Hospitalar.</p> <p>Reflexão teórico-filosófica</p>	<p>Fornecer subsídios para uma reflexão teórico-filosófica acerca dos impactos determinados pelo paradigma biomédico, advindos do desenvolvimento científico-tecnológico e das ações de enfermagem decorrentes do ato de cuidar/confortar o corpo do cliente.</p>	<p>Enfocou-se a incorporação dos conhecimentos oriundos do paradigma dominante, determinando e impondo, assim, um novo ato próprio de ver, cuidar e agir sobre o corpo necessitado de cuidado/ conforto no cenário hospitalar.</p>	<p>As considerações a respeito do cuidado/ conforto, desenvolvidas pela Enfermagem, são realizadas a partir das concepções nightingaleanas, da compreensão do cuidado transcultural de Leininger e, de um modo mais específico, do conforto</p>
10	<p>Revista Rene.</p> <p>2014.</p> <p>Brasil.</p> <p>Áfio et al.</p>	<p>Análise do conceito de tecnologia educacional em enfermagem aplicada ao paciente.</p> <p>Método Evolucionário de Análise de Conceito.</p>	<p>Fazer uma análise do conceito de tecnologia educacional, produzido pela Enfermagem, aplicada ao paciente.</p>	<p>As tecnologias analisadas mostram a diversidade de ferramentas de que o enfermeiro se apropria para se comunicar com o paciente. A comunicação pode ocorrer face a face, como durante a utilização de cartilhas, manuais ou sessões de aconselhamento ou por via de recursos computacionais como softwares e websites. A produção desses materiais possibilita sua visualização como produtos, algo concreto que o paciente poderá visualizar de acordo com sua necessidade. Integrá-los ao processo ensino aprendizagem os torna potenciais mediadores no ato de cuidar.</p>	<p>Enfatiza-se a importância das tecnologias educacionais para o cuidado em Enfermagem, visto que os materiais de ensino dinamizam as atividades de Educação em Saúde, ação peculiar da Enfermagem.</p>

Quadro 1- Apresentação da amostra de acordo com autoria, ano/ país, periódico, tipo de estudo/níveis de evidencia, objetivos, resultados e conclusão

Fonte: Autor, 2020

Os artigos analisados foram publicados entre os anos de 2010 e 2016, respeitando um intervalo de 10 anos. Referente às questões autorais, destacaram-se artigos publicados por dois ou mais autores. Entre os artigos selecionados, os principais objetivos apresentados foram entender o conceito de tecnologia em enfermagem, analisar o impacto destas no

cuidado, e discutir a aplicação das mesmas no cuidado de enfermagem. Os autores também buscaram destacar outros objetivos, como a análise das patentes registradas na área da enfermagem, relacionando-as como indicador de desenvolvimento, ou buscar meios para oferecer subsídios para uma reflexão teórico-filosófica acerca dos impactos advindos do desenvolvimento científico-tecnológico e das ações de enfermagem decorrente do cuidado.

A maioria dos artigos selecionados (7 artigos) abordaram diretamente as tecnologias no cuidado de enfermagem, sendo que destes, dois artigos especificaram mais uma área de atuação, a UTI. Outros dois artigos, distanciaram mais do tema e abordaram as produções tecnológicas da enfermagem brasileira, buscando produtos gerados, e tecnologia educacional em enfermagem. Todos os artigos foram construídos com dados provenientes de bases dados eletrônicos, em especial a base de dados de Enfermagem (BDENF), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO); dos dez artigos selecionados, cinco são estudos reflexivos, enquanto os outros cinco se dividem em pesquisas de campo e documental, revisão sistemática, e método evolucionário de análise de conceito. Para os artigos de pesquisas de campo ou documentais foram utilizadas abordagens qualitativas, sendo a coleta dos dados feita através de entrevista e observação, consulta de bancos de registros e aplicação de questionários.

Sabino et al (2016), enfoca nas tecnologias leves-duras, demonstrando que esta permite a maior relação profissional-cliente, sendo a tecnologia utilizada pelo enfermeiro para esclarecimento de dúvidas e uma maneira para enfrentar dificuldades encontradas; enfatiza ainda a importância da tecnologia nas atividades educativas realizadas pelo enfermeiro, sendo estes avanços essenciais para o processo de trabalho e favorecimento no processo de cura. Cargnin et al (2016) descreve a tecnologia no cuidado na UTI, que esta é um ambiente com tecnologias de última geração, e mostra que a abordagem filosófica objetiva identificar a natureza da tecnologia e como se manifesta por meio das relações humanas.

Para Baggio, Erdmann e Sasso (2010), conceber e contextualizar o uso das tecnologias com base na realidade profissional é um desafio complexo para a enfermagem. Silva e Ferreira (2014) vê a tecnologia como um meio que fornece condições que o cuidado fundamental de enfermagem seja incorporado na prática do enfermeiro, sendo a ideia de desumanização ligada a tecnologia justificada pela forma que o enfermeiro significa as coisas que abala seu cotidiano. Nietzsche et al (2012) relatam que tecnologias de enfermagem são instrumentos utilizados por profissionais cotidianamente no desenvolvimento de sua praxis, e que o enfermeiro deve buscar a produção do seu próprio conhecimento, buscando resolver problemas decorrentes de enfermidades. Almeida e Fófano (2016) também focam no cuidado na UTI, ambiente composto por equipamentos onde rodeiam sentimentos como morte, susto e estranhamento, e por isso os autores enfatizam o uso de tecnologias leves.

Koerich et al (2011) investigaram patentes de produção tecnológica em enfermagem, e relataram que profissionais de enfermagem e os pesquisadores da área devem se aproximar do processo de invenção, pois a tecnologia transcende a área da saúde e traz a habilidade para criar o novo e propiciar avanços sociais. Segundo Pissaia et al (2017) o enfermeiro ao explorar as possibilidades existentes no uso das tecnologias experimenta um novo processo de aprendizagem mútua e contínua, frente a todos os aspectos aos quais fundamenta sua assistência. Silva, Carvalho e Figueiredo (2010) salientam que não se deve pensar somente nas tecnologias quando se trata de cuidado confortante, pois o ambiente é um fator que também deve ser considerado. No entanto, para Afio et al (2014) as tecnologias mostram a diversidade de ferramentas de que o enfermeiro se apropria para se comunicar com o paciente, e que as tecnologias facilitam a tomada de decisão por parte do paciente e/ou da família, e promove ações apropriadas para o bem-estar desenvolvidos pelo cuidado.

4 | CONCLUSÃO

Em vista do que foi explanado nas reflexões, deve-se evidenciar que o trabalho realizado pelos profissionais de enfermagem é complexo, e que gerenciar este trabalho em distintos ambientes, e com diversas é de extrema dificuldade. Não obstante, os enfermeiros estão constante exposição a novas tecnologias, que por sua vez, necessitam ser integradas nos sistemas de prestação do cuidado, enquanto que as políticas e procedimentos que gerenciam o uso das tecnologias preexistentes exigem garantias e seu uso correto.

As tecnologias quando adicionadas ao processo de cuidar em enfermagem e aos sistemas organizacionais aumenta a complexidade do trabalho dos enfermeiros, porém, também potencializa a redução da sobrecarga de trabalho, melhorando a qualidade do cuidado e assistência, orientando a adoção de condutas para sua melhoria do cuidado diminuindo por sua vez, eventos adversos e erros. Destarte, sob esta ótica, as tecnologias ajudam na preservação da dignidade humana e no resgate da autonomia do indivíduo.

Com isso, a importância das tecnologias não pode ser maior que a do ser humano, sendo que o uso da mesma deve estar vinculado à facilitação das necessidades do enfermeiro, e o profissional de enfermagem, deve sempre buscar aperfeiçoar-se em relação as TI para o benefício da coletividade e para efetivar o cuidar integral da população. Por fim, reafirma-se o pressuposto de que as tecnologias são recursos que ajudam a promover a vida, resgatar o humano através de um cuidado holístico, ético, de qualidade, fortalecendo assim o marco conceitual da Enfermagem Fundamental, tendo em vista sua base paradigmática.

REFERÊNCIAS

- ÁFIO, Aline Cruz Esmeraldo et al. **Análise do conceito de tecnologia educacional em enfermagem aplicada ao paciente.** Revista Rene, v. 15, n. 1, p. 158-165, 2014. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/8910/1/2014_art_mclsantos.pdf. Acesso em: 29 abr. 2020.
- ALMEIDA, Quenfins; FÓFANO, Gisele Aparecida. **Tecnologias leves aplicadas ao cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva: uma revisão de literatura.** HU Revista, v. 42, n. 3, p. 191-196, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/2494/891>. Acesso em: 26 abr. 2020.
- BAGGIO, Maria Aparecida; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; SASSO, Grace Teresinha Marcon Dal. **Cuidado humano e tecnologia na enfermagem contemporânea e complexa.** Texto contexto - Enfermagem, v. 19, n. 2, p. 378-385, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072010000200021&script=sci_arttext. Acesso em: 26 abr. 2020.
- CARGININ, Marcia Casaril dos Santos; OTTOBELLI, Caroline; BARLEM, Edison Luiz Devos; CEZAR-VAZ, Marta Regina. **TECNOLOGIA NO CUIDADO DA ENFERMAGEM E A CARGA DE TRABALHO EM UTI.** Revista de Enfermagem UFPE online, fev., 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11035/12431>. Acesso em: 28 abr. 2020.
- KOERICH, Micheline Henrique Araújo da Luz et al. **Produção tecnológica Brasileira na área de enfermagem: avanços e desafios.** Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 32, n. 4, p. 736-743, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n4/v32n4a14.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2020.
- NIETSCHE, Elisabeta Albertina et al. **Tecnologias inovadoras do cuidado em Enfermagem.** Revista de Enfermagem da UFSM, Local, v. 2, Número, p. 182-189, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/3591/3144>. Acesso em: 26 abr. 2020.
- PEREIRA, Camila Dannyelle Fernandes Dutra.; PINTO, Diana Paula de Souza Rêgo.; TOURINHO, Francis Solange Vieira; SANTOS, Viviane Euzébia Pereira. **Tecnologias em enfermagem e o impacto na prática assistencial.** Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde, v. 2, n. 4, 19 mar. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.18816/r-bits.v2i4.3331>. Acesso em: 28 abr. 2020.
- PISSAIA, Luís Felipe et al. **Tecnologias da informação e comunicação na assistência de enfermagem hospitalar.** Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção, v. 7, n. 4, p. 203-207, 2017. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/download/8959/6214>. Acesso em: 29 abr. 2020.
- QUEIROZ, Paula Elis Sousa; SCHULZ, Renata da Silva; BARBOSA, Josiane Dantas Viana. **Importância da tecnologia no processo de enfermagem para o tratamento de feridas crônicas.** Revista Enfermagem Contemporânea, v. 6, n. 2, p. 158-166, 30 out. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.v6i2.1182>. Acesso em: 27 abr. 2020.
- SABINO, Leidiane Minerva Moraes et al. **Uso de tecnologia leve durante as práticas de enfermagem: análise de conceito.** Revista Aquichan, v. 16, n. 2, p. 230-239, 2016. Disponível em: http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/23152/1/2016_art_lmmsabino.pdf Acesso em: 26 abr. 2019.
- SILVA, Carlos Roberto Lyra; CARVALHO, Vilma; FIGUEIREDO, Nêbia Maria Almeida. **Uma reflexão acerca do cuidado de Enfermagem e conforto no ambiente hospitalar.** Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, v. 2, n. 2, p. 883-888, 2010. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750818022.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2020.
- SILVA, Rafael Celestino; FERREIRA, Márcia de Assunção. **Tecnologia no cuidado de enfermagem: uma análise a partir do marco conceitual da Enfermagem Fundamental.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 67, n. 1, p. 111-118, 2014. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2670/267030130015.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2020.
- SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de. **Health, development and innovation: a contribution of the critical theory of technology to the discussion: a contribution of the critical theory of technology to the discussion.** Cadernos de Saúde Pública, v. 32, n. 2, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00029615>. Acesso em: 27 abr. 2020.

PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NA SEGURANÇA DE PACIENTES EM EXAMES DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

Data de aceite: 05/06/2020

Luzia Beatriz Rodrigues Bastos

Professor Assistente na Universidade da Amazônia/UNAMA, Belém, Pará.

Aline Rafaella Cruz de Abreu

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

Antônio Sérgio dos Reis Vaz Junior

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

Natália Cristina Nascimento Rodrigues Tavares

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

Diniz Antonio de Sena Bastos

Professor Assistente na Universidade do Estado do Pará/UEPA, Belém, Pará.

Karina Morais Wanzeler

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

RESUMO: A segurança do paciente é primordial e consiste na redução do risco de danos, nos processos assistenciais, de forma a alcançar os melhores resultados ao paciente. O estudo teve por objetivo analisar o desempenho do profissional de enfermagem, na prevenção e assistência aos eventos

adversos, na implantação e cumprimento de protocolos de segurança do paciente nos exames de tomografia computadorizada. Trata-se de um estudo qualitativo, realizado em clínica de diagnóstico por imagem, no município de Belém/PA, no período de março a setembro/2019, utilizando-se o questionário, como instrumento de coleta de dados, aplicado em dez profissionais de enfermagem, cuja análise ocorreu através da técnica de análise de conteúdo. As quatro categorias que emergiram no processo de apuração foram: necessidade da inclusão de profissionais de enfermagem no centro de diagnóstico por imagem; adesão aos protocolos de segurança dos pacientes submetidos a exames de imagem; necessidade de intervenção de enfermagem em casos de extravasamento de contraste; e responsabilidade do profissional de enfermagem no registro e notificação das reações adversas. O estudo concluiu a necessidade da presença do profissional de enfermagem nos exames de diagnóstico por imagem, a fim de oferecer uma assistência segura ao paciente em todo seu processo de atendimento.

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do paciente; Enfermagem; Exames de diagnóstico por imagem; Reações adversas.

ABSTRACT: Patient safety is paramount and consists of reducing the risk of damage, in care processes, in order to achieve the best results for the patient. The study aimed to analyze the performance of the nursing professional, in the prevention and assistance to adverse events, in the implementation and compliance with patient safety protocols in computed tomography exams. This is a qualitative study, carried out in a diagnostic imaging clinic, in the city of Belém / PA, from March to September / 2019, using the questionnaire as a data collection instrument, applied to ten health professionals. nursing, whose analysis occurred through the content analysis technique. The four categories that emerged in the investigation process were: the need to include nursing professionals in the diagnostic imaging center; adherence to safety protocols of patients undergoing imaging tests; need for nursing intervention in cases of contrast leakage; and the responsibility of the nursing professional in recording and reporting adverse reactions. The study concluded the need for the presence of the nursing professional in diagnostic imaging exams, in order to offer safe care to the patient throughout his care process.

KEYWORDS: Patient safety; Nursing; Diagnostic imaging tests; Adverse reactions.

1 | INTRODUÇÃO

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), mostram que de cada 100 pacientes internados em ambientes de saúde, sete (7) de países desenvolvidos e dez (10) de países em desenvolvimento adquirem infecções relacionadas à assistência à saúde. A segurança do paciente consiste na redução do risco de danos, atos inseguros nos processos assistenciais e uso das melhores práticas, de forma a alcançar os melhores resultados possíveis para o paciente (OMS, 2011).

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), criado em 2013, pelo Ministério da Saúde, vem com intuito de contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços e difundir a ideia de cultura de segurança dentro dos serviços de saúde, visando uma assistência mais segura, promovendo maior segurança para pacientes, profissionais de saúde e ambiente de assistência à saúde (BRASIL, 2013).

A qualidade da assistência é primordial cujas características envolvem: a definição do conceito de qualidade, diminuindo os resultados indesejáveis; a preocupação com o bem estar do paciente trazendo-o para o planejamento da assistência; e em terceiro, o envolvimento dos profissionais revelando a qualidade como um processo cultural e dinâmico, identificando, revisando e atualizando os protocolos de rotinas voltados à melhoria da assistência (VIDIGAL, 2010).

Nos centro de diagnóstico por imagem, faz-se necessário a atuação de profissionais de enfermagem capacitados na especificidade inerente à área, pois, são diversos os fatores que contribuem para a deficiência na assistência, como dimensionamento de pessoal,

quantidade de pacientes para realização de exames, inexperiência na atividade, o que acaba resultando em falhas no processo da assistência e cumprimento dos protocolos voltados para a segurança do paciente (DUARTE; NORO, 2013).

O profissional da Enfermagem atua em todos os níveis da assistência, e o diagnóstico por imagem em tomografia computadorizada está no terceiro nível da atenção, onde a complexidade resulta em uma atenção com pouca adesão a humanização no processo de realização deste exame (OLIVEIRA, et al., 2018).

De outro modo, a atividade de atendimento complexo e especializado, com a combinação de melhorias tecnológicas, processos e interações humanas, não são uma prática infalível e implica em uma maior probabilidade de causar eventos adversos (ROMERO, et al., 2018).

Nesse sentido, o artigo em tela tem por objetivo analisar o desempenho do profissional de Enfermagem, na prevenção e assistência aos eventos adversos, na implantação e cumprimento de protocolos de segurança do paciente nos exames de tomografia computadorizada em um centro de diagnóstico da cidade de Belém.

2 | MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo, realizado em clínica de diagnóstico por imagem, no município de Belém/PA, cuja coleta de dados ocorreu no período de março a setembro de 2019. Utilizou-se o questionário com questões abertas, como instrumento de coleta de dados, aplicado em dez (10) profissionais de enfermagem, atuantes na referida clínica, que aceitaram participar da pesquisa.

Os entrevistados foram abordados em seus horários de intervalo, 15 minutos com cada entrevistado, nas dependências da clínica, em turnos diferentes onde foram anotadas e gravadas as respostas num período de 3 semanas. Em seguida, os dados foram armazenados em planilha de Word, para posterior análise e interpretação dos resultados.

Para a análise dos dados, utilizou-se a técnica de análise de Conteúdo (BARDIN, 2011), que possibilitou organizar o conjunto das falas emitidas pelos pesquisados, descobrir os núcleos de sentido que compunham a comunicação cuja presença ou frequência puderam revelar aspectos significativos.

No processo de análise, foram evidenciadas as relações existentes entre os fenômenos estudados e fatores relacionados, além de imputar a esses resultados significado mais amplo às respostas obtidas em relação aos objetivos propostos.

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Amazônia e aprovado com o CAAE: 18751319.8.0000.5173, atendendo a todas as recomendações do comitê.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

No estudo, os entrevistados foram arguidos em 14 questões, cujas respostas pautaram-se em SIM, NÃO, NÃO SABE, conforme Tabela 1.

Questões	Sim	Não	Não sabe
1.A inclusão de profissionais de enfermagem é necessária no Centro de Diagnóstico por Imagem? Justifique.	10	0	0
2.A não adesão dos protocolos de segurança do paciente, pode interferir na qualidade do exame a ser realizado? Justifique.	10	0	0
3.Avaliar a função renal do paciente é fundamental para prevenção de nefropatia induzida por meio de contraste? Justifique.	10	0	0
4.Anotação referente ao lote e validade de contraste administrado possibilita a rastreabilidade em casos de reações adversas? Justifique.	10	0	0
5.O teste de acesso em bólus ou na injetora evita o extravasamento de meio de contraste no momento das aquisições das imagens, interferindo assim na qualidade do exame e na assistência com qualidade a este paciente? Justifique.	8	2	0
6.Jejum prolongado para realização de exames com contraste, é um fator condicionante para reações adversas? Justifique.	8	2	0
7.O extravasamento de contraste causa algum dano à saúde do paciente? Justifique.	9	0	1
8.É necessário a intervenção de enfermagem no caso de extravasamento de contraste e outras reações adversas? Justifique.	10	0	0
9. O profissional de enfermagem é o responsável em registrar e notificar as reações adversas? Justifique.	6	3	1
10.Existe a política de acompanhamento aos pacientes após a ocorrência de extravasamento de meio de contraste? Justifique.	6	2	2
13.O profissional de enfermagem, participa nas tomadas de decisão em relação ao exame a ser realizado? Justifique.	8	2	0
14.Em casos de reações adversas, a equipe é composta por profissionais treinados nestas intercorrências de acordo com os protocolos AVR (Assistência a Vida em Radiologia)? Justifique.	10	0	0

Tabela 1. Instrumento de coleta de dados aplicado aos profissionais de enfermagem, ano 2019.

Fonte: Autores do estudo, 2019.

Por ocasião da apuração, foram elencadas quatro categorias consideradas fundamentais no processo de discussão:

1. Necessidade da inclusão de profissionais de enfermagem no centro de diagnóstico por imagem;
2. Adesão aos protocolos de segurança dos pacientes submetidos a exames de imagem;
3. Necessidade de intervenção de enfermagem em casos de extravasamento de contraste;
4. Responsabilidade do profissional de enfermagem no registro e notificação das reações adversas.

1ª categoria - Necessidade da inclusão de profissionais de enfermagem no centro de diagnóstico por imagem

Nesse quesito, todos os pesquisados foram categóricos em afirmar que existe a necessidade da presença do profissional de Enfermagem no centro de diagnóstico por imagem, conforme relato a seguir:

“Em questão de ajuda, colaboração com os radiologistas que ficam na área, em questão de ajudar em relação a punção na hora do contraste, porque a maioria dos radiologistas não sabem e sempre é necessário ter uma ajuda da enfermagem em qualquer área da saúde ter um técnico ou enfermeiro” (Entrevistado 2)

“Para você ter uma triagem nos pacientes para ver se tem condições de realizar os exames da parte da parte diagnóstica que utilizam contraste porque não só o corpo médico pode fazer isso, enfermagem é importante para fazer essa triagem a preparação de pacientes para que o exame aconteça” (Entrevistado 4)

Outro entrevistado descreve a necessidade do profissional devido a utilização de substâncias que podem afetar a segurança do paciente:

“Para andamento do serviço, trabalhamos com meio de contraste, e temos alguns riscos, que podem ser reações adversas. Com base nisso é essencial o profissional de enfermagem para atuar junto ao médico no atendimento do paciente” (Entrevistado 7)

Administração medicamentosa, sinais vitais, punções, posicionamento em cada tipo de exame, ressonância, tomografia, ultrassonografia entre outros são exemplos da necessidade do profissional de enfermagem, que opera os equipamentos, faz triagem, devendo estar preparados para alguma intercorrência que venha acontecer durante o procedimento de realização dos exames (MACEDO et al., 2016).

Há destaque para a consulta de enfermagem no setor de radiologia, que tem como objetivo prestar assistência de enfermagem personalizada, sistematizada, facilitando a identificação de problemas de saúde/doença, a execução e a avaliação dos cuidados que contribuam para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação de sua saúde (DUARTE; NORO, 2013).

O trabalho da enfermagem incorpora elementos da evolução do trabalho e especificidades da área da saúde. Nesse contexto, a enfermagem radiológica também se caracteriza por ser um trabalho complexo que executa quatro ações básicas indissociáveis: cuidar, educar, gerenciar e pesquisar (MELO, 2015).

Neste sentido é fundamental que o enfermeiro tenha habilidades técnicas como: posicionamento seguro do paciente, habilidades de cuidados críticos, pensamento crítico e habilidades de avaliação clínica, manuseio de materiais e equipamentos, dentre outros. Também são necessários, recursos humanos adequados, educação permanente e indicadores de qualidade confiáveis para avaliação da assistência (DINIZ; COSTA; SILVA, 2016).

2ª categoria - Adesão aos protocolos de segurança dos pacientes submetidos a exames de imagem

Todos os pesquisados (10) demonstraram ser inegável o fato de que a não adesão aos protocolos de segurança de determinado exame ou procedimento pode acarretar a sérios problemas físicos e/ou emocionais ao paciente. Segundo um dos entrevistados a garantia da segurança do paciente deve ser prioritária do momento em que entra na clínica, como demonstrado a seguir:

“A segurança é tu garantir que o paciente entre no local para realizar o que ele tem que realizar e sair intacto sem danos assim como ele entrou, tu garantir que o teu paciente entre de uma forma e devolver ele da mesma forma sem sofre nenhum dano” (Entrevistado 9)

Para a garantia da segurança, os protocolos devem ser seguidos, caso contrário contribui para elevação dos casos de eventos adversos (EAs). A não existência desses protocolos pode agravar de maneira exponencial a segurança do paciente, conforme apontado:

“Se não houver um protocolo a seguir pode colocar até a vida do paciente em risco. Por exemplo: verificação de PA que se eleva enquanto o contraste e introduzido na corrente sanguínea do paciente. E o paciente pode vir a passar mal, histórico de alergia entre outros. Por isso tem que haver a comunicação entre paciente e enfermagem sempre” (Entrevistado 5)

Além disso, esses protocolos devem ser seguidos e ser de fácil compreensão, conforme especificado:

“Deve ser protocolo na qual você leva em consideração antes de realizar qualquer procedimento, deve conter o nome correto do paciente, fácil compreensão para que todos possam entender o que está contido ali e evitar acidentes relacionados com os cuidados com o paciente” (Entrevistado 10)

Cada paciente deve ser tratado de forma adequada e não se pode descartar qualquer hipótese de doenças pré-existentes, que podem levar a consequências no decorrer do exame, conforme relato a seguir:

“Pelo menos na área que eu lido a punção correta, dependendo de cada paciente, mas se for o caso de paciente oncológico etc..., tem todo um preparo para isso, a medida do questionário como eu te falei, por isso, que eu te perguntei do questionário que é importante para saber se o paciente é alérgico, se ele é diabético, hipertenso, para fazer uma avaliação melhor do quadro dele para poder fazer a injeção do contraste” (Entrevistado 8)

Vale ressaltar que a enfermagem é pautada em o que fazer, como fazer e porque fazer e se um desses critérios não forem seguidos, o paciente, o próprio profissional e a clínica podem ser afetadas.

Cabe destacar em relação à segurança do paciente, as Metas Internacionais de Segurança, estabelecidas pela Joint Commission International (JCI), em parceria com a OMS. São 06 (seis) metas a serem observadas: identificar o paciente corretamente; melhorar a eficácia da comunicação; melhorar a segurança dos medicamentos de alta-

vigilância; assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto; reduzir o risco de infecções associadas a cuidados de saúde; e, reduzir o risco de danos (FRANCISCATTO, 2011).

Faz-se destaque aos Núcleos de Segurança dos Pacientes (NSPs), previstos na Portaria MS/GM nº 529/2013 e na RDC nº 36/2013/Anvisa, instâncias que devem ser criadas nos estabelecimentos de Saúde para promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente. Os NSPs são responsáveis pela elaboração de um plano de segurança do paciente, que aponte e descreva as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a execução das etapas de promoção, de proteção e de mitigação dos incidentes associados à assistência à saúde (FRAÇOLIN, 2015).

3ª categoria - Necessidade de intervenção de enfermagem em casos de extravasamento de contraste

O extravasamento de meios de contrastes é um evento adverso recorrente, que pode manifestar urticária, coriza, hipotensão com taquicardia, broncoespasmo, edema laríngeo, e manifestações mais intensas como choque e insuficiência respiratória severa; e reações quimiotóxicas, em que ocorrem sensação de calor, náuseas e vômitos, arritmia cardíaca, hipertensão, insuficiência renal, convulsão, entre outra (SILVA; BITENCOURT; CHOJNIK, 2018).

O conhecimento dessa classificação pelos profissionais é crucial, já que, em um extravasamento, principalmente se a droga for vesicante, devido ao elevado risco de lesões irreversíveis, será necessária uma intervenção de emergência adequada (SOUZA, et al., 2017).

Todos os entrevistados disseram que caso ocorra o extravasamento de contraste o médico é solicitado urgentemente para poder fazer a avaliação e verificar qual conduta será realizada, qual medicação vai ser administrada, qual o grau da reação alérgica e em seguida, a enfermagem faz o que for necessário para a manter a integridade física e mental do paciente, como foi observado por um entrevistado.

“Primeiramente comunicar o médico de plantão para o que ele avalie a situação do paciente para fazer prescrições e orientar quais medicamentos precisam ser administrados” (Entrevistado 3)

“Comunicar o médico da unidade e ele vai verificar o melhor tratamento para aquele paciente” (Entrevistado 5)

Dois entrevistados, descreveram o procedimento tomado em caso de alguma intercorrência,

“Quando o paciente apresenta reação alérgica após a administração do meio de contraste, é chamado o médico para fazer a avaliação ou o enfermeiro responsável, para poder fazer a avaliação e verificar qual conduta será realizada, qual medicação vai ser administrada qual o grau da reação alérgica” (Entrevistado 7)

“O paciente já fica em observação até a regressão dos sinais e sintomas e depois passa por uma nova reavaliação pelo médico e é liberado para casa e caso tenha terminado o exame já é liberado para casa e é orientado a informar toda vez que for necessário fazer exame com contraste para preparação antialérgica” (Entrevistado 9)

O enfermeiro tem papel essencial para a obtenção da segurança do paciente, sendo o agente do processo de trabalho de gerência na prática de enfermagem, destacando a consulta de enfermagem como uma etapa importante na identificação, prevenção/diminuição dos riscos na injeção dos meios de contraste, tendo ciência do estado clínico do paciente adulto e criança e suas diferenças nas observações e cuidados necessários (ARRUDA; et al., 2017).

Os protocolos institucionais para extravasamento de meios de contrastes contribuem para que as ações diante de determinados eventos sejam padronizadas, mostrando-se como uma ferramenta gerencial de grande impacto e de manutenção da qualidade dos cuidados prestados (GOZZO; SANTOS; CRUZ, 2017).

De acordo com Souza, et al (2017), perante a administração de um agente de contraste iodado, existem dois tipos de eventos adversos agudos que se podem obter: fisiológico e do tipo alérgico. Sua distinção é muito importante, já que ter um evento do tipo alérgico a um agente de contraste implica a pré-medicação num exame futuro, enquanto, no caso dos eventos fisiológicos, ela não é necessária.

Pôde-se observar que uso da combinação de anti-histamínicos com corticosteroides é a base da profilaxia às reações adversas relacionadas ao contraste iodado, numa tentativa de reduzir e/ou minimizar os possíveis eventos. Sua eficácia e padronização é bastante discutida na literatura, pois não se espera que a profilaxia previna todos os tipos de reações, entretanto alguns serviços fazem uso deste regime (DIAS; BARROS; SANTOS GRILLO, et al., 2013).

Em relação ao acompanhamento aos pacientes após a ocorrência de extravasamento de contraste, alguns entrevistados relatam:

“Primeiramente dar todo o suporte para o paciente no momento em que ocorreu, verificar com o médico se há a necessidade de passar algum tipo de medicação e fazer o acompanhamento após esse paciente sair do estabelecimento” (Entrevistado 1)

“Usar bolsa de gelo no local, levantar o braço do paciente ficar acompanhando até que aquilo amenize mais, depois disso a gente fala para o paciente ir para casa e continuar fazendo se for caso de dá febre para o paciente procurar um médico” (Entrevistado 2)

No entanto, essa assistência deve continuar principalmente em casos de alguma intercorrência. Essa assistência e acompanhamento após a liberação do paciente poder ser via ligações telefônicas ou mensagens entre o profissional de Enfermagem e o paciente.

4ª categoria - Responsabilidade do profissional de enfermagem com o registro e notificação das reações adversas

Nota-se que as notificações dos eventos adversos devem ser feitas de forma formal atendendo tudo o que rege o código de ética do Enfermeiro, conforme apontado:

“Através dos protocolos que a gente tem para cada paciente, dependendo do que o paciente teve no caso. É anotado, protocolado e arquivado, até porque aquele paciente pode voltar e a gente tem todo o histórico dele” (Entrevistado 5)

“A gente precisa preencher um protocolo que foi feito paciente com código, nome, reação a qual exame foi qual o tipo de contraste ai anota o lote a validade tu do direitinho e o médico e enfermeiro que atendeu a equipe, preenche e passa pra gestão fazer a notificação” (Entrevistado 8)

O enfermeiro precisa preencher um protocolo com o código, nome, relação de qual exame foi realizado, qual o tipo, o lote e a validade do contraste que foi usado para tudo que for usado seja rastreável e passível de encontrar de forma clara qualquer problema que possa vir a ocorrer para que a máxima de que a segurança do paciente sempre esteja em primeiro lugar como observador (BOGARIN, et al., 2014).

Há destaque para a necessidade de se fortalecer e estimular o registro dos erros e eventos adversos nas unidades, consequentemente substituindo a cultura tradicional e punitiva pela cultura de segurança, proporcionando um ambiente de trabalho que valorize e estimule a segurança do paciente. Ambientes de discussão e aprendizagem envolvendo os gestores e os profissionais envolvidos com o processo assistencial precisam ser estruturados, a fim de garantir momentos de reflexão acerca da segurança do paciente (MACEDO, et al., 2016).

Os indivíduos devem ser capazes de reportar erros sem medo de punição ou constrangimento. Eles devem ser convencidos de que a resposta ao evento não será quem falhou? mas sim, o que aconteceu? com ênfase de que a notificação pode diminuir a incidência do erro. A existência de um ambiente não punitivo e apoiador é fundamental para que se tenha a notificação das situações de riscos/erros e quase falhas, uma vez que, na sua maioria, os erros são decorrentes do sistema e não só humanos (FRANÇOLIN, et al., 2015).

Todas as dimensões da cultura de segurança do paciente têm o mesmo peso quando se considera a cultura organizacional. Assim, é relevante que se analise a cultura de segurança nas organizações de saúde com o intuito de identificar as dimensões que necessitam ser introduzidas ou aprimoradas (SILVA et al., 2014).

4 | CONCLUSÃO

O profissional de Enfermagem, deve possuir o conhecimento dos procedimentos necessários para a realização dos exames, devendo estar atualizados em relação aos

procedimentos e protocolos de segurança do paciente.

A presença do profissional de enfermagem visa oferecer uma assistência segura ao paciente em todo seu processo de atendimento. Sua atuação na prevenção e assistência dos eventos adversos na implantação e cumprimento de protocolos de segurança do paciente nos exames de imagem são de fundamental importância tanto em identificar, conhecer e utilizar os protocolos utilizados para prevenção dos eventos adversos, com objetivo na segurança do paciente.

Recomenda-se a presença direta e contínua deste profissional na assistência ao paciente e continuidade de treinamento multiprofissional enfatizando a notificação eficaz dos eventos adversos e segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

1. ANVISA, Resolução da Diretoria Colegiada - **Rdc Nº. 63 de 25 de novembro de 2011**. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde, 2011.
2. ARRUDA, Nara Lilia Oliveira et al. Percepção do paciente com a segurança no atendimento em unidade de urgência e emergência. **Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE**, v. 11, n. 11, 2017.
3. BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Trad. Pinheiro, LARA. São Paulo: Edições 70, 2011.
4. BOGARIN, Denise Franze et al. Segurança do paciente: conhecimento de alunos de graduação em enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 491-497, 2014.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - **RDC nº 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília/DF, 2013.
6. DIAS, Washington Luiz Vieira; BARROS, Thomas Pitangueira; SANTOS GRILLO, Francisco Paulo dos. Pré-Medicação como prática em pacientes alérgicos ao contraste iodado: o olhar da enfermagem. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 2, n. 2, 2013.
7. DINIZ, Késsya Dantas; COSTA, Isabelle Katherinne Fernandes; SILVA, Richardson Augusto Rosendo da. Segurança do paciente em serviços de tomografia computadorizada: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 18, 2016.
8. DUARTE, Maria de Lourdes Custódio; NORO, Adelita. Humanização do atendimento no setor de radiologia: dificuldades e sugestões dos profissionais de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 18, n. 3, 2013.
9. FRANCISCATTO, Luisa; et al. Metas internacionais de segurança do paciente em hospital universitário. **Clinical & Biomedical Research**, v. 31, n. 4, 2011.
10. FRANÇOLIN, Lucilena; et al. Gerenciamento da segurança do paciente sob a ótica dos enfermeiros. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 2, p. 277-283, 2015.
11. GOZZO, Thais de Oliveira; SANTOS, Laleska Andres Costa; CRUZ, Lóris Aparecida Prado da. Conhecimento da equipe de enfermagem acerca da prevenção e manejo de extravasamento de drogas quimioterápicas. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 4789-4797, 2017.
12. MACEDO, Taise Rocha et al. Cultura de seguridad del paciente en la perspectiva del equipo de enfermería de urgencias pediátricas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 5, p. 756-762,

2016.

13. MELO, Juliana Almeida Coelho et al. Enfermagem radiológica e os riscos ocupacionais: Estado da arte. **Brazilian Journal of Radiation Sciences**, v. 3, n. 1, 2015.
14. OLIVEIRA, Júlian Katrin Albuquerque de; et al. Segurança do paciente na assistência de enfermagem durante a administração de medicamentos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 26, 2018.
15. ROMERO, Manuel Portela et al. A segurança do paciente, qualidade do atendimento e ética dos sistemas de saúde. **Revista Bioética**, v. 26, n. 3, p. 333-342, 2018.
16. SILVA, Hernandes Cerqueira de Souza; BITENCOURT, Almir Galvão Vieira; CHOJNIK, Rubens. Avaliação do extravasamento do meio de contraste iodado em pacientes oncológicos submetidos a tomografia computadorizada. **Radiologia Brasileira**, v. 51, n. 4, p. 236-241, 2018.
17. SILVA, Natasha Dejgov Monteiro da, et al. **A segurança do paciente na cultura organizacional: a percepção das lideranças de instituições de diferentes naturezas administrativas**. 2014.
18. SOUZA, Nauã Rodrigues de et al. Emergência oncológica: atuação dos enfermeiros no extravasamento de drogas quimioterápicas antineoplásicas. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 1, 2017.
19. VIDIGAL, Rita Rodrigues. **Contributo para a gestão da qualidade clínica num serviço de radiologia**. 2010. Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa, 2010.
20. World Health Organization. Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools, **Evaluation Study**. Geneva, 2011.

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

Acadêmicos 45, 47, 48, 49, 53, 55, 56, 58, 100, 106

Acupuntura 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11

Assistência 2, 4, 6, 9, 12, 13, 15, 21, 24, 33, 34, 35, 36, 37, 41, 42, 43, 44, 46, 47, 49, 50, 52, 53, 54, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 67, 68, 72, 73, 74, 76, 77, 79, 80, 84, 91, 92, 95, 96, 99, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 111, 113, 114, 115, 131, 132, 134, 140, 143, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 154, 155, 156, 161, 162, 169, 173, 177, 178, 179, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 190, 191, 193, 194

Atenção 1, 3, 4, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 28, 32, 57, 59, 60, 64, 76, 77, 93, 101, 103, 104, 109, 115, 146, 147, 148, 149, 150, 155, 186

Atendimento 7, 21, 31, 40, 43, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 60, 61, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 100, 108, 109, 111, 112, 114, 115, 116, 119, 149, 150, 162, 170, 184, 186, 188, 193, 194

Atividades 8, 22, 27, 32, 45, 47, 50, 53, 57, 94, 95, 96, 97, 99, 100, 101, 102, 104, 105, 107, 111, 114, 115, 116, 117, 118, 150, 165, 173, 179, 180, 181

Auditor 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119

Auditoria 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119

AVE 34, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 165

C

Classificação 14, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 72, 73, 76, 83, 87, 88, 90, 92, 145, 190

Cuidados De Enfermagem 39, 40, 61, 78, 95, 100, 112, 116, 147, 169

D

Diagnósticos 10, 14, 21, 32, 95, 101, 105, 112, 117, 149, 151, 154, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 169

Doença Crônica 2, 6, 10

Doenças Cardiovasculares 4, 77, 147, 155, 158

E

Emergências 41, 65, 67, 69, 74, 76, 77, 78

Estomaterapia 24, 92

Exames 72, 73, 112, 117, 134, 150, 159, 166, 169, 184, 186, 187, 188, 189, 192, 193

F

Fasciíte Necrosante 79, 80

Fatores De Risco 10, 11, 35, 42, 46, 47, 84, 89, 91, 102, 131, 133, 145, 146, 147, 148, 149, 154,

155, 158, 159, 160, 161, 162, 163

H

Hospitalização 12, 13, 14, 15, 17, 19, 23, 41, 42, 81, 82, 84, 87, 89, 90, 144, 162

I

Imagem 24, 25, 26, 28, 29, 69, 134, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 193

Inclusão 3, 4, 15, 16, 26, 58, 59, 60, 98, 123, 175, 184, 187, 188

Indicadores 13, 14, 15, 16, 21, 35, 92, 113, 179, 188

Infecção Hospitalar 131, 132, 133, 134, 136, 137, 144, 145

Internações 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 41

L

Lesão 31, 46, 48, 49, 72, 75, 81, 82, 88, 100, 122, 147, 150, 152, 153, 156, 157, 160, 161

Lesões 8, 46, 50, 65, 66, 67, 68, 70, 71, 72, 73, 75, 76, 79, 81, 83, 84, 89, 90, 91, 92, 95, 103, 105, 152, 190

Libras 58, 59, 60, 61, 62, 63

M

Modelos 67, 95, 96, 100, 103, 104, 149, 179

N

Necrose 79, 80

P

Paciente 8, 13, 15, 25, 26, 30, 31, 32, 34, 35, 40, 41, 42, 43, 45, 47, 48, 49, 50, 52, 53, 54, 55, 56, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 67, 70, 71, 72, 73, 75, 76, 77, 78, 80, 82, 83, 84, 89, 90, 91, 92, 93, 99, 100, 103, 104, 109, 111, 112, 115, 116, 117, 129, 131, 132, 133, 135, 136, 137, 138, 139, 142, 143, 144, 146, 147, 148, 150, 151, 152, 153, 154, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 167, 169, 171, 178, 180, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194

Pesquisa Qualitativa 121, 123

Pressão 40, 45, 46, 49, 50, 51, 55, 81, 82, 83, 88, 92, 93, 141, 146, 148, 150, 151, 154, 168

Prevalência 6, 8, 11, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 89, 90, 91, 92, 102, 133, 134, 137, 145, 160

Processo 6, 11, 12, 16, 20, 23, 28, 29, 30, 31, 35, 50, 53, 56, 60, 61, 62, 63, 67, 73, 74, 77, 82, 91, 94, 95, 96, 98, 101, 104, 108, 109, 110, 111, 114, 116, 118, 123, 125, 127, 128, 144, 150, 153, 161, 173, 174, 176, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 191, 192, 193

Protocolos 40, 41, 54, 65, 66, 68, 69, 70, 72, 74, 76, 77, 78, 91, 113, 143, 149, 184, 185, 186, 187, 189, 191, 192, 193

R

Reações Adversas 184, 187, 188, 191, 192

Relato 44, 45, 47, 50, 52, 53, 54, 55, 80, 118, 129, 136, 137, 139, 141, 146, 151, 188, 189

Risco 6, 10, 11, 14, 35, 40, 41, 42, 45, 46, 47, 50, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 63, 72, 77, 81, 82, 84, 87, 88, 89, 90, 91, 93, 102, 103, 122, 131, 132, 133, 138, 139, 140, 141, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 184, 185, 189, 190

S

Saúde 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 27, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 41, 42, 43, 45, 46, 47, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 69, 70, 72, 73, 74, 75, 77, 79, 82, 83, 84, 85, 91, 92, 94, 95, 96, 97, 99, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 109, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 132, 133, 134, 136, 138, 141, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 154, 155, 157, 159, 161, 162, 169, 173, 174, 175, 176, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 185, 187, 188, 190, 192, 193, 194, 195

Segurança 40, 65, 68, 70, 71, 72, 73, 74, 77, 82, 83, 84, 92, 93, 116, 138, 170, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194

Sepse 33, 34, 35, 36, 37, 39, 40, 41, 42, 43, 80, 84

Sexualidade 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 96

T

Tecnologias 3, 46, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183

Terapias Complementares 2, 11

Transplante Renal 120, 121, 122, 123, 124, 126, 128, 130

U

Unidade De Terapia Intensiva 33, 36, 42, 43, 81, 82, 92, 100, 131, 134, 144, 145, 176, 178, 183

 **Atena**
Editora

2 0 2 0