

**A Enfermagem Centrada na Investigação Científica 3**



**Marcus Fernando da Silva Praxedes  
(Organizador)**

**Atena**  
Editora

**Ano 2020**

**A Enfermagem Centrada na Investigação Científica 3**



**Marcus Fernando da Silva Praxedes  
(Organizador)**

**Atena**  
Editora

**Ano 2020**

**Editora Chefe**

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

**Assistentes Editoriais**

Natalia Oliveira

Bruno Oliveira

Flávia Barão

**Bibliotecário**

Maurício Amormino Júnior

**Projeto Gráfico e Diagramação**

Natália Sandrini de Azevedo

Camila Alves de Cremo

Karine de Lima

Luiza Batista 2020 by Atena Editora

Maria Alice Pinheiro Copyright © Atena Editora

**Edição de Arte** Copyright do Texto © 2020 Os autores

Luiza Batista Copyright da Edição © 2020 Atena Editora

**Revisão** Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora

Os Autores pelos 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, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

A Atena Editora não se responsabiliza por eventuais mudanças ocorridas nos endereços convencionais ou eletrônicos citados nesta obra.

**Conselho Editorial**

**Ciências Humanas e Sociais Aplicadas**

Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso

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

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

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

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

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

Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa

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

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

Prof. Dr. Elson Ferreira Costa – Universidade do Estado do Pará

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

Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros  
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Instituto Internazionale delle Figlie de Maria Ausiliatrice  
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense  
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins  
Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas  
Profª Drª Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador  
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
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. Jael Soares Batista – Universidade Federal Rural do Semi-Árido  
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. Douglas Siqueira de Almeida Chaves -Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri  
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

Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras  
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria  
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia  
Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco  
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí  
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas  
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 Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá  
Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino  
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  
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná  
Prof. Dr. Douglas Gonçalves da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia  
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará  
Profª Dra. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho  
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande  
Profª Drª Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá  
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

#### **Linguística, Letras e Artes**

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

## Conselho Técnico Científico

- Prof. Me. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo  
Prof. Me. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza  
Prof. Me. Adalto Moreira Braz – Universidade Federal de Goiás  
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba  
Prof. Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí  
Prof. Me. Alexsandro Teixeira Ribeiro – Centro Universitário Internacional  
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão  
Prof<sup>a</sup> Ma. Anne Karynne da Silva Barbosa – Universidade Federal do Maranhão  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Andrezza Miguel da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia  
Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais  
Prof. Me. Armando Dias Duarte – Universidade Federal de Pernambuco  
Prof<sup>a</sup> Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar  
Prof<sup>a</sup> 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<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Cláudia Taís Siqueira Cagliari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas  
Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará  
Prof<sup>a</sup> Ma. Daniela da Silva Rodrigues – Universidade de Brasília  
Prof<sup>a</sup> Ma. Daniela Remião de Macedo – Universidade de Lisboa  
Prof<sup>a</sup> Ma. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco  
Prof. Me. Douglas Santos Mezacas – Universidade Estadual de Goiás  
Prof. Me. Edevaldo de Castro Monteiro – Embrapa Agrobiologia  
Prof. Me. Eduardo Gomes de Oliveira – Faculdades Unificadas Doctum de Cataguases  
Prof. Me. Eduardo Henrique Ferreira – Faculdade Pitágoras de Londrina  
Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil  
Prof. Me. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita  
Prof. Me. Euvaldo de Sousa Costa Junior – Prefeitura Municipal de São João do Piauí  
Prof<sup>a</sup> 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<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> 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<sup>a</sup> Ma. Isabelle Cerqueira Sousa – Universidade de Fortaleza  
Prof<sup>a</sup> Ma. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia  
Prof. Me. Javier Antonio Albornoz – University of Miami and Miami Dade College  
Prof. Me. Jhonatan da Silva Lima – Universidade Federal do Pará  
Prof. Dr. José Carlos da Silva Mendes – Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Humano e Social  
Prof. Me. Jose Elyton Batista dos Santos – Universidade Federal de Sergipe  
Prof. Me. José Luiz Leonardo de Araujo Pimenta – Instituto Nacional de Investigación Agropecuaria Uruguay  
Prof. Me. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco

Profª Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás  
Profª Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Kamilly Souza do Vale – Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas/UFPA  
Prof. Dr. Kárpio Márcio de Siqueira – Universidade do Estado da Bahia  
Profª Drª Karina de Araújo Dias – Prefeitura Municipal de Florianópolis  
Prof. Dr. Lázaro Castro Silva Nascimento – Laboratório de Fenomenologia & Subjetividade/UFPR  
Prof. Me. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
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. Maria Elanny Damasceno Silva – Universidade Federal do Ceará  
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  
Prof. Me. Sebastião André Barbosa Junior – Universidade Federal Rural de Pernambuco  
Profª Ma. Silene Ribeiro Miranda Barbosa – Consultoria Brasileira de Ensino, Pesquisa e Extensão  
Profª Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo  
Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Faculdade Regional Jaguaribana  
Profª Ma. Thatianny Jasmine Castro Martins de Carvalho – Universidade Federal do Piauí  
Prof. Me. Tiago Silvio Dedoné – Colégio ECEL Positivo  
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

# A enfermagem centrada na investigação científica

3

**Editora Chefe:** Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira  
**Bibliotecário** Maurício Amormino Júnior  
**Diagramação:** Natália Sandrini de Azevedo  
**Edição de Arte:** Luiza Batista  
**Revisão:** Os Autores  
**Organizador** Marcus Fernando da Silva Praxedes

<b>Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)</b>	
E56	<p>A enfermagem centrada na investigação científica 3 [recurso eletrônico] / Organizador Marcus Fernando da Silva Praxedes. – Ponta Grossa, PR: Atena, 2020.</p> <p>Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader. Modo de acesso: World Wide Web. Inclui bibliografia ISBN 978-65-5706-199-2 DOI 10.22533/at.ed.992202407</p> <p>1. Enfermagem – Pesquisa – Brasil. 2. Saúde – Brasil. I.Praxedes, Marcus Fernando da Silva.</p> <p style="text-align: right;">CDD 610.73</p>
<b>Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422</b>	

**Atena Editora**  
Ponta Grossa – Paraná – Brasil  
Telefone: +55 (42) 3323-5493  
[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)  
contato@atenaeditora.com.br

## APRESENTAÇÃO

O fortalecimento da Enfermagem, como ciência, perpassa o desenvolvimento de um corpo de conhecimento alicerçado em uma base de evidências de estudos científicos bem desenhados e que tenham implicações para uma prática segura. A investigação científica confiável e de qualidade, portanto, garante o reconhecimento das áreas dos saberes da enfermagem e dos profissionais e pesquisadores envolvidos.

Diante do exposto, temos o prazer de apresentar a coleção “A Enfermagem Centrada na Investigação Científica”. Trata-se de uma obra que reúne trabalhos científicos relevantes das mais diversas áreas de atuação do fazer Enfermagem. Aqui, docentes, estudantes, profissionais e os participantes das pesquisas são atores principais de uma ciência holística que a cada dia se fortalece, em decorrência do engajamento e empoderamento desses.

O objetivo central foi apresentar de forma categorizada e clara estudos desenvolvidos em diversas instituições de ensino e pesquisa do país. O terceiro volume traz estudos relacionados à prática da enfermagem baseada em evidências com ênfase à Sistematização da Assistência da Enfermagem (SAE) nos mais diversos cenários de cuidado à saúde e a importância do desenvolvimento de uma cultura de segurança do paciente. O quarto volume concentra, principalmente, experiências relatadas através de projetos de pesquisa e extensão, demonstrando a importância dos mesmos para a formação acadêmica e profissional.

O quinto volume aborda a saúde da mulher na gestação, parto e puerpério, bem como dos recém-nascidos, crianças e adolescentes. O último capítulo traz a importância da assistência da enfermagem diante da violência sexual contra mulheres. Tema de fundamental relevância, principalmente em tempos de pandemia.

O destaque para atenção primária à saúde e para questões vivenciadas na prática profissional é dado pelo sexto volume. Por fim, o sétimo e último volume, traz estudos com temas variados, principalmente relacionados à saúde da população idosa, estudos epidemiológicos e às doenças infectocontagiosas. Ressaltamos a relevância da divulgação científica dos trabalhos apresentados, para que os mesmos possam servir de base para a prática segura dos profissionais de saúde. Nesse sentido, a Atena Editora se destaca por possuir a estrutura capaz de oferecer uma plataforma consolidada e confiável para estes pesquisadores exporem e divulguem seus resultados.

Marcus Fernando da Silva Praxedes

## SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO 1</b> .....	<b>1</b>
RELAÇÕES ENTRE CIÊNCIA E TÉCNICA NA ENFERMAGEM: REFLEXÃO FILOSÓFICA	
Isadora Marques Barbosa Isabelle Marques Barbosa Antonia Victoria Carvalho Costa Lia Ricarte de Menezes Manoel Austregésilo de Araújo Junior Gracy Kelly Lima de Almeida Freitas Gina Maria Barbosa Arruda Damiana Vieira Sampaio Ana Karoline Barros Bezerra Diane Sousa Sales	
<b>DOI 10.22533/at.ed.9922024071</b>	
<b>CAPÍTULO 2</b> .....	<b>8</b>
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À UMA PACIENTE PORTADORA DE LÚPUS, DESENVOLVENDO O AUTO CUIDADO SEGUNDO A TEORIA DE OREM: RELATO DE EXPERIÊNCIA	
Elisabeth Soares Pereira da Silva Rayssa Ferreira Sales de Prado Rebeca Faheina Saraiva	
<b>DOI 10.22533/at.ed.9922024072</b>	
<b>CAPÍTULO 3</b> .....	<b>14</b>
SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO DE ENFERMAGEM NANDA INTERNACIONAL COMO ESTRATÉGIA DE ENSINO E DE CUIDADO AO USUÁRIO COM ADOECIMENTO NEUROLÓGICO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	
Simone Gonçalves de Azevedo Dienifer Fernanda da Silva Emanuela Letícia Tacca Jucimar Frigo Patrícia Regina Pereira	
<b>DOI 10.22533/at.ed.9922024073</b>	
<b>CAPÍTULO 4</b> .....	<b>24</b>
DESENVOLVIMENTO DE SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO CIPE® PARA TOMADA DE DECISÃO FRENTE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA	
Natalia Beatriz Lima Pimentel Vivian Cristina Gama Souza Lima Patrícia dos Santos Claro Fuly Sílvia Maria de Sá Basillio Lins Mauro Leonardo Salvador Caldeira dos Santos	
<b>DOI 10.22533/at.ed.9922024074</b>	
<b>CAPÍTULO 5</b> .....	<b>39</b>
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À CLIENTE ACOMETIDA POR CARDIOMIOPATIA PERIPARTO	
Karen Gomes da Silva Costa Lívia Maria da Silva Souza Ana Claudia Moreira Monteiro Kyra Vianna Alochio Ana Claudia Moreira Monteiro Tatiana Maria Pereira Lattanzi Janaina Luiza dos Santos	
<b>DOI 10.22533/at.ed.9922024075</b>	

**CAPÍTULO 6 ..... 49**

**BARREIRAS PERCEBIDAS PELOS ENFERMEIROS DURANTE O *HANDOFF*: REVISÃO INTEGRATIVA**

Rejane Silva Rocha  
Rafael Carlos Macedo de Souza  
Natália Beatriz Lima Pimentel  
Camila Rodrigues da Cunha Siqueira  
Lianini Leoni Ítalo dos Santos  
Vanessa Galdino de Paula

**DOI 10.22533/at.ed.9922024076**

**CAPÍTULO 7 ..... 62**

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PREVALENTES EM POTENCIAIS DOADORES DE ÓRGÃOS EM MORTE ENCEFÁLICA**

Luciana Nabinger Menna Barreto  
Éder Marques Cabral  
Miriam de Abreu Almeida

**DOI 10.22533/at.ed.9922024077**

**CAPÍTULO 8 ..... 75**

**ESTRATÉGIAS DE CUIDADO DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL**

Laura Regina Ribeiro  
Sabrina Ayd Pereira José  
Isis Vanessa Nazareth  
Ítalo Rodolfo Silva  
Thiago Privado da Silva  
Sumaya dos Santos Almeida Campos

**DOI 10.22533/at.ed.9922024078**

**CAPÍTULO 9 ..... 92**

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA: REVISÃO INTEGRATIVA**

Raul Roriston Gomes da Silva  
Maria Isabel Caetano da Silva  
Valéria de Souza Araújo  
Rachel De Sá Barreto Luna Callou Cruz  
Woneska Rodrigues Pinheiro  
Tacyla Geyce Freire Muniz Januário  
Carla Andréa Silva Souza  
Aline Sampaio Rolim de Sena  
Cicera Luciele Calixto Alves  
Patricia Regina Silva dos Santos  
Déborah Albuquerque Alves Moreira  
Simone Marcelino Lopes

**DOI 10.22533/at.ed.9922024079**

**CAPÍTULO 10 ..... 101**

**APLICAÇÃO DA SAE COMO FERRAMENTA PARA MELHORAR O CUIDADO DE ENFERMAGEM À PACIENTE COM CÂNCER DE PRÓSTATA: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Wellington Manoel da Silva  
Maria Eduarda da Silva  
Willaine Balbino de Santana Silva  
Georgia Cybelle dos Santos Silva  
Juliana Andrade dos Santos  
Lívia Mirelly Ferreira de Lima  
Aline Barbosa da Silva

Jéssica dos Santos Costa  
Jessika Luana da Silva Albuquerque  
Nayara Ranielli da Costa  
Williane Souza da Silva  
Camila Francielly de Santana Santos

**DOI 10.22533/at.ed.99220240710**

**CAPÍTULO 11 ..... 105**

EXAME CLÍNICO OBJETIVO ESTRUTURADO “OSCE” NA AVALIAÇÃO DE ENFERMEIROS NO PRÉ-NATAL

Marta Valéria Calatayud Carvalho  
Cleusa Alves Martins  
Alessandra Vitorino Naghettini  
Ângelo Lusuardi  
Julyana Calatayud Carvalho

**DOI 10.22533/at.ed.99220240711**

**CAPÍTULO 12 ..... 117**

PASSAGEM DE PLANTÃO COMO FERRAMENTA DE COMUNICAÇÃO NA ENFERMAGEM

Jovelina Rodrigues dos Santos Arrais Neta  
Huderson Macedo de Sousa  
Jedeane Nicácio Almeida  
Ana Paula da Silva Nascimento  
Cardene de Andrade Oliveira Guarita  
Nayra Santana da Silva Nascimento  
Andra Luiza Macedo de Sousa  
Maria Carolina de Sousa Trajano  
Marilene de Sousa Lira  
Joyci Vitoria Barros Nogueira  
Indrid Carolline Lima do Carmo  
Agná Roberta Rodrigues de Sousa

**DOI 10.22533/at.ed.99220240712**

**CAPÍTULO 13 ..... 131**

ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DE INSTRUMENTOS: UM CAMINHO PARA MENSURAÇÃO DE FENÔMENOS SUBJETIVOS

Joselice Almeida Góis  
Kátia Santana Freitas  
Fernanda Carneiro Mussi  
Igor Ferreira Borba de Almeida

**DOI 10.22533/at.ed.99220240713**

**CAPÍTULO 14 ..... 146**

TECNOLOGIA ASSISTENCIAL PARA A APLICABILIDADE DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PROGRAMA HIPERDIA: UM ESTUDO DE VALIDAÇÃO

Milena Farah Castanho Ferreira  
Ana Paula Reis Antunes  
Dilque do Socorro Fernandes de Oliveira  
Thayse Sales de Azevedo  
Leidiane Cardoso Quaresma  
Susiane Martins Silva  
Larysse Caldas de Oliveira  
Eimar Neri de Oliveira Junior  
Luana Conceição Cunha  
Virgínia Mercês Lara Pessoa Oliveira

Daniele Melo Sardinha  
Gabriel Fazzi Costa  
**DOI 10.22533/at.ed.99220240714**

**CAPÍTULO 15 ..... 160**

**ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM QUANTO AO USO DE DROGAS NA ADOLESCÊNCIA**

Wendrews Miguel Gaio da Silva  
Kamilla Vicente da Cunha  
Laura Souto Manhães R. Carvalho  
Ana Cláudia Moreira Monteiro

**DOI 10.22533/at.ed.99220240715**

**CAPÍTULO 16 ..... 175**

**INFECÇÃO DE CORRENTE SANGUÍNEA EM PACIENTES COM CATETER VENOSO CENTRAL PARA HEMODIÁLISE: MEDIDAS PREVENTIVAS DO ENFERMEIRO**

Vanessa Caroline de Marcos  
Clarice Santana Milagres

**DOI 10.22533/at.ed.99220240716**

**CAPÍTULO 17 ..... 185**

**A IMPORTÂNCIA DA NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE**

Liszety Guimarães Emmerick  
Beatriz Gerbassi de Aguiar Costa  
Gicélia Lombardo Pereira  
Roberto Carlos Lyra da Silva  
Clarissa Coelho Vieira Guimarães  
Luiz Alberto de Freitas Felipe  
Vanessa Oliveira Ossola da Cruz  
Maristela Moura Berlitz  
Heloisa Andreia Silva dos Santos  
Paula Amaral Mussumeci  
Rosana Proença Ferreira de Almeida  
Michelle Freitas de Souza

**DOI 10.22533/at.ed.99220240717**

**CAPÍTULO 18 ..... 194**

**AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAIS BRASILEIROS: REVISÃO INTEGRATIVA**

Thália Letícia Batista Menezes  
Patrícia Kelen Sousa Araújo Gomes  
José Ivo Albuquerque Sales  
Cássio da Silva Sousa  
Natasha Marques Frotta  
Marianna Carvalho e Souza Leão Cavalcanti  
Nelson Miguel Galindo Neto  
Lívia Moreira Barros

**DOI 10.22533/at.ed.99220240718**

**CAPÍTULO 19 ..... 206**

**SEGURANÇA DO PACIENTE E ERRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: REVISÃO INTEGRATIVA**

Ludmilla Barbosa Bomfim dos Santos  
Eric Rosa Pereira  
Joyce Martins Arimatéa Branco Tavares  
Ronilson Gonçalves Rocha

Silvia Maria de Sá Basílio Lins  
Dennis Carvalho Ferreira  
Sabrina da Costa Machado Duarte  
Priscilla Valladares Broca

**DOI 10.22533/at.ed.99220240719**

**CAPÍTULO 20 ..... 217**

EDUCAÇÃO PERMANENTE VISANDO A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO BÁSICA

Fernanda Bernardo dos Santos  
Geilsa Soraia Cavalcanti Valente  
Alessandra Félix André Braga  
Cristiane Faustino Silva Homero  
Daniel da Silva Granadeiro  
Érika Fernandes Duarte  
Joanir Pereira Passos  
Luana Eloá Ribeiro dos Santos  
Maiana Eloi Ribeiro dos Santos  
Marcílio de Souza Marcelina  
Maristela Cordeiro Magalhães  
Núbia Aurora Suhet

**DOI 10.22533/at.ed.99220240720**

**CAPÍTULO 21 ..... 222**

AVALIAÇÃO DO TRANSPORTE CRÍTICO DE PACIENTES: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Emanuel Pereira dos Santos  
Leonardo Nogueira Melo  
Vera Lúcia Freitas  
Inês Maria Meneses dos Santos  
Raphael Dias de Mello Pereira

**DOI 10.22533/at.ed.99220240721**

**CAPÍTULO 22 ..... 227**

AUDITORIA DE ENFERMAGEM E A IMPORTÂNCIA DAS ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM: REVISÃO INTEGRATIVA

Natalia de Aviz Lisboa  
Marcus Fernando da Silva Praxedes

**DOI 10.22533/at.ed.99220240722**

**SOBRE O ORGANIZADOR..... 237**

**ÍNDICE REMISSIVO ..... 238**

# CAPÍTULO 1

## RELAÇÕES ENTRE CIÊNCIA E TÉCNICA NA ENFERMAGEM: REFLEXÃO FILOSÓFICA

Data de aceite: 01/07/2020

**Isadora Marques Barbosa**

Universidade Estadual do Ceará  
Fortaleza – Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/9597394539035577>

**Isabelle Marques Barbosa**

Universidade da Integração Internacional da  
Lusofonia Afro-Brasileira  
Fortaleza – Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/0308227729153889>

**Antonia Victoria Carvalho Costa**

Hospital Leonardo da Vinci  
Fortaleza – Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/4041452596741952>

**Lia Ricarte de Menezes**

Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes  
Fortaleza – Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/7302112549587776>

**Manoel Austregésilo de Araújo Junior**

Universidade Federal do Ceará  
Fortaleza – Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/6356096441512286>

**Gracy Kelly Lima de Almeida Freitas**

Fortaleza – Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/8233940014967086>

**Gina Maria Barbosa Arruda**

Fortaleza – Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/8233940014967086>

**Damiana Vieira Sampaio**

Instituto Federal de Educação, Ciência e  
Tecnologia do Ceará  
Fortaleza – Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/890517735788020>

**Ana Karoline Barros Bezerra**

Universidade Estadual do Ceará  
Fortaleza – CE

<http://lattes.cnpq.br/6510023580712891>

**Diane Sousa Sales**

Faculdade de Ensino e Cultura do Ceará  
Fortaleza – Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/1620010583957894>

**RESUMO:** A enfermagem é a ciência e arte de assistir o ser humano nas suas necessidades básicas. Ou seja, o cuidado de enfermagem comporta elementos de natureza científica e técnica, imbuído de uma racionalidade prática. Como ciência, necessita de conhecimento próprio. Como técnica, precisa de capacidade e habilidade para executar condutas, procedimentos. Devemos enaltecer a ciência enfermagem, mostrando que a categoria tem conhecimento e embasamento científico para guiar sua assistência. Que o cuidado não é feito por caridade, mas por profissionalismo e competência ética, teórica e técnica.

**PALAVRAS-CHAVE:** Enfermagem, Teoria, Prática.

**ABSTRACT:** Nursing is the science and art of assisting human beings in their basic needs. In other words, nursing care includes elements of a scientific and technical nature, imbued with practical rationality. As a science, it needs its own knowledge. As a technician, you need the capacity and skill to perform procedures, procedures. We must praise the nursing science, showing that the category has knowledge and scientific basis to guide its assistance. That care is not done by charity, but by professionalism and ethical, theoretical and technical competence.

**KEYWORDS:** nursing, theory, practice.

## INTRODUÇÃO

A Enfermagem, na definição de Wanda de Aguiar Horta é: “ciência e a arte de assistir o ser humano nas suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência através da educação; de recuperar, manter e promover sua saúde, contando para isto com a colaboração de outros grupos profissionais” (HORTA, 1979, p.29). Para Teixeira (2004), a Enfermagem é técnica, ciência e estética. Ou seja, o cuidado de Enfermagem comporta elementos de natureza científica e técnica, imbuído de uma racionalidade prática. A enfermagem é uma ciência do cuidar que tem suas ações pensadas, fundamentadas e refletidas no cuidado ao ser humano. Para Lima (2005), Enfermagem é:

uma ciência humana, de pessoas e de experiências, voltadas ao cuidado de seres humanos, cujo campo de conhecimento, fundamentações e práticas abrange desde o estado de saúde até os estados de doença, e é mediado por transações pessoais, profissionais, científicas, estéticas, éticas e políticas.

Mas afinal, o que é ciência? A ciência mostra-se como a descoberta progressiva das relações objetivas existentes no real. Ela nos revela as leis da natureza, as relações entre os fenômenos (HUISMAN; VERGEZ, 1973, p.126). A ciência substitui o mundo percebido pelo mundo construído (HUISMAN; VERGEZ, 1973, p.124). Morin (2005) fala que é necessário romper com o que pensamos no sentido de não perceber a ciência como algo fechado, engessado. Ciência é algo processual.

Já a técnica, para Heidegger, é uma modificação do fazer ou agir humano (CRITELLI, 2002). As primeiras técnicas não passam de um prolongamento do instinto, da adaptação espontânea e inconsciente. A urgência da ação exige aplicação de processos empíricos, descobertos ao acaso, muito antes de se poder explicá-los (HUISMAN; VERGEZ, 1973, p.128).

A Enfermagem é, atualmente, reconhecida como ciência? Qual o lugar da técnica no fazer da Enfermagem?

## ENFERMAGEM: CIÊNCIA E CONHECIMENTO CIENTÍFICO

A Enfermagem é considerada ciência para a maioria das teóricas como Horta, Abdellah, Rogers, Patterson e Zderad, Watson e Parse. A ciência enfermagem pode ser vista como básica, aplicada e prática. A ciência básica é o conhecimento empírico que foi testado e fundamentado pela experiência. Busca a verdade em si, sem a preocupação se este conhecimento será aplicado. É utilizada para descrição dos fenômenos. Já o conhecimento aplicado é aquele que utiliza o conhecimento gerado na ciência básica para uma finalidade prática. Por fim, a ciência prática é aplicação de conhecimento para o desempenho de operações particulares (JOHSON, 1991, p. 12-13; LACERDA, 1998).

Morin (2005), em seu livro *Ciência com Consciência*, traz contribuições válidas para se pensar a ciência. O autor discutiu o fazer científico, pensar epistemologicamente, pensar o pensar e a produção da ciência ao longo dos tempos. Para ele, a compreensão da ciência não está só no vislumbre de uma singularidade, mas analisados de acordo com uma complexidade de elementos interconectados.

Para o conhecimento crítico de um fenômeno investigado, o pesquisador, através de uma análise não só crítica, mas também reflexiva, deve mergulhar no contexto que cerca dado fenômeno. Para isso, como exemplifica Morin (2005, p. 30), é preciso “que o sujeito se reintroduza de forma autocrítica e auto-reflexiva em seu conhecimento dos objetos”. Traz o pensamento de Blaise Pascal (1623-1662) que diz o seguinte: “é impossível conhecer as partes sem conhecer o todo, como é impossível conhecer o todo sem conhecer particularmente as partes”. Assim, pode-se perceber a condição de miserabilidade do homem na sua busca incessante de compreensão de seu princípio e de seu fim. É preciso, na busca pela formação do conhecimento e, conseqüentemente da ciência, o horizonte da perspectiva ética. Essa ética não pode ser limitada por interesses político-econômicos ou quaisquer outros, mas somente pelo bem comum do homem e de uma coletividade.

Nos dias atuais, a partir de uma melhor compreensão de ciência, a enfermagem busca desenvolver conhecimento próprio, ou seja, busca ser aceita pela comunidade científica como ciência e, para que isto ocorra, precisa submeter-se as regras do paradigma dominante (mesmo sendo dito que a enfermagem é uma ciência de múltiplos paradigmas, o que não deixa de ser verdade).

Daí surge uma discussão relevante que traz à baila as dicotomias e hierarquizações existentes nas ciências, a exemplo, o saber objetivo e o subjetivo, ciências da natureza e ciências humanas. O saber objetivo (valorizado atualmente pela comunidade científica) é aquele que poder ser calculado, geometrizado, é muitas vezes considerado como o método de análise mais correto. Já o subjetivo, pela sua peculiaridade, das inúmeras possibilidades, a depender dos diversos sujeitos implicados no processo, tende a não ser considerado como método de análise válido. No entanto, essa rusga não deve mais ser

considerada no campo científico, pois a formação do conhecimento perpassa também pelas análises dos sujeitos em sua subjetividade com igual rigor que o primeiro saber empreende.

É preciso destacar que o ser humano, em sua amplitude, não pode ser explicado em suas relações existenciais como os objetos o podem, no máximo pode ser compreendido em sua unidade complexa. O ser humano é parte principal no processo de construção do saber.

Institui-se como senso que o conhecimento científico gerado por meio da ciência apresenta um grau de certeza alto, apresentando, dessa maneira, uma posição tida como privilegiada com relação aos demais tipos de conhecimento, como exemplo, produzido pelo senso comum (CHIBENI, 2018). Ciência está tão aclamada nos dias atuais, por proporcionar, a partir do método científico, uma certa segurança sobre fatos, explicações de fenômenos. Agora onde fica o conhecimento indutivo? O conhecimento gerado a partir de observações? Qual o lugar desse tipo de conhecimento na ciência Enfermagem?

Esses são questionamentos que nos levam a refletir a prática da Enfermagem. Sendo ciência, necessita de conhecimento próprio, de uma prática embasada em fatos científicos. Agora as observações feitas durante a prática não são válidas sem comprovação por meio de um método rigoroso? Qual o lugar da ciência básica (conhecimento empírico é testado pela experiência)? O conhecimento popular, trazido pelos clientes, deve ser ignorado? Compreendemos que, como ciência, a Enfermagem necessita de uma assistência embasada em comprovações científicas. Contudo, também compreendemos que é preciso respeitar o senso comum, a cultura, as práticas populares em nossa assistência, pois a realidade que surge por meio da observação é importante, inclusive para a construção do fato científico. Portanto, devemos estimular e valorização o conhecimento espontâneo, aquele gerado por meio das observações.

Deste modo, o autor Gleffi (2009) expõe que na construção de sínteses elucidativas, principalmente no que se refere à história dos acontecimentos, para o esclarecimento dos fenômenos, um importante fato a ser considerado, principalmente no que diz respeito à construção da própria ciência, é a observação. E que, sem essa sistematização, não é possível traçar uma compreensão sobre o presente, já que a relação entre passado e entre presente se dá de forma intrínseca, bem como, a construção da própria ciência.

A Enfermagem é conhecida como ciência e arte. Arte que pode ser definida como o ato de utilizar um conjunto de preceitos para a perfeita execução de qualquer coisa, ou ainda, “perícia em usar os meios para atingir um resultado” (NASCENTES, 1988, p. 667). Técnica é arte, é o saber fazer – aprendizagens relacionadas com movimentos do corpo, com a capacidade de manipular fisicamente objetos.

Almeida e Rocha (1989), ao estudar a evolução do saber da Enfermagem, apontaram as técnicas como as primeiras expressões do saber. Só após vieram os princípios científicos e as teorias, nos quais buscaram comprovações para os saberes mais intuitivos. O saber

da Enfermagem passou, dessa forma, por diversas etapas, iniciando com o enfoque técnico até a utilização de métodos científicos para a construção de conhecimento próprio da Enfermagem que pudesse auxiliar no planejamento do cuidado.

Como ciência, pode também ser arte? A Enfermagem é ciência e/ou arte (técnica)?

## ENFERMAGEM: CIÊNCIA E/OU ARTE?

Silva (1995, p. 41-59) afirma que a enfermagem como arte consiste no cuidar de seres humanos, sejam eles sadios ou não, tendo como base os princípios administrativos. Já como ciência, fundamenta-se no estudo e na compreensão.

Leopordi (1996, p. 11-17) afirma que é possível um diálogo entre ciência e arte, entendendo-as como complementar e não excludentes, conforme trecho a seguir:

No cotidiano, a contingência de fazer algo para ser útil, algo para ter um sentido prático, superou largamente num espaço que conhecimento e arte não estão separados, lugar em que integrados à mesma pessoa essas duas forças humanas agem – raciocinar, compreender, explicar e, ao mesmo tempo, imaginar, intuir, criar. (...) O que defendo é uma dialética convivência entre ciência e arte como modo de expressar significados, não como formas excludentes, mas como forças compatíveis.

Para Lacerda (1998), ocorre arte da Enfermagem quando se faz a aplicação prática da ciência enfermagem, isto é, após analisar o contexto e a relação com o paciente, o profissional de enfermagem procura a melhor estratégia de ação para realizar o cuidado.

Parker (1997) sugere que arte é um conjunto de habilidades não instintivas, mas que são aprendidas, assim como, transmite uma ideia de criatividade e beleza. Na visão Aristotélica, arte é compreendida como *téchne*, como atividade prática, uma espécie de “saber como”, ou seja, aprendemo-las fazendo-as, praticando-as (KLEIN, 2016), sendo técnica e arte utilizadas como sinônimos. Para os gregos, o exercício das artes, compreendida como *téchne*, é avaliado pela qualidade do produto produzido (KLEIN, 2016), sendo aqui utilizado o belo em adição ao saber fazer.

Almeida e Rocha (1989) afirmam que:

O cuidado de enfermagem comporta em sua estrutura o conhecimento (o saber da enfermagem) corporificado em um nível técnico (instrumentos e condutas) e relações sociais específicas, visando o atendimento de necessidades humanas, que podem ser definidas biológica, psicológica e socialmente. (...) A educação em enfermagem prepara e legitima sujeitos para este trabalho, através do aparato ético-filosófico e do saber da Enfermagem.

Leopordi (1996) afirma que é possível um diálogo entre ciência e arte, que as mesmas devem ser entendidas como complementares e não excludentes. Compreendemos que a enfermagem precisa ser ciência e arte. Como ciência deve basear-se nos conhecimentos teóricos/científicos, que podem ser conhecimentos emprestados, como da fisiologia, anatomia, psicologia, assim como, é de fundamental importância o conhecimento próprio, pois ele norteará de forma mais específica sua prática. Como técnica (arte) precisa da

habilidade e capacidade de cada profissional para executar condutas, procedimentos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A enfermagem está na busca pelo seu reconhecimento como ciência. Para que isso se efetive, o lado ciência precisa cada vez mais se destacar, a partir da construção do saber próprio que norteia a prática da enfermagem.

Contudo, não podemos deixar de lado a técnica, o saber fazer, pois no exercício do cuidado os procedimentos são necessários. Além do que, destacamos que a execução dos procedimentos deve ocorrer com embasamento científico, para que não seja apenas o fazer só pelo fazer. Assim, introduzimos o conceito de práxis.

A arte da enfermagem, tão destacada e valorizada pela própria categoria, precisa estar associada à ciência enfermagem. Frases como: Enfermagem ciência, técnica e ética precisam ser mais difundidas em mensagens que falem sobre a categoria. Precisamos deixar de lado a associação da categoria com aspectos relacionados à caridade, à bondade, à religiosidade, como evidenciado nas frases: cuidar com responsabilidade de um anjo; carinho no desempenho de suas funções; cuidar de um é amor de vários é enfermagem, dentre outras. Romper com o assistencialismo e com o aspecto caritativo/filantrópico de um conservadorismo que ronda o fazer profissional em Enfermagem, devido ao ranço histórico, é algo a ser alcançado.

A defesa aqui não é a de que a categoria não deva ter sentimentos bons no exercício de sua profissão, aliás, preferimos trabalhar com outro ponto de vista, o do fazer ético no cuidado às pessoas, que deve ser intrínseco nas relações de cuidado. Devemos enaltecer que somos ciência, somos uma categoria profissional inserida na divisão sociotécnica do trabalho, que temos conhecimento e embasamento científico para guiar nossa assistência. Que o cuidado não é feito por caridade, mas por profissionalismo e competência.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, J. S. Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. 2ªed. São Paulo (SP): Cortez, 1989.

CHIBENI, S. S. **O que é ciência?** Disponível em: <<http://www.unicamp.br/~chibeni/textosdidaticos/ciencia.pdf>>. Acesso em 05 de maio de 2018.

CRITELLI, D. Martin Heidegger e a essência da técnica. **Margem**, São Paulo n. 16, p. 83-89, dez, 2002.

GLEFFI, D. A. **O rigor nas pesquisas qualitativas**: uma abordagem fenomenológica em chave transdisciplinar. *In.*:Um rigor outro: sobre a questão da qualidade na pesquisa qualitativa. Roberto Sidnei Macedo, Dante Galeffi, Álamo Pimentel; prefácio Remi Hess. – Salvador: EDUFBA, 2009. 174p.: il.

HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979. 99p.

HUISMAN, D.; VERGEZ, A. **Compêndio moderno de filosofia**, v. II: O Conhecimento. Tradução de Lélia de Almeida Gonzalez. Rio de Janeiro: Livraria Freitas Bastos S. A., 1973.

JOHNSON, J. L. Nursing science: basic, applied or practical? Implications for the art of nursing. **Adv. Nurs. Sci.**, v. 14, n. 1, p. 12-13, 1991.

KLEIN, J. T. O que a ética Aristotélica pode nos ensinar acerca das relações de consumo? **Saberes**, Natal RN, v. 1, n. 13, mar, 6-34, 2016.

LACERDA, M. R. Enfermagem: uma maneira própria de ser, estar, pensar e fazer. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 51, n.2, p. 207-216, abri./jun., 1998.

LEOPARDI, M. T. Ciência e arte: um diálogo possível. **Rev Texto & Contexto**, 5 (1): 11-17, 1996.

LIMA M. J. O que é Enfermagem? **Cogitare Enferm.**, jan-abr; 10 (1): 71-4, 2005.

MACEDO, R. S. **Outras luzes**: um rigor intercrítico para uma etnopesquisa política. *In.*: Um rigor outro: sobre a questão da qualidade na pesquisa qualitativa. Roberto Sidnei Macedo, Dante Galeffi, Álamo Pimentel; prefácio Remi Hess. – Salvador: EDUFBA, 2009. 174p.: il.

MORIN, E. **CIÊNCIA COM CONSCIÊNCIA**. Tradução de Maria D. Alexandre e Maria Alice Sampaio Dória. – Ed. revista e modificada pelo autor – 8ª ed. – Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005. 350p.

PARKER, D. Nursing art and science: literature and debate. *In*: MARAN-MARKS, D.; ROSE, P. **Reconstructing nursing beyond art and science**. Philadelphia; Baillière Tindal, p. 3-25, 1997.

SILVA, A. L. O saber nightingaleano no cuidado: uma abordagem epistemológica. *In*: WALDOW, V. R.; LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E.; organizadores. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar**: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1995, p. 41-59.

TEIXEIRA, E.R. A crítica e a sensibilidade no processo de cuidar na enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery**. v.8, n. 3, p.361-369. 2004.

## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À UMA PACIENTE PORTADORA DE LÚPUS, DESENVOLVENDO O AUTO CUIDADO SEGUNDO A TEORIA DE OREM: RELATO DE EXPERIÊNCIA

*Data de aceite: 01/07/2020*

**Elisabeth Soares Pereira da Silva  
Rayssa Ferreira Sales de Prado  
Rebeca Faheina Saraiva**

**RESUMO:** O lúpus (LES) é uma doença inflamatória, crônica e autoimune. É causado devido a produção em excesso de anticorpos pelo sistema imunológico, e o mesmo, em grande concentração, passa a atacar o próprio organismo, sua patogênese é multifatorial e ainda não foi completamente esclarecida. Neste trabalho utilizou-se o método estudo de caso e teve como objetivo: Interligar a aplicação das teorias de enfermagem de Dorothea Elizabeth Orem, em paciente portador de Lúpus, visando as necessidades do autocuidado junto com sua saúde mental. Foi observado o prejuízo em sua saúde física, que teve grande impacto, em ênfase, na sua saúde mental, apresentando diagnósticos/sintomas como: Dores musculares, conforto prejudicado, Fadiga relacionada a condição fisiológica, estresse e ansiedade, não descartando uma evolução para depressão. Foi analisado a teoria de Virginia Henderson e notou-se uma forte presença de seus conceitos no presente estudo. As teorias

de enfermagem, destacando a de Orem e Virginia Henderson, são instrumentos que devem ter uma maior visibilidade na assistência dos cuidados de enfermagem, adequando aos comprometimentos da saúde (física, mental e social) do portador de lúpus.

**PALAVRAS-CHAVE:** Autocuidado; Saúde mental; Teoria de enfermagem.

**ABSTRACT:** Lupus (SLE) is an inflammatory, chronic and autoimmune disease. It is caused due to the excess production of antibodies by the immune system, and it, in great concentration, starts to attack the organism itself, its pathogenesis is multifactorial and has not been completely clarified. In this work, the case study method was used and its objective was: To link the application of Dorothea Elizabeth Orem's nursing theories in a patient with Lupus, aiming at the needs of self-care along with their mental health. The damage to his physical health was observed, which had a major impact, in emphasis, on his mental health, presenting diagnoses / symptoms such as: Muscle pain, impaired comfort, Fatigue related to physiological condition, stress and anxiety, not ruling out an evolution to depression . Virginia Henderson's theory was analyzed and there was a strong presence of his concepts in

the present study. The nursing theories, highlighting that of Orem and Virginia Henderson, are instruments that must have greater visibility in nursing care assistance, adapting to the health compromises (physical, mental and social) of lupus patients.

**KEYWORDS:** Self-Care; Mental Health; Nursing Theory.

## INTRODUÇÃO

O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é assim denominado por poder atingir vários órgãos e sistemas (sistêmico), e por se acompanhar muitas vezes de eritema da pele (eritematoso). É uma doença inflamatória crônica, de natureza autoimune, que evolui por crises e que atinge as articulações, os tendões a pele e outros órgãos. O Lúpus é mais frequente nas mulheres, (9 em cada 10 doentes são do sexo feminino). e a doença é mais grave na raça negra. Sobretudo mulheres jovens, entre os 20 e os 30 anos de idade, e pode mais raramente aparecer nas crianças (sobretudo do sexo feminino), e nos indivíduos idosos (GUIMARAES, et al., 2015).

O Lúpus não é contagioso, pois é uma doença mediada por anticorpos, em que o organismo “ataca” as suas próprias células, sem motivo conhecido. Pode existir, no entanto, alguma relação entre as exacerbações da doença e certos fatores como o stress ou infeções. O LES é uma de várias doenças conhecidas como “os grandes imitadores” porque, muitas vezes, imita ou é confundida com outras doenças.

São conhecidos dois tipos principais de Lúpus: o cutâneo ou discoide, que se manifesta apenas com manchas na pele (geralmente avermelhadas ou eritematosas, daí o nome Lúpus Eritematoso), principalmente nas áreas que ficam mais facilmente expostas à luz solar (rosto, orelhas, decote e nos braços); e a forma sistêmica, na qual um ou mais órgãos/aparelhos estão envolvidos ( NARCISO, L et al, 2014) .

Quer a gravidade das lesões, quer os tecidos e órgãos atingidos, variam de doente para doente, dependendo da quantidade e da variedade dos anticorpos presentes e dos órgãos afetados. Tendo como manifestações clínicas polimórficas, com períodos de exacerbações e remissões, de etiologia não totalmente esclarecida, o desenvolvimento da doença está ligado a predisposição genética e fatores ambientais, como luz ultravioleta e alguns medicamentos, reconhece-se que esse tipo de doença crônica tem uma dimensão psicossomática prevalente, sendo importante considerar o estresse e o sofrimento psicossocial no seu desencadeamento, evolução, agravamento e possível controle ( NARCISO, L et al, 2014) .

Ataca principalmente as mulheres jovens na fase reprodutiva. A Teoria de Dorothea Elizabeth Orem demonstra o momento em que a enfermagem deve atuar quando é observado um déficit de autocuidado, juntamente com a teoria de Virginia Henderson é importante destacar que o cuidado ultrapassa as necessidades fisiológicas, e a saúde, segundo a OMS, não é somente a ausência de doenças, baseado nisso e buscando um

cuidado holístico, deve-se ver o paciente e prestar a assistência visando o seu bem-estar físico, mental e social. Justifica-se a elaboração desse projeto à necessidade de aperfeiçoar o autoconhecimento em pacientes portadores de lúpus através de esclarecimentos acerca da Teoria de Orem, desenvolvendo assim a capacidade de executar procedimentos de autocuidado ( NARCISO, L et al, 2014).

## **OBJETIVO**

Relatar a experiência da aplicação e interligação das teorias de enfermagem de Dorothea Elizabeth Orem e Virginia Henderson, em paciente portador de Lúpus.

## **METODOLOGIA**

Relato de experiência realizado de janeiro a março de 2020, no município de Fortaleza-ce, com uma paciente portadora de lúpus. O acompanhamento foi realizado em quatro encontros na residência da paciente, previamente agendados. Os dados foram coletados por meio de entrevista, observação direta, avaliação neurológica simplificada, e evolução do tratamento dos lúpus com registro no formulário elaborado e proposto pelas acadêmicas.

Os dados coletados foram organizados de acordo com as taxonomias North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), que permitiu avaliar o nível de comprometimento da articulação e do cansaço juntamente com a fadiga da paciente através dos seguintes indicadores: dores nas articulações, fadiga, marcas vermelhas no rosto em formato de borboleta, usados como descritores: Processos de Enfermagem, Lúpus, Teorias de Enfermagem Os preceitos éticos da Resolução número 466/12 do Conselho Nacional de Saúde foram preservados.

## **RESULTADOS**

GSFC, 44 anos, brasileira, dona de casa, casada, pesa 74 quilos e tem 1,65 de altura. Paciente é portadora de lúpus a 5 anos, sendo acompanhada desde então por um médico reumatologista e fazendo tratamento com os medicamentos: Tecnomet 2,5mg, Reuquinol 400mg, Dorene 150mg, Amytril 25mg e Prednisona 5mg.

Em relação as suas queixas sobre constante de fadiga, dores musculares e nas articulações que impedem a mesma de realizar atividades simples do cotidiano, orientamos a praticar atividades de relaxamento diárias, pois era notório que sua saúde mental estava sendo prejudicada pois a mesma referia sentir-se inútil por não conseguir realizar nem seus afazeres domésticos.

Aplicando a teoria de Orem analisamos em que momento a enfermagem deve intervir e como suprir as necessidades cujo cliente tenha um déficit do autocuidado, se atentando as informações coletadas na entrevista, de modo a beneficiar a realização de ações voltadas a prática do autocuidado com a paciente, com o objetivo da mesma promover seu autocuidado diariamente buscando ao máximo sua independência.

Segundo a teoria de Virginia Henderson passamos a olhar para o cliente de uma forma holística e percebemos que a mesma se encontrava com a saúde prejudicada mesmo tendo suas necessidades fisiológicas atendidas, a mesma demonstrava, a necessidade de realizar suas atividades de forma autônoma, isso desencadeou uma série de problemas mentais como estresse e risco de depressão.

Quando aplicamos a teoria de Dorothea Elizabeth Orem e conseguimos compreender mais sobre as necessidades a serem supridas através do autocuidado, dessa forma buscando alcançar com a cliente sua independências e suas necessidades no déficit do autocuidado, ela se apresentava mais motivada, realizava hábitos simples com maior empolgação, isso diminuiu seu estresse e trouxe uma saúde mental sadia, porém ainda vemos a falta do lazer, último tópico da pirâmide de Virginia Henderson. Foi orientada a família para que o mesmo fosse fazer caminhado com a mesma, quando estiver se sentindo disposta e sem dores, observando que a cliente é muito comunicativa se diverte ao relatar o que fez cujo tempos não fazia como preparar sua alimentação. Semanalmente orientamos a família para que se reunissem para cuidados os cabelos e enfeitar as unhas.

Os resultados esperados foram alcançados em um mês, ativa, relatou sentir seu humor e autoestima bem elevado, tendo até uma vaidade em excesso, mas de forma sadia. A equipe de enfermagem junto com a família, e com a opinião da paciente, concluiu que seu bem-estar físico, mental e social teve grande melhoria, proporcionando um estilo de vida mais confortável e saudável.

O ensino e estímulo ao autocuidado ao paciente portador de LES é um aspecto importante da assistência de enfermagem por promover maior independência a paciente no momento de lidar com alterações relacionadas ao distúrbio, ao regime terapêutico, as reações adversas de medicamentos, a sua segurança e bem estar, levando em consideração a sua saúde psicologia e seu lazer. Vimos que uma grande assistência de enfermagem deve ser voltada ao fornecimento de informações sobre a doença, os cuidados e controle diários e suporte social, e dessa forma promovendo o bem estar da paciente.

<b>NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS</b>	diagnósticos de enfermagem / necessidades a serem trabalhadas no autocuidado
<b>CUIDADO CORPORAL</b>	déficit no autocuidado (alimentação, banho, higiene, vestir-se/arrumar-se, uso de vaso sanitário), relacionado a prejuízo músculo-esquelético, diminuição da força e da capacidade de suportar amplitude de movimentos;
<b>INTEGRIDADE FÍSICA</b>	distúrbio da auto-estima/auto-imagem, relacionado às mudanças biofísicas (lesões na pele, perda de cabelos, emagrecimento)
	dor aguda relacionada a agentes causadores de lesão (processo inflamatório disseminado e trauma tissular);
<b>HIDRATAÇÃO</b>	déficit no volume de líquido, relacionado a falha nos mecanismos reguladores;
<b>ALIMENTAÇÃO</b>	nutrição alterada: ingestão menor do que as necessidades corporais, relacionada à incapacidade para ingerir nutrientes adequados (náusea/vômitos) e restrições alimentares terapêuticas;
<b>ATIVIDADE FÍSICA</b>	mobilidade física prejudicada, relacionada à terapia restritiva, desconforto e intolerância à atividade;
<b>ELIMINAÇÃO</b>	retenção de fluídos, relacionada a terapia com corticosteróides;
<b>SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	adaptação prejudicada, relacionada à incapacidade que exige mudança no estilo de vida, sistemas de apoio inadequados, negação da doença, agressão à auto-estima e doença que ameaça a vida;
	impotência (nível pessoal), relacionada à natureza crônica da doença, falta de controle sobre resultados, incapacidade de cuidar de si mesmo e depressão;
	medo relacionado à ameaça de morte percebida ou real;

Quadro 1 - Diagnóstico de Enfermagem Relacionado à Pacientes com Lúpus e as Necessidades Básicas - Fortaleza-CE, 2020

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da implementação do projeto terapêutico foi possível identificar a importância de ver o paciente de uma forma holística, baseado na teoria de Virginia, priorizando não só a saúde fisiológica, mais o bem-estar mental e social. Também tivemos a participação e atuação da teoria de Orem, analisando os conceitos de autocuidado e em que momento a enfermagem atua e como deve atuar, e concluímos a sua eficácia e sua importância durante o processo de enfermagem, tende-se a necessidade de aplicar e interligar as teorias com maior número de participantes para comprovar mais precisamente os benefícios de tal prática.

## REFERÊNCIAS

Salmen IDM, Marques IL. In situ and home care nasopharyngeal intubation improves respiratory condition and prevents surgical procedures in early infancy of severe cases of Robin Sequence. *Biomed Res Int*[Internet]. 2015[cited 2017 Mar 01];2015(1):1-7. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2015/608905/>

Trettene AS, Luiz AG, Razera APR, Maximiano TO, Cintra FMRN, Monteiro LM. Nursing workload in specialized semi-intensive therapy unit: workforce size criteria. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2015[cited 2017 Mar 01];49(6):960-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n6/0080-6234-reeusp-49-06-0960.pdf>

Trettene AS, Mondini CCSD, Marques IL. Feeding children in the immediate perioperative period after palatoplasty: a comparison between techniques using a cup and a spoon. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2013[cited 2017 Mar 01];47(6):1298-304. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n6/en\\_0080-6234-reeusp-47-6-01298.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n6/en_0080-6234-reeusp-47-6-01298.pdf)

Queirós PJP, Vidinha TSS, Almeida Filho AJ. Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. RevEnfermRefer [Internet]. 2014[cited 2016 May 5];(3):157-64. Available from: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14081>

Mondini CCSD, Marques IL, Fontes CM, Thomé S. Nasopharyngeal intubation in Robin sequence: technique and management. Cleft Palate Craniofac J [Internet]. 2009[cited 2016 May 5];46(3):258-61. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1597/08-042.1>

Razera AP, Trettene AS, Mondini CC, Cintra FM, Tabaquim ML. Educational video: a training strategy for caregivers of children with cleft lip and palate. Acta Paul Enferm [Internet]. 2016[cited 2017 Mar 01];29(4):430-8. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/ape/v29n4/en\\_1982-0194-ape-29-04-0430.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v29n4/en_1982-0194-ape-29-04-0430.pdf)

Marques IL, Prado-Oliveira R, Leirião VHV, Jorge JC, Souza L. Clinical and fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing in Robin Sequence Treated with nasopharyngeal intubation: the importance of feeding facilitating techniques. Cleft Palate Craniofac J [Internet]. 2010[cited 2017 Mar 01];47(5):523-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20180709>

GUIMARÃES, Maria de Lourdes Leite et al. Elaboração de manual de orientações para pacientes com lúpus eritematoso sistêmico juvenil. **Mudanças-Psicologia da Saúde**, v. 23, n. 2, p. 59-67, 2015.

NARCISO, L. **MANUAL INFORMATIVO PARA DOENTE COM LÚPUS**. Unidade de Técnicas de Reumatologia do CHLN EPE - HSM, 2014, 28 pág.

## SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO DE ENFERMAGEM NANDA INTERNACIONAL COMO ESTRATÉGIA DE ENSINO E DE CUIDADO AO USUÁRIO COM ADOECIMENTO NEUROLÓGICO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 01/07/2020

Data de submissão: 03/06/2020

### **Simone Gonçalves de Azevedo**

Universidade Comunitária da Região de Chapecó  
– Unochapecó  
Chapecó – Santa Catarina  
<http://lattes.cnpq.br/5432635090543832>

### **Dienifer Fernanda da Silva**

Universidade Comunitária da Região de Chapecó  
– Unochapecó  
Chapecó – Santa Catarina  
<http://lattes.cnpq.br/3864523327590357>

### **Emanuela Letícia Tacca**

Universidade Comunitária da Região de Chapecó  
– Unochapecó  
Chapecó – Santa Catarina  
<http://lattes.cnpq.br/7983373984016286>

### **Jucimar Frigo**

Universidade Comunitária da Região de Chapecó  
– Unochapeco  
Chapecó – Santa Catarina  
<http://lattes.cnpq.br/8376931407111142>

### **Patrícia Regina Pereira**

Universidade Comunitária da Região de Chapecó  
– Unochapecó  
Chapecó – Santa Catarina  
<http://lattes.cnpq.br/7983373984016286>

sobre os cuidados de enfermagem ao usuário com adoecimento neurológico baseado no Sistema de Classificação de Diagnósticos de Enfermagem (DE) da NANDA Internacional (NANDA-I,) e a Classificação de Intervenções de Enfermagem – *Nursing Interventions Classification* (NIC) e a Classificação de Resultados de Enfermagem – *Nursing Outcomes Classification* (NOC). **Objetivo:** Relatar a experiência com o uso do sistema de classificação de enfermagem NANDA-I, NIC e NOC, como estratégia de ensino e de cuidado durante a hospitalização do usuário com adoecimento neurológico. **Metodologia:** Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, elaborado por acadêmicos do curso de Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó, durante as atividades teórico-práticas (ATPs). **Resultados e discussão:** Durante as ATPs realizadas no setor de neurologia, o uso das taxonomias de enfermagem mostrou-se ser um excelente instrumento para os acadêmicos efetivarem as etapas do processo de enfermagem (PE) de forma integral e ofertar um cuidado individualizada. A partir do referencial taxonômico, implementou-se todas as etapas do PE, corroborando na identificação dos diagnósticos de enfermagem, no planejamento,

**RESUMO:** Trata-se de relato de experiência

nas indicações das intervenções e avaliações dos cuidados aplicados, qualificando os registros de enfermagem e validando o processo de cuidado proposto pelo Enfermeiro coordenador do serviço de neurologia. **Conclusão:** O uso dos sistemas de classificação de enfermagem, *NANDA-I*, *NIC* e *NOC*, direcionam os acadêmicos de enfermagem na aplicação dos conhecimentos técnico-científicos, oportunizando maior consolidação e maturidade no âmbito da ciência e do cuidado.

**PALAVRAS-CHAVE:** sistemas de classificação, enfermagem, ensino.

## INTERNATIONAL NURSING CLASSIFICATION SYSTEMS (NANDA) AS A TEACHING AND CARING STRATEGY ON THE USER WITH NEUROLOGICAL SICKENING: A EXPERIENCE REPORT

**ABSTRACT:** This monography is an experience report about the nursing cares to the user with neurological illness based on the International Nursing Diagnosis Classification System (NANDA-I), on the Nursing Interventions Classification (NIC) and on the Nursing Outcomes Classification (NOC). **Objective:** Report the experience with the use of the nursing classification systems NANDA-I, NIC and NOC, as a teaching and care strategy during the hospitalization of an user with neurological sickening. **Methodology:** Descriptive study, of experience report type, prepared by students of the Nursing Course of the Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Communitary University of the Region of Chapecó), during the theoretical-practical activities (ATPs). **Results and discussion:** During the ATPs carried out in the neurology sector, the use of nursing taxonomies proved to be an excellent instrument for academics to implement the stages of the nursing process (NP) in an integral way. From the taxonomic framework, all stages of the NP were fulfilled, corroborating on the identification of the nursing diagnoses, on the planning and on the indications of interventions and evaluations of applied care, qualifying the nursing records and validating the care process proposed by the Nurse Coordinator of the neurology service. **Conclusion:** The use of the nursing classifying systems Nanda-I, NIC and NOC, directed nursing students in the application of technical-scientific knowledge, providing greater consolidation and maturity in the scope of science and care.

**KEYWORDS:** Classification Systems. Nursing. Teaching.

### 1 | INTRODUÇÃO

O cuidado de enfermagem se faz com arte e ciência e, neste intento, há que se considerar que o sentido de nossa ciência vem sendo empreendido a partir da implementação do Processo de Enfermagem (PE). Na década de 1950, no contexto norte-americano, surgiu o PE como instrumento pragmático para nortear a aprendizagem do pensamento crítico nas práticas de enfermagem. Assim, nos Estados Unidos, no ano de 1973, os sistemas de classificações de enfermagem passaram por diversas discussões

teóricas, que culminaram na oficialização do termo diagnóstico de enfermagem (VIEIRA; SAITO; SANTOS, 2018).

No Brasil, o PE consolidou-se com a publicação da Lei 7.498 de 25 de junho de 1986 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), regulamentou a prescrição e a consulta de enfermagem como atividades privativas do enfermeiro. Nesse íterim, a Resolução 358/2009, instituiu que o PE deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes: Coleta de Dados de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação e Avaliação de Enfermagem (COFEN, 2009).

Na contemporaneidade o diagnóstico de enfermagem é uma das etapas fundamentais do PE, oportuniza o julgamento clínico das respostas do indivíduo/ família/comunidade a problemas de saúde e aos processos vitais reais ou potenciais voltados para intervenções de enfermagem e alcance de resultados. O DE inspirou e encorajou enfermeiros no mundo todo a buscarem uma prática independente, fundamentada em conhecimentos profissionais. Atualmente, a versão de 2018-2020 de NANDA-I possui 244 diagnósticos de enfermagem, composto por estruturas denominadas de título, definição e indicadores diagnósticos (características definidoras, fatores relacionados, fatores de risco), que facilitam o entendimento do problema de enfermagem e/ou processos da vida entre indivíduos, famílias, grupos e comunidades, como também de suas possíveis causas, ajudando a elaborar a intervenção de enfermagem (IE) e dos resultados de enfermagem (RE) mais oportuna (NANDA INTERNACIONAL, 2018).

Vale ressaltar, que a utilização dos diagnósticos de enfermagem segundo a taxonomia da NANDA-I, representa uma forma de raciocínio lógico, crítico e clínico que possibilita a inter-relação de causas e efeitos das alterações apresentadas, facilitando a adoção de condutas de enfermagem e a realização da avaliação da assistência prestada. Nessa direção, a elaboração dos diagnósticos segundo a NANDA-I, oportuniza aos acadêmicos de enfermagem uma coleta de dados rigorosa, a partir da formulação de hipóteses diagnósticas, que serão afirmadas ou refutadas se os objetivos declarados forem, ou não, alcançados, onde evidências científicas ditam condutas aos profissionais mediante aspectos que envolvem o estado de saúde do indivíduo, da família e comunidade (SAMPAIO; GUEDES, 2012).

O processo de tomada de decisão em saúde exige que dos acadêmicos de enfermagem sejam capazes de pensar criticamente e escolher ações adequadas para solucionar os problemas identificados. Nesse universo, o ensino do processo de diagnosticar em enfermagem refere-se ao processamento de dados da avaliação clínica, ao estabelecimento de relações entre eles e à identificação de necessidades de cuidados (VIEIRA; SAITO; SANTOS, 2018).

Neste sentido, a enfermagem atua na prática do cuidado apoiada num arcabouço

de cunho científico que vem sendo estruturado ao longo dos anos junto à comunidade científica, a fim de facilitar, organizar e sistematizar as ações e os serviços de saúde desenvolvendo inúmeros modelos teóricos e teorias, com destaque para as taxonomias de enfermagem *NANDA-I*, a classificação de intervenções de enfermagem – *Nursing Interventions Classification* (NIC) e a classificação de resultados de enfermagem – *Nursing Outcomes Classification* (NOC). A *NANDA-I* desenvolveu uma terminologia comum *NANDA-NIC-NOC* (NNN), para relacionar diagnósticos, intervenções e resultados (NANDA INTERNACIONAL, 2018).

A classificação de resultados de enfermagem – *Nursing Outcomes Classification* (NOC) iniciou em 1991, atualmente é a mais utilizada na enfermagem brasileira. A NOC corrobora para o alinhamento dos cuidados de enfermagem a partir do reconhecimento dos resultados que se tenciona alcançar no cuidado aos usuários com adoecimento neurológico. Com relação à classificação de intervenções de enfermagem – *Nursing Interventions Classification* (NIC) oportuniza uma reorganização e padronização das intervenções realizadas por meio de linguagem clara, concisa, refletindo a linguagem utilizada na prática.

As doenças neurológicas no Brasil constituem uma carga epidemiológica significativa e crescente no sistema de saúde, no entanto, há escassez mundial de informações sobre os recursos para o atendimento das pessoas com essas doenças, resultando na elevada prevalência de seqüelas neurológicas e elevadas taxas de mortalidade. As ações de prevenção dos fatores de risco é papel fundamental da Atenção Básica (AB) compreendem o desenvolvimento de estratégias de promoção, prevenção e recuperação, envolvendo a melhoria da qualidade de vida, a prevenção de danos, a educação em saúde e a amplitude da autonomia dos indivíduos (BRASIL, 2014).

No âmbito da atenção à saúde aos usuários com adoecimento neurológico em um Hospital Público no Oeste de Santa Catarina, o relato de experiência tenciona corroborar para o cuidado de enfermagem singular e centrado nas necessidades do indivíduo, família e comunidade. Nesta direção, intenta relatar a utilização dos sistemas de classificação de enfermagem *NANDA-I*, *NIC* e *NOC*, como estratégia de ensino e de cuidado durante a hospitalização do usuário com adoecimento neurológico.

## **2 | OBJETIVO**

Relatar a experiência com o uso dos sistemas de classificação de enfermagem *NANDA-I*, *NIC* e *NOC*, como estratégia de ensino e de cuidado durante a hospitalização do usuário com adoecimento neurológico em um Hospital Público no Oeste de Santa Catarina.

### 3 | MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, o qual aborda as vivências dos acadêmicos do curso de Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó - Unochapecó, entre os meses de abril a julho de 2019 em um setor de neurologia de um Hospital Público do Oeste de Santa Catarina.

As atividades descritas neste estudo foram realizadas durante as atividades teórico-práticas (ATPs) sendo estas de extrema importância metodológica para os acadêmicos, com o intuito de aliar a teoria abordada em sala de aula e a prática, por meio de uma ação que vise à transformação do cuidado e a organização do processo de assistência de enfermagem. Para a realização das ATPs, o docente juntamente com o enfermeiro assistencial, realizavam a definição dos usuários com adoecimento neurológico que seriam assistidos pelos discentes. Em um segundo momento, iniciamos a implementação do PE, a partir das etapas inter relacionadas, com ênfase na coleta de dados do usuário para facilitar a compreensão dos Diagnósticos de Enfermagem (DE), as Intervenções de Enfermagem (IE) e os Resultados de Enfermagem (RE).

### 4 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os acadêmicos de enfermagem permaneceram durante dois meses no setor de neurologia com a finalidade de prestar cuidados de enfermagem aos usuários com adoecimento neurológico hospitalizado. No primeiro momento, a professora proporcionou uma visita ao setor de neurologia para fins de reconhecimento da estrutura física, bem como, a demonstração do prontuário eletrônico do paciente, dando ênfase na utilização do PE implantado no prontuário eletrônico desde 2017.

Considerando a complexidade da assistência ao usuário com adoecimento neurológico e conforme a Política Nacional de Atenção ao Paciente Portador de Doença Neurológica publicado em 2005, para o alcance da qualidade dos diagnósticos de enfermagem são elementos fundamentais para a realização do PE, pois a precisão e a relevância de toda a prescrição de cuidados dependem da capacidade de identificar, de forma clara e específica, tanto os problemas quanto suas causas. Assim, utilizaram-se escalas protocolares, tais como: Escala de Risco de Quedas de Morse que avalia o risco para queda obtendo valores da sensibilidade como de Baixo Risco (BR), Moderado Risco (MR) e Alto Risco (AR); Escada de Glasgow que determina o nível de consciência dos usuários a partir da perceptividade e a reatividade da abertura ocular, resposta verbal e resposta motora; Escala de Maddox utilizada na terapia intravenosa para mensurar os graus da flebite evitando possíveis complicações locais e sistêmicas pelo extravasamento, hematoma e infiltração da terapia; Escala de Godet utilizada para identificação visual de edemas a partir da pressão digital sobre a pele; Escala de Braden avalia o risco de

pacientes críticos desenvolverem lesões por pressão, mediante a presença de fatores de risco como percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição e fricção e cisalhamento; e por último, a Escala Visual Analógica para a Dor permite mensurar a intensidade da dor (sem dor, dor ligeira, dor moderada, dor intensa, dor máxima).

A centralidade do PE para fins de definição do(s) cuidado(s) ao usuário com adoecimento neurológico buscou dar respostas às necessidades e agir em prol deles é nosso dever, compromisso e responsabilidade social. Tal organização oportunizou mediante o referencial teórico das Necessidades Humanas Básicas, proposto pela enfermeira Wanda Horta, em 1979, reconhecer as necessidades do indivíduo a partir do histórico de enfermagem e exame físico elencar os padrões interrelacionados (respiratório e circulatório, nutricional, pele, sono e repouso, eliminações, lazer e condições gerais de saúde), permitiu o desenvolvimento das competências técnicas (relacionadas ao domínio de determinadas especialidades), intelectuais (aplicação de aptidões mentais) e cognitivas (integração de capacidade intelectual e domínio de ações e conhecimentos) (SILVA; TEIXEIRA, 2011).

Agregado a isso, no setor de neurologia o PE, disponível de forma digital, facilitou o acesso aos DE, RE e IE selecionados ao usuário com adoecimento neurológico, a partir da taxonomia de NANDA-I, conforme Tabela 01:

<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</b>	<b>RESULTADOS DE ENFERMAGEM</b>	<b>INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM</b>
<b>Domínio 1 - Promoção da Saúde</b>	<b>Domínio 1 - Promoção da Saúde</b>	<b>Domínio 1 - Promoção da Saúde</b>
Falta de adesão; Manutenção ineficaz da saúde; Proteção ineficaz.	Discute o regime tratamento prescrito com o profissional da saúde; Aceita o diagnóstico; Mantém a autoestima; Verbaliza otimismo sobre o presente; Utiliza comportamentos que evitam riscos; Utiliza técnicas efetivas de redução do estresse.	Incentivar o paciente a identificar seus pontos fortes; Incentivar a identificação de valores de vida específicos; Determinar se há diferença entre a visão do paciente sobre a própria condição e a visão dos provedores de cuidados de saúde; Considerar a cultura do paciente ao promover atividades de autocuidado; Monitorar a capacidade do paciente de autocuidado independente.
<b>Domínio 2 – Nutrição</b>	<b>Domínio 2 - Nutrição</b>	<b>Domínio 2 – Nutrição</b>
Deglutição prejudicada; Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais; Risco de glicemia instável; Risco de desequilíbrio eletrolítico.	Aceitação dos alimentos; Capacidade de mastigação; Controle das secreções orais; Equilíbrio de ingestão e excreção em 24 horas; Ingestão de alimentos via sonda; Mantém conhecimento atualizado sobre a história familiar; Ingestão intravenosa de líquidos; Ingestão parenteral de nutrientes.	Colaborar com outros membros da equipe de saúde; Estabelecer possíveis fatores de risco ao desequilíbrio de líquidos; Investigar disfagia; Monitorar a ingestão de alimentos; Monitorar ingestão e eliminação; Monitorar o nível de consciência, reflexo de tosse, reflexo de vômito e capacidade de deglutição; Monitorar parâmetros fisiológicos; Posicionar cabeceira.
<b>Domínio 3 – Eliminação e Troca</b>	<b>Domínio 3 – Eliminação e Troca</b>	<b>Domínio 3 – Eliminação e Troca</b>

Eliminação urinária prejudicada; Constipação; Diarréia; Risco de Motilidade gastrointestinal disfuncional.	Padrão de eliminações; Esvazia a bexiga completamente; Relações interpessoais prejudicada; Humor prejudicado; Dor na passagem das fezes; Facilidade na passagem das fezes; Cor das fezes; Diaforese; Quantidade das fezes com relação à dieta.	Inserir supositório uretral S/N; Monitorar a tolerância a dieta oral e sonda nasogástrica; Monitorar e registrar cor, volume, frequência e consistência das fezes; Monitorar eliminação urinária e sua frequência, consistência, odor, cor, volume; Monitorar sinais e sintomas de constipação;
<b>Domínio 4 - Atividade/ Repouso</b>	<b>Domínio 4 - Atividade/Repouso</b>	<b>Domínio 4 - Atividade/Repouso</b>
Deambulação prejudicada; Mobilidade física prejudicada; Padrão respiratório ineficaz; Déficit de autocuidado para alimentação; Déficit de autocuidado para banho; Risco de síndrome do desuso.	Ambiente pacífico; Cama confortável; Controle de ruídos; Desempenho no posicionamento do corpo; Entra e sai do banheiro; Manutenção da postura; Reflexo de babinski; Saturação de Oxigênio; Toma banho na pia, banheira ou chuveiro.	Determinar os padrões do sono/atividades do paciente; Determinar os efeitos dos medicamentos do paciente sobre o padrão de sono; Colaborar com o fisioterapeuta no desenvolvimento e na execução do programa de exercícios; Considerar a cultura do paciente para promover as atividades de autocuidado; Encorajar a deambulação se apropriado; Encorajar a verbalização dos sentimentos sobre as limitações; Garantir o posicionamento adequado do paciente para facilitar a mastigação e a deglutição; Monitorar a capacidade de deglutição do paciente; Monitorar a resposta cardiorrespiratória; Monitorar frequência, ritmo, profundidade e esforço das respirações; Monitorar quanto a ruídos na respiração; Orientar o paciente sobre a estrutura e funcionamento da coluna vertebral e postura ideal para movimentar-se e utilizar o corpo; Orientar o paciente sobre necessidade de postura correta para prevenir fadiga, tensão e lesão.
<b>Domínio 5 - Percepção/ Cognição</b>	<b>Domínio 5 - Percepção/ Cognição</b>	<b>Domínio 5 - Percepção/Cognição</b>
Confusão aguda; Comunicação verbal prejudicada; Memória prejudicada.	Apoio social da família; Apoio social dos amigos; Identifica a si mesmo; Identifica pessoas significativas; Incorporação de crenças culturais às atividades diárias; Recorda informações recentes com precisão.	Atentar para a tonalidade, tempo, volume e inflexão de voz; Estimular a memória por meio de repetições; Mostrar interesse pelo paciente; Oferecer estimulação ambiental; Orientar no tempo e espaço e pessoa;
<b>Domínio 6 – Autopercepção</b>	<b>Domínio 6 – Autopercepção</b>	<b>Domínio 6 – Autopercepção</b>
Desesperança; Risco de baixa autoestima situacional	Mostra afeto adequado à situação; Atende ao regime terapêutico; Capacidade de enfrentamento; Capacidade de expressar as emoções.	Auxiliar o paciente a identificar áreas de esperança em sua vida; Demonstrar esperança, reconhecendo o valor intrínseco do paciente e vendo a doença do paciente apenas como uma faceta do indivíduo; Evitar críticas negativas; Facilitar um ambiente e atividades que aumentem a autoestima.
<b>Domínio 7 – Papéis e relacionamento</b>	<b>Domínio 7 – Papéis e relacionamento</b>	<b>Domínio 7 – Papéis e relacionamento</b>
Tensão do papel de cuidador; Interação social prejudicada.	Conhecimento do processo de doença; Oferecimento de apoio emocional; Demonstra receptividade; Cooperar com as outras pessoas.	Auxiliar o paciente a reconhecer seus sentimentos de ansiedade, raiva ou tristeza; Encorajar o paciente a conversar ou chorar para diminuir a resposta emocional; Monitorar quanto a sinais e sintomas fisiológicos e psicológicos, do medo da mudança.

<b>Domínio 9 – Enfrentamento e tolerância ao estresse</b>	<b>Domínio 9 – Enfrentamento e tolerância ao estresse</b>	<b>Domínio 9 – Enfrentamento e tolerância ao estresse</b>
Ansiedade relacionada à morte; Síndrome do estresse por mudança.	Expressa satisfação com as condições de vida; Reconhece os motivos da mudança no ambiente de vida; Utiliza estratégias efetivas de enfrentamento; Utiliza suporte social disponível.	Avaliar a compreensão do paciente sobre o processo da doença; Avaliar a capacidade do paciente na tomada de decisão; Avaliar o impacto da situação de vida do paciente sobre os papéis e relações; Explicar todos os procedimentos ao paciente; Fornecer informações factuais a respeito do diagnóstico, do tratamento e do prognóstico; Permanecer com o paciente para promover segurança e diminuir o medo.
<b>Domínio 10 – Princípios da vida</b>	<b>Domínio 10 – Princípios da vida</b>	<b>Domínio 10 – Princípios da vida</b>
Religiosidade prejudicada; Risco de religiosidade prejudicada.	Sentido e propósito da vida; Interação com outras pessoas para compartilhar pensamentos, sentimentos e crenças; Bem estar psicológico; Expressão de otimismo.	Tratar o indivíduo com dignidade e respeito; Encorajar os serviços religiosos conforme apropriado; Auxiliar o paciente a resolver problemas de forma construtiva; Avaliar a capacidade de tomada de decisão do paciente.
<b>Domínio 11- Segurança/proteção</b>	<b>Domínio 11- Segurança/proteção</b>	<b>Domínio 11- Segurança/proteção</b>
Integridade da pele prejudicada; Termorregulação ineficaz; Risco de queda; Risco de infecção; Risco de integridade da pele prejudicada; Risco de lesão .	Conforto térmico relatado; Transpiração quando calor; Temperatura da pele; Condições crônicas que aumentem o risco de queda; Doenças agudas que aumentem o risco de queda; Eliminação de ruídos prejudiciais; Exercícios para reduzir o risco de queda; Integridade tecidual; Lesões na pele; Organização dos móveis para reduzir os riscos de acordo com necessidades do paciente.	Auxiliar o indivíduo durante a caminhada; Ensinar a lavagem das mãos ao paciente, aos visitantes e acompanhantes; Identificar déficits cognitivos ou físicos do paciente que podem aumentar o potencial de quedas em um ambiente específico; Inspeccionar a pele e as mucosas quanto à vermelhidão, calor extremo, edema ou drenagem; Monitor o passo, o nível de fadiga ao caminhar; Monitorar a mobilidade e estabilidade do paciente; Observar os membros quanto à cor, calor, inchaço, pulsos, temperatura, edema, ulcerações; Orientar o paciente a realizar a habilidade com um passo de cada vez; Rever o histórico de quedas com familiares e o paciente; Trocar equipamentos de atendimento do paciente de acordo com a instituição; Utilizar um colchão/leito terapêutico apropriado;

Tabela 01: Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem do usuário com adoecimento neurológico, 2019.

Fonte: As autoras, 2020.

A equipe de enfermagem que atuam no setor de neurologia é responsável pela assistência integral, monitoramento e intervenções diante de agravos de saúde aos usuários neurológicos (BRASIL, 2010). Neste aspecto, passa a ser fundamental que o enfermeiro gestor utilize ferramentas ágeis que auxiliem neste processo, além de poder contar com um quadro de pessoal compatível às demandas do setor, bem como, profissionais que estejam qualificados e capacitados para atuarem em um setor com tantas particularidades e singularidades de cuidado.

Diante da preocupação crescente com a qualidade da atenção à saúde, experienciamos que a implantação do PE e a satisfação do usuário têm sido uma prioridade da maioria dessas organizações, exigindo dos acadêmicos de enfermagem algumas competências

como: saber-ser (atitude), saber-saber (conhecimento) e saber-fazer (habilidades), com vistas ao comprometimento com o desempenho e aprimoramento do cuidado ao usuário neurológico.

No decorrer das ATPs, o uso das taxonomias de enfermagem mostrou-se ser um excelente instrumento para os acadêmicos efetivarem as etapas do PE de forma integral e individualizada. Instrumentalizados por um referencial metodológico e taxonômico, conseguiu-se implementar todas as etapas do PE, corroborando na identificação dos diagnósticos de enfermagem, no planejamento, nas indicações das intervenções e avaliações dos cuidados aplicados, qualificando os registros de enfermagem e validando o processo de cuidado proposto pelo Enfermeiro coordenador.

## 5 | CONCLUSÃO

O uso dos sistemas de classificação de enfermagem, *NANDA-I*, *NIC* e *NOC*, direcionaram os acadêmicos de enfermagem na aplicação dos conhecimentos técnico-científicos, oportunizando maior consolidação e maturidade no âmbito da ciência e do cuidado ao usuário com adoecimento neurológico. Experienciamos que a utilização das classificações no cotidiano, além de possibilitar a constatação das ações de enfermagem dando, portanto, visibilidade e cientificidade à profissão. Destarte, sua utilização no ensino e no cuidado continua sendo um compromisso assumido pela categoria profissional, refletindo na qualidade e satisfação do usuário.

## REFERÊNCIAS

- BARROS, Alba Lucia Bottura Leite de. Classificações de diagnóstico e intervenção de enfermagem: NANDA-NIC. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. SPE, p. 864-867, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002009000700003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002009000700003&script=sci_arttext). Acesso em: 19, abr, 2020.
- BORGHARDT, Andressa Tomazini et al. Avaliação das escalas de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos: uma coorte prospectiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 2015. Disponível em: <http://observatorio.fm.usp.br/handle/OPI/10050>. Acesso em: 19, abr, 2020.
- BRAGA, Cristiane Giffoni et al. A taxonomia II proposta pela north american nursing diagnosis association (NANDA). **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 11, n. 2, p. 240-244, 2003. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692003000200016&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692003000200016&script=sci_arttext&lng=pt). Acesso em: 19, abr, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade** volume 4 – Brasília DF 2014. Disponível em [https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/atualizacao-2015/L04\\_ASSIS-DE-MEDIA-E-ALTA-COMPL\\_jun2015.pdf](https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/atualizacao-2015/L04_ASSIS-DE-MEDIA-E-ALTA-COMPL_jun2015.pdf). Acesso em: 19, abr, 2020.
- BULECHEK, Bulechek et al. **NIC Classificação das intervenções de enfermagem**. Elsevier Brasil, 2015.
- COELHO, Eduardo Barbosa. **Mecanismos de formação de edemas**. Medicina (Ribeirão Preto. Online), v. 37, n. 3/4, p. 189-198, 2004. Disponível em: <http://www.periodicos.usp.br/rmrp/article/view/496>. Acesso em: 19, abr, 2020.

DE FREITAS SAMPAIO, Cynthia; GUEDES, Maria Vilani Cavalcante. Processo de enfermagem como estratégia no desenvolvimento de competência para o autocuidado. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 2, p. 96-103, 2012. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3070/307026829001.pdf>. Acesso em: 19, abr, 2020.

DIAS, Maria José Martins da Costa; MARTINS, Teresa; ARAÚJO, Fátima. Estudo do ponto de corte da Escala de Quedas de Morse (MFS). **Revista de Enfermagem Referência**, n. 1, p. 65-74, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832014000100008](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832014000100008). Acesso em: 19, abr, 2020.

ENES, Sandra Maria Sampaio et al. Flebite associada a cateteres intravenosos periféricos em adultos internados em hospital da Amazônia Ocidental Brasileira. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 2, p. 263-271, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342016000200263&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342016000200263&script=sci_arttext&tlng=pt). Acesso em: 19, abr, 2020.

GALDEANO, Luzia Elaine; ROSSI, Lídia Aparecida; ZAGO, Márcia Maria Fontão. Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 3, p. 371-375, 2003. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692003000300016&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692003000300016&script=sci_arttext). Acesso em: 19, abr, 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos Humaniza SUS**. Brasília, 2010. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_humanizaSUS.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf). Acesso em: 19, abr, 2020.

MUNIZ, Elaine Cristina S. et al. Utilização da escala de coma de Glasgow e escala de coma de Jovet para avaliação do nível de consciência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 31, n. 2, p. 287-303, 1997. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062341997000200010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062341997000200010&script=sci_arttext). Acesso em: 19, abr, 2020.

North American Nursing Diagnoses Association (NANDA). **Diagnósticos de Enfermagem: definições e classificação 2015 - 2017**. Porto Alegre: Artmed; 2015.

SILVA, Carlos Magno Carvalho da; TEIXEIRA, Enéas Rangel. Exame físico e sua integralização ao processo de enfermagem na perspectiva da complexidade. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 723-729, Dec. 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452011000400010&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452011000400010&script=sci_arttext&tlng=pt) Acesso em: 19, abr, 2020.

TANNURE, M.C.; PINHEIRO, A. M. SAE: **sistematização da assistência da enfermagem: Guia Prático**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

## DESENVOLVIMENTO DE SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO CIPE® PARA TOMADA DE DECISÃO FRENTE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA

*Data de aceite: 01/07/2020*

*Data de submissão: 02/04/2020*

### **Natalia Beatriz Lima Pimentel**

Universidade Federal Fluminense/UFF, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/EEAAC; Niterói, RJ. Lattes iD: <http://lattes.cnpq.br/7703781900716718>

### **Vivian Cristina Gama Souza Lima**

Universidade Federal Fluminense/UFF, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/EEAAC; Niterói, RJ. Lattes iD: <http://lattes.cnpq.br/5866336645264235>

### **Patrícia dos Santos Claro Fuly**

Universidade Federal Fluminense/UFF, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/EEAAC; Niterói, RJ. Lattes iD: <http://lattes.cnpq.br/7625867664431524>

### **Silvia Maria de Sá Basillio Lins**

Universidade Federal Fluminense/UFF, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/EEAAC; Niterói, RJ. Lattes iD: <http://lattes.cnpq.br/4887241136400459>

### **Mauro Leonardo Salvador Caldeira dos Santos**

Universidade Federal Fluminense/UFF, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/EEAAC; Niterói, RJ. Lattes iD: <http://lattes.cnpq.br/8526777752396550>

**RESUMO:** Objetivo: Desenvolver um subconjunto terminológico, utilizando a Classificação Internacional para Prática de Enfermagem para pacientes em Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC). Métodos: Estudo metodológico com revisão integrativa da literatura, que buscou evidências empíricas relacionadas à ICC e intervenções de enfermagem, com recorte temporal de 2014 a 2018. Após cruzamento das evidências com termos da CIPE® 2017, baseado no Modelo 7 Eixos, foram elaboradas declarações de diagnósticos e intervenções de enfermagem. Resultados: Foram evidenciadas 14 afirmativas de diagnósticos e 55 intervenções de enfermagem sendo elaborado o subconjunto com blocos de intervenções relacionados a cada diagnóstico. Conclusão: O instrumento poderá constituir-se numa referência de fácil manejo para enfermeiros da prática assistencial, norteando o cuidado ao paciente com ICC, baseado em evidências e na linguagem de enfermagem unificada.

**PALAVRAS-CHAVE:** Insuficiência Cardíaca; Cardiologia; Cuidados de Enfermagem.

## DEVELOPMENT OF A CIPE® TERMINOLOGICAL SUBSET FOR DECISION MAKING IN PATIENTS WITH CONGESTIVE HEART FAILURE

**ABSTRACT:** Objective: To develop a terminological subset, using the International Classification for Nursing Practice for patients with Congestive Heart Failure (CHF). Methods: Methodological study with an integrative literature review, which sought empirical evidence related to CHF and nursing interventions, with a time frame from 2014 to 2018. After crossing the evidence with terms of ICNP® 2017, based on the 7 Axis Model, statements were prepared of nursing diagnoses and interventions. Results: There were 14 affirmative statements and 55 nursing interventions, and the subset was elaborated with blocks of interventions related to each diagnosis. Conclusion: The instrument may be an easy-to-use reference for nurses in healthcare practice, guiding the care of patients with CHF, based on evidence and the unified nursing language.

**KEYWORDS:** Heart failure; Cardiology; Nursing care.

### INTRODUÇÃO

A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome caracterizada pela incapacidade do coração em bombear sangue suficiente para atender às necessidades metabólicas e teciduais do organismo. Dentre as doenças cardiovasculares, esta é considerada como uma das maiores causas de incapacidade e morbidade, impossibilitando a execução de atividades diárias e profissionais, além de predispor a alterações emocionais (HOLGUIN,2016).

Em virtude da sua incidência, é considerada como uma epidemia de saúde cardiovascular do século XXI. Estudos apontam que, em 2025, a IC será a primeira causa de óbitos por enfermidade cardiovascular. Aproximadamente 23 milhões de pessoas são portadoras de IC e 2 milhões de casos novos são diagnosticados a cada ano no mundo. No Brasil estima-se que 6,4 milhões de pessoas são acometidas por essa doença (FREITAS, 2016).

A classificação da IC pode ser feita de várias formas, de acordo com as suas condições clínicas, que podem ser agudas ou crônicas e causar alterações hemodinâmicas ou funcionais. A IC na condição aguda necessita de intervenção terapêutica imediata, essa pode corresponder a uma entidade nova ou estar relacionada à exacerbação aguda de um quadro crônico, que de acordo com a gravidade pode vir a se comportar de forma persistente e até refratária. Os objetivos clínicos nessa fase consistem no alívio dos sinais e sintomas e estabilização hemodinâmica (HUNT; 2001).

Considerando a relevância da IC, destaca-se o papel central do enfermeiro na atenção ao paciente, na medida em que avalia e identifica as repostas humanas afetadas, estabelece diagnósticos de enfermagem, propõe, executa e avalia os resultados das intervenções de

enfermagem para esta clientela. Essas etapas constituem metodologicamente o Processo de Enfermagem (PE), uma ferramenta tecnológica que subsidia o enfermeiro na aplicação de seu conhecimento e prove as informações necessárias ao seu processo decisório no gerenciamento da assistência e da equipe de enfermagem (TRUPPEL, 2009)

A CIPE® é um sistema que permite a construção de afirmativas de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, e sua utilização favorece o registro e a qualidade do atendimento na prática. Os Subconjuntos terminológicos da CIPE® são entendidos como conjuntos de afirmativas de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, para uma determinada área selecionada ou de especialidade do cuidar em enfermagem com propósitos específicos (GARCIA, 2008).

O uso da CIPE® contempla todos os elementos do processo de decisão clínica do enfermeiro: o que fazer (intervenções) em função das necessidades humanas apresentadas (diagnósticos) para alcançar um resultado satisfatório (resultados). De acordo com a CIPE®, um Diagnóstico de Enfermagem consiste em uma declaração dada por uma enfermeira que toma uma decisão sobre um fenômeno apresentado por um paciente, após avaliação do mesmo. É um sistema de classificação cujo o objetivo é estabelecer uma linguagem comum para descrever a prática de enfermagem, facilitando a comunicação entre enfermeiros e destes com outros profissionais, além de descrever mundialmente a prestação de cuidado de enfermagem no contexto do indivíduo, família e comunidade. (BITTENCOURT, 2015).

Tendo em vista a relevância do assunto, o estudo buscou responder a seguinte questão: “Quais diagnósticos e intervenções de enfermagem, com evidências da literatura, podem ser atribuídos a pacientes com ICC descompensada?” Assim, o objetivo deste estudo foi desenvolver um subconjunto terminológico, utilizando a Classificação Internacional para Prática de Enfermagem para pacientes com ICC descompensada. Desta forma, acredita-se na contribuição para a tomada de decisão pelo enfermeiro, baseada em evidências, que subsidiem intervenções de enfermagem efetivas e eficazes com vistas à melhora do quadro clínico no estado agudo da doença. Entende-se que este estudo poderá gerar uma base consistente para documentação da prática da enfermagem e contribuir para a segurança do paciente.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo metodológico, onde inicialmente foi realizada uma revisão integrativa da literatura nas bases de dados: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), para responder a seguinte questão: “Quais as evidências

clínicas identificadas na literatura atual atribuídas a pacientes com ICC descompensada?”. Como estratégia para esta busca foi utilizado como critérios de inclusão: recorte temporal de 2014 a 2018, as publicações nos idiomas inglês, espanhol e português, textos online na íntegra e aderência à temática. Como critérios de exclusão, consideramos as publicações com a temática envolvendo crianças e adolescentes e que não respondiam à questão de pesquisa. Salienta-se que foram utilizados os termos “Insuficiência Cardíaca” e “Cardiologia” nos três idiomas, a partir do banco de Descritores em Ciências da Saúde (Decs) uma vez que o foco estava relacionado à descrição da sintomatologia da doença.

Os artigos selecionados sofreram leitura avaliativa em busca das evidências clínicas relacionadas às repercussões da ICC para os pacientes. Foram ainda avaliados quanto ao ano de publicação, país de origem, tipo de estudo e nível de evidência. Após o levantamento das evidências os termos foram classificados quanto à cardinalidade e equivalência, conforme recomendações do Relatório Técnico ISSO/TR12300.

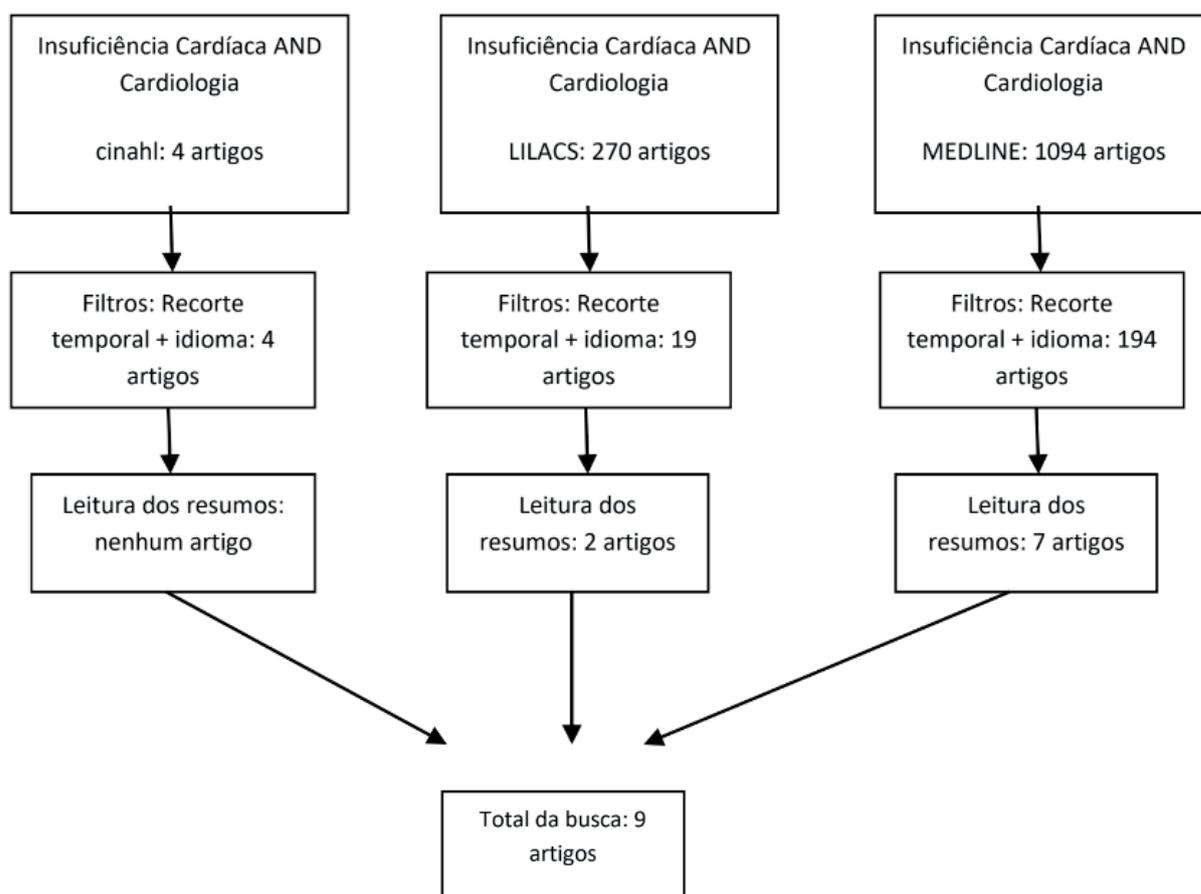


Figura 1. Estratégia de Busca nas bases de Dados para Evidências Clínicas de ICC. Niterói. Universidade Federal Fluminense, 2018.

Fonte: Elaboração Própria.

Para a construção das intervenções relacionadas a cada diagnóstico foi feita nova revisão integrativa da literatura. Nesta etapa, a pergunta de pesquisa elaborada foi: “Quais as intervenções de enfermagem ao paciente com ICC identificadas na literatura atual?”

Também foram consultadas as bases de dados LILACS e MEDLINE via BVS e CINAHL. Os descritores utilizados nesta busca foram “Cuidados de Enfermagem” e “Insuficiência Cardíaca”, sob o operador booleano AND. Como critérios de inclusão, também foi empregado o recorte temporal de 2014 a 2018, as publicações no idioma português, inglês e espanhol, textos disponíveis na íntegra e aderência à temática. Como critérios de exclusão, foram consideradas publicações com a temática envolvendo crianças e adolescentes além de temáticas que não respondiam à questão de pesquisa. Desta forma 15 artigos foram selecionados para essa etapa, e a partir da leitura dos artigos, foram identificadas as intervenções de enfermagem relacionadas ao paciente com ICC descompensada.

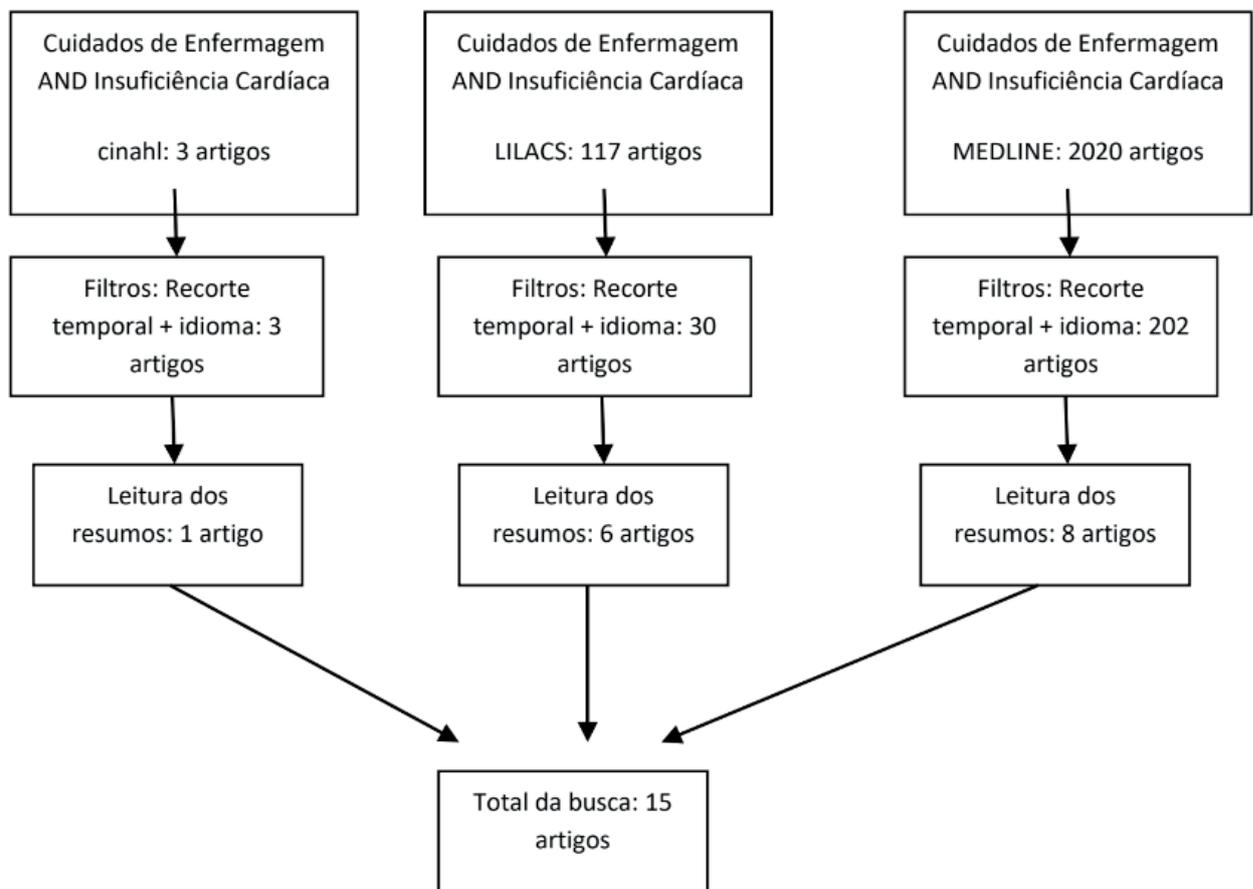


Figura 2. Estratégia de Busca nas bases de Dados para Intervenções ao paciente com ICC. Niterói. Universidade Federal Fluminense, 2018.

Fonte: Elaboração Própria.

Após esta etapa, foi realizado o mapeamento cruzado com os termos da CIPE®, sendo desta forma, construídas as intervenções de enfermagem e essas foram correlacionadas a cada diagnóstico para uma melhor identificação. A coleta de dados ocorreu de Agosto a Novembro de 2018.

## RESULTADOS

Após a busca na literatura, 24 artigos passaram a fazer parte do estudo e a partir da leitura dos mesmos foram identificadas 67 evidências clínicas relacionadas ao paciente com ICC descompensada e 123 intervenções, sendo extraídas 52 para este estudo. As mesmas foram organizadas em um dos quadros para uma melhor identificação.

Os dados da Revisão quanto às referências dos artigos, tipo de estudo e o ano de publicação estão descritos nos quadros 1 e 2.

<b>Título do artigo</b>	<b>Autores</b>	<b>Ano de publicação e país de origem</b>	<b>Periódico</b>	<b>Tipo de estudo</b>
<b>Aplicação do modelo Outcome Present test em paciente com insuficiência Cardíaca Congestiva</b>	Gonçalves, LWP Pompeo, DA	2016, Brasil	Revista Mineira de Enfermagem	Estudo de caso
<b>Ações de enfermagem ao paciente com insuficiência cardíaca: uma revisão integrativa</b>	Lessa, QCSS Frossard, JM Santos, FAZ Quelluci, GC Correia, DMS Cavalcanti, ACD	2016, Brasil	Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online	Revisão
<b>Diagnósticos e intervenções de enfermagem para a pessoa com insuficiência cardíaca descompensada</b>	Sousa, MM Araújo, AA Freire, MEM Oliveira, JS Oliveira, SHS	2016, Brasil	Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental	Relato de caso
<b>Conhecimento das mulheres com insuficiência Cardíaca</b>	Sposito, NPB Kobayashi, RM	2016, Brasil	Revista Mineira de Enfermagem	Exploratório/descritivo (entrevista e consulta ao prontuário)
<b>Roles del profesional de enfermería en el paciente con fala cardíaca</b>	Salamanca, JO Murcia, PVM Liñan, GAM Martínez, MAN	2015, Colombia	Repertorio de Medicina y Cirugía	Revisão
<b>Cuidados de enfermagem à pessoa com insuficiência cardíaca descompensada</b>	Gomes, ATL Araújo, JNM Fernandes, MICKD Vitor, AF Lira, ALBC Torres, GV	2014, Brasil	Revista Brasileira Pesquisa em Saúde	Relato de caso
<b>Heart Failure Association of the European Society of Cardiology heart failure nurse curriculum</b>	Riley, JP Et al	2016, Reino Unido	European Journal of Heart Failure	Revisão
<b>Multimorbidity in Older Adults with Heart Failure</b>	Dharmarajan, K Dunlay, SM	2016, EUA	Clin Geriatr Med	Revisão
<b>Integrating Care across Disciplines</b>	Blachman, NL Blaum, CS	2016, EUA	Clin Geriatr Med	Revisão

<b>Factors Affecting Nurses' Intent to Assess for Depression in Heart Failure Patients</b>	Lea, P	2014, EUA?	Dimensions of Critical Care Nursing	Revisão
<b>Impact of a nurse-led heart Failure Program on All Cause Mortality</b>	Bdeir, B Et al	2015, Arábia Saudita	Journal of Cardiovascular Nursing	Estudo Retrospectivo ?
<b>Pathophysiology, Diagnosis, Medical Treatment Guidelines, and Nurse Management</b>	Rogers, C Bush, N	2015, USA	Nurs Clin N Am	Revisão
<b>Psychoeducational support to post cardiac surgery heart failure patients and their partners – A randomised pilot study</b>	Agreen, S Berg, S Svedjeholm, R Stromberg, A	2014, Suécia	Intensive and Critical Care Nursing	Estudo randomizado controlado?
<b>Processo de enfermagem segundo o modelo do autocuidado em um paciente cardiopata restrito ao leito</b>	Felipe, LC Araújo, ARS, Vitor, AF	2014, Brasil	Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online	Estudo de caso
<b>Sistematización de la atención de enfermería en pacientes con insuficiencia cardíaca etapa IV</b>	Araujo, J.N.M., Fernandes, M.I.C.D., Gomes, A.T.L., Delgado, M. F., Lira, A.L.B.C., Vitor, A.F	2017, Brasil	Cultura de los Cuidados (Edición digital)	Estudo de caso

Quadro 1 - Busca sobre Intervenções de enfermagem para pacientes com IC

<b>Título do artigo</b>	<b>Autores</b>	<b>Ano de publicação e país de origem</b>	<b>Tipo de estudo</b>
<b>Insuficiencia cardíaca con función preservada. Revisión del tema y comunicación de la experiencia española</b>	Manzano, Luis, and Álvaro González Franco	2017, Espanha	Ensaio Clínico
<b>CONHECIMENTO DAS MULHERES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA</b>	Natália Pinheiro Braga Sposito; Rika Miyahara Kobayashi	2016, Brasil	Estudo Descritivo
<b>2017 Comprehensive update of the Canadian Cardiovascular Society guidelines for the management of heart failure</b>	Ezekowitz, Justin A., et al.	2017, Canadá	Revisão de Guidelines
<b>An evidence-based review of recent advances in therapy for heart failure with reduced ejection fraction (HFrEF)</b>	Leah Raj, Bhavin Adhyaru	2016, Atlanta	Revisão de Literatura

<b>European Society of Cardiology Heart Failure Long-Term Registry (ESC-HF-LT): 1-year follow-up outcomes and differences across regions</b>	M.G. Crespo-Leiro et al.	2016, Europa	Estudo prospectivo e observacional
<b>European Heart Rhythm Association/ Heart Failure Association joint consensus document on arrhythmias in heart failure, endorsed by the Heart Rhythm Society and the Asia Pacific Heart Rhythm Society</b>	G.Y.H. Lip et al	2016, Europa	Estudo prospectivo e observacional
<b>European Heart Rhythm Association/ Heart Failure Association joint consensus document on arrhythmias in heart failure, endorsed by the Heart Rhythm Society and the Asia Pacific Heart Rhythm Society</b>	G.Y.H. Lip et al	2015, Europa	Estudo prospectivo e observacional
<b>De Novo Acute Heart Failure and Acutely Decompensated Chronic Heart Failure</b>	Astrid Hummel, Klaus Empen, Marcus Dörr, and Stephan B. Felix	2015, Alemanha	Revisão de Literatura
<b>Recommendations on pre-hospital &amp; early hospital management of acute heart failure: a consensus paper from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology, the European Society of Emergency Medicine and the Society of Academic Emergency Medicine</b>	A. Mebazaa et al.	2015, Europa	Revisão de Literatura
<b>Engaging Heart Failure Clinicians To Increase Palliative Care Referrals: Overcoming Barriers, Improving Techniques</b>	Laura P. Gelfman, MD, Jill Kalman, MD, and Nathan E. Goldstein, MD	2014, EUA	Relatório Especial

Quadro 2 - Busca sobre evidências Clínicas de IC

Nos textos consultados, as evidências clínicas mais citadas foram: Congestão pulmonar (66%), ortopnéia (50%), dispnéia noturna paroxística (50%), seguido de dispnéia (33%) e fraqueza (33%). Sendo assim, os diagnósticos de enfermagem identificados na CIPE®, após o mapeamento cruzado foram: edema, edema periférico, trocas gasosas comprometidas, perfusão do tecido ineficaz, débito cardíaco diminuído, fadiga, ventilação comprometida, hipóxia, náusea, ascite, ortopnéia, ansiedade, depressão e dor, exibidos no Quadro 3.

EVIDÊNCIA	REFERÊNCIA	DIAGNÓSTICO	EQUIVALÊNCIA	CARDINALIDADE			
Edema	10	Edema	3	Muitos para um			
Inchaço	11						
Edema de MMII	10						
Edema bilateral	12						
Edema pendente	31						
Edema de perna bilateral	10						
Ganho de peso	13						
Edema Periferico	23,24	Edema Periferico		Um pra um			
Dispnéia	12,13, 23, 24, 25	Trocias gasosas comprometidas	3	Muitos para um			
Dispnéia ao esforço	10						
Dispnéia noturna paroxística	10,12,13						
Falta de ar	11, 23						
Ortopnéia	10,12,13						
Congestão Pulmonar	10,12,13,14, 23, 24						
Estertores	12, 24						
Estalidos pulmonares	10						
Crepitacoes pulmonares	23						
Edema Pulmonar	23						
Cianose	13	Perfusão dos tecidos ineficaz	3	Muitos para um			
Extremidades frias	13						
Hipoperfusão periférica	14, 24						
Redução do débito Cardíaco	13, 24	Débito Cardíaco Comprometido	3	Muitos para um			
Taquicardia	10, 23						
Taquicardia atrial	22						
Taquicardia Ventricular	15						
Terceira bulha	14, 23						
Bradiarritmia	15, 22						
Arritmias	15						
Arritmias ventriculares	22						
Fibrilacao atrial	22						
Flutter atrial	22						
Fadiga	13						
Distensão Abdominal	13				Ascite	4	Muitos para um
Desconforto abdominal	13						
Edema	10						
Ingurgitação de jugular	12						
Distensão da veia jugular/ veias congestivas do pescoço.	10, 23						
Pressão venosa da jugular elevada	10, 24						
Reflexo Hepato-jugular positivo	10						
Ganho de peso	13						
Estertores	12						
Estalidos pulmonares	10						

Congestão pulmonar	10,12,13,14, 23	Fadiga	3	Muitos para um
Dificuldade em realizar atividades	11			
Intolerância ao exercício	13			
Dificuldade em ficar deitado/ dormir	11			
Fadiga	13, 25			
Cansaço	11			
Fraqueza	11,13			
Náusea	13	Náusea	1	Um pra um
Comprometimento Cognitivo	13	Hipóxia		Muitos para um
Delírio	13			
Taquicardia	10, 23			
Estertores	12			
Estalidos pulmonares	10			
Cianose	13			
Extremidades frias	13			
Ortopnéia	10,12,13	Ortopnéia	3	Muitos para um
Dificuldade em ficar deitado/ dormir	11			
Tosse	13	Ventilação Comprometida	3	Muitos para um
Tosse noturna	10			
Estertores	12			
Estalidos pulmonares	10			
Ansiedade	24	Ansiedade	1	Um para um
Ansiedade	24	Angústia	4	Muitos para um
Depressão	25			
Dor	25	Dor	1	Um para um

Quadro 3 – Mapeamento Cruzado das evidências clínicas com termos contidos na CIPE. Niterói. Universidade Federal Fluminense, 2018.

Fonte: Elaboração Própria.

As intervenções de enfermagem foram construídas a partir do mapeamento cruzado com os termos da CIPE modelo de 7 eixos. Do total de intervenções encontradas, 52 estavam relacionadas aos diagnósticos identificados e assim foram mapeadas gerando 55 declarações que estão apresentadas no Quadro 4.

EDEMA	
INTERVENÇÃO	REFERÊNCIA
Avaliar grau de edema;	16
Realizar controle hídrico;	16,17
Monitorar resposta ao diurético pelo balanço hídrico (controlar o volume de líquidos)	9,18
Avaliar o paciente fisicamente (Monitorar integridade da pele);	16
Avaliar pulsos periféricos.	9,16
Monitoração diária do peso	9,16
Monitorar estado de hidratação de pele e mucosas	9
Proteger a pele edemaciada de lesões (oferecer apoio com coxins se necessário)	9
Colocar colchão piramidal	19

<b>TROCAS GASOSAS COMPROMETIDAS</b>	
<b>INTERVENÇÃO</b>	<b>REFERÊNCIA</b>
Promover posição de conforto no leito e mantê-lo a 90°;	9
Manter via aérea pérvua;	
Monitorar nível de consciência e padrão respiratório.	16
Avaliar condições pulmonares através da ausculta	9
<b>PERFUSÃO DO TECIDO COMPROMETIDA</b>	
<b>INTERVENÇÃO</b>	<b>REFERÊNCIA</b>
Reconhecer sinais de hipoperfusão; (atentar para pele fria)	9,19
Manter membros quentes e higienizados; (reduzir risco de lesões)	
Avaliar pulsos periféricos;	9
Orientar ou posicionar o paciente para um melhor fluxo circulatório;	
Avaliar resultados de exames laboratoriais (gasometria arterial)	18
Identificar sinais de hipóxia cerebral	9
<b>NÁUSEA</b>	
<b>INTERVENÇÃO</b>	<b>REFERÊNCIA</b>
Monitorar resposta à antieméticos prescritos	
Oferecer líquido gelado em pequeno volume	
Manter posição de conforto no leito	9
<b>DÉBITO CARDÍACO COMPROMETIDO</b>	
<b>INTERVENÇÃO</b>	<b>REFERÊNCIA</b>
Atentar para sinais de descompensação, redução do débito cardíaco ou resistência vascular sistêmica; (choque)	9,11,12
Monitorar frequência e regularidade do pulso;	9,16
Avaliar temperatura da pele (atentar para pele fria e pegajosa).	9,11
Verificar sinais de arritmias letais;	9
Manter material para ressuscitação cardiopulmonar pronto pra uso.	9
Auscultar sons cardíacos	9
Promover nível de atividade que não comprometa o débito cardíaco	16
Realizar controle hídrico;	16,17
Avaliar alterações da pressão arterial	16
<b>ASCITE</b>	
<b>INTERVENÇÃO</b>	<b>REFERÊNCIA</b>
Orientar família sobre equilíbrio de líquidos	28,29,30
Controlar ingestão hídrica;	16,17
Verificar pulsos periféricos se presentes e grau de edema pernas;	9
Avaliar sinais de ganho de peso.	9
<b>HIPÓXIA</b>	
<b>INTERVENÇÃO</b>	<b>REFERÊNCIA</b>
Monitorar a administração da oxigenioterapia;	9
Monitorar tolerância a atividade do paciente (minimizar esforço físico)	16
Realizar controle hídrico	16,17
Avaliar alterações no comportamento (atentar para delírio) e função cognitiva	20,21
Identificar sinais de hipóxia cerebral	9
<b>VENTILAÇÃO COMPROMETIDA</b>	
<b>INTERVENÇÃO</b>	<b>REFERÊNCIA</b>
Identificar sinais como dispneia, fadiga e tontura	16,21
Monitorar sinais e sintomas de descompensação	17
Auscultar sons respiratórios	9
Monitorar o estado respiratório	16
<b>ORTOPNÉIA</b>	
<b>INTERVENÇÃO</b>	<b>REFERÊNCIA</b>
Monitorar a administração da oxigenioterapia;	9
Promover posição de conforto no leito e mantê-lo a 30°;	9

<b>FADIGA</b>	
<b>INTERVENÇÃO</b>	<b>REFERÊNCIA</b>
Identificar sinais como dispneia, fadiga e tontura	16,21
Realizar mobilização no leito minimizando esforços	9
Promover posição de conforto no leito e mantê-lo a 90°;	9
Monitorar tolerância a atividade do paciente	16
<b>ANGÚSTIA/ANSIEDADE</b>	
<b>INTERVENÇÃO</b>	<b>REFERÊNCIA</b>
Encorajar a reflexão sobre o comportamento	27
Encorajar o uso de terapias complementares	29
Orientar sobre doença	28,29,30
<b>DOR</b>	
<b>INTERVENÇÃO</b>	<b>REFERÊNCIA</b>
Fazer medicação para dor	28
Orientar sobre dor	28,29,30

Quadro 4 – Intervenções de enfermagem relacionadas ao Diagnóstico de Enfermagem. Niterói, Universidade Federal Fluminense, 2018.

Fonte: Elaboração Própria

## DISCUSSÃO

As evidências clínicas de ICC encontradas e descritas estão de acordo com a fisiopatologia da doença. As diversas causas associadas vão gerar disfunção ventricular, o que pode levar a quadros de descompensação hemodinâmica. A disfunção ventricular deflagra mecanismos adaptativos associados à ativação neuro-humoral, com remodelamento ventricular e alterações circulatórias, havendo também outros danos devido a aumento do estresse oxidativo, inflamação e morte celular. Todo esse processo está relacionado com quadros de congestão pulmonar e hipertensão, desencadeando sintomas, como tosse, fadiga, edema e dispneia (SOUZA, 2016).

Quanto às intervenções, observou-se em dois estudos de caso um plano de cuidados para diagnósticos que não estavam relacionados à sintomatologia da ICC. Estes foram: mucosa oral prejudicada relacionada a infecção e mobilidade física prejudicada relacionada a controle muscular diminuído (GOMES, 2014), além de déficit no autocuidado para: alimentação, banho, higiene íntima e vestir-se (FELIPE, 2014). Estes diagnósticos podem ser secundários aos diagnósticos identificados através das evidências clínicas de ICC, uma vez que a fisiopatologia da doença gera descompensações que vão prejudicar outras necessidades desse paciente.

Outro artigo mostrou os benefícios de um programa totalmente gerenciado por enfermeiros com cuidados relacionados à IC e como este teve bons resultados com impacto em índices de readmissões hospitalares e mortalidade. O estudo não descreve claramente as intervenções de enfermagem, porém relata que foca em titulação de medicação e orientação ao paciente e família com ênfase no autocuidado (BDEIR, 2015).

Deste modo, foi possível observar a importância das intervenções educativas. Estas são citadas em vários estudos, com foco na necessidade do paciente e família, enfatizando o autocuidado (BDEIR, ROGERS, AGREN, 2015). A educação do paciente com ICC visa o controle da doença no lar e busca reduzir a reinternação por descompensação cardíaca. Essa orientação deve ser feita ainda no contexto hospitalar, inclusive preparando paciente e família para alta.

Apenas um estudo abordou a depressão no paciente com ICC e este descreve que a mesma deve ser alvo também das intervenções de enfermagem (LEA, 2014). O autor do estudo enfatizou a importância dos enfermeiros se capacitarem com o uso de estratégias para detecção precoce da depressão em pacientes com ICC, porém não deixa claro uma intervenção de enfermagem para o paciente com esse diagnóstico (LEA, 2014).

Os cuidados básicos relacionados à higiene, alimentação e conforto também foram encontrados, porém não estão relacionados aos diagnósticos aqui descritos. Isto se dá pelo fato de abordarmos as evidências clínicas da doença e não estar diretamente avaliando um paciente em específico. É sabido que o cuidado deve ter um olhar holístico e o plano de cuidados deve contemplar as necessidades físicas, biológicas, psíquicas e sociais do indivíduo. Cabe ao enfermeiro avaliar cada paciente em sua individualidade e elaborar o plano de cuidados, entendendo que a compreensão do processo e prognóstico da doença também é essencial para esse planejamento adequado (ROGERS, 2015).

## CONCLUSÃO

O objetivo deste estudo foi alcançado a partir da elaboração do subconjunto de declarações de diagnósticos e intervenções de enfermagem, que poderá servir como uma referência de fácil manejo para os enfermeiros, norteando seu plano de cuidado. Estes poderão elaborar planos individualizados e assim oferecer uma prática mais reflexiva, baseada em evidências, ao paciente com ICC descompensada. Uma linguagem comum, adequada e compartilhada pode contribuir para a consolidação do processo de trabalho do enfermeiro, enquanto membro de uma equipe multiprofissional, com sua competência bem definida e com consciência de sua importância e de sua contribuição para a integralidade e resolutividade do cuidado. A especificidade do cuidado ao paciente cardiológico justifica os diagnósticos e as intervenções elaboradas neste estudo, que visa abranger os modelos de assistência hospitalar a esse paciente. No entanto, o estudo não esgota o assunto, colaborando para novas pesquisas que possam aprimorar o plano de cuidados criado através da validação e aplicação na prática assistencial.

## REFERÊNCIAS

ARAUJO; J.N.M., FERNANDES, M.I.C.D., GOMES, A.T.L., DELGADO, M. F., LIRA, A.L.B.C., VITOR, A.F;

**Sistematización de la atención de enfermería en pacientes con insuficiencia cardíaca etapa IV.** Cultura de los Cuidados (Edición digital), 21(48); 2017.

**Association Task Force on Practice Guideline (Committee to Revise the 1995 Guidelines for the Evaluation and Management of Heart Failure): developed in collaboration with the International Society for Heart and Lung Transplantation;** Endorsed by the Heart Failure Society of America. *Circulation.*;104(24):2996-3007; 2001.

BDEIR; B. et al. **Impact of a Nurse-Led heart failure program on all-cause mortality.** *Journal of cardiovascular Nursing.* Vol 30, nº2, 2015.

BITTENCOURT; G.K.G.D.; BESERRA; P.J.F.; NÓBREGA; M.M.L.; **Assistência de enfermagem a paciente com lúpus eritematoso sistêmico utilizando a CIPE®.** *Rev Gaúcha de Enferm;* 29(1): 26-32; 2015.

BOCCHI; E. A.; VILAS-BOAS; F.; PERONE; S.; **I Diretriz Latino-Americana para avaliação e conduta na Insuficiência Cardíaca Descompensada.** *Arq Bras Cardiol.*; 85: 1-48; 2005.

**CIPE® Versão 2015 – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM.** Edição Portuguesa – Ordem dos Enfermeiros – maio de 2016

CRESPO; L.; MARIA. G.; et al.; **European Society of Cardiology Heart Failure Long-Term Registry (ESC-HF-LT): 1-year follow-up outcomes and differences across regions.** *European journal of heart failure* 18.6: 613-625.2016.

DHARMARAJAN; M.D.K.; DUNLAY; M.B.A.; **Multimorbidity in Older Adults with Heart Failure***Clin Geriatr Med.* 2016.

LIP; G.Y.; HEINZEL; F.R; GAITA; F.; JUANATEY; J.R.G.; **Associação europeia de ritmo cardíaco / associação de insuficiência cardíaca documento consensual conjunto sobre arritmias na insuficiência cardíaca, endossado pela Sociedade do Ritmo Cardíaco e pela Sociedade do Ritmo Cardíaco da Ásia-Pacífico.** *Ep Europace* , 18 (1), 12-36; 2015.

EZEKOWITZ; J. A.; et al. **Comprehensive update of the Canadian Cardiovascular Society guidelines for the management of heart failure.** *Canadian Journal of Cardiology*33.11: 1342-1433; 2017.

FELIPE; L.C.; ARAÚJO; A.R.A.; VITOR; A.F.; **Processo de enfermagem segundo modelo do autocuidado em um paciente cardiopata restrito ao leito.** *J. res.: fundam. Care.* 6(3):897-908; 2014.

FREITAS; M.T.S.; PUSCHEL; V.A.A.; **Heart failure: expressions of personal knowledge about the disease.** *Rev Esc Enferm USP* 47(4):919-26; 2016.

GARCIA; T. R.; NÓBREGA; M.M.L.; COLER; M.S.; **Centro CIPE® do programa de pós-graduação em enfermagem de UFPB.** *Rev bras enferm.*; 61(6): 888-91; 2008.

GELFMAN; L.P.; KALMAN; J.; GOLDSTEIN; N.E; **Envolver os clínicos de insuficiência cardíaca para aumentar os encaminhamentos de cuidados paliativos: superando barreiras, melhorando as técnicas.** *Jornal de medicina paliativa* , 17 (7), 753-760. 2014.

GOMES; A.T.L et al. **Cuidados de enfermagem à pessoa com insuficiência cardíaca descompensada.** *Ver. Bras. Saúde, Vitória,* 16(2): 124-129; 2014.

GONÇALVES; L.W.P.; POMPEO; D.A.; **Aplicação do modelo Outcome Present State Test em paciente com insuficiência cardíaca congestiva.** *REME – Rev Min.Enferm.*; 20:977. 2016.

GREGORY; Y. H.; et al.; **Associação europeia de ritmo cardíaco / associação de insuficiência cardíaca, documento consensual conjunto sobre arritmias na insuficiência cardíaca, endossado pela Sociedade**

**do Ritmo Cardíaco e pela Sociedade do Ritmo Cardíaco da Ásia-Pacífico; Ep Europace 18.1: 12-36;2015.**

HOLGUIN; E.A. **Comportamientos y capacidade de agencia de autocuidado de adultos com insuficiencia cardiaca.** Av enferm XXVIII (1): 21-30; 2016.

HUMMEL; A., EMPEN; K., DORR; M., **De novo acute heart failure and acutely decompensated chronic heart failure.** *Deutsches Ärzteblatt International*, 112(17), 298; 2015.

HUNT; S.A.; BAKER; D.W.; CHIN; M.H.; CINQUEGRANI; M.P.; FELDMAN; A.M.; FRANCIS; G.S.; et al. **ACC/AHA Guidelines for the Evaluation and Management of Chronic Heart Failure in the Adult: executive summary a Report of the American College of a Cardiology/American Heart**

LEA; P. **factors Affecting Nurses´Intent to Assess for depression in heart failure patients.** Dimensions of critical care nursing. Vol 33/nº6. 2014.

LESSA; Q.C.S.S.; FROSSARD; D.M.S.; SANTOS; F.A.S et al. **Ações de enfermagem ao paciente com insuficiência cardíaca: uma revisão integrativa.** J. res.: fundam. care. 8(2):4587-4600; 2016.

MANZANO; L. F. A. G.; **Insuficiencia cardíaca con función preservada. Revisión del tema y comunicación de la experiencia española.** Rev.Urug.Cardiol.; 32( 3 ): 341- 2017.

MEBAZZAA; A.; YILMAZ; M. B.; LEVY, P.; PONIKOWSKI; P.; PEACOCK.; W. F.; **Recommendations on pre-hospital & early hospital management of acute heart failure: a consensus paper from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology, the European Society of Emergency Medicine and the Society of Academic Emergency Medicine.** *European journal of heart failure*, 17(6), 544-558; 2015.

**Raj, Leah, and Bhavin Adhyaru. "An evidence-based review of recent advances in therapy for heart failure with reduced ejection fraction (HFrEF)."** Postgraduate medical journal. 92.1094: 726-734; 2016.

ROGERS; C. **Heart failure – pathophysiology, diagnosis, medical treatment guidelines, and nursing management.** Nurs Clin N Am 50; 787-799; 2015.

AGREN; S.; BERG; S.; SVEDJEHOLM; R.; STROMBERG; A.; **Psychoeducational support to post cardiac surgery heart failure patients and their partners – a randomised pilot study.** Intensive and Critical Care Nursing. 31, 10-18; 2015.

SALAMANCAA; J.O.; MURCIA; P. V. M. M.; MEJIA; G.A.; MARTINEZB; M.A.N. **Roles of the nursing professional in the patient with heart failure.**; 25(2): 89–94; 2016.

SOUZA; M.M.; ARAÚJO; A.A.; FREIRE; M.E.M.; et al. **Diagnósticos e intervenções de enfermagem para a pessoa com insuficiência cardíaca descompensada.** Rev Fund Care Online; 8(4):5025-5031.v8i4.5025-5031; 2016.

SPOSITO; N.P.B.; KOBAYASHI; R.M.; **Conhecimento das mulheres com insuficiência cardíaca.** REME – Rev Min Enferm. 20:982. 2016.

TRUPPEL; T.C.; MEIER; M.J.; CALIXTO; R.C.; PERUZZO; S.A.; CROZETA; K.; **Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva.** Rev bras enferm.; 62(2): 221-7; 2009.

## ASISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À CLIENTE ACOMETIDA POR CARDIOMIOPATIA PERIPARTO

*Data de aceite: 01/07/2020*

*Data de submissão: 17/04/2020*

### **Karen Gomes da Silva Costa**

Enfermeira graduada pela Universidade Estácio  
de Sá

Macaé – Rio de Janeiro

<http://lattes.cnpq.br/8121798515493834>

### **Lívia Maria da Silva Souza**

Mestre pela Universidade Federal Fluminense

Rio das Ostras – Rio de Janeiro

<http://lattes.cnpq.br/8038219798465598>

### **Ana Claudia Moreira Monteiro**

Doutora em Enfermagem pela Universidade  
do Estado do Rio de Janeiro, professor e  
coordenador da pós-graduação enfermagem  
Neonatal e pediátrica da Universidade Estácio de  
Sá, professor assistente do curso de graduação  
em Enfermagem da Universidade Estácio de Sá,  
pesquisadora doutora da Universidade do Estado  
do Rio de Janeiro

<http://lattes.cnpq.br/3744015118352703>

### **Kyra Vianna Alochio**

Doutoranda do Programa Acadêmico em Ciências  
do Cuidado na Saúde pela Universidade Federal  
Fluminense- Escola de Enfermagem Aurora  
Afonso Costa

Rio das Ostras – Rio de Janeiro

<http://lattes.cnpq.br/8043771981005155>

### **Ana Claudia Moreira Monteiro**

### **Tatiana Maria Pereira Lattanzi**

Enfermeira Obstetra na assistência ao parto  
humanizado, Docente do Curso de Graduação em  
Enfermagem da Universidade Estácio de Sá

Macaé – Rio de Janeiro

<http://lattes.cnpq.br/2831367540471483>

### **Janaina Luiza dos Santos**

Professora Adjunta Universidade Federal  
Fluminense Departamento de Enfermagem  
campus Rio das Ostras

Rio das Ostras – Rio de Janeiro

<http://lattes.cnpq.br/0278498676950719>

**RESUMO:** A cardiomiopatia periparto é uma doença rara, de etiologia desconhecida que acomete mulheres do último mês de gestação ao 5º mês do período pós-parto. Objetivou-se com o presente estudo identificar cuidados de enfermagem para pacientes acometidos pela cardiomiopatia periparto segundo a Taxonomia de NANDA, descrever os aspectos gerais da patologia, promovendo divulgação e agregando para o conhecimento dos profissionais da saúde e alerta ao possível público de risco. Trata-se de uma revisão integrativa de abordagem qualitativa, descritiva – exploratória. Foram elaborados cuidados e intervenções de enfermagem para a cliente acometida por cardiomiopatia periparto. Concluiu-se que há

necessidade de pesquisas sobre a cardiomiopatia periparto e que o enfermeiro é o profissional de maior importância na identificação e diagnóstico doença.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cardiomiopatia; Periparto; Enfermagem

## NURSING ASSISTANCE TO THE PATIENT AFFECTED BY PERIPARTUM CARDIOMYOPATHY

**ABSTRACT:** Peripartum cardiomyopathy is a rare disease of unknown etiology that affects women from the last month of gestation to the fifth month of postpartum. The objective of this study was to identify nursing care for patients affected by peripartum cardiomyopathy according to the NANDA Taxonomy, describe general aspects of the pathology, promoting dissemination and adding to the knowledge of the health professionals and to alert the potential public of risk. It is an integrative review of qualitative approach, descriptive exploratory. Nursing care and interventions were designed for the client affected by peripartum cardiomyopathy. It was concluded that there is a need for research about peripartum cardiomyopathy and that the nurse is the most important professional in the identification and diagnosis of this pathology. Nursing and intervention care were described for the cliente affected by peripartum cardiomyopathy.

**KEYWORDS:** Cardiomyopathy; Peripartum; Nursing

### 1 | INTRODUÇÃO

A cardiomiopatia periparto ou miocardiopatia pós-parto é uma doença rara de etiologia desconhecida que acomete mulheres em idade reprodutiva no período que compreende o último mês de gestação ao quinto mês de pós-parto e está associada à alta mortalidade materna, tendo como principais causas de óbito a insuficiência cardíaca, arritmias ou eventos embólicos. Acredita-se que a doença está associada à interação fisiológica da gestação e do puerpério com fatores inflamatórios, infecciosos, genéticos e metabólicos (TEIXEIRA, et al 2012).

A incidência mais alta da doença observada é registrada no Haiti sendo 1 caso registrado a cada 299 nascidos vivos, seguida pela África do Sul com 1 caso a registrado a cada 100 nascidos vivos e Estados unidos com 1 caso registrado a cada 4000 nascidos vivos. No Brasil não há estimativa registrada de sua incidência apesar dos casos diagnosticados no país. No Brasil, a incidência das afecções cardíacas no período pós-parto varia de 1 a 1,5%. A doença também tem maior incidência em mulheres de raça negra, com idade superior a 30 anos, e em caso de múltiplas gestações (TEIXEIRA et al 2012; TEDOLDI,2009).

Segundo SOUZA (2014), as cardiomiopatias representam a primeira causa de morte materna não obstétrica no período gravídico puerperal (pós-parto).

O diagnóstico da doença é realizado com exames complementares como ECG (ecocardiograma), Radiografia do tórax e ecodopplercardiograma que deverá ser repetido em caso de piora clínica ou a cada 6 meses para acompanhar a recuperação (TEIXEIRA et al.2012; PINTO et al.2007).

As condutas terapêuticas consistem em tratamento clássico para Insuficiência cardíaca com o objetivo de reduzir a pré e pós carga cardíaca, sendo utilizados no tratamento farmacológico. os fármacos inotrópicos com o objetivo de aumentar o débito cardíaco, diuréticos para diminuir a sobrecarga hídrica e vasodilatadores de ação comprovada na diminuição da pré e pós carga cardíaca (GAMA PINTO et al.2007).

Sendo o enfermeiro o profissional que mais lida com o cliente em suas necessidades, alguns cuidados de enfermagem são fundamentais para o bem-estar e melhora do paciente durante sua internação, sendo assim, faz-se importante o estudo da patologia e da fisiopatologia da cardiomiopatia periparto para que estes profissionais possam então elaborar os cuidados de enfermagem adequados para o caso.

O presente trabalho visa contribuir para o entendimento e a divulgação da cardiomiopatia periparto e tem como finalidade identificar diagnósticos de enfermagem para clientes acometidas pela cardiomiopatia periparto de acordo com a taxonomia de NANDA - Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem (North American Nursing Association), material de apoio escrito por enfermeiras norte americanas, onde descrevem e classificam diagnósticos e intervenções de enfermagem baseadas em domínios.

Segundo NANDA 2015, na enfermagem, os diagnósticos devem ser organizados de modo a refletir o sentido clínico, considerando os principais sinais e sintomas, assim como condições físicas e psicológicas apresentadas pelo cliente.

Teve como objeto de estudo o cuidado de enfermagem à mulher acometida pela cardiomiopatia periparto, como questões norteadoras:

Quais cuidados de enfermagem podem ser aplicados às clientes acometidas por cardiomiopatia periparto? Qual o papel do enfermeiro no diagnóstico e prevenção da cardiomiopatia periparto? O objetivo geral foi identificar cuidados de enfermagem para clientes acometidas por cardiomiopatia periparto e os objetivos específicos foram conhecer as prováveis causas da cardiomiopatia periparto descrevendo sobre seus principais fatores de risco, assim como sua fisiopatologia e principais manifestações clínicas, entender como é feito o diagnóstico da patologia, descrever sobre seu tratamento, e por fim descrever o papel do enfermeiro no diagnóstico e prevenção da cardiomiopatia periparto

## **2 | METODOLOGIA**

O presente estudo é de abordagem qualitativa e trata-se de uma revisão integrativa, descritiva-exploratória. Realizado a partir de fontes primárias e secundárias, por meio de

levantamento bibliográfico e baseado na experiência vivenciada pela pesquisadora.

O embasamento teórico do estudo foi realizado através de pesquisas na plataforma BVS (Biblioteca Virtual de Saúde), onde foram localizadas as palavras chaves utilizadas no trabalho.

Como critérios de inclusão foram considerados: Artigos dentro do intervalo temporal de 10 anos (2008 a 2018); Artigos na íntegra, idioma português. E os critérios de Exclusão foram os artigos que não estavam na língua portuguesa; e artigos que não estavam relacionados ao tema do TCC.

Os artigos selecionados como base referencial para o estudo, são artigos que tem como objetivo definir a cardiomiopatia Periparto e sua fisiopatologia, abordando as principais características da doença. Os artigos também contêm a descrição do público ao qual essa patologia atinge, a descrição do grupo de fatores de risco, principais meios de diagnóstico e tratamento. Após a busca com refino por intervalo temporal, idioma e artigos na íntegra, 4 artigos foram selecionados como base referencial para esse estudo que estão descritos a seguir:

<b>Autor</b>	<b>Revista</b>	<b>Título</b>	<b>Principais achados</b>
HISSA ,et al 2010	Revista Brasileira Clínica médica. São Paulo	Cardiomiopatia Periparto com presença de trombo no ventrículo esquerdo. Relato de caso e revisão de literatura	Cardiomiopatia periparto é uma desordem cardíaca rara que acomete mulheres durante o período periparto, considerada uma doença de causa desconhecida, sem doenças cardíacas pré-existentes. O objetivo deste estudo foi destacar a importância do conhecimento da cardiomiopatia periparto e suas complicações com a finalidade de estabelecer diagnóstico e tratamento precoces.
ARAÚJO, et al 2009	Revista Médica de Minas Gerais	Miocardopatia Periparto	A miocardopatia periparto é uma patologia rara que se distingue dos demais tipos de cardiomiopatias existentes. Ocorre em mulheres previamente saudáveis, durante o período periparto. É pouco conhecida em relação a sua etiologia, diagnóstico e tratamento
WERNEC K, et al 2011	Revista Brasileira de Cardiologia	Eficácia e Segurança com Diferentes Associações Medicamentosas na Cardiomiopatia Periparto – Relato de caso	Relata-se o caso de uma paciente de 38 anos, com quadro de insuficiência cardíaca (IC) 30 dias após o parto, tratada de forma convencional. Houve necessidade de mudanças na terapia farmacológica devido a efeitos colaterais e resposta inadequada da pressão arterial. De acordo com a medicina baseada em evidências, discute-se sobre as diferentes associações medicamentosas e sua segurança, nos casos de cardiomiopatia periparto.

SOUZA,et al 2012	Insuficiência cardíaca. vol.7 no.2	Miocárdio não - compactado como diagnóstico diferencial de cardiomiopatia periparto: A propósito de um caso	Relata-se um caso de mulher negra, 37 anos, múltipara, pré-natal sem intercorrências,sem comorbidades prévias ou uso de drogas que pudesse desenvolver quadro de ICC, de instalação subta com disunção ventricular comprovada ao ecocardiograma 15 dias após o parto normal, havendo duvida no diagnóstico de CMPP,por ser um diagnóstico de exclusão.
------------------	------------------------------------	---	--

Quadro 1- Descrição dos artigos incluídos na revisão integrativa sobre cardiomiopatia periparto

## 3 | RESULTADOS

### 3.1 Cardiomiopatia Periparto

A cardiomiopatia Periparto é uma doença rara, de etiologia desconhecida que acomete mulheres em idade fértil do último mês de gestação até o 5º mês no período pós-parto. Acomete principalmente mulheres negras, com idade materna avançada, múltipara e sem histórico de doenças cardíacas pré-existentes (WENERCK,2011).

De acordo com Rached 1998, a cardiomiopatia periparto foi relatada pela primeira vez por Ritchie, em 1849 com quadro de insuficiência cardíaca idiopática, com início após o parto. Por alguns pacientes desenvolverem a enfermidade no último mês da gestação, o termo atualmente empregado, cardiomiopatia periparto tornou-se mais adequado (RACHED, et al 1998).

WERNECK (2011), afirma que a multiparidade, idade materna avançada, hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia, gestação gemelar, etnia negra e tocolise prolongada são alguns fatores de risco relacionados à cardiomiopatia periparto.

Durante a pesquisa observou-se uma inconsistência nos sinais e sintomas que caracterizam a Cardiomiopatia pós-parto. Ao analisar diversos relatos de caso, observou-se que o principal sintoma é a dispneia, presente na maior parte dos casos clínicos encontrados. Como sinais identificou-se algumas associações como mucosas hipocoradas, extremidades frias, tosse produtiva com presença de secreção rosada, que caracteriza o edema pulmonar, também relatado como acompanhante da cardiomiopatia Periparto em suas manifestações clinicas (HISSA, et al.2010).

Observou-se também que as clientes acometidas pela cardiomiopatia Periparto, ao chegar na unidade de pronto atendimento, não recebem o diagnóstico correto, e conseqüentemente não recebem as medidas terapêuticas adequadas, sendo liberadas da unidade e retornando com agravamento do quadro. Este fator ocorre principalmente pela observância da dificuldade do diagnóstico, que pela falta do conhecimento e de

estudo da Cardiomiopatia Periparto, logo, percebe-se a importância de promover o estudo e conhecimento desta patologia (SOUZA et al.2012; HISSA, et al.2010).

### **3.2 Fisiopatologia**

Durante a pesquisa não foram encontrados dados que descrevessem a fisiopatologia específica da cardiomiopatia periparto, porém, de acordo com Rached 1998, a cardiomiopatia periparto, se apresenta da mesma forma que as demais cardiopatias, recebendo a nomenclatura de “periparto” apenas por ocorrer no último mês de gestação ou no período do puerpério. Dito isso, será descrito a fisiopatologia de cardiomiopatia em seu conceito geral (RACHED, et al 1998).

Entende-se por cardiomiopatia, uma doença que acomete o músculo cardíaco (miocárdio), e que geralmente está associada à alguma disfunção cardíaca (BRUNNER, 2017).

As cardiomiopatias ocorrem devido a uma série de eventos que acarretam no comprometimento do débito cardíaco diminuindo o volume de sangue bombeado pelo ventrículo, estimulando o sistema nervoso simpático e a resposta de renina- angiotensina-aldosterona (conjunto de peptídeos, enzimas e receptores envolvidos no controle do volume de líquido extracelular e na pressão arterial), resultando no aumento da resistência vascular e aumento da retenção de sódio e líquidos, e logo, na necessidade de maior esforço do coração. Tais alterações podem resultar em insuficiência cardíaca (BRUNNER, 2017).

### **3.3 Diagnóstico e Tratamento da Cardiomiopatia Periparto**

No caso da cardiomiopatia periparto, o diagnóstico de exclusão é o mais indicado, porém para sua eficácia, se faz necessário a realização de exames complementares, sendo os principais exames que auxiliam no diagnóstico o Raio x torácico, eletrocardiograma e ecodopplercardiograma, este último deverá ser repetido e caso de piora clínica. O eletrocardiograma dinâmico, conhecido como holter, que monitora o a frequência cardíaca por 24 horas, é indicado em caso de suspeitas de arritmias. (TEDOLDI, et al 2009; TEIXEIRA 2012; PINTO 2007).

O diagnóstico correto da cardiomiopatia periparto associado a uma conduta terapêutica imediata e eficaz, age de forma favorável à recuperação completa da função ventricular, estas condutas podem ser de origem medicamentosas e comportamentais tendo como objetivo a redução da pré e pós carga cardíaca (PINTO et al,2007).

Fazem parte das medidas terapêuticas de natureza comportamental, as mudanças relacionadas aos hábitos e estilo de vida, como a diminuição da ingestão de sal, adotando a prática de atividades físicas leves, interrupção do uso do cigarro e da ingestão alcoólica, diminuindo também a ingestão hídrica diária. Estas medidas são imprescindíveis para a

recuperação da função cardíaca (PINTO et al, 2007).

Em relação a terapia medicamentosa sugere-se o mesmo tratamento adotado para Insuficiência cardíaca, que inclui administração de digoxina, dopamina e dubopamina, assim como o uso de diuréticos. Em caso de diagnóstico precoce, o uso de medicamentos inibidores a ECA (enzima conversora da angiotensina) não são recomendados na gestação, visto que podem ser prejudiciais ao feto, podendo ser substituído pelo uso da hidralazina associada ou não a nitratos. Ressalta-se que o uso dos medicamentos inibidores da ECA fazem-se importantes no período do puerpério (TEIXEIRA et al, 2012; TEDOLDI,2009).

Conclui-se que o diagnóstico precoce e conjunto com abordagem terapêutica adequada são fundamentais para melhora da qualidade de vida da cliente (ROMBALDI et al ,2005).

### 3.4 Cuidados de Enfermagem a cliente acometida pela Cardiomiopatia Periparto.

No decorrer do estudo não foram encontradas fontes que descrevessem sobre os cuidados de enfermagem especificamente voltados para clientes acometidas pela cardiomiopatia periparto.

Considerando a escassez de conteúdo relacionado a assistência de enfermagem à cliente acometida pela cardiomiopatia periparto, se fez necessaria a elaboração de cuidados de enfermagem com foco na cliente acometida por esta patologia considerando as modificações físicas e psicológicas que ocorrem no período gravídico puerperal.

Considerando que ao prestar assistência a uma cliente acometida pela cardiomiopatia periparto, devemos ter em mente que esta cliente não é apenas uma mulher acometida por uma patologia, e sim uma pessoa, mulher e mãe que foi abatida por uma doença e afastada de seu filho de forma abrupta e que além dos cuidados físicos, necessitará de apoio emocional e conforto diante da situação em que se encontra.

Dito isso, foram elaborados cuidados de enfermagem considerando não somente as condições patológicas da cliente, mas considerando também todos os aspectos biológicos, físicos e psicológicos decorrente do puerpério.

<b>Diagnóstico de Enfermagem (NANDA)</b>	<b>Intervenções de Enfermagem (NIC)</b>
Ansiedade relacionada a morte caracterizada por medo.	- Prestar informações a cliente sobre seu estado de saúde -Ofertar apoio psicológico
Risco de sentimento de impotência caracterizado por inaptidão para o auto cuidado	Promover o autocuidado de acordo com as condições da cliente Manter escuta ativa afim de promover a verbalização de sentimentos

Maternidade prejudicada relacionada à presença de doença física caracterizada separação mãe-bebê	Aumentar sistema de apoio Promover o envolvimento familiar com o objetivo de estabelecer vínculo entre mãe e bebê
Medo relacionado à necessidade de internação caracterizado por presença de doença cardíaca grave	Melhora do enfrentamento -Estabelecer relação de confiança Promover tranquilidade e conforto Proporcionar ambiente tranquilo
Interação social prejudicada relacionada a ausência de pessoas significativas caracterizado por isolamento terapêutico	Incentivar comunicação Promover envolvimento familiar no momento da visita incentivando a comunicação Orientar a família a manter a escuta ativa
Risco de vínculo prejudicado caracterizado por amamentação interrompida	Verificar a possibilidade de manter o aleitamento materno Verificar com a equipe médica a possibilidade de uma terapia medicamentosa que não interfira na amamentação

Quadro II: Cuidados de Enfermagem elaborados para clientes acometidas pela cardiomiopatia periparto considerando os fatores biológicos, físicos e psicológicos.

### 3.5 O papel do enfermeiro na identificação e prevenção da cardiomiopatia Periparto

O papel do enfermeiro é fazer um acompanhamento à gestante por meio de consultas e intervenções sendo necessária uma atenção qualificada e humanizada, que ocorra com ações acolhedoras e sem intervenções desnecessárias utilizando do acompanhamento pré-natal para realizar tais ações.

O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas. (FILHO, 2012.p.33)

Assim, atua na prevenção, diagnóstico e tratamento das afecções que podem ocorrer durante o período pré-natal. Podendo, desta forma, atuar na identificação e prevenção da doença desde a primeira consulta do pré-natal, onde é realizada a anamnese, que aborda desde aspectos epidemiológicos até a situação da gravidez atual (SOUZA, et al 2013).

O enfermeiro precisa estar atento a esta fase da avaliação considerando que um dos principais fatores de risco da cardiomiopatia periparto é a pré-disposição genética de doenças cardiovasculares e tromboembólicas (LOEWEN, et al.2014).

Nas consultas seguintes deve-se realizar a revisão da ficha pré-natal, anamnese atual, ficando atento a alterações que influenciem nas condições de saúde da gestante e do bebe, assim como a aparições de sinais e sintomas específicos que podem indicar pré-disposição ou desencadeamento ativo da cardiomiopatia periparto (SOUZA, et al 2013).

O enfermeiro também deve atentar-se para indícios de hipertensão gestacional por já haver sido descrito como fator associado a cardiomiopatia periparto (TEDOLDI et al 2009).

De acordo com FILHO 2012, e o caderno de atenção básica: atenção ao pré-natal de baixo risco, para uma assistência pré-natal efetiva, deve-se procurar garantir o incentivo ao parto normal e a redução de cesáreas o que influi diretamente de forma preventiva a cardiomiopatia periparto, pois através do parto normal evita-se uma cirurgia de grande porte, diminuindo consideravelmente os riscos de eventos embólicos que geralmente acompanham a cardiomiopatia periparto (TEIXEIRA, et al 2012;FILHO et al 2012).

Dito isso, conclui-se que uma assistência de qualidade por parte da equipe multidisciplinar de saúde, mas principalmente do enfermeiro durante a gestação auxilia no diagnóstico, e logo, na prevenção da cardiomiopatia Periparto.

#### **4 | CONCLUSÃO**

Este estudo foi realizado com intuito de identificar os cuidados de enfermagem a serem aplicados às clientes acometidas pela Cardiomiopatia Periparto e trazer familiarização a respeito da doença tanto para os profissionais de saúde quanto para o público que a doença acomete.

O enfermeiro é o profissional de maior importância na identificação da cardiomiopatia periparto, assim como no diagnóstico da doença, visto que é o profissional que mais se faz presente na assistência prestada à gestante antes e depois do desenvolvimento da doença e o responsável pela aplicação das etapas do processo de enfermagem devendo estar sempre atento aos dados coletados na anamnese, dados estes, que auxiliarão na identificação do problema, assim como dos fatores de risco ao qual a cliente está sujeita, para que então seja elaborada a melhor conduta terapêutica.

O enfermeiro deve ser um agente ativo no processo de cuidados ao paciente e suas necessidades, devendo estabelecer as melhores práticas assistenciais, considerando a importância de uma anamnese de qualidade e da atuação conjunta com a equipe multiprofissional de forma integrada através do compartilhamento de saberes, a fim de fornecer a integralidade no cuidado ao paciente.

A conhecimento desta patologia favorece a elaboração de diagnóstico e intervenções de enfermagem de forma assertiva, melhorando a qualidade da assistência prestada e favorecendo para que os objetivos da terapia sejam alcançados, aumentando a sobrevivência das clientes acometidas pela cardiomiopatia periparto.

Nesse estudo também foi verificada a necessidade da pesquisa relacionada à prevalência e incidência da Cardiomiopatia Periparto no Brasil, visto que não há registros em quantitativo suficiente para conscientizar e preparar os profissionais de saúde, acadêmicos de enfermagem, de forma a possibilitar uma assistência de enfermagem qualificada, promovendo a excelência do cuidado.

## REFERÊNCIAS

CHEEVER, Kerry H. **Brunner e Suddarth: tratado de enfermagem médico- cirúrgica**, volume 13.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,2017.

**Diagnóstico de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017.** Porto Alegre: Artmed; 2015.

Diagnóstico de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017. Porto Alegre: Artmed; 2015.  
**Diagnóstico de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017.** Porto Alegre: Artmed; 2015.

FILHO, A.; **Caderno de atenção básica: atenção básica ao pré-natal de baixo risco**, nº32.Brasília: Editora MS,2012.

HISSA, Miguel et al. Cardiomiopatia periparto com presença de trombo no ventrículo esquerdo. Relato de caso e revisão da literatura: **Rev Bras Clin Med.** São Paulo, 2010.p.444-50

LOEWEN, M. et al. Avaliação de enfermagem: Anamnese e exame físico (adulto, criança e gestante). Curitiba 2014.

PINTO, Catarina et al. Miocardiopatia Periparto. Serviço de obstetrícia. Hospital Garcia de Orta.Almada: Acta Med Port, 2007.p.447

RACHED, H. Cardiomiopatia periparto: Análise crítica da imunossupressão. **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, volume 70 (nº 4), 279-281, 1998

ROMBALDI, Alfeu. Cardiomiopatia Periparto.**Rev da sociedade de cardiologia do Rio Grande do Sul-** Rio Grande do Sul, Ano XIV nº5 Mai/Jul/Ago 2005

SOUZA, Brígida. Papel do enfermeiro no pré-natal realizado no programa de saúde da família-PSF. Interfaces Científicas - Saúde e Ambiente. Aracaju. V.2. N.1. p. 83- 94 .out. 2013. www.periodicos.set.edu.br

SOUZA, Davyson et al. Miocárdio não compactado como diagnóstico diferencial de Cardiomiopatia Periparto: A propósito de um caso. Niterói: Insuf. Card. vol.7 no.2 Ciudad Autónoma de Buenos Aires abr./jun. 2012. Disponível em: < [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1852-38622012000200006](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-38622012000200006)> Acesso em: 29 de maio de 2018.

TEDOLDI, Citânia. Miocardiopatias: **Arq. Bras. Cardiol.** vol.93 no.6 supl.1 São Paulo Dec. 2009.Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2009001300010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2009001300010)[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2009001300010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2009001300010)> Acessado em: 25 de fevereiro de 2018.

TEIXEIRA, F. Cardiomiopatia periparto. Belo Horizonte: **Rev Med Minas Gerais**, 2012. p.25

VIEIRA, F. Diagnóstico de Enfermagem da NANDA no período pós-parto imediato e tardio. Escola Anna Nery, **Revista de Enfermagem** 2010 jan-mar, 14 (1): 83-89.

WERNECK, et al. Tratamento da Cardiomiopatia Periparto: Eficácia e Segurança com Diferentes Associações Medicamentosas na Cardiomiopatia Periparto. Niterói: **Arq Bras Cardiol.** 2011.p.128-130.

## BARREIRAS PERCEBIDAS PELOS ENFERMEIROS DURANTE O *HANDOFF*: REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 01/07/2020

Data de submissão: 07/04/2020

**Vanessa Galdino de Paula**

Faculdade de Enfermagem da Universidade  
Federal do Estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro - RJ

<http://lattes.cnpq.br/3224811390840478>

**Rejane Silva Rocha**

Faculdade de Enfermagem da Universidade  
Federal do Estado do Rio de Janeiro  
Rio de Janeiro - RJ

<http://lattes.cnpq.br/1350181704930622>

**Rafael Carlos Macedo de Souza**

Faculdade de Enfermagem da Universidade  
Federal do Estado do Rio de Janeiro  
Rio de Janeiro - RJ

<http://lattes.cnpq.br/3211178834441261>

**Natália Beatriz Lima Pimentel**

Programa Acadêmico de Ciências do Cuidado em  
Saúde; Universidade Federal Fluminense/UFF  
Rio de Janeiro - RJ

<http://lattes.cnpq.br/7703781900716718>

**Camila Rodrigues da Cunha Siqueira**

Faculdade de Enfermagem da Universidade  
Federal do Estado do Rio de Janeiro  
Rio de Janeiro - RJ

[https://www.cnpq.br/cvlattesweb/  
PKG\\_MENU.menu?f\\_](https://www.cnpq.br/cvlattesweb/PKG_MENU.menu?f_cod=8EC712F306F25A12F08057C0EA50E531#)

[cod=8EC712F306F25A12F08057C0EA50E531#](https://www.cnpq.br/cvlattesweb/PKG_MENU.menu?f_cod=8EC712F306F25A12F08057C0EA50E531#)

**Lianini Leoni Ítalo dos Santos**

Faculdade de Enfermagem da Universidade  
Federal do Estado do Rio de Janeiro  
São Paulo - SP

<http://lattes.cnpq.br/3352653955407656>

**RESUMO:** *Handoff* é o termo utilizado para as atividades que envolvem a transferência de informações sobre o paciente, considerado um momento importante durante a assistência realizada pelos profissionais da saúde. O objetivo deste estudo foi apresentar as barreiras descritas na literatura, durante o *handoff* realizado pela enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva. Estudo descritivo, exploratório do tipo revisão integrativa da literatura. Para a seleção dos 11 artigos, que compuseram os resultados desse estudo, foram cumpridas as seis etapas de uma revisão integrativa. Os artigos que compõem os resultados do estudo passaram por análise de seu conteúdo, foram comparados e agrupados por similaridade. As barreiras que foram consideradas são acontecimentos que geram danos para o momento de *handoff*, como falhas durante a comunicação, desorganização, interrupções, ruídos, excesso de informações e não adesão aos instrumentos padronizados. Foi possível com o estudo, demonstrar as

barreiras para a realização do *handoff* e assim sugerir propostas para melhorar o processo de transferência de cuidados.

**PALAVRAS-CHAVE:** Enfermagem. Comunicação. Transferência de Cuidados.

## BARRIERS PERCEIVED BY NURSES DURING HANDOFF: INTEGRATIVE REVIEW

**ABSTRACT:** Handoff is the term used for activities that involve the transfer of information about the patient, considered an important moment during the assistance provided by health professionals. The objective of this study was to present the barriers described in the literature, during the handoff performed by nursing in the Intensive Care Unit. Descriptive, exploratory study of the type integrative literature review. For the selection of the 11 articles, which comprised the results of this study, the six stages of an integrative review were accomplished. The articles that make up the results of the study underwent content analysis, were compared and grouped by similarity. The barriers that were considered are events that generate damage to the handoff moment, such as failures during communication, disorganization, interruptions, noise, excessive information and non-adherence to standardized instruments. With the study, it was possible to demonstrate the barriers to the handoff and thus suggest proposals to improve the care transfer process.

**KEYWORDS:** Nursing. Communication. Care Transfer.

## 1 | INTRODUÇÃO

No cenário de cuidados hospitalares, a UTI é um ambiente que proporciona assistência direta ao paciente em estado crítico, caracterizado como aquele que possui condição clínica instável devido à instabilidade hemodinâmica. É considerado como setor de alta complexidade, com assistência prestada por uma equipe multidisciplinar durante as 24 horas do dia, contando com recursos humanos e tecnológicos de alto nível, equipamentos de monitorização, realização de procedimentos invasivos, dentre outros (BACKES, ERDMANN, BÜSCHER, 2015).

Um momento importante durante a assistência realizada pela enfermagem na terapia intensiva é o *handoff*. *Handoff* é um termo utilizado para designar a atividade de transferência de informações sobre o paciente durante a passagem de plantão, na transferência intra-hospitalar, que é aquela que ocorre entre setores diferentes do hospital ou na transferência extra-hospitalar, que ocorre entre as diferentes instituições hospitalares. Assim, envolve três características, a saber: transferência da responsabilidade, da autoridade e das informações sobre o estado clínico do paciente (ABRAHAM, KANNAMPALLIL, PATEL, ALMOOSA, 2012; SANTOS, CAMPOS, SILVA, 2018).

A passagem de plantão entre os profissionais de enfermagem e no que se refere à admissão ou alta do paciente para a UTI, são atividades que buscam assegurar a

qualidade e continuidade da assistência. A passagem de plantão, nesses casos, é uma atividade formal, que visa à troca de informações sobre a assistência prestada, devendo ser objetiva, clara e concisa, almejando assim o fluxo dos cuidados instituídos, podendo ser realizada de maneira verbal ou escrita (SILVA, et al., 2017a).

No momento destinado ao transporte intra-hospitalar e a transferência de cuidados do paciente para equipe de enfermagem da UTI, os profissionais precisam garantir a eficácia no processo de admissão no setor, sendo este processo realizado de maneira segura quando ocorre adequada comunicação verbal e escrita da condição clínica, da terapêutica adotada, do plano de cuidados instituído e dos procedimentos realizados com o paciente (SILVA et al., 2017b).

Para que esta comunicação seja eficaz, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 2017), na Seção II, Artigo 41, esclarece que é responsabilidade e dever dos seus profissionais “Prestar informações, escritas e verbais, completas e fidedignas necessárias para assegurar a continuidade da assistência”, sendo que o não cumprimento deste artigo, além de colocar a segurança do paciente em risco, se constitui como infração. A nível internacional, a Organização Mundial de Saúde, em 2007a, definiu como meta a comunicação eficaz entre os profissionais de saúde, de maneira confiável e efetiva, para que a passagem de plantão e a transferência do paciente, promovam um processo de qualidade e segurança na assistência prestada.

Assim, as instituições de saúde devem aperfeiçoar e padronizar seus processos, articulando procedimentos e protocolos capazes de promover uma comunicação efetiva sobre a condição do paciente durante a troca de informações realizada no *handoff* (SILVA, et al., 2017a). Na área da enfermagem, em 2009, foi instituído pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2009), a padronização e organização das atividades exercidas por toda equipe, ocorrendo por meio da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

A utilização da SAE nas atividades da enfermagem permite a organização do trabalho profissional, viabilizando a criação de estratégias e instrumentos eficazes por meio do Processo de Enfermagem (PE), nos diversos âmbitos assistenciais, como a UTI. A utilização do PE por meio da SAE, entre suas diversas possibilidades, norteia a documentação dos cuidados prestados e do fluxo de cuidados instituídos ao paciente (COFEN, 2009).

Desta maneira, a padronização do processo de trabalho desempenhado pela enfermagem durante o *handoff* na UTI, se mostra como um recurso capaz de aprimorar e elevar a qualidade da assistência prestada, garantindo segurança e continuidade do plano de cuidados instituído. No cenário da UTI é possível observar a passagem de plantão à beira leito, processo nomeado como *bed side handover*, pois a visualização do que está sendo comunicado verbalmente sobre a condição do paciente, possibilita uma oportunidade de otimização voltada para a segurança, já que reduz a supressão de

informações relevantes sobre a condição clínica do doente (SILVA, et al., 2016).

Mesmo sendo uma atividade de extrema relevância, estudos apresentados na literatura, apontam para um despreparo da enfermagem ao realizar o *handoff*, assim como uma não valorização da passagem de plantão e admissão do paciente, sendo por vezes, realizada de maneira rápida, incompleta, com falta de clareza nas informações transmitidas acerca da condição clínica do paciente e presença de conversas paralelas, bem como, ocorrendo sem planejamento ou sem padronização por meio de protocolos institucionais (SANTOS, CAMPOS, SILVA, 2018; SILVA et al., 2017a; Silva et al., 2017b).

Portanto a presente investigação se justifica, devido à significância da realização do processo de *handoff* durante a passagem de plantão e a admissão e alta do paciente da UTI, sendo essencial para uma assistência segura e de qualidade ao paciente crítico realizada pela enfermagem. Assim, se faz necessário identificar os fatores intervenientes neste processo, analisando aqueles que contribuem e os que acarretam em falhas.

Acredita-se que com a identificação destes fatores, será possível promover novas práticas que assegurem a qualidade e a segurança do paciente durante todo o curso da assistência oferecida.

O interesse por investigar esse tema ocorreu pela vivência e atuação profissional dos autores junto à equipe de enfermagem, pois por inúmeras vezes foi possível observar a dificuldade dos profissionais em realizar o *handoff* durante a passagem de plantão e na admissão e alta do paciente na Unidade de Terapia Intensiva.

Diante do exposto, emergiu como objetivo descrever os fatores intervenientes, descritos na literatura, sobre o *handoff* realizado pela enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva.

## 2 | METODOLOGIA

Estudo descritivo, exploratório do tipo revisão integrativa da literatura. A revisão integrativa é um método de pesquisa que almeja encontrar as melhores evidências publicadas sobre determinado assunto, mediante diferentes metodologias, realizando uma avaliação e síntese dos indícios encontrados do tema em estudo (SOARES, et al. 2014).

Esse tipo de revisão possui seis etapas, que são descritas como: identificação do tema ou elaboração da questão norteadora, amostragem ou busca na literatura, categorização ou análise crítica dos estudos, interpretação dos resultados e apresentação da revisão integrativa (SOARES, et al. 2014).

O primeiro passo foi a elaboração da questão norteadora e, tendo-se o seguinte problema de pesquisa: Quais são os fatores que interferem no *handoff* realizado pela enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva?

O segundo passo foi delinear as bases de dados a serem utilizadas e os critérios de inclusão e exclusão dos documentos. Assim, o levantamento de dados ocorreu nos meses de março e abril de 2018, nas bases de dados: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE/PubMed)*, *Cumulative Index of Nursing and Allied Health (CINAHAL)* e Scopus.

Os descritores foram consultados no Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/Bireme) e no *Medical Subject Headings (MeSH/PubMed)*, dos quais foram utilizados para a busca “continuidade da assistência”, “comunicação”, “cuidados críticos” e “enfermagem”, combinados pelo operador booleano “AND”.

Inicialmente foram encontrados 333 estudos na *MEDILINE/PubMed*, 108 na *Scopus* e 382 na *CINAHAL*.

Os critérios de inclusão foram: artigos originais publicados nos últimos cinco anos, sendo o recorte temporal de 2013 a março de 2018 e que dispusesse de texto online disponível na íntegra em português ou inglês. Os critérios de exclusão foram: artigos específicos sobre UTI neonatal ou pediátrica; documentos como dissertações, teses, editoriais, carta ao leitor e opinião de especialistas; artigos sobre a passagem de plantão da equipe multidisciplinar, sem abordar especificamente a equipe de enfermagem; falta de aderência atemática; repetição entre as bases de dados e, na possibilidade de repetição, utilizou-se o artigo encontrado na primeira base de dados.

Desta maneira, emergiu um total de 753 documentos. Em seguida realizou-se uma análise referente ao ano de publicação, utilizando como critério as pesquisas publicadas entre os anos de 2013 e 2018, restando para análise 250 artigos. Ao considerar os títulos e resumos, ocorreu a eleição de 52 documentos. Realizou-se, posteriormente a investigação quanto aos seguintes critérios de inclusão: artigos originais indexados nas bases de dados publicados em inglês ou português, com resumo disponível, além da leitura na íntegra de todos os artigos, sendo selecionados os que abordavam o objeto da pesquisa em tela, obtendo um total de 15 artigos para a realização da leitura analítica e crítica.

O processo de leitura analítica e crítica gerou a exclusão de 4 artigos devido a não adequação do conteúdo para responder ao problema de pesquisa. Logo, a amostra do estudo foi composta por 11 artigos.

Os artigos que compõem os resultados do estudo passaram por análise de seu conteúdo, foram comparados e agrupados por similaridade, sob a forma de categorias, sendo construídas duas categorias de evidência para análise, denominadas como: Categoria I: Fatores intervenientes no *handoff* realizado pela enfermagem e Categoria II: Utilização de instrumentos e ferramentas que auxiliem a transferência de informações pela enfermagem.

### 3 | RESULTADOS

Após a seleção da amostra do estudo, iniciou-se a análise dos 11 artigos selecionados, que tiveram origem na Austrália, nos Estados Unidos da América, Reino Unido, Israel e Canadá.

Com base nos dados oriundos desta revisão, utilizou-se um quadro (Quadro 1), para resumo e sinopse dos artigos selecionados, contendo título, ano de publicação, objetivos e delineamento do estudo.

Título	Ano	Objetivos	Delineamento
Understanding current intensive care unit nursing handover practices (SPOONER, et al., 2013)	2013	- Avaliar o conteúdo e a completude do handover de enfermagem de mudança de turno da UTI, a fim de fornecer uma base para o desenvolvimento de um processo de transferência de cuidados padronizado específico para UTI.	Observacional prospectivo
Handoffs and transitions in critical care (HATRICC): protocol for a mixed methods study of operating room to intensive care unit handoffs (LANE-FALL, et al., 2014)	2014	- Avaliar as necessidades do handoff da SO para UTI. -Adaptar e implementar um processo padronizado de transferência da SO para UTI. -Avaliar a implementação e a eficácia do handoff padronizado da SO para UTI.	Método misto
'Being in the know': Nurses' perspectives on the role of 'end-of-shift' verbal handover (DAVID, et al., 2017)	2017	-Explorar e analisar qualitativamente as práticas e processos de comunicação verbal de "fim-de-turno". - Desenvolver uma construção teórica central das perspectivas dos enfermeiros sobre o handover em ambientes clínicos australianos contemporâneos.	Grupo focal
Measurement of the frequency and source of interruptions occurring during bedside nursing handover in the intensive care unit: An observational study (SPOONER, et al., 2015)	2015	- Medir a frequência e a fonte de interrupções durante a assistência de enfermagem na UTI à beira do leito.	Observacional prospectivo
Discharge practices for the intensive care patient: a qualitative exploration in the general ward setting (COGNET, COYER, 2014)	2014	- Explorar como os enfermeiros na enfermaria percebem a alta, processos e práticas nos pacientes recém-egressos da unidade de terapia intensiva (UTI).	Qualitativo, grupo focal
Staff perception of patient discharge from ICU to ward-based care (JAMES, QUIRKE, MCBRIDE-HENRY, 2013)	2013	- Explorar as vivências de enfermeiros no processo de alta da UTI para a enfermaria	Estudo descritivo exploratório

The quality of intensive care unit nurse handover related to end of life: a descriptive comparative international study (GANZ, 2015)	2015	- Descrever a qualidade da transferência de cuidados de enfermeiros na UTI relacionada aos cuidados no fim da vida e comparar as práticas de diferentes UTIs em três países diferentes.	Comparativo descritivo
Nursing team leader handover in the intensive care unit contains diverse and inconsistent content: An observational study (SPOONER, et al., 2016)	2016	- Determinar o conteúdo das informações passadas durante a passagem de plantão da equipe de enfermagem em terapia intensiva.	Observacional prospectivo
Characterizing the structure and content of nurse handoffs: A Sequential Conversational Analysis approach (ABRAHAM, et al., 2016)	2016	- Caracterizar a estrutura e conteúdo de <i>handoffs</i> de enfermeiros	Método misto
Nursing handover from ICU to cardiac ward: Standardised tools to reduce safety risks (GRAAN, et al., 2016)	2016	- Adaptar as ferramentas existentes para padronizar a transferência de cuidados de enfermagem da unidade de terapia intensiva (UTI) para a enfermaria cardíaca e avaliar os riscos na segurança do paciente antes e depois da implementação do piloto.	Grupos focais
Lost information during the handover of critically injured trauma patients: a mixed-methods study (ZAKRISON, et al., 2016)	2016	- Investigar as causas e frequência de discrepâncias de informações no handover e explorar soluções para melhorar a transferência de informações.	Método misto

Quadro 1: Sinopse dos artigos incluídos na revisão.

As categorias apresentadas a seguir foram criadas a partir da leitura e análise dos artigos selecionados, e agrupados por proximidade de conteúdo: Categoria I: Fatores intervenientes no *handoff* realizado pela enfermagem; Categoria II: Utilização de instrumentos e ferramentas que auxiliem a transferências de informações pela enfermagem.

Na primeira categoria foram incluídos os artigos que abordaram a comunicação de enfermagem durante a transferência de cuidados (SPOONER, et al., 2013; JAMES, QUIRKE, MCBRIDE-HENRY, 2013; LANE-FALL, et al., 2014; COGNET, COYER, 2014; GANZ, 2015; SPOONER, et al., 2015; DAVID, et al., 2017). Na segunda categoria encontram-se os artigos que dispõem sobre os instrumentos e ferramentas que auxiliam a transferência de informações pela enfermagem (LANE-FALL, et al., 2014; SPOONER, et al., 2016; ABRAHAM, et al., 2016; GRAAN, et al., 2016; ZAKRISON, et al., 2016).

### **Categoria I: Fatores intervenientes no *handoff* realizado pela enfermagem**

Os fatores intervenientes no *handoff* evidenciados na busca foram divididos em negativos e positivos. Foram considerados fatores negativos aqueles que geram danos para o momento de *handoff*, como falhas durante a comunicação, desorganização, interrupções por parte de profissionais que não estavam participando do *handoff*, ruídos,

excesso de informações e não adesão aos instrumentos padronizados. Como fatores intervenientes positivos destacam-se a associação de formulários e instrumentos, pois estes facilitam o processo de *handoff* realizado verbal a beira leito (SPOONER, et al., 2013; GANZ, et al., 2015).

A efetividade na comunicação entre os profissionais da enfermagem pode auxiliar na transferência de informações sobre os pacientes e na continuidade da assistência prestada e, as falhas nesse processo, podem interferir na resposta dos pacientes a determinados cuidados e na qualidade do trabalho desenvolvido pela equipe (MARTIN, PESSONI, 2015).

A comunicação está inserida nas diversas atividades realizadas em um ambiente de cuidados intensivo, sendo uma ação essencial para a assistência prestada e para o *handoff*, possibilitando a transmissão de informações de forma sistematizada, objetiva e concisa sobre as ocorrências e intercorrências do setor, permitindo uma visão geral dos pacientes pelos profissionais que assumem o cuidado, facilitando a sistematização e desenvolvimento de suas atividades (ABRAHAM, et al., 2016; WHO, 2007).

O *handoff* como um processo de transferência de responsabilidades é considerado como momento crucial na prestação de cuidados de enfermagem, e os problemas evidenciados na comunicação são as causas dos erros que ocorrem durante a transmissão eficaz do *handoff* (BRAS, FERREIRA, 2016).

Um dos momentos cruciais da comunicação acontece durante a troca de turno, que se constitui como um processo de transferência da responsabilidade do cuidado e da transmissão de informações sobre os aspectos relacionados ao paciente. Portanto, é um processo de interação que coloca uma enorme responsabilidade no enfermeiro, pois este é visto como detentor de informações importantes e, cabe a ele, a decisão de quais informações se mostram relevantes a serem transmitidas de maneira a garantir a continuidade do cuidado (JOHNSON, COWIN, 2013; HOLLY, POLETICK, 2014).

O processo de comunicação pode ocorrer de diversas maneiras, cabe destacar a escrita, realizada em formulários preconizados, e a verbal, realizada de modo que as informações mais relevantes possam ser ressaltadas (SPOONER, et al., 2016).

Em estudo a maioria dos enfermeiros pesquisados afirmaram que o método mais comumente utilizado para passagem de turno é o tipo verbal. Contudo, apontam a presença de pontos fracos nesse tipo de método quando usado de maneira isolada, sem um formulário preconizado, pois é grande a quantidade de informações que precisam ser transmitidas e, muitas das vezes, ocorre uma dificuldade na manutenção e síntese das informações (GONÇALVES, et al., 2016).

A transferência sistematizada de informações de maneira verbal é considerada pela equipe como imprescindível no processo do *handoff*, evidenciando que os melhores *handovers* são os cefalo-caudal, pois olhando para o quadro do paciente é possível que informações relevantes sejam questionadas. Observou-se que a necessidade de

utilização dos diferentes tipos de comunicação verbal, vão depender do tempo dispensado, do momento e da forma em que estiverem ocorrendo as transferências e/ou altas dos pacientes. Essa prática permite que os enfermeiros assumam com segurança os cuidados dos pacientes (JAMES, QUIRKE, MCBRIDE-HENRY, 2013; COGNET, COYER, 2014; DAVID, et al., 2017).

Outro estudo, cita que os enfermeiros reconhecem que a comunicação escrita para transmitir informações é o método mais eficaz para utilização durante o *handoff*. O principal objetivo da entrega de cuidados é fornecer informações precisas, completas e oportunas, entretanto este momento também proporciona aos enfermeiros a oportunidade de discutir suas preocupações sobre a organização do cuidado desenvolvido e ainda revelar seus sentimentos sobre a assistência prestada (STREET, et al., 2011).

A dificuldade de padronização da linguagem é evidenciada nos estudos como um aspecto relevante na troca de informações, principalmente nas transferências intra-hospitalares. Os relatos em prontuários de pacientes oriundos da UTI muitas vezes são incompreendidos pelas equipes das enfermarias, ocasionando falhas no processo de transferência desses dados. Com a utilização de descritores e abreviaturas não padronizadas, como 'bom' ou 'ok', o processo de transmissão se mostra impreciso, podendo levar a problemas de interpretação e causar falhas na segurança e assistência do paciente (COGNET, COYER, 2014).

A ausência de padronização para a comunicação e transferência, a omissão de informações referentes ao paciente, interrupções advindas de profissionais não participantes do *handoff* e os alarmes de bombas infusoras, foram ressaltadas como as principais causas de interrupções, ocasionando, por consequência, prejuízo no prosseguimento da comunicação (SPOONER, et al., 2016).

Interrupções podem contribuir para erros e são potencialmente uma barreira significativa para as transferências do paciente, levando à perda de informações e resultando em possíveis eventos adversos. Contudo, estudo sugere a necessidade de um maior aprofundamento do conhecimento nesta área, possibilitando a elaboração de estratégias adequadas que diminuam as interrupções, ocorrendo de maneira mais eficaz e melhorando a segurança do paciente na UTI (SPOONER, et al., 2016).

## **Categoria II: Utilização de instrumentos e ferramentas que auxiliem a transferências de informações pela enfermagem**

Foi evidenciado nos artigos incluídos nos resultados desse estudo, que algumas instituições criam seu próprio instrumento utilizado durante o *handoff*, constando informações que a equipe considera relevante. Observou-se também a utilização de ferramentas e técnicas já existentes para auxiliar a troca de informações, como a utilização da técnica ISBAR, sigla que traduzida refere aos seguintes componentes: a identificação, situação atual, antecedentes, avaliação e recomendações (SPOONER, et

al., 2016; GRAAN, et al., 2016).

A troca de informações pode ser realizada por meio da comunicação oral e escrita. Com isto, torna-se necessário que os registros sejam realizados com qualidade, devendo conter elementos fidedignos e coerentes conforme as reais condições do paciente. Contudo, percebe-se que não há um consenso para esta atividade, a troca de informações acontece de maneira variável nos diferentes cenários de saúde, sobretudo nas UTIs, o que pode influenciar diretamente na assistência da equipe de enfermagem (LARA, BERTI, 2011; HOLLY, POLETICK, 2014).

Estudos abordam a utilização de instrumentos padronizados pelas instituições como fator que auxilia a interação entre os profissionais e a abordagem das completa das informações, de modo a transmitir os dados mais relevantes. Dentre essas informações, foram citadas: avaliação do sistema cardiovascular, respiratório e nervoso, integridade física da pele, necessidade dos cuidados de enfermagem, plano de cuidados instituído, recomendações e desejos do paciente (SPOONER, et al., 2013; JAMES, QUIRKE, MCBRIDE-HENRY, 2013; SPOONER, et al., 2016; GRAAN, et al., 2016; ZAKRISON, et al., 2016).

A padronização da ferramenta do *handoff* possibilitou aos enfermeiros direcionar e manter uma passagem de plantão consistente e sistemática, além de apoiar a busca de novas informações e permitir a documentação adequada sobre a transferência dos cuidados realizados. Sendo, além disso, observado a valorização do treinamento da equipe para a utilização correta das ferramentas instituídas e preconizadas (ABRAHAM, et al., 2016; ZAKRISON, et al., 2016).

Ao analisar os instrumentos criados para auxiliar o *handoff*, ressaltou-se que considerar um menor número de itens relevantes, porém capaz de transmitir informações fidedignas sobre a continuidade da assistência, pode ser mais eficaz que transmitir um número maior de itens, contudo de menor relevância clínica (ABRAHAM, et al., 2016; SPOONER, et al., 2016).

As ferramentas de *handoff* buscam auxiliar e estimular a análise individual dos pacientes, alertar sobre as intercorrências ocorridas, fornecer ambiente mais seguro para os pacientes e permitir a realização dos registros pela enfermagem (LANE-FALL, et al., 2014; SPOONER, et al., 2016; ZAKRISON, et al., 2016).

Destaca-se que, quando não utilizado ferramentas que sistematizam a transferência de cuidados, o índice de omissão das informações sobre o paciente é alto e responsável por boa parte dos erros ocorridos na UTI devido, principalmente, a falhas no processo de comunicação (LANE-FALL, et al., 2014; GRAAN, et al., 2016; SILVA, et al., 2017).

Assim, os formulários, instrumentos ou ferramentas utilizados pelos profissionais de enfermagem possuem o intuito de organizar as informações a serem transmitidas minimizando as chances de omissão de informações pertinentes e a probabilidade de erros ou inconsistências (LANE-FALL, et al., 2014; SPOONER, et al., 2016; ABRAHAM,

## 4 | CONCLUSÃO

O estudo evidenciou que o *handoff* é uma atividade de extrema importância para o cuidado da equipe de enfermagem na UTI, podendo ocorrer durante a passagem de plantão ou na transferência intra-hospitalar. Portanto é um momento que demanda comprometimento do enfermeiro para que o processo de trabalho instituído seja sistemático e organizado, almejando qualidade na troca de informações sobre o estado clínico dos pacientes sobre sua responsabilidade e o funcionamento do setor.

O sucesso durante o *handoff* advém da minimização dos fatores intervenientes negativos evidenciados pela literatura, como as falhas na comunicação verbal e escrita, ausência de padronização, interrupções advindas de profissionais que não estão participando do *handoff*, ruídos causados pelos equipamentos, grande número de informações nos instrumentos instituídos e a não adesão a protocolos e ferramentas que visam à sistematização do *handoff*.

Como fatores intervenientes positivos emergiram a necessidade da associação de formulários e instrumentos preconizados durante o *handoff* verbal que é realizado a beira leito, apontando a relevância da abordagem céfalo-caudal.

Portanto, o enfermeiro durante suas atividades, deve instituir maneiras de minimizar os fatores intervenientes negativos e estimular os fatores positivos. Visto que com um *handoff* de qualidade, a continuidade da assistência ocorrerá de modo a diminuir os riscos ao negligenciar informações importantes e, desta maneira, gerando um ambiente propício para segurança do paciente e toda a equipe.

Ao enfermeiro da UTI compete criar estratégias que favoreçam uma boa troca de informações. A instituição de rotinas que permita o *handoff* em ambiente seguro, a beira leito, sem interrupções e que alcance todos os profissionais da equipe responsável pelo cuidado ao paciente, favorecendo um cuidado autêntico e momentos para troca de experiências e o entrosamento da equipe.

## REFERENCIAS

ABRAHAM, J., et al. Characterizing the structure and content of nursehandoffs: A Sequential Conversation al Analysis approach. **J Biomed Inform.** v. 59, p.76-88, 2016.

\_\_\_\_\_ Ensuring patient safety in care transitions: an empirical evaluation of a handoff intervention tool. *AMIA Annu Symp Proc*; p.17-26, 2012.

BACKES, M. T. S, ERDMANN, A. L., BÜSCHER, A. O ambiente vivo, dinâmico e complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem.* v. 23 n3, p.411-18, 2015.

BRAS, C., FERREIRA, M. Clinica communication (handover) and safety of nursing care: a literature review. v.2, n.1, 2016.

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 558, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 2009.

\_\_\_\_\_. Resolução n. 564, de 06 de novembro de 2017. Dispõe sobre O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem – Anexo da Resolução. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 2017 nov 06.

COGNET, S., COYER, F. Discharge practices for the intensive care patient: a qualitative exploration in the general ward setting. **Intensive Crit Care Nurs.** v.30, n.5, p. 292-300, 2014.

DAVID, A., HOLROYD, E., JACKSON, M., CLEARY, S. 'Being in the know': Nurses' perspectives on the role of 'end-of-shift' verbal handover. **Int J Evid Based Healthc.** V.15, n.2,p. 69-78, 2017.

GANZ, F. D., ENDACOTT, R., CHABOYER, W., BENBINISHTY, J., BEM, N. U. N. M., RYAN, H. The quality of intensive care unit nurse handover related to end of life: a descriptive comparative international study. **Int J Nurs Stud.** v.52, n.1, p.49-56, 2015.

GONÇALVES, M. I., et al. Comunicação e segurança do paciente na passagem de plantão em unidades de cuidados intensivos neonatais. **Texto Contexto Enfermagem.** v.25, n.1, 2016.

GRAAN, S. M., BOTTI, M., WOOD, B., REDLEY, B. Nursing handover from ICU to cardiac ward: Standardised tools to reduce safety risks. **Aust Crit Care.** v.29, n.3, p.165-71, 2016.

HOLLY, C., POLETICK, E. B. A systematic review on the transfer of information during nurse transitions in care. **J Clin Nurs.** V. 23, n.17-18, p.2387-95. Set. 2014.

JAMES, S., QUIRKE, S., MCBRIDE-HENRY, K.. Staff perception of patient discharge from ICU to ward-based care. **Nurs Crit Care.** v.18,n.6, p.297-306. 2013.

JOHNSON, M., COWIN, L. S. Nurses discuss bedside handover and using written handover sheets. **Journal of Nursing Management,** v.21, n,1, p.121-129, 2013.

LANE-FALL, M. B., et al. Handoffs and transitions in critical care (HATRICC): protocol for a mixed methods study of operating room to intensive care unit handoffs. **BMC Surg.** v.19, n.14, p.96. 2014.

LARA, S. R., BERTI, H. W. Dimensão ética do gerenciamento em enfermagem. **Rev Cuidarte enfermagem ,** v.5, n.1, p.7-15, 2011.

MARTIN, Y. C., PESSONI, A. Comunicação e saúde na enfermagem: um estudo bibliométrico. **Rev Eletron de Comum Inf Inov Saúde.** v.9, n.1, 2015.

SANTOS, G. R. S., CAMPOS, J. F., SILVA, R. C. Comunicação no *handoff* na terapia intensiva: nexos com a segurança do paciente. **Esc Anna Nery.** v.1522, n.2, 2017.

SILVA, D. A. et al. Otimização da ferramenta utilizada durante passagem de plantão em uma unidade de pronto atendimento. **SANARE, Sobral -** V.16 n.01,p. 118-123, Jan./Jun. 2017.

SILVA, M. R., RODOVALHO, A. P. N., ALVES, L. R., CARMELO, S. H. H., LAUS, A. M. PEDRESCHI, CHAVE, L. D. Passagem de plantão em enfermagem hospitalar: uma revisão integrativa. **Cuidarte Enfermagem.** v.11, n.1, p. 122-130. 2017a

SILVA, R., AMANTE, L. N., SALUN, N. C., MARTINS, T., MINATTI, F. Visibilidade do transporte intra-hospitalar

em unidade de terapia intensiva: estudo descritivo. **Rev Gaúcha Enferm.** v.38, n.3. 2017b

SILVA, S. G., et al. Checklist para passagem de plantão de pacientes em pós-operatório na admissão em terapia intensiva. **Enfermagem em Foco.** v.7, n.1.p. 13-17. 2016.

SOARES, C. B., HOGA, L. A. K., PEDUZZI, M., SANGALETI, C., YONEKURA, T., SILVA, D. R. A. D. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP.** v.48, n.2, p.335-345. 2014

SPOONER, A. J., et al. Measurement of the frequency and source of interruptions occurring during bedside nursing handover in the intensive care unit: An observational study. **Aust Crit Care.** v.28, n.1, p. 19-23. 2015.

\_\_\_\_\_. Nursingteamleaderhandover in the intensive care unit contains diverse and inconsistent content: An observational study. **Int J Nurs Stud.** v.61, p.165-72. 2016.

\_\_\_\_\_. Understanding current intensive care unit nursing handover practices. **Int J NursPract.** v.19, n.2. p.214-20. 2013.

STREET, M., et al. Communication at the bedside to enhance patient care: A survey of nurses' experience and perspective of Handover . **International Journal of Nursing Practice,** v.17, p.133–140. 2011.

WHO - World Health Organization. Communication during patient hand-overs. Patient safety solutions. Joint Commission International. 2007.

ZAKRISON, T. L., et al. Lost information during the handover of critically injured trauma patients: a mixed-methods study. **BMJ Qual Saf.** v.25, n.12, p. 929-936. 2016.

## DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PREVALENTES EM POTENCIAIS DOADORES DE ÓRGÃOS EM MORTE ENCEFÁLICA

Data de aceite: 01/07/2020

Data de submissão: 05/04/2020

### **Luciana Nabinger Menna Barreto**

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Serviço de Radiologia e Equipe de Coordenação de Retirada de Múltiplos Órgãos para Transplantes  
Porto Alegre – Rio Grande do Sul  
<https://orcid.org/0000-0002-8166-9480>

### **Éder Marques Cabral**

Universidade Federal do Rio Grande do Sul,  
Escola de Enfermagem  
Porto Alegre – Rio Grande do Sul  
<https://orcid.org/0000-0002-3266-3330>

### **Miriam de Abreu Almeida**

Universidade Federal do Rio Grande do Sul,  
Escola de Enfermagem  
Porto Alegre – Rio Grande do Sul  
<https://orcid.org/0000-0002-4942-9882>

**RESUMO:** **Introdução:** Os transplantes de órgãos oriundos de doadores em morte encefálica são a maioria. Assim, o processo de doação de órgãos compreende um procedimento complexo. Dentre as causas para não efetivação do transplante destacam-se problemas na manutenção do potencial doador. A aplicação do Processo de Enfermagem

auxilia na sistematização do cuidado. Neste contexto, é importante o uso de diagnósticos de enfermagem (DEs) acurados para um plano de cuidados mais efetivo. **Objetivo:** Identificar os DEs prevalentes em potenciais doadores de órgãos em morte encefálica. **Método:** Estudo descritivo, quantitativo e transversal. A amostra do estudo foi 145 prontuários de potenciais doadores de órgãos de dois hospitais de grande porte do sul do Brasil do período de 2012 a 2018. A coleta de dados foi realizada retrospectivamente nos prontuários. Utilizou-se estatística descritiva para análise dos dados. O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa das instituições. **Resultados:** Em relação a caracterização da amostra, 56,6% (n=82) eram do sexo feminino com média de idade de 50,8 anos (desvio padrão de 16,8). Dos 24 DEs identificados, os mais prevalentes foram: Ventilação Espontânea Prejudicada com 96,5% (n=140), Risco de Infecção com 89,6% (n=130), Déficit no Autocuidado com 78,6% (n=114), Risco de Choque com 77,9% (n=113), Eliminação Urinária Prejudicada com 77,9% (n=113), Termorregulação Ineficaz com 77,9% (n=113) e Risco de Glicemia Instável com 77,2% (n=112). **Conclusão:** Os achados deste estudo contribuem para a prática, o ensino e a pesquisa em enfermagem. Na prática contribui

para a acurácia diagnóstica e conseqüentemente no melhor direcionamento de intervenções focadas na manutenção do potencial doador, para alcançar os melhores resultados relacionados à doação de órgãos e aos transplantes. No ensino e na pesquisa contribui para a construção de conhecimento a cerca da temática da manutenção do potencial doador.

**PALAVRAS-CHAVE:** Processo de Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Obtenção de Tecidos e Órgãos; Transplantes de Órgãos.

## PREVALENT NURSING DIAGNOSES IN POTENTIAL ORGAN DONORS IN BRAIN DEATH

**ABSTRACT: Introduction:** Organ transplants from donors in brain death are the majority. Thus, the organ donation process comprises a complex procedure. Among the reasons for not carrying out the transplantation, problems in maintaining the potential donor stand out. The application of the Nursing Process helps to systematize the caution. In this context, it is important to use an accurate nursing diagnosis (ND) for a more effective care plan. **Objective:** To identify the NDs prevalent in potential organ donors in brain death. **Method:** Descriptive, quantitative and cross-sectional study. The study sample was 145 records of potential organ donors from two large sized hospitals of southern Brazil from 2012 to 2018. Data collection was performed retrospectively on medical records. Descriptive statistics were used for data analysis. The study was approved by the Institutional Research Ethics Committees. **Results:** In relation to sample characterization, 56,6% (n=82) were female with a mean age of 50,8 years (standard deviation of 16,8). Of the 24 NDs identified, the most prevalent were: Impaired Spontaneous Ventilation with 96,5% (n=140), Risk of Infection with 89,6% (n=130), Deficit in Self-Care with 78,6% (n=114), Risk of Shock with 77,9% (n=113), Urinary Elimination Impaired with 77,9% (n=113), Ineffective Thermoregulation with 77,9% (n=113) and Risk of Unstable Glucose with 77,2% (n=112). **Conclusion:** The findings of this study contribute to the practice, teaching and research in nursing. In practice, it contributes to the diagnostic accuracy and consequently in the better targeting of interventions focused on maintenance of the potential donor, to achieve the best results related to organ donation and transplants. In teaching and research, contributes to the construction of knowledge on the topic of maintenance of the potential donor.

**KEYWORDS:** Nursing Process; Nursing Diagnosis; Tissue and Organ Procurement; Organ Transplantation.

## 1 | INTRODUÇÃO

O maior programa público de transplantes de órgãos do mundo encontra-se no Brasil, sendo a maior parcela dos transplantes procedentes de doadores falecidos em morte encefálica (VIEIRA; VIEIRA; NOGUEIRA, 2016). Não só no Brasil, mas mundialmente, existe uma preocupante desproporção entre a alta demanda por transplantes e a baixa

oferta de órgãos. No Brasil, em 2019, 37.946 pessoas aguardavam por transplante de órgãos em lista de espera. Neste mesmo ano, a Central Nacional de Transplantes informou 11.399 notificações de potenciais doadores, contudo, somente 3.768 (33%) tornaram-se doadores efetivos, ou seja, tiveram pelo menos um órgão removido (ABTO, 2019).

O processo de doação e transplante de órgãos compreende um procedimento complexo. A manutenção inadequada do potencial doador e a perda do mesmo por colapso cardiovascular é uma realidade (SIQUEIRA *et al.*, 2016). Considerando o exposto, cuidados específicos com o intuito de manter a viabilidade dos órgãos são necessários ao potencial doador, uma vez que qualquer disfunção é capaz de comprometer a viabilidade dos mesmos (FERREIRA; COUTINHO; MARTINS, 2015).

Diante deste contexto, o Processo de Enfermagem (PE) é um método de trabalho do enfermeiro que pode auxiliar na priorização do atendimento visando a necessidade de cuidados específicos para a manutenção adequada do potencial doador de órgãos. A enfermagem, através da aplicação do PE, orienta a prática de maneira sistematizada procurando qualificar a assistência na prestação do cuidado ao paciente. Neste cenário, o uso de taxonomias com linguagens padronizadas facilitam a aplicação do PE a partir de suas etapas, visto que proporcionam uma estrutura para direcionar o cuidado com os diagnósticos, as intervenções e os resultados de enfermagem esperados (ADAMY *et al.*, 2018).

A taxonomia da NANDA *International* (NANDA-I) é uma classificação de linguagem padronizada de diagnósticos de enfermagem (DEs). O DE é definido pela NANDA-I como: “*um julgamento clínico sobre uma resposta humana a condições de saúde/processos da vida, ou uma vulnerabilidade a tal resposta, de um indivíduo, uma família, um grupo ou uma comunidade*”. Um DE pode ter foco no problema, no estado de promoção da saúde ou no risco potencial. A taxonomia II da NANDA-I está constituída em três níveis: domínios, classes e DEs. A edição 2018-2020 da classificação traz 13 domínios, 47 classes e 244 DEs (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Na literatura (BIANCHIA *et al.*, 2015; MENNA BARRETO *et al.*, 2019) observa-se que estudos que apresentem os DEs prevalentes para potenciais doadores de órgãos ou para pacientes em morte encefálica são escassos, apesar da relevância do tema. Além disso, acredita-se que utilizar DEs acurados auxilia na implantação de intervenções adequadas a este quadro clínico específico com possibilidade de alcançar os melhores resultados. Assim, a manutenção adequada do potencial doador pode contribuir para a melhor viabilidade dos órgãos ofertados para transplantes e conseqüentemente com aumento da taxa de efetivação do potencial doador.

Deste modo, a presente questão de pesquisa é: Quais os possíveis DEs aplicados aos potenciais doadores de órgãos em morte encefálica e quais os mais prevalentes nesta população?. Diante das considerações anteriores, o objetivo deste estudo foi identificar os DEs prevalentes em potenciais doadores de órgãos em morte encefálica.

## 2 | MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo e transversal, de natureza quantitativa. A pesquisa foi realizada em dois hospitais de grande porte do sul do Brasil. Ambas instituições realizam atendimentos de alta, média e baixa complexidade e atendimento prioritariamente do Sistema Único de Saúde. A população foi constituída de prontuários de pacientes que tiveram a morte encefálica diagnosticada e foram notificados para a central de transplantes como potenciais doadores de órgãos no período de 2012 a 2018. A amostra foi constituída de 145 prontuários e estabelecida por conveniência conforme critério de inclusão: protocolo de morte encefálica encerrado (dois testes clínicos positivos e teste de imagem compatível com morte encefálica). O critério de exclusão da amostra foi: não ter DE elencado no período de manutenção do potencial doador.

A coleta de dados foi realizada retrospectivamente através de consulta aos prontuários. A seleção destes pacientes foi realizada junto as Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante dos locais do estudo. Os prontuários que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão foram incluídos na amostra. O período de coletas de dados iniciou no momento da abertura do protocolo com o primeiro teste clínico positivo ou exame de imagem complementar compatível com morte encefálica até a conclusão do processo com o diagnóstico de morte encefálica confirmado conforme legislação e com o desfecho de doação de órgãos ou desligamento do aparelho de ventilação mecânica para entrega do corpo à família.

Um instrumento de coleta de dados foi construído com variáveis sócio-demográficas e clínicas, além de possíveis DEs aplicados a esta população, além de espaço para registro de outros DE identificados e observações. A fim de testar o instrumento e fazer ajustes foi realizado um teste piloto com dez prontuários que não fizeram parte da amostra final. A coleta de dados foi desenvolvida por uma equipe de cinco coletadores treinados: a pesquisadora principal, um enfermeiro e três bolsistas de iniciação científica. A pesquisadora acompanhou cada coletador no seu primeiro dia de coletas para certificar-se da padronização do preenchimento do instrumento, esteve sempre disponível para o esclarecimento de dúvidas e para análise em conjunto de alguma situação, visto que a coleta foi retrospectiva em prontuários.

A construção do banco de dados foi realizada utilizando-se o software Excel. A análise estatística foi realizada pelo programa Statistical Package for the Social Sciences versão 21.0. Na análise descritiva as variáveis contínuas estão expressas com média e desvio-padrão para aquelas com distribuição normal ou com mediana e intervalo interquartil para as assimétricas. As variáveis categóricas estão expressas com números absolutos e percentuais. Ressalta-se que foram considerados mais prevalentes os DEs que obtiverem frequências superiores a 70%.

Este estudo seguiu a regulamentação da legislação brasileira, que é regida pela Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012) que aborda as pesquisas realizadas com seres humanos. Um Termo de Compromisso para Utilização de Dados foi assinado pelos pesquisadores para realização da coleta de dados em prontuários. Os riscos relacionados a este estudo referem-se ao potencial risco de quebra de confidencialidade dos dados do paciente registrados em seu prontuário. Buscando preservar o anonimato dos pacientes e a confidencialidade, o instrumento de coleta de dados não inclui dados que possibilitem identificar os sujeitos participantes do estudo. Utilizou-se um código numérico identificador aleatório de 1 a 145, de conhecimento único e exclusivo dos pesquisadores para cada instrumento de coleta de dados. O projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil, CAEE 72793817.6.0000.5327 e submetido aos Comitês de Ética das instituições obtendo aprovação de ambas.

### 3 | RESULTADOS

Dos 145 prontuários incluídos no estudo, observa-se que a maior parte dos potenciais doadores de órgãos é do sexo feminino (n=82; 56,6%) e a média de idade é de 50,8 anos ( $\pm 16,8$ ). Quanto a comorbidades, o predomínio foi de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (n=76; 52,4%) e tabagismo (n=55; 37,9%). A causa da morte predominante foi o Acidente Vascular Cerebral (AVC) (n=86; 59,3%), seguido do Traumatismo Crânio Encefálico (TCE) (n=37; 25,5%). A caracterização da amostra, referente a dados coletados de 2012 e 2018 em dois hospitais de grande porte do sul do Brasil está descrita na **Tabela 1**.

Variáveis categóricas	f (%)
<b>Sexo</b>	
Feminino	82 (56,6)
Masculino	63 (43,4)
<b>Comorbidades</b>	
HAS	76 (52,4)
Hígido	39 (26,9)
Diabetes Mellitus (DM)	27 (18,6)
<b>Uso de tabaco e álcool</b>	
Tabagista	55 (37,9)
Etilista	24 (16,6)
Ex-tabagista	9 (6,2)
Ex-etilista	2 (1,4)
<b>Causa da morte</b>	
AVC	86 (59,3)
TCE	37 (25,5)
Encefalopatia anóxica	15 (10,3)
Outros	7 (4,8)
<b>Uso de droga vasoativa</b>	
Sim	138 (95,2)
Não	7 (4,8)

Variáveis numéricas	Média ± DP ou mediana (P25-P75)
Idade (anos)	50,8 ± 16,8
Dias de internação em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI)	3 (2 – 6)

Tabela 1 - Caracterização da amostra de potenciais doadores (n=145). Brasil, 2018.

Fonte: Autores (2018).

Quanto à doação de órgãos e tecidos, observa-se que 100 (69%) pacientes da amostra foram doadores efetivos. Destes, 100% foram doadores de rins, seguido do fígado com 74 (74%). Destaca-se a baixa captação de pulmão, coração e pâncreas, com percentuais abaixo de 10, por outro lado, a taxa de descarte destes órgãos foi zero, ou seja, todos os órgãos captados foram transplantados. O percentual de órgãos efetivamente transplantados foi de 70% para o rim e de 68,9% para o fígado. Estes dados estão contidos na **Tabela 2**.

Variáveis	f (%)
<b>Doação de órgãos e tecidos</b>	
Sim	100 (69)
Não	45 (31)
<b>Tecidos captados (n=100)</b>	
Córneas	58 (58)
Pele	25 (25)
<b>Órgãos captados (n=100)</b>	
Rins	100 (100)
Fígado	74 (74)
Pulmão	8 (8)
Coração	6 (6)
Pâncreas	4 (4)
<b>Órgãos transplantados</b>	
Rins (n =100)	70 (70)
Fígado (n=74)	51 (68,9)
Pulmão (n=8)	8 (100)
Coração (n=6)	6 (100)
Pâncreas (n=4)	4 (100)

Tabela 2 - Dados referentes à doação de órgãos e tecidos da amostra de potenciais doadores (n=145). Brasil, 2018.

Fonte: Autores (2018).

A **Tabela 3** explana o DEs identificados nos potenciais doadores de órgãos em morte encefálica.

DE	Foco	Domínio	f (%)
<b>Ventilação Espontânea Prejudicada*</b>	<b>Problema</b>	<b>Atividade/Repouso</b>	<b>140 (96,5)</b>
<b>Risco de Infecção*</b>	<b>Risco potencial</b>	<b>Segurança/Proteção</b>	<b>130 (89,6)</b>
<b>Déficit no Autocuidado*</b>	<b>Problema</b>	<b>Atividade/Repouso</b>	<b>114 (78,6)</b>
<b>Risco de Choque*</b>	<b>Risco potencial</b>	<b>Segurança/Proteção</b>	<b>113 (77,9)</b>
<b>Eliminação Urinária Prejudicada*</b>	<b>Problema</b>	<b>Eliminação e Troca</b>	<b>113 (77,9)</b>
<b>Termorregulação Ineficaz*</b>	<b>Problema</b>	<b>Segurança/Proteção</b>	<b>113 (77,9)</b>
<b>Risco de Glicemia Instável*</b>	<b>Risco potencial</b>	<b>Nutrição</b>	<b>112 (77,2)</b>
Risco de Lesão por Pressão	Risco potencial	Segurança/Proteção	52 (35,9)
Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída	Problema	Enfrentamento/ Tolerância ao estresse	48 (33,1)
Troca de Gases Prejudicada	Problema	Eliminação e Troca	35 (24,1)
Risco de Perfusão Tissular Periférica Ineficaz	Risco potencial	Atividade/Repouso	35 (24,1)
Risco de Sangramento	Risco potencial	Segurança/Proteção	34 (23,4)
Mobilidade Física Prejudicada	Problema	Atividade/Repouso	34 (23,4)
Débito Cardíaco Diminuído	Problema	Atividade/Repouso	34 (23,4)
Risco de Volume de Líquidos Desequilibrado	Risco potencial	Nutrição	34 (23,4)
Risco de Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz	Risco potencial	Atividade/Repouso	33 (22,8)
Risco de Desequilíbrio Eletrolítico	Risco potencial	Nutrição	33 (22,8)
Risco de Desequilíbrio da Temperatura Corporal**	Risco potencial	Segurança/Proteção	31 (21,4)
Perfusão Tissular Periférica Ineficaz	Problema	Atividade/Repouso	31 (21,4)
Risco de Perfusão Tissular Cardíaca Diminuída	Risco potencial	Atividade/Repouso	29 (20,0)
Risco de Ressecamento Ocular	Risco potencial	Segurança/Proteção	28 (19,3)
Nutrição Desequilibrada: menos dos que as necessidades corporais	Problema	Nutrição	28 (19,3)
Risco de Perfusão Renal Ineficaz**	Risco potencial	Atividade/Repouso	2 (1,4)
Risco de aspiração	Risco potencial	Segurança/Proteção	1 (0,7)

Tabela 3 - DEs identificados nos potenciais doadores de órgãos em morte encefálica (n=145). Brasil, 2018.

\*DEs mais prevalentes.

\*\*DEs retirados na última edição da NANDA-I 2018-2020.

Fonte: Autores (2018).

## 4 | DISCUSSÃO

Neste estudo 145 prontuários de potenciais doadores de órgãos, de duas instituições hospitalares de renomada importância na capital do Rio Grande do Sul, foram avaliados. Quanto à caracterização dos pacientes, em que houve predominância do sexo feminino (56,6%), com média de idade de 50,8 anos ( $\pm$  16,8) e cuja causa da morte predominante foi o AVC (59,3%) seguido do TCE (25,5%), mostra convergência parcial com a realidade atual. A literatura aponta uma mudança no perfil dos doadores de órgãos, destacando que

as causas traumáticas cederam lugar ao AVC (EIRA; BARROS; ALBUQUERQUE, 2018; KOCK *et al.*, 2019), e assim se relaciona a semelhança no percentual do sexo feminino e masculino. Quanto à idade os dados deste estudo corroboram com os registros nacionais da ABTO (2019) que apontaram um percentual maior (34%) de doadores de órgãos entre a faixa etária dos 50 aos 64 anos. A literatura também destaca mudança no perfil de idade dos potenciais doadores de órgãos que está aumentando. Este fato decorre do processo de envelhecimento da população e da flexibilização dos critérios clínicos de inclusão de doadores marginais, ou seja, doadores que estão fora dos critérios ótimos para a doação (EIRA; BARROS; ALBUQUERQUE, 2018).

A ABTO (2019) registrou uma taxa de 33% de potenciais doadores que se tornaram efetivos. Diferentemente, um estudo descritivo e retrospectivo, realizado em Minas Gerais, identificou o perfil dos doadores elegíveis de órgãos e tecidos e evidenciou que 60% de seus potenciais doadores tornaram-se doadores efetivos (BERNARDES; ALMEIDA, 2015). Dado semelhante aos resultados do presente estudo no qual 69% da amostra de potenciais doadores tornaram-se doadores efetivos. O estudo mencionado de Bernardes e Almeida (2015) relacionou o percentual acima dos registrados pela ABTO por tratar-se de um hospital de grande porte, alta complexidade e referência para uma região. Ressalta-se que os dois hospitais da amostra desta investigação possuem características semelhantes ao estudo de Bernardes e Almeida (2015), justificando o percentual maior de doadores efetivos do que o registro nacional.

No presente estudo, o rim foi o órgão mais captado (100%), seguido do fígado (74%). Observa-se a baixa captação de pulmão, coração e pâncreas. Por outro lado, a taxa de descarte destes órgãos foi zero. O percentual de órgãos efetivamente transplantados foi de 70% para o rim e de 68,9% para o fígado. A literatura (EIRA; BARROS; ALBUQUERQUE, 2018; KOCK *et al.*, 2019) e os registros da ABTO (2019) destacam também a predominância de rins como o órgão mais captado, seguido do fígado, e valores muitos inferiores para os demais órgãos. Este predomínio é relacionado aos critérios mais expandidos para o transplante de rins e fígado do que de outros órgãos. Pulmão, coração e pâncreas possuem critérios mais rigorosos para a captação, que incluem faixa etária, história prévia e atual, drogas e fluídos utilizados no potencial doador, entre outros (WESTPHAL *et al.*, 2016).

Respondendo à questão de pesquisa deste estudo, de “Quais são os possíveis DEs aplicados aos potenciais doadores de órgãos em morte encefálica e quais os mais prevalentes nesta população, identificou-se 24 DEs na amostra estudada. Os DEs mais prevalentes foram: Ventilação Espontânea Prejudicada (96,5%), Risco de Infecção (89,6%), Déficit no Autocuidado (78,6%), Risco de Choque (77,9%), Eliminação Urinária Prejudicada (77,9%), Termorregulação Ineficaz (77,9%) e Risco de Glicemia Instável (77,2).

O DE Ventilação Espontânea Prejudicada é definido pela NANDA-I como “*Incapacidade*

de iniciar e/ou manter respiração independente que seja adequada para sustentação da vida” (HERDMAN; KAMITSURU, 2018). Essa definição reforça um dos critérios clínicos para o diagnóstico de morte encefálica, que é a ausência de movimento respiratório confirmado pelo teste de apneia. Este incontestável critério justifica a ventilação mecânica para todos os potenciais doadores (WESTPHAL *et al.*, 2016). A disfunção respiratória de moderada a grave nos potenciais doadores de órgãos tem incidência de 62%, como por exemplo, o edema pulmonar neurogênico, o aumento do risco de aspiração, a lesão pulmonar associada ao ventilador, entre outros (ESSIEN *et al.*, 2017). Apesar de todos os órgãos sólidos serem acometidos pelos efeitos da morte encefálica, os pulmões são particularmente sensíveis. Assim, para a melhor viabilidade dos órgãos, em especial do pulmão, é fundamental o cuidado com a ventilação mecânica, como controle da PaO<sub>2</sub>, SaO<sub>2</sub> e oxigenação (PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>), além da troca gasosa (COURTWRIGHT; CANTU, 2017; KUMAR, 2016; MACIEL; GREER, 2016).

Um estudo descritivo e documental identificou os principais DEs utilizados na assistência a pacientes críticos internados em UTI. Este estudo identificou 22 DEs, dentre eles, o DE Risco de Infecção esteve presente em 98,6% da amostra e Déficit no Autocuidado em 30,4% (CABRAL *et al.*, 2017). A Organização Mundial de Saúde reconhece que as infecções relacionadas à assistência à saúde são uma realidade, principalmente no ambiente de terapia intensiva (WHO, 2017). Entretanto, não só nos pacientes críticos, como também no potencial doador de órgãos, qualquer infecção deve ser evitada para não comprometer os órgãos a serem transplantados (COSTA; COSTA; AGUIAR, 2016).

Ainda considerando pacientes de terapia intensiva, estes têm dificuldades ou estão incapacitados para executar as atividades de autocuidado em razão do uso de dispositivos como sondas e cateteres, da dificuldade de locomoção, da dor, acrescido ao fato de estarem acamados e/ou sedados. Desta forma, necessitam cuidados da equipe de enfermagem frente às necessidades básicas do autocuidado, como banho, higiene oral e/ou higiene íntima e alimentação (SILVA *et al.*, 2016). Contudo, apesar da importância destas atividades, o DE Déficit no Autocuidado não seria um DE prioritário no cenário da manutenção do potencial doador de órgãos, visto a complexidade do cuidado deste paciente. Também os DEs Risco de Lesão por Pressão (35,9%) e Mobilidade Física Prejudicada (23,4%), não prevalentes para a manutenção do potencial doador de órgãos, foram identificados na amostra. Sabe-se da importância das atividades de movimentação e prevenção de lesões nos pacientes críticos, todavia no cenário dos pacientes estudados não são atividades prioritárias.

De acordo com a literatura científica, durante a evolução da morte encefálica ocorrem diversas alterações fisiológicas como resposta à perda das funções do tronco cerebral. Dentre as alterações fisiológicas que ocorrem no potencial doador de órgãos em morte encefálica estão a hipotensão, com 81 a 97% de ocorrências, e a diabetes insípida com uma variação de 46 e 78%. A diabetes insípida não tratada provoca poliúria e resulta

em choque hipovolêmico e hipernatremia (WONG; TAN; GOH, 2017). Destaca-se que grandes perdas urinárias desencadeiam anormalidades nos níveis de sódio, potássio, magnésio, cálcio e fósforo. Esses íons têm papéis importantes na fisiologia celular e contribuem para a viabilidade dos órgãos ofertados para transplante (KUMAR, 2016; MACIEL; GREER, 2016). Conseqüentemente, justifica-se a prevalência dos DEs Risco de Choque e Eliminação Urinária Prejudicada nos potenciais doadores de órgãos da amostra.

A morte encefálica também pode provocar danos à hipófise causando deficiências hormonais e afetando a termorregulação central, podendo ocasionar tanto hipotermia quanto hipertermia. Igualmente, a hiperglicemia também é comum nos potenciais doadores de órgãos devido a menor concentração de insulina, além de resistência à insulina e liberação de catecolaminas após estresse fisiológico. Na manutenção do potencial doador é importante prevenir a hiperglicemia, uma vez que ela está associada à resposta imune reduzida do receptor do órgão transplantado, ao aumento do risco de infecção e a um prejuízo na função renal no receptor de transplante renal (WONG; TAN; GOH, 2017). Conforme o exposto, elucida-se a prevalência dos DEs Termorregulação Ineficaz e Risco de Glicemia Instável no estudo.

A morte encefálica acarreta efeitos deletérios nos pacientes, originando alterações fisiológicas importantes e tornando complexa a manutenção do potencial doador de órgãos. Estas alterações, quando não tratadas adequadamente, são as principais causas da não efetivação da doação, bem como da reduzida qualidade dos órgãos transplantados (KUMAR, 2016; ESSIEN *et al.*, 2017). Para a adequada manutenção do potencial doador é imprescindível o conhecimento e o manejo das desordens ocasionadas pela morte encefálica, associados ao atendimento de uma equipe multidisciplinar. Neste contexto, o trabalho da enfermagem se destaca ao despender uma assistência apropriada para a efetivação da doação e para a melhor viabilidade dos órgãos. Assim, a utilização na prática de DEs precisos é relevante para que o enfermeiro prescreva intervenções que tenham impacto na manutenção adequada do potencial doador e conseqüentemente no alcance dos melhores resultados (BIANCHIA *et al.*, 2015).

Corroborando os achados da presente pesquisa, em outro estudo identificou-se que a maior parte dos DEs prevalentes para potenciais doadores de órgãos está relacionada com alterações fisiológicas e muitas vezes os pacientes apresentam a maioria dos DEs citados para esta população. Observou-se também que a NANDA-I não tem um DE único que aborde este quadro agudo. Desta forma, o estudo propõe e inicia o desenvolvimento de um novo DE intitulado Síndrome do Equilíbrio Fisiológico Prejudicado aplicado em potenciais doadores de órgãos em morte encefálica. Os autores enfatizam que o uso desta proposta de DE na prática pode proporcionar uma melhor sistematização do cuidado, auxiliando na adequada manutenção do potencial doador e conseqüentemente melhor viabilidade dos órgãos ofertados para transplantes (MENNA BARRETO *et al.*, 2019). Ressalta-se que dentre os tipos de DEs da NANDA-I uma síndrome pode estar

presente, sendo definida como “*um julgamento clínico relativo a um agrupamento de DEs que ocorrem juntos, sendo mais bem tratados em conjunto por meio de intervenções similares*” (HERDMAN; KAMITSURU, 2018). Deste modo, DEs de síndrome são uma opção quando existe um painel muito extenso de DEs que podem ser aplicados numa mesma situação clínica.

Diante do exposto, evidencia-se que uma lista extensa de DEs elencados para o paciente dificulta a priorização do atendimento. Além disso, observa-se que existe um número grande de possíveis DEs que podem ser elencados ao potencial doador de órgãos. Como visto neste estudo foram identificados 24 DEs, sendo sete mais prevalentes. Do mesmo modo, observa-se que dos 13 domínios da taxonomia da NANDA-I, foram identificados DEs pertencentes a cinco destes domínios, com foco tanto no problema como em risco potencial. Assim, os achados deste estudo reforçam a complexidade e a amplitude do cuidado a esta população, bem como a importância do conhecimento do enfermeiro sobre os efeitos da morte encefálica no paciente e da manutenção adequada do potencial doador de órgãos. Assim, é fundamental o uso de DEs acurados que direcionem intervenções e resultados que contribuam na melhor viabilidade dos órgãos ofertados para transplantes, refletindo no quantitativo de órgãos utilizados, além de melhora da sobrevida pós-transplante.

## 5 | CONCLUSÃO

Este estudo identificou 24 DEs aplicáveis a potenciais doadores de órgãos em morte encefálica e apontou sete como os de maior prevalência, ou seja, 70% ou mais dos pacientes, o que oportuniza o reconhecimento do perfil desta população. Observou-se que alguns DEs não contemplam, especificamente, a condição de potencial doador de órgãos, dificultando o planejamento dos cuidados necessários para a manutenção deste paciente. Uma vez que os cuidados de enfermagem são imprescindíveis para a manutenção do potencial doador, considera-se uma barreira na assistência desses pacientes a ausência de DEs específicos para esta condição clínica.

Assim, sugere-se o desenvolvimento de DEs, tanto com foco no problema como de risco potencial que compreendam as necessidades do potencial doador de órgãos em morte encefálica visando os melhores resultados nos transplantes. Destaca-se que DEs de síndrome são uma opção, uma vez que estes configuram o agrupamento de DEs que ocorrem juntos. Além disso, sugere-se estudos que evidenciem as intervenções e atividades de enfermagem, além de resultados a serem estabelecidos e alcançados no potencial doador de órgãos.

Em síntese, os achados deste estudo contribuem para prática assistencial, para o ensino e a pesquisa em enfermagem. Na prática contribui para a acurácia diagnóstica e consequentemente no melhor direcionamento de intervenções focadas na manutenção

do potencial doador de órgãos, a fim de alcançar os melhores resultados em saúde relacionados à doação de órgãos e aos transplantes. No ensino e na pesquisa contribui para a construção de conhecimento acerca da temática da manutenção do potencial doador.

## REFERÊNCIAS

- ADAMY, E. K. *et al.* Reflection on the interface between patient safety and the nursing process. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 7, n. 1, p. 272-278, 2018.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS (ABTO). Dimensionamento dos transplantes no Brasil e em cada estado (2012-2019). **Registro Brasileiro de Transplantes**, ano XXV, n. 4, 2019. Disponível em: <<http://www.abto.gov.br>>. Acesso em: 23 mar. 2020.
- BERNARDES, A. R. B; ALMEIDA, C. G. Estudo do perfil dos doadores elegíveis de órgãos e tecidos no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia/MG. **Jornal Brasileiro de Transplantes**, v. 18, n. 2, p. 34-64, 2015.
- BIANCHIA, M.; ACCINELLI, L. G.; SILVA, M. A.; MENEGÓCIO, A. M. Nursing identification diagnosis to the potential organ donor patient. **Uniciências**, v. 19, n. 2, p. 174-180, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2012.
- CABRAL, V. H. Prevalence of nursing diagnoses in an intensive care unit. **Revista Rene**, v. 18, n. 1, p. 84-90, 2017.
- COSTA, C. R.; COSTA, L. P.; AGUIAR, N. A enfermagem e o paciente em morte encefálica na UTI. **Revista Bioética**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 368-373, 2016.
- COURTWRIGHT, A.; CANTU, E. Evaluation and management of the potential lung donor. **Clinics in Chest Medicine**, v. 38, n. 4, p. 751–759, 2017.
- EIRA, C. S. L.; BARROS, M. I. T.; ALBUQUERQUE, A. M. P. Doação de órgãos: a realidade de uma unidade de cuidados intensivos portuguesa. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 201-207, 2018.
- ESSIEN, E.O. *et al.* Physiologic features of brain death. **The American Surgeon**, v. 83, n. 8, p. 850-854, 2017.
- FERREIRA, F. R.; COUTINHO, H. D. M.; MARTINS, G. M. A. B. Papel da enfermagem na manutenção de um potencial doador de órgãos em morte encefálica: uma revisão de literatura. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 72, n. 11, p. 12-19, 2015.
- HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: definições e classificação** 2018-2020. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.
- KOCK, K. S. *et al.* Perfil epidemiológico, disfunção orgânica e eletrolítica em potenciais doadores de órgãos e tecidos de um hospital do sul do Brasil. **Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**, São Paulo, v. 64, n. 2, p. 100-107, 2019.
- KUMAR, L. Brain death and care of the organ donor. **Journal of Anaesthesiology Clinical Pharmacology**, v. 32, n. 2, p. 146–152, 2016.

MACIEL, C. B.; GREER, D. M. ICU management of the potential organ donor: state of the art. **Current Neurology and Neuroscience Reports**, v. 16, n. 86, p. 1-12, 2016.

MENNA BARRETO, L. N. *et al.* Impaired physiological equilibrium syndrome in potential organ donors: identification of defining characteristics. **Enfermería Global**, v. 18, n. 3, p. 643-693, 2019.

SILVA, R. S. *et al.* Diagnósticos de enfermagem prevalentes em pacientes internados na unidade de terapia intensiva: revisão integrativa. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 5, n. 2, p. 242-252, 2016.

SIQUEIRA, M. M. *et al.* Indicadores de eficiência no processo de doação e transplante de órgãos: revisão sistemática da literatura. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 40, n. 2, p. 90-97, 2016.

VIEIRA, M. S.; VIEIRA, M. S.; NOGUEIRA, L. T. Avaliação em saúde e transplantes de órgãos e tecidos: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem da UFPE**, v. 10, n. 2, p. 631-639, 2016.

WESTPHAL, G. A. *et al.* Diretrizes para avaliação e validação do potencial doador de órgãos em morte encefálica. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 28, n. 3, p. 220-255, 2016.

WONG, J.; TAN, H. L.; GOH, J. P. S. Management of the brain dead organ donor. **Trends in Anaesthesia and Critical Care**, v. 13, n. 1, p. 6-12, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global antimicrobial resistance surveillance system (GLASS) report: early implementation 2016-2017**, Geneva, 2017.

## ESTRATÉGIAS DE CUIDADO DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Data de aceite: 01/07/2020

**Laura Regina Ribeiro**

Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ  
Macaé, Rio de Janeiro

**Sabrina Ayd Pereira José**

Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ  
Macaé, Rio de Janeiro

**Isis Vanessa Nazareth**

Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ  
Macaé, Rio de Janeiro

**Ítalo Rodolfo Silva**

Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ  
Macaé, Rio de Janeiro

**Thiago Privado da Silva**

Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ  
Macaé, Rio de Janeiro

**Sumaya dos Santos Almeida Campos**

Hospital Público Municipal Dr. Fernando Pereira  
da Silva – HPM – Macaé, Rio de Janeiro

**RESUMO: OBJETIVOS:** mapear os estudos sobre as estratégias de cuidado utilizadas pela equipe de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), e analisar a partir dos níveis de evidências as estratégias de cuidado que influenciam a qualidade de vida do neonato. **MATERIAL E MÉTODO:** revisão integrativa de literatura com busca nas bases de dados LILACS, MEDLINE, CINAHL e

PUBMED, de artigos publicados de 2013 a 2018, utilizando análise temática para o tratamento dos dados coletados. **RESULTADOS:** Foram construídas 14 categorias temáticas acerca das estratégias de cuidado de Enfermagem ao neonato na UTIN. Em sua maioria os estudos pertenciam a Categoria 2, que se refere ao controle da dor/estresse/ desconforto neonatal. Destacaram-se também as Categorias 9, 4, 5, 1 e 10, que são referentes respectivamente; Método Canguru; Segurança do Paciente; Posicionamento do RN; Fatores ambientais (luz e ruído) e Medidas terapêuticas para o ganho de peso. **CONCLUSÃO:** Os resultados apontam que as estratégias de cuidado minimizam os efeitos nocivos em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), gerando implicações positivas na qualidade de vida do neonato, conseqüentemente, espera-se que estes se tornem adultos, não carreguem marcas do período em que ficaram hospitalizados na UTI. **PALAVRAS-CHAVE:** cuidado de enfermagem; terapia intensiva neonatal; neonatologia; prática clínica baseada em evidência; enfermagem.

**ABSTRACT: OBJECTIVES:** map the studies on the care strategies used by the Nursing team in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU), and analyze, from the levels of evidence, the care

strategies that influence the neonates quality of life. **MATERIAL AND METHOD:** integrative literature review with search in the LILACS, MEDLINE, CINAHL and PUBMED databases, of articles published from 2013 to 2018, using thematic analysis for the treatment of the collected data. **RESULTS:** 14 thematic categories were constructed about the strategies of nursing care for the newborn in the NICU. The majority of the studies belonged to Category 2, which refers to neonatal pain / stress / discomfort control. Also highlighted were Categories 9, 4, 5, 1 and 10, which are referents respectively; Kangaroo Method; Patient safety; RN positioning; Environmental factors (light and noise) and Therapeutic measures for weight gain. **CONCLUSION:** The results indicate that the care strategies minimize the harmful effects in an Intensive Care Unit (ICU), generating positive implications for the neonates quality of life, consequently, it is expected that they become adults, do not carry marks of the period in which they were hospitalized in the ICU.

**KEYWORDS:** nursing care; neonatal intensive care; neonatology; evidence-based clinical practice; nursing.

## 1 | INTRODUÇÃO

O período neonatal é definido como a fase de vida do ser humano que vai desde o nascimento até o 28º dia de vida, sendo considerada como uma adaptação da vida intra-uterina à extra-uterina, na qual ocorre um processo contínuo de transformações anatômicas e fisiológicas (RIBEIRO et al, 2016).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) em todo o mundo, nascem anualmente 15 milhões de bebês prematuros, o que representa mais de um em cada 10 nascimentos. Destes, um terço morre antes de completar um ano de vida (WHO, 2018). No Brasil a prematuridade é a principal causa de óbito em crianças menores de 5 anos, com taxa de 3,18/1000 nascidos vivos, no ano de 2015 (FRANÇA et al, 2018).

Alguns recém-nascidos (RN) podem necessitar de assistência especializada em razão das condições clínicas, como a prematuridade, malformações congênitas, asfixia perinatal, patologias respiratórias, infecções congênitas, entre outras (RIBEIRO et al, 2016). Além disso, muitos bebês são acometidos por distúrbios metabólicos, dificuldades para se alimentar e para regular a temperatura corporal (BRASIL, 2017).

Um marco na assistência ao RN de risco é o surgimento das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), que se constitui em um ambiente terapêutico apropriado, e além de tecnologia de ponta e equipamentos diversificados, conta com profissionais altamente capacitados e protocolos específicos para assistência ao RN (RIBEIRO et al, 2016).

Apesar do desenvolvimento das UTIN contribuir significativamente para o aumento da sobrevivência dos recém-nascidos criticamente doentes, com isso os expuseram cada vez mais a procedimentos terapêuticos e diagnósticos estressantes e dolorosos (COSTA et

al, 2013). Além dos múltiplos procedimentos e manipulação frequente do neonato, a UTIN configura-se um ambiente de estímulos sonoros e visuais excessivos, apresentando luz forte constante e intenso ruído. Com isso, nem sempre é fornecido oportunidades para manutenção do conforto do recém-nascido (NASCIMENTO et al, 2013).

Uma longa permanência na UTIN pode gerar outros agravos imediatos e em longo prazo, além de representar importante fator de risco para alterações no desenvolvimento que poderão comprometer a funcionalidade e qualidade de vida dessas crianças, tornando-as usuárias assíduas do sistema de saúde (PICOLLI et al, 2012).

O enfermeiro tem responsabilidade de cuidar diariamente e intensamente do RN, sendo responsável por promover a sua adaptação ao meio externo. Deste modo, pode-se constatar que a participação do enfermeiro no gerenciamento dos serviços de saúde e de enfermagem na elaboração de estratégias que visem uma assistência de qualidade ao neonato (RIBEIRO et al, 2016).

Neste sentido, o gerenciamento do cuidado de enfermagem deve ir ao encontro não apenas dos avanços tecnológicos e de infraestrutura, como também da integralidade da atenção, como um eixo articulador dos processos de trabalho (SILVA et al, 2015). Desse modo, o desenvolvimento de estratégias de cuidados que promovam a qualidade de vida dos neonatos se apresenta como prioridade no âmbito do gerenciamento do cuidado de enfermagem, posto que tal prática pode proporcionar contexto favorável para o desenvolvimento do mesmo.

Levando em consideração as situações apresentadas, os objetivos desta pesquisa são: mapear os estudos sobre as estratégias de cuidado utilizadas pela equipe de Enfermagem em Terapia Intensiva Neonatal, e analisar a partir dos níveis de evidências as estratégias de cuidado que influenciam a qualidade de vida do neonato.

## **2 | MATERIAL E MÉTODO**

O método deste estudo é uma revisão integrativa de literatura, na qual foram utilizadas seis etapas para a construção, a saber: 1) identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para elaboração da revisão integrativa; 2) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura; 3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos; 4) avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; 5) interpretação dos resultados e apresentação da revisão/síntese do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A questão norteadora foi elaborada com auxílio da estratégia PICO (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007), sendo P: equipe de enfermagem de terapia intensiva neonatal; I: estratégias de cuidado; C: não se aplica; O: eficiência da assistência ao neonato. Portanto a questão constitui em: As estratégias de cuidado de enfermagem influenciam

na qualidade de vida do neonato hospitalizado em UTIN?

A busca dos estudos foi realizada no mês de abril de 2018 a dezembro de 2019. Os estudos foram selecionados nas bases de dados eletrônicas Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), e *ScienceDirect e US National Library of Medicine* (PubMed).

Para realizar a busca, utilizaram-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), nos idiomas português, inglês e espanhol, em todas as bases de dados. Para cruzar os descritores, utilizou-se o operador booleano AND, da seguinte forma: “terapia intensiva neonatal AND cuidado de enfermagem”, “*intensive care, neonatal AND nursing care*”, e “*cuidado intensivo neonatal AND atención de enfermería*”.

Os critérios de inclusão consistiram em artigos publicados nos últimos cinco anos (2013-2018), disponível para acesso gratuito, na íntegra, em idiomas português, inglês, e espanhol, que abordassem no mínimo uma estratégia de cuidado ao neonato hospitalizado em UTIN.

Foram excluídos editoriais, teses, dissertações, artigos repetidos, e estudos que não correspondiam à temática relevante ao alcance do objetivo da revisão, ou seja, que eram voltados à equipe de enfermagem, família do neonato, UTI pediátrica, estrutura física da UTIN, patologias sem propostas de estratégias de cuidado.

A busca inicial foi realizada a partir da utilização dos descritores em Ciências da Saúde (DeCS), onde em seguida, aplicaram-se filtros para o refinamento da pesquisa em cada uma das bases de dados com a utilização das ferramentas eletrônicas disponíveis em portais eletrônicos, onde se considerou os últimos cinco anos, acesso gratuito e texto completo.

Na sequência, foi realizada a leitura dos títulos e resumos. O processo de busca e seleção dos estudos seguiram as recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) (GALVÃO; PANSANI; HARRAD, 2015), que consiste em um *checklist* com itens a serem incluídos no relato da revisão sistemática ou meta-análises, e um fluxograma de quatro etapas (identificação, seleção, elegibilidade e inclusão), podendo ser usado como uma base para relatos de revisões sistemáticas de outros tipos de pesquisa, particularmente avaliações de intervenções (GALVÃO; PANSANI; HARRAD, 2015).

Desse modo, foram pré-selecionados 457 artigos, que posteriormente foram lidos na íntegra, com o intuito de buscar estratégias de cuidado na assistência ao neonato.

Para análise dos estudos selecionados, foi elaborado um instrumento no *Software Microsoft Excel*, de maneira a organizar um banco de dados sobre os artigos encontrados. Este instrumento contém os seguintes itens: código de identificação, título do artigo, autores, ano da publicação, base de dados que o artigo está indexado, idioma, país, objetivo, estratégias de cuidado que o artigo apresenta, tipo de estudo, e por último, o nível

de evidência. Os dados obtidos foram tratados estatisticamente através da distribuição de frequências utilizando a planilha eletrônica onde foi criado o instrumento. O tratamento analítico dos dados seguiu as etapas na análise temática.

Para classificação do nível de evidência, foram considerados sete níveis segundo a classificação de Melnyk e Fineout-Overholt (2011): I) evidência proveniente de revisões sistemáticas ou metanálises de todos os ensaios clínicos randomizados controlados (ECRC) relevantes ou oriundas de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ECRC; II) evidência derivada de pelo menos um ECRC bem delineado; III) evidência obtida de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; IV) evidência proveniente de estudo de caso controle ou estudo de coorte bem delineado; V) evidência proveniente de revisões sistemáticas de estudos qualitativos e descritivos; VI) evidência derivada de um estudo descritivo ou qualitativo; VII) evidência oriunda da opinião de autoridades e/ou relatórios de comitês de especialistas.

Portanto, é importante salientar que com base no tipo de delineamento de estudo, e na sua capacidade de afirmar causa e efeito, são consideradas evidências fortes, os níveis I e II, evidências moderadas III a IV, e dos níveis V a VII são evidências fracas (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2011).

### **3 | RESULTADOS**

A partir da leitura das publicações científicas, selecionou-se 132 artigos, onde foram excluídos 325 artigos por não estarem de acordo com os objetivos deste estudo, bem como, artigos duplicados. Dos 132 artigos selecionados estão indexados, em sua maioria, na base de dados 66 (50%) no PUBMED. Os demais artigos foram encontrados nas seguintes bases de dados: 36 (27.3%) na CINAHL, 28 (21.2%) na MEDLINE, e 02 (1.5%) na LILACS. Os seguintes dados estão na Figura 1, representados pelo fluxograma de identificação do processo de seleção dos estudos selecionados para compor a revisão integrativa, elaborado a partir da recomendação PRISMA (GALVÃO; PANSANI; HARRAD, 2015).

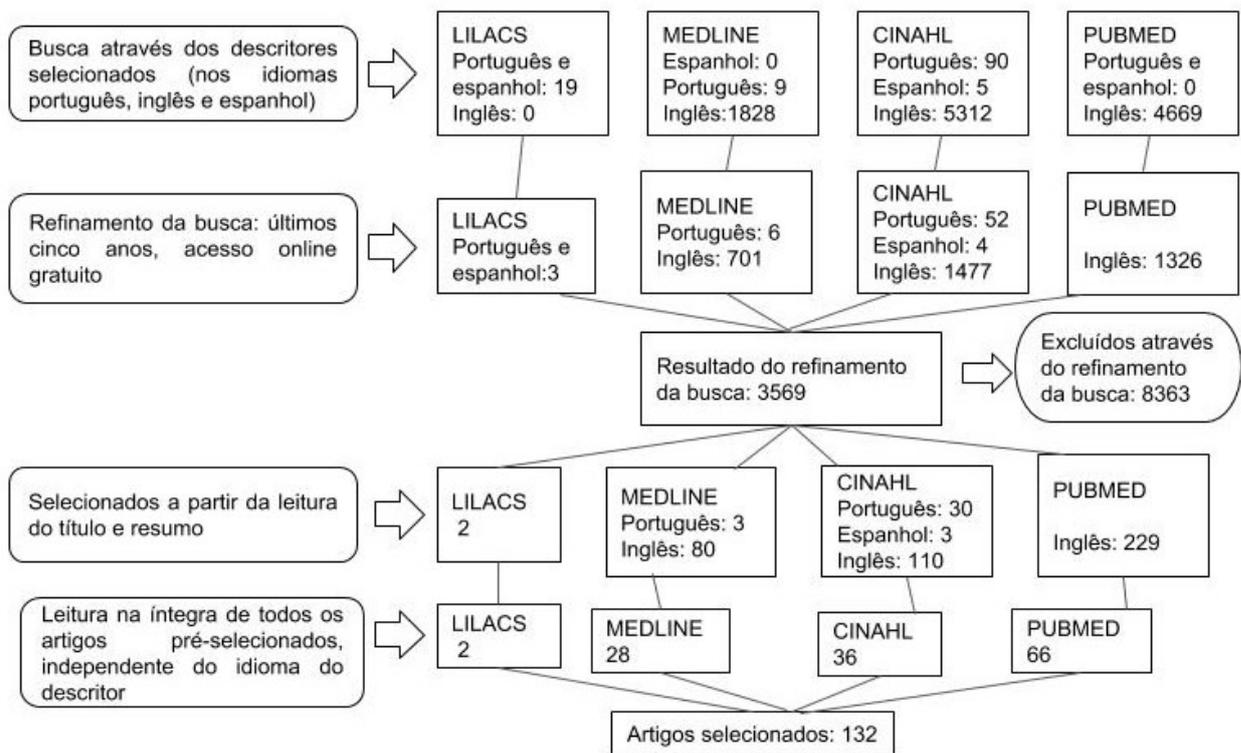


Figura 1 - Fluxograma de identificação do processo de seleção dos estudos selecionados para compor a revisão integrativa, elaborado a partir da recomendação PRISMA (GALVÃO; PANSANI; HARRAD, 2015). Macaé, RJ, Brasil, 2019.

Quanto ao ano de publicação, em ordem da maior para menor frequência, 30 (22.7%) artigos científicos publicados em 2015, 27 (20.5%) em 2016, 26 (19.7%) em 2017, 19 (14.4%) em 2018, 16 (12.1%) em 2013, e 14 (10.6%) em 2014.

Quanto ao idioma em que os artigos foram publicados, destaca-se o inglês 104 (78.8%), seguido de português 26 (19.7%), e espanhol 2 (1.5%). Já com relação ao país de publicação temos em sua maior parte, o Brasil 41 (31.5%), em seguida, os Estados Unidos e Irã, ambos com 13 (10%) de frequência. Ainda seguindo a ordem decrescente, aparecem Turquia e China, ambos com frequência de 7 (5,4%), Canadá e Espanha ambos com 6 (4.6%), Austrália e Taiwan, os dois com 4 (3.1%), Finlândia e França ambos com frequência de 3 (2.3%), Egito e Noruega, ambos países com 2 (1.5%). Os países África do Sul, Etiópia, Hungria, Índia, Indonésia, Itália, Japão, Malásia, Maláui, Portugal, Suécia, Suíça e Tailândia, apresentaram frequência menor do que 1%.

Para uma melhor visualização, e interpretação das estratégias de cuidado apresentadas nos artigos, optou-se por agrupar os estudos que tinham semelhança de temática, criando assim, categorias de estratégias de cuidado. Com isso, foram criadas 14 categorias, e estão representadas na Tabela 1, a saber: 1- Fatores ambientais (luz, ruído); 2- Controle da dor/estresse/desconforto neonatal; 3- Cuidado Centrado na Família; 4- Segurança do Paciente; 5- Posicionamento do neonato; 6- Cuidados paliativos neonatais; 7- Prevenção e tratamento de lesões de pele; 8- Cuidados respiratórios; 9- Método Canguru; 10- Medidas terapêuticas para o ganho de peso; 11- Manutenção da

temperatura corporal; 12- Humanização do cuidado; 13- Cuidados com o RN icterício; e 14- Cuidados relacionados à Retinopatia da Prematuridade (ROP).

<b>CATEGORIA</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
1- Fatores Ambientais (luz, ruído)	6	4.5%
2- Controle da dor/estresse/desconforto neonatal	67	50.8%
3- Cuidado Centrado na Família	3	2.3%
4- Segurança do Paciente	8	6.1%
5- Posicionamento do neonato	7	5.3%
6- Cuidados paliativo neonatais	3	2.3%
7- Prevenção e tratamento de lesões de pele	5	3.8%
8- Cuidados respiratórios	5	3.8%
9- Método Canguru	9	6.8%
10- Medidas terapêuticas para o ganho de peso	6	4.5%
11- Manutenção da temperatura corporal	3	2.3%
12- Humanização do cuidado	4	3.0%
13- Cuidados com o RN icterício	3	2.3%
14- Cuidados relacionados à Retinopatia da Prematuridade (ROP)	3	2.3%
<b>TOTAL</b>	<b>132</b>	<b>100.0%</b>

Tabela 1- Categorias das estratégias de cuidado encontradas nos artigos desta revisão, elaborado pelos autores. Macaé, RJ, Brasil, 2019.

Após agrupar os artigos na forma de categorias com afinidades de temática, a Categoria 2 - Controle da dor/estresse/desconforto se sobressai, representando mais da metade dos artigos 67 (50.8%). Seguindo a ordem de maior para menor frequência das categorias cabe destacar: a Categoria 9 - Método canguru 9 (6.8%); a Categoria 4 - Segurança do paciente 8 (6.1%); a Categoria 5 - Posicionamento do neonato 7 (5.3%). Em seguida mostra-se a Categoria 1 - Fatores ambientais (luz e ruído), e a Categoria 10 - Medidas terapêuticas para ganho de peso, ambas com 6 (4.5%). Logo após surge a Categoria 12 - Humanização do cuidado 4 (3.0%), e com o mesmo quantitativo de artigos 3 (2.3%) inclui-se as categorias 3 - Cuidado centrado na família, 6 - Cuidados paliativos neonatais, 11 - Manutenção da temperatura corporal, 13 - Cuidados com o RN icterício, e 14 - Cuidados relacionados à Retinopatia da Prematuridade (ROP).

No que tange a classificação dos níveis de evidência (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2011), os artigos foram classificados com maior frequência em: nível VI 40 (30.3%), nível II 36 (27.3%), nível III 30 (22.7%), nível IV 9 (6.8%), nível I 8 (6.1%), nível V 6 (4.5%), e nível VII 3 (2.3%), e estão representados na Tabela 2.

<b>NÍVEL DE EVIDÊNCIA</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
I	8	6.1%
II	36	27.3%
III	30	22.7%
IV	9	6.8%
V	6	4.5%
VI	40	30.3%
VII	3	2.3%
<b>N</b>	<b>132</b>	<b>100.0%</b>

Tabela 2 - Classificação dos artigos selecionados nesta revisão, de acordo com o nível de evidência, elaborado pelos autores. Macaé, RJ, Brasil, 2019.

Levando em consideração a classificação da força da evidência científica (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2011), os artigos, de maneira isolada apresentaram em sua maior parte, evidências fracas - V, VI, VII 49 (37.1%), evidências fortes - I e II 44 (33.3%), e evidências moderadas - III e IV 39 (29.5%). A classificação da força da evidência está representada na Tabela 3.

<b>FORÇA DA EVIDÊNCIA</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
I e II - evidência forte	44	33.3%
III e IV - evidência moderada	39	29.5%
V, VI, VII - evidência fraca	49	37.1%
<b>N</b>	<b>132</b>	<b>100.0%</b>

Tabela 3 - Classificação dos artigos selecionados nesta revisão, de acordo com a força da evidência, elaborado pelos autores. Macaé, RJ, Brasil, 2019.

Em contrapartida, as recomendações da Prática Baseada em Evidências (PBE) (CRUZ; PIMENTA, 2005), indicam que para a tomada de decisões clínicas sejam utilizadas evidências fortes, seguidas de evidências moderadas, e por último evidências fracas. Considerando essa recomendação, os artigos em sua maioria sustentam a PBE, porque 62.8% apresentam evidências fortes a moderadas.

## DISCUSSÃO

Os profissionais que compõem a equipe da UTIN se preocupam cada vez mais com a qualidade de vida dos neonatos, buscando compreender o que eles sentem e vivenciam em uma UTIN, com o objetivo de prestar cuidados de saúde que levem em consideração o neonato como sujeito e não como objeto de cuidados, respeitando-o como ser-sujeito dotado de emoções, que sente dor e possui sua própria individualidade (BRASIL, 2013). Portanto, as estratégias de cuidado de enfermagem devem repercutir na diminuição do número de sequelas e melhoria da qualidade de vida para o RN e sua família (CORDEIRO; COSTA, 2014).

Ratificando o exposto, os estudos que integraram esta revisão integrativa predominantemente são pertencentes à Categoria 2, que se refere ao controle da dor/estresse/desconforto neonatal. Este achado demonstra uma grande preocupação dos pesquisadores em relação a neonato sentir dor, estresse, ou desconforto, haja vista que a dor é um evento adverso frequente durante a hospitalização de recém-nascidos em unidades neonatais (OLIVEIRA et al, 2016).

Os bebês internados em uma UTIN lidam diariamente com a dor e estresse, sendo submetidos constantemente a inúmeros procedimentos invasivos e terapias necessárias para a sua sobrevivência (ARAÚJO et al, 2015). Num estudo brasileiro, realizado no interior de São Paulo, os RN foram submetidos a uma média diária de 5,4 procedimentos dolorosos, nas primeiras duas semanas após a admissão em unidade neonatal, com apenas 44,9% dos procedimentos realizados com algum tipo de estratégia de alívio da dor (BONUTTI, 2014).

O ser humano é capaz de perceber a dor desde o período fetal, e devido a incompleta mielinização dos neurônios no período neonatal, os RN sentem mais dor do que os adultos (OLIVEIRA et al, 2016). A dor e o estresse podem suprimir o sistema imunológico e aumentar a suscetibilidade dos bebês à infecção, e a dor também pode levar ao aumento da pressão intracraniana (PIC), elevando o risco de hemorragia intracraniana em bebês prematuros (ZAHED et al, 2017).

A dor quando não adequadamente tratada, pode causar consequências deletérias a curto e longo prazo, tais como hiperalgesia e alodínia (COSTA et al, 2013; OLIVEIRA et al, 2016; ARAÚJO et al, 2015). A exposição repetida à dor pode mudar a estrutura e organização do cérebro dos bebês prematuros, bem como prejudicar o desenvolvimento cerebral através da dessaturação de oxigênio, levando geração de radicais livres que podem danificar os tecidos de crescimento rápido (PENG et al, 2018). Em consequência disso, os prematuros podem sofrer complicações como doença pulmonar crônica, retinopatia, paralisia cerebral e atrasos no desenvolvimento que podem causar incapacidades a longo prazo (YIN et al, 2015).

Avaliar a dor neonatal é um desafio para os profissionais de enfermagem, devido a impossibilidade do RN relatar sua própria dor. A dor deve ser considerada como “o quinto sinal vital”, devendo ser mensurada juntamente com os outros sinais vitais (CORDEIRO; COSTA, 2014; OLIVEIRA et al, 2016). Os neonatos são capazes de mostrar respostas a estímulos dolorosos de forma fisiológica e comportamental (ZAHED et al, 2017). As fisiológicas compreendem: taquipnéia, taquicardia, diminuição na saturação de oxigênio, aumento da pressão arterial e da pressão intracraniana, e sudorese palmar; as mudanças comportamentais incluem: movimentos corporais, expressão facial, padrão de sono, vigília e choro (CRUZ et al, 2016).

Destarte a dor ser uma experiência subjetiva, e não existir um instrumento padrão que permita ao enfermeiro mensurá-la, encontram-se disponíveis algumas escalas

específicas ao período neonatal que permitem avaliar a dor, com o intuito de adotar medidas farmacológicas e não farmacológicas para preveni-la e tratá-la. (RIBEIRO et al, 2016; COSTA et al, 2013; CORDEIRO; COSTA, 2014; OLIVEIRA et al, 2016; ARAÚJO et al, 2015; ZAHED et al, 2017; PENG et al, 2016; YIN et al, 2015; CRUZ et al, 2016).

Em consonância com as recomendações da PBE (CRUZ; PIMENTA, 2005), os artigos selecionados neste estudo referentes à Categoria 2, que possuem força de evidência de forte (nível I e II) a moderada (nível III e IV) (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2011), indicaram as seguintes estratégias de cuidado para o controle da dor/estresse/desconforto neonatal: uso de sucção não nutritiva, que pode ser combinada com solução adocicada como a glicose, ou sacarose (PENG et al, 2018; YIN et al, 2015; LIU et al, 2017; LAVOIE et al, 2015; CORDERO et al, 2015; BARLOW et al, 2014; CARDOSO; MELO, 2016; GAOA et al, 2016; GAOA et al, 2018; STEVENS et al, 2018); amamentação ou leite materno (PENG et al, 2018; CORDERO et al, 2015); método canguru (CORDERO et al, 2015); musicoterapia ou canção de ninar (CARDOSO; MELO, 2016; TAHERI et al, 2017; JABRAEILI et al, 2016); contenção facilitada (YIN et al, 2015; KUCUKOGLU; KURT; AYTEKIN, 2015); massagem terapêutica (ALVAREZ et al, 2017; ASADOLLAHI et al, 2016); uso de dispositivos que provocam menos dor na punção de calcâneo (SORRENTINO et al, 2017); aconchego (PENG et al, 2018); banho de imersão e *swaddled bathing* (FERNANDEZ et al, 2018; ÇAKA; GOZEN, 2018; CEYLAN; BOLŞFK, 2018; EDRAKI et al, 2014); cobrir os olhos e reproduzir sons ambientes intra-uterinos, ou sons cardíacos maternos (ALEMDAR; OZDEMIR, 2017; ALEMDAR; TUFECK, 2018); enrolamento do bebê (HO et al, 2015); ouvir a voz da mãe (AZARMNEJAD et al, 2015).

Complementar ao exposto anteriormente, há o destaque para a Categoria 1, que concerne a fatores ambientais (luz, e ruídos) na UTIN. As condições do ambiente nessas unidades é um fator contribuinte da morbidade neonatal. (FIALHO et al, 2016). Os níveis de ruído muito altos podem prejudicar a cóclea, causando perda auditiva, além de interferirem com o repouso e o sono do RN, levando à fadiga, agitação e irritabilidade, choro e aumento da PIC (JORDÃO et al, 2017). Num estudo controlado realizado no Irã, os resultados indicaram que o uso de protetores auriculares reduziram o nível de ruído, e melhoraram a estabilidade fisiológica e estado comportamental dos RN pré-termo (KHALESI et al, 2017).

Somado a este fato ainda há a luz constante no ambiente da UTIN, que pode atrasar a manifestação dos ritmos circadianos endógenos, levando a privação de sono ou interferir na consolidação normal do sono em pré-termos (CORDEIRO; COSTA, 2014).

Outro aspecto evidenciado nesta revisão, foi quanto a Categoria 9 - Método Canguru (MC). Este método pode ser uma das intervenções de enfermagem mais efetivas no contexto neonatal, sendo utilizado para promover vínculo emocional e apoio entre mães e seus bebês, e para estabilizar as funções fisiológicas de bebês prematuros (CHO et al, 2016). O contato pele a pele promovido pelo MC, intervenção na qual o recém-nascido,

apenas de fralda, é posicionado verticalmente entre as mamas do colo nu da mãe e coberto por um lençol ou manta, deve ser incentivada, pois, além de proporcionar o vínculo da díade mãe/bebê, a mãe exerce influência na resposta de dor e estresse do prematuro (BONUTTI, 2014).

Ressalta-se também a importância da segurança do paciente no contexto da UTIN, que é a Categoria 4 deste estudo. As estratégias de cuidado relacionadas à segurança do paciente encontradas são: prevenção de erros de medicação (CAMPINO et al, 2016); estratégias preventivas baseadas em evidências para minimizar a ocorrência de remoção não eletiva de cateter central de inserção periférica (PICC) (COSTA et al, 2015); colocação de PICC com uso de ultrassom em tempo real (KATHERIA; FLEMING; KIM, 2013).

Na Categoria 5 - posicionamento do neonato, é válido salientar que as estratégias de cuidado encontradas foram: práticas seguras de sono, onde é usada a posição supina, em um berço sem inclinação, sem dispositivos de posicionamento e sem brinquedos, edredons ou cobertores macios (HWANG et al, 2015); uso de redes de descanso que deixavam o RN menos estressados, mais organizados e em melhor postura terapêutica (COSTA et al, 2016); procedimento operacional padrão para posicionamento do RN baseado nas respostas fisiológicas e comportamentais apresentadas pelo RN (SANTOS et al, 2017; TOSO et al, 2015); posicionamento em decúbito ventral, na primeira meia hora após alimentação e, em seguida, colocar em posição supina, contribui para diminuição do resíduo gástrico (CHEN et al, 2013).

Cabe ainda frisar as estratégias de cuidado recomendadas pelos artigos que fazem parte da Categoria 10 - medidas terapêuticas para o ganho de peso, são elas: programa diário de atividade física aumentou o peso corporal, altura e comprimento tibial dos lactentes (ERDEM et al, 2015); estimulação olfativa com odor do leite materno fortalecendo a alimentação (ABOLI; SHAMSI; IRANMANESH, 2015); uso de protetores auriculares melhorando o padrão de ganho de peso (ABDEYAZDAN et al, 2014); massagem terapêutica aumentando o ganho de peso, diminuindo o tempo de permanência na UTIN, e melhorando as funções gastrointestinais (TAHERIA et al, 2018; CHOI et al, 2016; KIM; BANG, 2017).

Diante dos achados desta revisão, percebe-se que as ações de melhoria na assistência dependem integralmente da melhor atuação dos enfermeiros no gerenciamento do serviço e da equipe (SILVA et al, 2015). É importante que os profissionais de enfermagem sejam capacitados para tomar decisões clínicas baseadas em evidências a partir das recomendações internacionais existentes (OLIVEIRA et al, 2016).

Com isso, para a qualificação do cuidado de enfermagem, faz-se necessário construir e adotar um protocolo institucional baseado em evidências científicas, para servir de guia na prática clínica, bem como providenciar atividades de educação permanente em serviço (OLIVEIRA et al, 2016; CRUZ et al, 2016). Isso possibilita a sistematização da assistência prestada, ao mesmo tempo em que viabiliza uma avaliação da mesma e orienta as

ações necessárias para o cuidado, repercutindo em menor número de sequelas e melhor qualidade de vida para o RN e a família (CORDEIRO; COSTA, 2014)

## 4 | CONCLUSÃO

Com a construção desta pesquisa foi possível constatar que as estratégias de cuidado de enfermagem apresentam implicações na qualidade de vida do neonato hospitalizado em UTIN. Essa constatação se deve ao fato de que as estratégias de cuidado encontradas nos artigos que compõem esta revisão visam reduzir riscos e danos ao neonato em Unidade de Terapia Intensiva, como também proporcionar conforto e bem-estar ao mesmo. Isso possibilita que o RN receba cuidados de enfermagem que favoreçam seu crescimento e desenvolvimento na Unidade de Terapia Intensiva.

Assim, reforça-se a necessidade de ações de enfermagem que minimizem os efeitos nocivos que a internação em uma UTIN pode causar, para que a qualidade de vida destes bebês seja influenciada positivamente. Conseqüentemente, espera-se que estes, se tornem adultos que não carregam marcas do período em que ficaram hospitalizados na UTIN.

Considerando que há evidências científicas que qualificam o cuidado, então sugere-se que pesquisas futuras investiguem quais são as barreiras e dificuldades enfrentadas pela equipe de enfermagem na implementação de um cuidado qualificado na sua prática clínica.

## REFERÊNCIAS

ABDEYAZDAN, Z. et al. Motor responses and weight gaining in neonates through use of two methods of earmuff and receiving silence in NICU. **The Scientific World Journal**, London, dec. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1155/2014/864780>>. Acesso em: 10 nov. 2019.

ABOLI, B.P.; SHAMSI, A.; IRANMANESH, S. The effect of breast milk odor on first breast feeding time and weight gain in premature infants. **I-Manager's Journal on Nursing**, Tamilnadu-Indian, v.5, n.3, ago./out. 2015. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1941406414563390>>. Acesso em: 10 nov. 2019.

ÁLVAREZ, M.J. et al. The effects of massage therapy in hospitalized preterm neonates: a systematic review. **International Journal of Nursing Studies**, London, v.69, p.119-36, abr. 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28235686>>. Acesso em: 10 nov. 2019.

ARAÚJO, G.C. et al. Dor em recém-nascidos: identificação, avaliação e intervenções. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 29, n. 3, p. 261-270, jul./set. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v29i3.13695>>. Acesso em: 10 nov. 2019.

ALEMDAR, D.K.; ÖZDEMIR, F.K. Effects of Covering the Eyes versus Playing Intrauterine Sounds on Premature Infants' Pain and Physiological Parameters during venipuncture. **Journal of Pediatric Nursing**, United States, v.37, e.30-e36, nov./dec. 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2017.06.016>>. Acesso em: 10 nov. 2019.

ALEMDAR, D.K.; TÜFEKC, F.G. Effects of maternal heart sounds on pain and comfort during aspiration in preterm infants. **Japan Journal of Nursing Science**, Japan, v.15, n.4, p.330-339, out. 2018. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jjns.12202>>. Acesso em: 10 nov. 2019.

ASADOLLAHI, M. et al. Effects of gentle human touch and field massage on urine cortisol level in premature infants: a randomized, controlled clinical trial. **Journal Caring Sciences**, Tabriz - Iran, v.5, n.3, p.187-94, sep. 2016;. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27752484>>. Acesso em: 10 nov. 2019.

AZARMNEJAD, E. et al. The Effect of Mother's Voice on Arterial Blood Sampling Induced Pain in Neonates Hospitalized in Neonate Intensive Care Unit. **Global Journal of Health Science**, Canada, v.7, n.6, p.198-204, abr. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5539/gjhs.v7n6p198>>. Acesso em: 10 nov. 2019.

BARLOW, S.M. et. al. Frequency-modulated orocutaneous stimulation promotes non-nutritive suck development in preterm infants with respiratory distress syndrome or chronic lung disease. **Journal of Perinatology**, United States, v.34, n.2, p:136–142, fev. 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24310444>>. Acesso em: 10 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru : manual técnico**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. – Brasília Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru : manual técnico**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BONUTTI, D.P. **Dimensionamento dos procedimentos dolorosos e intervenções para alívio da dor aguda em prematuros**. 2014. 100f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

CARDOSO, M.V.L.M, MELO G.M. Music and 25% glucose for preterm babies during the pre-procedure for arterial puncture: facial mimics emphasis. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiás, v.18, e1162, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.32897>>. Acesso em: 10 nov. 2019.

ÇAKA, S.Y.; GÖZEN, D. Effects of swaddled and traditional tub bathing methods on crying and physiological responses of newborns. **Journal for Specialists in Pediatric Nursing**, Philadelphia, v.23, n.1, nov. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/jspn.12202>>. Acesso em: 10 nov. 2019.

CAMPINO, A, et. al. Strategies implementation to reduce medicine preparation error rate in neonatal intensive care units. **European Journal of Pediatrics**, Germany, v.175, p.755–765, dec. 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26670025>>. Acesso em: 11 nov. 2019

CEYLAN, S.S.; BOLŞİTK, B. Effects of Swaddled and Sponge Bathing Methods on Signs of Stress and Pain in Premature Newborns: Implications for Evidence-Based Practice. **Worldviews on Evidence-Based Nursing**, United Kingdom, v.15, n.4, p.296–303, maio. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29763976>>. Acesso em: 10 nov. 2019.

CORDEIRO, R.A.; COSTA, R. Métodos não farmacológicos para o alívio do desconforto e da dor no recém-nascido: uma construção coletiva da enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v..23, n.1, p. 185-92, jan./mar., 2014. Disponível em:<[http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/pt\\_0104-0707-tce-23-01-00185.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/pt_0104-0707-tce-23-01-00185.pdf)>. Acesso em: 10 nov. 2019.

COSTA, P. et al. Analgesia e sedação durante a instalação do cateter central de inserção periférica em neonatos. **Revista Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v.47, n.4, p.801-7, ago. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342013000400801&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342013000400801&script=sci_abstract)>. Acesso: 10 nov. 2019.

CORDERO, M.J.A. et al. Procedimientos no farmacológicos para disminuir el dolor de los neonatos; revisión sistemática. **Nutrição Hospitalar**. Espanha, v.32, n.6, p. 2496-2507, 2015. Disponível em: <<http://www.aulamedica.es/nh/pdf/10070.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2019.

CHEN, S.S. et al. Effects of prone and supine positioning on gastric residuals in preterm infants: A time series with cross-over study. **International Journal of Nursing**. United Kingdom, v.50, p.1459–1467, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.02.009>>. Acesso em: 11 nov. 2019.

CHO, E. S. et al. The effects of kangaroo care in the neonatal intensive care unit on the physiological functions of preterm infants, maternal–infant attachment, and maternal stress. **Journal of Pediatric Nursing**, United Kingdom, v.31, p.430-438, 2016. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2016.02.007>>. Acesso em: 11 nov. 2019

CHOI, H.J. et al. The effects of massage therapy on physical growth and gastrointestinal function in premature infants: a pilot study. **Journal of Child Health Care**, United States, v.20, n.3, p.394-404, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26311485>>. Acesso em: 11 nov. 2019.

COSTA, P. et al. Elaboração de um escore de risco para remoção não eletiva do cateter central de inserção periférica em neonatos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.23, n.3, p.475-82. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/2015nahead/pt\\_0104-1169-rlae-0491-2578.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/2015nahead/pt_0104-1169-rlae-0491-2578.pdf)>. Acesso em: 11 nov. 2019

COSTA K.S.F. et al. Hammock position and nesting: comparison of physiological and behavioral effects in preterm infants. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v.37(spe), e.62554, 2016 Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.p.62554>>. Acesso em: 11 nov. 2019.

CRUZ, D.A.L.M.; PIMENTA, C.A.M. Prática baseada em evidências, aplicada ao raciocínio diagnóstico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.3, p.415-22, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a17.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2019.

CRUZ, C.T. et al. Avaliação da dor de recém-nascidos durante procedimentos invasivos em terapia intensiva. **Revista de dor**. São Paulo. v.17, n. 3, p.197-200, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-00132016000300197&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-00132016000300197&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 10 nov. 2019.

EDRAKI, M. et al. Comparing the effects of swaddled and conventional bathing methods on body temperature and crying duration in premature infants: a randomized clinical trial. **Journal of Caring Sciences**, Tabriz - Iran, v.3, n.2, p.83-91, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25276751>>. Acesso em: 10 nov. 2019.

ERDEM, E. et al. Daily physical activity in low-risk extremely low birth weight preterm infants: positive impact on bone mineral density and anthropometric measurements. **Journal of Bone and Mineral Metabolism**, Japão, v.33, p.329–334, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24866926>>. Acesso em: 10 nov. 2019.

FRANÇA, E.B. et. al. Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo, v. 20, n.1, p: 46-60, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v20s1/1980-5497-rbepid-20-s1-00046.pdf>>. Acesso: 10 nov. 2019.

FERNÁNDEZ, D.; ANTOLÍN-RODRÍGUEZ, R. Bathing a premature infant in the intensive care unit: a systematic review. **Journal of Pediatric Nursing**, United Kingdom, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.05.002> Acesso em: 10 nov. 2019.

FIALHO, F.A. ET Al. Humanização permeando o cuidado de enfermagem neonatal. *Revista de Enfermagem UFPE*, Pernambuco, v.10, n.7, p.2412-9, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11297/12960>>. Acesso em: 10 nov. 2019

- GALVÃO, T.F.; PANSANI, T.S.A.; HARRAD, D. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. **Epidemiologia Serviço Saúde**. Brasília, v.24, n.2, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222015000200335](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000200335)>. Acesso em: 10 nov. 2019.
- GAOA, H. et. al. Efficacy and safety of repeated oral sucrose for repeated procedural pain in neonates: A systematic review. **International Journal of Nursing Studies**, United Kingdom, v. 62, p.118–125, 2016. Disponível em: ,<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27474944>>. Acesso em: 10 nov. 2019.
- GAOA, H. et. al. Effect of non-nutritive sucking and sucrose alone and in combination for repeated procedural pain in preterm infants: a randomized controlled trial. **International Journal of Nursing Studies**, United Kingdom, v.83, p.25–33, 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29684832>>. Acesso em: 10 nov. 2019.
- HO, L. P. et al. A feasibility and efficacy randomised controlled trial of swaddling for controlling procedural pain in preterm infants. **Journal of Clinical Nursing**, United Kingdom, v.25, p.472–482, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26818372>>. Acesso em: 10 nov. 2019.
- HWANG, S.S. et al. Implementation of safe sleep practices in the neonatal intensive care unit. **Journal of Perinatology**, United Kingdom, v.35, p.862–866, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26156063>>. Acesso em: 11 nov. 2019.
- YIN T. et al. Development of atraumatic heel-stick procedures by combined treatment with non-nutritive sucking, oral sucrose, and facilitated tucking: A randomised, controlled trial. **International Journal of Nursing Studies**, United Kingdom, v.52, p.1288–1299, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25939641>>. Acesso em: 10 nov. 2019
- JABRAEILI, M. et al. The effect of recorded mum’s lullaby and brahm’s lullaby on oxygen saturation in preterm infants: a randomized double-blind clinical trial. **Journal Caring Sciences**, Tabriz - Iran, v.5, n.1, p.85-94, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4794548/>>. Acesso em: 10 nov. 2019.
- JORDÃO, M.M. et al. Ruídos na Unidade Neonatal: Identificando o problema e propondo soluções. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.22, n.4, p: e51137, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i4.51137>>. Acesso em: 10 nov. 2019.
- KATHERIA, A.C.; FLEMING, S.E.; KIM, J.H. A randomized controlled trial of ultrasound-guided peripherally inserted central catheters compared with standard radiograph in neonates. **Journal of Perinatology**, United States, v.33, p. 791–794, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23765173>>. Acesso em: 10 nov. 2019
- KHALESII, N. et al. The effectiveness of earmuffs on the physiologic and behavioral stability in preterm infants. **International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology**, Netherlands, v.98:43e47, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28583502>>. Acesso em: 10 nov. 2019.
- KIM, H.Y.; BANG, K.S.; The effects of enteral feeding improvement massage on premature infants: A randomised controlled trial. **Journal of Clinical Nursing**, United Kingdom, v.27, p.92–101, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28415135>>. Acesso em: 10 nov. 2019.
- KUCUKOGLU, S.; KURT, S.; AYTEKIN, A. The effect of the facilitated tucking position in reducing vaccination-induced pain in newborns. **Italian Journal of Pediatrics**, Italian, v.41, n.61, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4546124/>>. Acesso em: 10 nov. 2019
- LAVOIE, P.M. et al. A randomized controlled trial of the use of oral glucose with or without gentle facilitated tucking of infants during neonatal echocardiography. **PLOS ONE**, United States, V.10, n.10, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26496361>>. Acesso em: 11 nov. 2019.
- LIU, Y. et al. Effects of combined oral sucrose and nonnutritive sucking (NNS) on procedural pain of NICU newborns, 2001 to 2016 a PRISMA-compliant systematic review and meta-analysis. **Medicine**, Baltimore,

v.96, n.6, p.6108, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28178172>>. Acesso em: 10 nov. 2019.

MELNYK, B.M., FINEOUT-OVERHOLT, E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. **Evidence-based practice in nursing and healthcare**. A guide to best practice. 2nd ed. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2011. p. 3-24.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, RCCP, GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na Enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis. v.17, n.4, p.758-64, out/dec. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072008000400018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018)> . Acesso em: 10 nov. 2019.

NASCIMENTO, L. et al. Percepção e atuação da equipe de Enfermagem frente ao recém-nascido pré-termo desorganizado. **Revista Baiana de Enfermagem** , Salvador, v.27, n.1, p.21-30, 2013. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/6896>>. Acesso: 07Apr. 2019.

OLIVEIRA, I.M. et al. Conhecimento e atitude dos profissionais de enfermagem sobre avaliação e tratamento da dor neonatal. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Góias. v.8, e.1160, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.36782>>. Acesso em: 10 nov. 2019.

PENG, H-F. et al.. Non-nutritive sucking, oral breast milk, and facilitated tucking relieve preterm infant pain during heel-stick procedures: A prospective, randomized controlled trial. **International Journal of Nursing Studies**, United Kingdom, v.77, p:162–170, 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29100198>>. Acesso em: 11 nov. 2019.

PICCOLI, A. et al. Perfil clínico de neonatos de muito baixo peso internados em uma unidade de tratamento intensivo neonatal. **Revista HCPA**. Rio Grande do Sul, v.32, n.4, 2012 Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/31904/23871>>. Acesso: 26 nov. 2018.

RIBEIRO J.F. et al. O prematuro em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: a assistência do enfermeiro. **Revista de Enfermagem da UFPE**, Pernambuco, v.10, n.10, p.3833-4, 2016 Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11450/13269>>. Acesso em: 07 abr. 2019

SANTOS, C.M.C.; PIMENTA, C.A.M.; NOBRE, M.R.C. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto. v. 15, n.3, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt\\_v15n3a23.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a23.pdf) >. Acesso em: 10 nov. 2019.

SANTOS, A.M.G. et al. Physiological and behavioural effects of preterm infant positioning in a neonatal intensive care unit. **British Journal of Midwifery**, United Kingdom, v.25, n.10, 2017. Disponível em: <<https://www.magonlineibrary.com/doi/10.12968/bjom.2017.25.10.647>>. Acesso em: 11 nov. 2019.

SILVA, L.J et al. A adesão das enfermeiras ao Método Canguru: subsídios para a gerência do cuidado de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto. v.23, n.3, p.483-90, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/2015nahead/pt\\_0104-1169-rlae-0339-2579.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/2015nahead/pt_0104-1169-rlae-0339-2579.pdf)>. Acesso: 26 nov. 2018

SORRENTINO, G. et al. The impact of automatic devices for capillary blood collection on efficiency and pain response in newborns: a randomized controlled trial. **International Journal of Nursing Studies**, United Kingdom, v.72, p.24–29, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28431226>>. Acesso em: 10 nov. 2019.

STEVENS, B. et. al. The minimally effective dose of sucrose for procedural pain relief in neonates: a randomized controlled trial. **BMC Pediatrics**, United Kingdom, v.18, n.85, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12887-018-1026-x> >. Acesso em: 10 nov. 2019.

TAHERI, L. et al. Effect of recorded male lullaby on physiologic response of neonates in NICU. **Applied Nursing Research**, United Kingdom, v.33, p.127–130, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28096005>>. Acesso em: 10 nov. 2019.

TAHERIA, P.A. et al. The effect of a short course of moderate pressure sunflower oil massage on the weight gain velocity and length of NICU stay in preterm infants. **Infant Behavior and Development**, Netherlands, v.50, p.22–27. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.infbeh.2017.11.002>>. Acesso em: 11 nov. 2019.

TOSO, B.R.G.O. et al. Validation of newborn positioning protocol in Intensive Care Unit. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.68, n.6, p.835-41, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680621i>>. Acesso em: 10 nov. 2019.

ZAHED PASHA Y. et al. Barriers to Use of Non-pharmacological Pain Management Methods in Neonatal Intensive Care Unit. **Journal of Babol University of Medical Sciences**. Iran, v.9, n.9, p.20-5, 2017. Disponível em: <<http://jbums.org/article-1-6323-en.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Preterm birth. [Internet] Genebra (Suíça): **WHO**; 2018. Disponível em: <<http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>>. Acesso em: 10 nov. 2019.

# CAPÍTULO 9

## CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA: REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 01/07/2020

Data de submissão: 03/04/2020

### **Raul Roriston Gomes da Silva**

Universidade Regional do Cariri – URCA  
Juazeiro do Norte - CE

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4019220983525994>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8576-5875>

### **Maria Isabel Caetano da Silva**

Universidade Regional do Cariri – URCA  
Crato-CE

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7629798958563392>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5389-3664>

### **Valéria de Souza Araújo**

Faculdade de Juazeiro do Norte – FJN  
Juazeiro do Norte - CE

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2051725239400350>

### **Rachel De Sá Barreto Luna Callou Cruz**

Universidade Regional do Cariri – URCA  
Juazeiro do Norte - CE

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5656221323124299>

### **Woneska Rodrigues Pinheiro**

Universidade Regional do Cariri – URCA  
Juazeiro do Norte - CE

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3649126005716761>

### **Tacyla Geyce Freire Muniz Januário**

Universidade Regional do Cariri – URCA  
Crato-CE

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4007747131891701>

### **Carla Andréa Silva Souza**

Universidade Regional do Cariri – URCA  
Crato-CE

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0419513230591117>

### **Aline Sampaio Rolim de Sena**

Universidade Regional do Cariri – URCA  
Crato-CE

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1536229580087110>

### **Cicera Luciele Calixto Alves**

Universidade Regional do Cariri – URCA  
Juazeiro do Norte - CE

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0677399146565631>

### **Patricia Regina Silva dos Santos**

Faculdade de Ensino e Cultura do Ceará –  
FAECE  
Crato-CE

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5422759796788137>

### **Déborah Albuquerque Alves Moreira**

Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de  
Mossoró – FACENE  
Juazeiro do Norte - CE

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9363902733809624>

### **Simone Marcelino Lopes**

Universidade Regional do Cariri – URCA  
Crato-CE

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3660013201505882>

**RESUMO:** Objetivou-se descrever os cuidados de enfermagem durante a assistência ao

paciente em ventilação mecânica invasiva. Consiste em uma revisão integrativa da literatura, de caráter descritivo com abordagem qualitativa, realizada na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) nas bases de dados MEDLINE, BDNF e LILACS em março e abril de 2019. Os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) foram: Cuidados de Enfermagem; Assistência ao Paciente; Respiração Artificial. Foi realizado o cruzamento entre os descritores utilizando o operador booleano AND e aplicado os critérios de inclusão: Texto completo disponível; tipo de documento artigo; idiomas inglês, português e espanhol; anos de publicação de 2011 à 2018, período correspondente aos últimos oito anos disponíveis na biblioteca, que resultaram em 40 artigos. Após a leitura completa sete artigos atenderam ao escopo dessa pesquisa. Foi observado uma atenção quanto à manutenção do ventilador mecânico, remoção de sujidades e troca de filtro/umidificador e do circuito; cuidados voltados a higiene oral do paciente, hidratação, avaliação da língua, saliva, mucosa, gengiva e dentes, posicionamento da cabeceira do leito e mudança de decúbito. Observou-se também, a verificação frequente do *cuff* traqueal, a troca e/ou fixação do cadarço todos os dias; a utilização de gazes nas laterais da cavidade oral quando se percebia alguma agressão à pele do paciente; o monitoramento frequente dos sinais vitais e a aspiração subglótica com técnica asséptica, com o intuito de prevenir complicações. Apesar do cuidado ao paciente intubado acontecer da maneira como preconiza a literatura pertinente, ainda se nota lacunas acerca de estudos que analisem a acurácia desses procedimentos para a prevenção de IRAS em pacientes criticamente enfermos e que necessitam de suporte ventilatório invasivo. Ademais, verificou-se a importância de padronizar a assistência oferecida a esses pacientes para realização de um cuidado eficaz.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cuidado de Enfermagem; Assistência ao Paciente; Respiração Artificial.

## NURSING CARE FOR PATIENTS IN INVASIVE MECHANICAL VENTILATION: INTEGRATIVE REVIEW

**ABSTRACT:** The objective of this study was to describe nursing care during assistance to patients on invasive mechanical ventilation. It consists of an integrative literature review, of a descriptive character with a qualitative approach, carried out in the Virtual Health Library (VHL) in the MEDLINE, BDNF and LILACS databases in March and April 2019. The Health Sciences Descriptors (DeCS) were : Nursing care; Patient Assistance; Artificial Respiration. The descriptors were crossed using the Boolean operator AND and the inclusion criteria were applied: full text available; type of document document; English, Portuguese and Spanish languages; years of publication from 2011 to 2018, corresponding to the last eight years available in the library, resulting in 40 articles. After the complete reading, seven articles met the scope of this research. Attention was paid to maintaining the mechanical fan, removing dirt and changing the filter / humidifier and the circuit; care focused on the patient's oral hygiene, hydration, evaluation of the tongue, saliva, mucosa, gums and teeth, positioning the head of the bed and changing the position. It was also observed, the frequent verification of

the tracheal cuff, the exchange and / or fixation of the lace every day; the use of gauze on the sides of the oral cavity when any aggression to the patient's skin was perceived; frequent monitoring of vital signs and subglottic aspiration with aseptic technique, in order to prevent complications. Although care for intubated patients occurs as recommended by the relevant literature, there are still gaps regarding studies that analyze the accuracy of these procedures for the prevention of HAIs in critically ill patients who require invasive ventilatory support. In addition, it was verified the importance of standardizing the assistance offered to these patients in order to provide effective care.

**KEYWORDS:** Nursing Care; Patient Care; Respiration Artificial.

## INTRODUÇÃO

A ventilação mecânica ou suporte ventilatório é um método de suporte de vida necessário para a maioria dos pacientes que se encontram em situação crítica de saúde. É um meio de proporcionar via aérea permeável para a pessoa que não consegue manter por si próprio sua função respiratória, pode substituir total ou parcialmente a ventilação fisiológica e é indicado como tratamento de insuficiência respiratória aguda (IRA) ou crônica agudizada, favorecendo a troca gasosa e diminuindo o esforço respiratório (BARBAS et al., 2014).

Além dessas indicações, outras causas também podem levar o paciente a ser intubado nos ambientes intra e extra-hospitalares como as situações de parada cardiorrespiratória e rebaixamento do nível de consciência. Estima-se que maioria dos pacientes submetidos à ventilação mecânica invasiva são do sexo masculino e a faixa etária mais afetada pertence aos indivíduos acima de 60 anos, isso devido a diversos fatores, um deles a presença de doenças cardíacas (MESQUITA et al., 2017; FREITAS; ARAGONES; FLECK, 2019).

O ambiente de terapia intensiva por ser o local de cuidados a pacientes em situações críticas e que necessitam de monitorização contínua, dispõe de equipamentos e uma complexa estrutura que garantem uma assistência adequada. A ventilação mecânica consiste em um dos mais importantes recursos terapêuticos utilizados nesse setor hospitalar para dá suporte durante o tratamento do paciente grave (SCHWONKE; FILHO; SOUSA, 2014).

Apesar de todos os benefícios do uso do suporte ventilatório, a aplicação desse dispositivo deve ser bem planejada e os riscos inerentes a sua utilização precisam ser sempre avaliados, pois a probabilidade de infecções nosocomiais são fortes, uma vez que as vias aéreas ficam mais expostas. Pode-se destacar a pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) como uma das infecções e complicação que comumente acomete os pacientes dentro das unidades hospitalares (DELUCA et al., 2017).

Nesta perspectiva, os cuidados básicos realizados diariamente pelos profissionais de saúde, dentre esses a equipe de enfermagem, é essencial, não só para a melhora clínica

do paciente, mas também, para evitar a ocorrência de complicações como contaminações relacionadas à ventilação mecânica invasiva. Assim, objetivou-se descrever os cuidados de enfermagem durante a assistência ao paciente em ventilação mecânica invasiva, a partir dos achados disponíveis em publicações científicas sobre o assunto.

## MÉTODO

Refere-se a uma revisão integrativa da literatura, de caráter descritivo e abordagem qualitativa. A revisão integrativa tem por finalidade reunir e analisar pesquisas relacionadas a determinado tema ou pergunta, permite que o pesquisador de maneira sistemática aprofunde seus conhecimentos sobre o assunto investigado e identifique lacunas para que novos estudos sejam desenvolvidos (SOARES et al., 2014).

Foram contemplados os componentes da revisão integrativa sugeridos por Mendes e colaboradores (2019) para a elaboração do estudo, escolha e definição do tema, busca na literatura, categorização e avaliação dos estudos, interpretação dos resultados e apresentação da revisão.

O levantamento bibliográfico ocorreu nos meses de março e abril de 2019 nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e na Base de Dados de Enfermagem (BDENF) por meio de consultas na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Cuidado de Enfermagem, Assistência ao Paciente e Respiração Artificial, o cruzamento entre os termos se deu através do operador booleano AND, resultando em 332 estudos.

Para seleção dos artigos utilizou-se como critérios de inclusão: artigos completos disponíveis que abordassem os assuntos principais respiração artificial e enfermagem de cuidados críticos; idiomas português, inglês e espanhol; anos de publicação de 2011 a 2018, período correspondente aos últimos oito anos disponíveis na biblioteca. Foram excluídas as pesquisas duplicadas; trabalhos de congresso e conferência; estudos de monografia, dissertação e tese.

O processo de filtragem resultou em 40 publicações nos quais passaram pela leitura de títulos e resumos, observando a adequação temática. A seguir entraram para a leitura completa 12 artigos, mas apenas sete atenderam ao escopo dessa pesquisa.

Para a coleta de dados dos artigos selecionados, utilizou-se um roteiro a fim de extrair as características das pesquisas: autores, ano de publicação, título, base de dados indexado, objetivo e principais achados.

Posteriormente, os dados foram analisados e sintetizados, apresentados de forma descritiva utilizando quadro, discutidos de maneira reflexiva, relacionando os achados com o que literatura aborda sobre a temática.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram selecionados sete artigos originais que condizem com o objetivo dessa pesquisa. Das publicações elegidas, seis estão no idioma inglês indexadas na base de dados da MEDLINE e uma no idioma português, disponível na BDEF (quadro 1).

<b>Autores/Ano</b>	<b>Título</b>	<b>Base de dados</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Principais achados</b>
KING, J. N.; ELLIOTT, V. A. (2012)	Self/Unplanned Extubation Safety, Surveillance, and Monitoring of the Mechanically Ventilated Patient	MEDLINE	Avaliar os fatores de risco para extubação não planejada e as ações dos profissionais de saúde que podem diminuir esse risco.	Demonstrou-se que existem inúmeros fatores que contribuem para a extubação não planejada: Nível de consciência do paciente, uso de sedação, distribuição de trabalho de enfermagem, horário de trabalho, configuração física do ventilador e duração da prolongada da ventilação mecânica. Foi recomendado que médicos e enfermeiros devem avaliar completamente o estado de oxigenação do paciente, diminuir o desmame para possível extubação e remova o tubo endotraqueal imediatamente quando os critérios de extubação são atendidos.
CEDERWAL, C. J. et al. (2014)	Critical care nurses management of prolonged weaning: an interview study	MEDLINE	Explorar a abordagem dos cuidados de enfermagem no tratamento de pacientes com prolongado desmame na UTI.	Os participantes relataram dificuldade na utilização de protocolos de desmames e que se a equipe interprofissional estabelecer planos de curto e longo prazo pode facilitar na adaptação dos pacientes ao processo de desmame.
CURLEY, M. A. Q. et al. (2015)	Protocolized Sedation vs Usual Care in Pediatric Patients Mechanically Ventilated for Acute Respiratory Failure A Randomized Clinical Trial	MEDLINE	Determinar se crianças gravemente doentes tratadas com um protocolo de cuidados de enfermagem para sedação, experimentaria menos dias de ventilação mecânica do que os pacientes que recebem apenas os cuidados habituais.	Pacientes mais acordados são capazes de se mover, o que pode produzir irritação das vias aéreas, mas permite que os pacientes se reposicionem para evitar lesões na pele relacionadas à pressão. O protocolo pode ser implementado para gerenciar com segurança a sedação em pacientes pediátricos mais acordados e calmo.
CHIPPS, E. M. et al. (2016)	Outcomes of an Oral Care Protocol in Postmechanically Ventilated Patients	MEDLINE	Desenvolver um protocolo de assistência oral com base em evidências para pacientes hospitalizados e determinar o impacto deste protocolo nos resultados de saúde.	Ambos os grupos apresentaram melhora na saúde total de cavidade oral ao longo do tempo. No entanto, o grupo de intervenção demonstrou uma melhora significativamente maior.
PIRES, F. C.; FANAN, J. M. V.; NASCIMENTO, J. S. G. (2017)	Ações de cuidado para a promoção da segurança ao paciente em ventilação mecânica invasiva	BDEF	Verificar o conhecimento da equipe de enfermagem e fisioterapia sobre as ações de cuidado relacionadas ao uso de ventilação mecânica.	O conhecimento das ações de cuidado ao paciente em ventilação mecânica invasiva, identificado pela equipe de enfermagem e fisioterapia da UTI abordou aspectos quanto ao ventilador mecânico e ao paciente.

TAKIGUCHI, C.; YATOMI, Y.; INOUE, T. (2017)	Development of the Nurses' Care Coordination Competency Scale for mechanically ventilated patients in critical care settings in Japan: Part 1 Development of a measuring instrument	MEDLINE	Desenvolver uma escala preliminar que mede a competência de coordenação de cuidados de enfermagem para o atendimento de pacientes sob ventilação mecânica em ambientes de cuidados intensivos.	Foi elaborada uma escala com seis competências que refletem claramente as atividades interprofissionais necessárias para um atendimento bem coordenado e individualizado, que promove melhores resultados para os pacientes.
GUTHRIE, P. F. et al. (2018)	Improving Resident Oral Health and Adherence to a Ventilator-Associated Pneumonia Bundle in a Skilled Nursing Facility	MEDLINE	Avaliar se a saúde bucal é um fator significativo para a prevenção de pneumonia associada a ventilação mecânica e a adesão dos enfermeiros ao pacote de cuidados.	Significativa diminuição de pneumonia associada a ventilação (PAV) relacionado a uma boa higiene da cavidade oral. A adesão aos elementos do pacote no ponto de atendimento variou de 83% a 100%.

Quadro 1 - Características dos estudos selecionados. Crato, Ceará, Brasil, 2020.

Fonte: Elaborada pelos autores.

Durante a assistência aos pacientes em cuidados intensivos devem ser desenvolvidas ações preventivas para proteger o paciente contra possíveis lesões e resultados negativos; evitar problemas associados à ventilação mecânica como: Barotrauma, atelectasia, toxicidade por excesso de oxigênio, pneumonia associada a VM e a perda de via aérea devido a extubação não planejada (KING; ELLIOTT, 2012).

Para garantir a segurança dos pacientes críticos em relação ao uso da ventilação mecânica invasiva, é considerada a adoção de pacotes de medidas assistenciais que subsidiem o cuidado prestado, tornando-se ferramentas úteis que garantem resultados satisfatórios a clientela (SIMAN; BRITO, 2016).

Como estratégia para a prevenção de colonização por microrganismos a Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA) preconiza um conjunto de ações simples, de fácil aplicabilidade e que não provocam nenhum risco de complicação ao serem realizadas durante o cuidado ao paciente em VMI, estão incluídas: manter pacientes com a cabeceira elevada em 30 a 45° para diminuir a incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica e melhorar os parâmetros ventilatórios; adequar diariamente o nível de sedação e o teste de respiração espontânea tendo em vista a redução do tempo de ventilação mecânica; aspirar a secreção subglótica rotineiramente; fazer a higiene oral com antisséptico, e outras intervenções (BRASIL, 2017).

Ajenjo e colaboradores (2013) defende que a posição semi-sentada, ou seja, com cabeceira elevada de 30 a 45° em pacientes em ventilação mecânica invasiva é uma medida que reduz cerca de 38% a taxa de pneumonia associada a ventilação mecânica (PAV), e que a equipe de saúde estão habilitada para desempenhar essa prática.

Observou-se que dentre as categorias de profissionais que atuam no manuseio do ventilador mecânico e no cuidado direto ao paciente, estão as equipes de enfermagem e

fisioterapia. Ambas, exercem funções de troca de filtros e circuitos do ventilador mecânico, realizam a higiene oral, o posicionamento ideal da cabeceira do leito e são os responsáveis pela mudança de decúbito (PIRES; FANAN; NASCIMENTO, 2017).

A literatura aborda que os cuidados devem ser realizados em conjunto, por fisioterapeutas e equipe de enfermagem, porém, na maioria dos setores hospitalares onde a mudança de decúbito é rotina, a enfermagem é quem assume em grande parte, esta assistência, por serem os profissionais que geralmente elabora os protocolos de prevenção de lesões por pressão e por passarem mais tempo ao lado do paciente (MORAES et al., 2016).

Em relação a higiene da cavidade oral, os profissionais de enfermagem também realizam avaliação da língua, saliva, mucosa, gengiva e dentes, ações voltadas a saúde bucal e a prevenção de pneumonias. A utilização de protocolos durante a realização desses procedimentos tem sido um aliado a equipe para orientação e padronização do cuidado (CURLEY et al., 2015; CHIPPS et al., 2016; GUTHRIE et al., 2018).

A verificação frequente do *cuff* traqueal, a troca e/ou fixação do cadarço todos os dias e a utilização de gazes nas laterais da cavidade oral quando é observado alguma agressão à pele do paciente, são cuidados de enfermagem. Entretanto, a conferência da pressão no manguito do tubo traqueal muitas vezes é esquecida pelos enfermeiros, sendo necessário em alguns casos, lembretes nas anotações de enfermagem para verificar o manguito traqueal e a técnica correta para a execução (KING; ELLIOTT, 2012; GUTHRIE et al., 2018).

Além disso, o monitoramento frequente dos sinais vitais também é uma conduta adotada, pois oferece informações sobre a resposta do paciente ao tratamento e as mudanças necessárias no ventilador, incluindo o desmame correto. Foi verificado que o engajamento da equipe multiprofissional, incluindo os enfermeiros, no acompanhamento do processo de desmame é essencial para avaliação completa e manejo adequado do paciente. Ademais, o tratamento e os cuidados só são eficazes quando adequados as condições individuais de cada pessoa (CEDERWALL et al., 2014; TAKIGUCHI; YATOMI; INOUE, 2017).

## CONCLUSÃO

Diante do exposto, percebemos que a maioria dos estudos mostram que a assistência desempenhada pela a equipe de enfermagem ao paciente em ventilação mecânica invasiva atende as recomendações preconizadas pela literatura pertinente e ANVISA, quando se refere que medidas simples e sem custos elevados podem reduzir significativamente as complicações relacionadas a assistência, como também, argumenta que a equipe de enfermagem tem um papel fundamental na observação, implementação

e avaliação dessas condutas.

Observou-se lacunas na literatura acerca de estudos que analisem a acurácia desses procedimentos para a prevenção de IRAS em pacientes criticamente enfermos e que necessitam de suporte ventilatório invasivo, uma vez que, a taxa de mortalidade em pacientes graves aumenta por causa do uso prolongado de VMI.

Ademais, os achados revelam que a utilização de protocolos contribui no estabelecimento dos cuidados que são indispensáveis para os pacientes que estão em ventilação mecânica invasiva e padroniza a assistência durante o monitoramento desse público. Entretanto, é necessário defender a realização de cuidados individualizados que se adeque às condições de saúde de cada paciente.

## REFERÊNCIAS

AJENJO, M. C. et al. Reducción de incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica post cirugía cardíaca: experiencia de 13 años de vigilancia epidemiológica en un hospital universitario. **Revista Chilena de Infectología**, [s.l.], v. 30, n. 2, p.129-134, abr. 2013. SciELO Agencia Nacional de Investigacion y Desarrollo (ANID). DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/s0716-10182013000200002>

BARBAS, C. S. V. et al. Brazilian recommendations of mechanical ventilation 2013. Part I. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, [s.l.], v. 26, n. 2, p.1-33, 2014. GN1 Genesis Network. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507x.20140017>.

BRASIL. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde**. Brasília: Anvisa, 2017. Disponíveis em : <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+4+-+Medidas+de+Preven%C3%A7%C3%A3o+de+Infec%C3%A7%C3%A3o+Relacionada+%C3%A0+Assist%C3%Aancia+%C3%A0+Sa%C3%BAde/a3f23dfb-2c54-4e64-881c-fccf9220c373>. Acesso em: 27 de mar. de 2019.

CEDERWALL, C. J. et al. **Critical care nurses management of prolonged weaning: an interview study**. **Nursing In Critical Care**, [s.l.], v. 19, n. 5, p.236-242, 9 maio 2014. Wiley. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/nicc.12092>.

CHIPPS, E. M. et al. **Outcomes of an Oral Care Protocol in Postmechanically Ventilated Patients**. **Worldviews On Evidence-based Nursing**, [s.l.], v. 13, n. 2, p.102-111, 14 jan. 2016. Wiley. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/wvn.12124>

CURLEY, M. A. Q. et al. **Protocolized Sedation vs Usual Care in Pediatric Patients Mechanically Ventilated for Acute Respiratory Failure**. **Jama**, [s.l.], v. 313, n. 4, p.379-389, 27 jan. 2015. American Medical Association (AMA). DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2014.18399>.

DELUCA, L. A. et al. **Impact and feasibility of an emergency department–based ventilator-associated pneumonia bundle for patients intubated in an academic emergency department**. **American Journal Of Infection Control**, [s.l.], v. 45, n. 2, p.151-157, fev. 2017. Elsevier BV. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2016.05.037>.

FREITAS, M. A.; ARAGONES, B. L.; FLECK, C. S. **Perfil clínico de pacientes submetidos à ventilação mecânica em uma unidade de pronto atendimento da região central do Rio Grande do Sul**. **Fisioterapia Brasil**, v. 20, n. 4, p. 476-484, 2019. DOI: <https://doi.org/10.33233/fb.v20i4.2758>.

GUTHRIE, P. F. et al. **Improving Resident Oral Health and Adherence to a Ventilator-Associated Pneumonia Bundle in a Skilled Nursing Facility**. **Journal Of Nursing Care Quality**, [s.l.], v. 33, n. 4, p.316-325, 2018. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/>

ncq.0000000000000321.

KING, J. N.; ELLIOTT, V. A.. **Self/Unplanned Extubation. Critical Care Nursing Clinics Of North America**, [s.l.], v. 24, n. 3, p.469-479, set. 2012. Elsevier BV. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ccell.2012.06.004>.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. **USO DE GERENCIADOR DE REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS NA SELEÇÃO DOS ESTUDOS PRIMÁRIOS EM REVISÃO INTEGRATIVA. Texto Contexto Enferm**, s.n., v. 28, p. 1-13, 2019. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0204>.

MESQUITA, F. O. S. et al. **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES SUBMETIDOS À VENTILAÇÃO MECÂNICA NAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO DE UMA CAPITAL BRASILEIRA. Revista Pesquisa em Fisioterapia**, v. 7, n. 2, p. 199-206, 2017. DOI: [10.17267/2238-2704rpf.v7i2.1304](https://doi.org/10.17267/2238-2704rpf.v7i2.1304).

MORAES, J. T. et al. **Conceito e classificação de lesão por pressão: atualização do National Pressure Ulcer Advisory Panel. R Enferm Cent O Min.**, v. 6, n.4, p. 2292-2306, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v6i2.1423>.

PIRES, F. C.; FANAN, J. M. V.; NASCIMENTO, J. S. G. **Ações de cuidado para a promoção da segurança ao paciente em ventilação mecânica invasiva. Revista de Enfermagem da Ufsm**, [s.l.], v. 7, n. 3, p.411-423, 17 out. 2017. Universidad Federal de Santa Maria. DOI: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769225685>.

SIMAN, A. G.; BRITO, M. J. M. **Mudanças na prática de enfermagem para melhorar a segurança do paciente. Rev Gaúcha Enferm.**, v. 37, s.n., p. 1-9, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.68271>.

SOARES, C. B. et al. **Integrative Review: Concepts And Methods Used In Nursing. Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 48, n. 2, p.335-345, abr. 2014. FapUNIFESP (SciELO). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-6234201400002000020>.

SERRA, M. L. et al. **Evaluation of head-of-bed elevation compliance in critically ill patients under mechanical ventilation in a polyvalent intensive care unit. Medicina Intensiva**, [s.l.], v. 39, n. 6, p.329-336, ago. 2015. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2014.07.009>

TAKIGUCHI, C; YATOMI, Y.; INOUE, T. **Development of the Nurses' Care Coordination Competency Scale for mechanically ventilated patients in critical care settings in Japan: Part 1 Development of a measuring instrument. Intensive And Critical Care Nursing**, [s.l.], v. 43, p.23-29, dez. 2017. Elsevier BV. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2017.08.002>

## APLICAÇÃO DA SAE COMO FERRAMENTA PARA MELHORAR O CUIDADO DE ENFERMAGEM À PACIENTE COM CÂNCER DE PRÓSTATA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 01/07/2020

Data da submissão: 18/05/2020

### **Wellington Manoel da Silva**

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Recife - Pernambuco

<http://lattes.cnpq.br/5920476755856221>

### **Maria Eduarda da Silva**

Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santo Antão – Pernambuco

<http://lattes.cnpq.br/7588818950329216>

### **Willaine Balbino de Santana Silva**

Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco, Recife - Pernambuco

<http://lattes.cnpq.br/8450088682330711>

### **Georgia Cybelle dos Santos Silva**

Centro Universitário da Vitória de Santo Antão, Vitória de Santo Antão – Pernambuco

<http://lattes.cnpq.br/9711079595933675>

### **Juliana Andrade dos Santos**

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Recife – Pernambuco

<http://lattes.cnpq.br/2874633494793540>

### **Lívia Mirelly Ferreira de Lima**

Centro Universitário da Vitória de Santo Antão, Vitória de Santo Antão – Pernambuco

<http://lattes.cnpq.br/7080963176856190>

### **Aline Barbosa da Silva**

Universidade de Pernambuco, Recife - Pernambuco

<http://lattes.cnpq.br/0222517701457069>

### **Jéssica dos Santos Costa**

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Recife – Pernambuco

<http://lattes.cnpq.br/3392223664670634>

### **Jessika Luana da Silva Albuquerque**

Centro Universitário da Vitória de Santo Antão, Vitória de Santo Antão – Pernambuco

<http://lattes.cnpq.br/0157678606514060>

### **Nayara Ranielli da Costa**

Universidade de Pernambuco, Recife – Pernambuco

<http://lattes.cnpq.br/6249680642811647>

### **Williane Souza da Silva**

Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santo Antão – Pernambuco

<http://lattes.cnpq.br/8035915534432192>

### **Camila Francielly de Santana Santos**

Universidade Federal de Pernambuco, Recife – Pernambuco

<http://lattes.cnpq.br/1306629217198126>

**RESUMO: Introdução:** O câncer de próstata é classificado com uma Adeno Carcinoma ou câncer glandular, sendo uma das principais causas de mortes de indivíduos do sexo masculino. Inicia-se quando as células glandulares secretoras dos líquidos seminais da próstata sofrem mutação e se desenvolvem como células cancerosas (KUMAR, 2008;

GLINA, 2015). A zona periférica é a região da próstata mais comum para o acometimento do câncer. Inicialmente, em pequenos agrupamentos de células cancerosas que se mantêm confinadas entre as células normais, porém em longo prazo elas migram para o tecido prostático circundante e desenvolve o tumor. Finalmente o tumor cresce ao ponto de invadir órgãos próximos a ele, como as vesículas seminais ou o reto. As células tumorais ainda podem atingir a circulação sanguínea e sistema linfático, desenvolvendo metástase (KUMAR, 2005). No Brasil, o câncer de próstata, ocupa o segundo lugar da lista de ocorrência de tumores, ficando atrás apenas do câncer de pele não melanoma (BIONDO, 2020).

**Objetivo:** Descrever a aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem durante a prática de cuidado a um paciente com Câncer de Próstata. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, do tipo relato de experiência, desenvolvida por graduandos em enfermagem, de instituições diversas, durante o estágio supervisionado realizado em um hospital universitário na cidade de Recife - PE no mês de maio de 2019. Para a coleta de dados foram realizados: análise de prontuário, anamnese, exame físico do paciente e pesquisa bibliográfica no por meio do acesso on-line no sítio da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) para embasamento teórico sobre o câncer de Próstata. A prática de enfermagem foi realizada de maneira integral com a realização da anamnese e exame físico e aplicação do Processo de Enfermagem. **Resultados e Discussão:** Paciente do sexo masculino, 94 anos, viúvo, natural e procedente de Afogados da Ingazeira. O paciente ao internamento apresentava histórico de neoplasia prostática e diagnóstico de metástase na região lombar associada à queixa de dores difusas de forte intensidade. Durante o internamento foram levantados os seguintes diagnósticos de enfermagem seguindo a taxonomia II da NANDA: 1 - dor crônica, 2 - integridade da pele prejudicada, 3 - perfusão tissular periférica ineficaz, 4 - nutrição desequilibrada para menos do que as necessidades corporais, 5 - mobilidade física prejudicada e 6 - constipação (Há 10 dias) (NANDA, 2015). Diante de tais diagnósticos foram implantadas e implementadas as seguintes intervenções: 1 - administração dos medicamentos prescritos e promoção do alívio da dor com medidas não farmacológicas quanto ao posicionamento antálgico; 2 - mudança de decúbito e redução dos pontos de pressão; 3 - estímulos à ingestão hídrica e alimentar e 4 - realização de enema (DOCHETERMAN, 2008). **Conclusão:** Nessa perspectiva, portanto, o conhecimento acerca da patologia é fundamental para a realização do processo de enfermagem eficaz, pois, através de um exame físico minucioso é possível constatar os problemas que necessitam de intervenção e tentar solucioná-los. Ao final do estágio, o paciente evoluiu satisfatoriamente a todas as intervenções, apesar do estágio patológico avançado em que se encontrava, observou-se como principais resultados: diminuição da dor, melhora na perfusão e aumento da ingestão alimentar e hídrica e foi possível constatar evacuações presentes após realização do procedimento de lavagem retal, o que demonstra a importância de uma assistência integral e humanizada durante todo o processo de enfermagem para proporcionar ao paciente a melhor qualidade de vida possível durante o processo de doença.

**PALAVRAS-CHAVE:** Neoplasias da próstata, Cuidados de enfermagem.

## APPLICATION OF SAE AS A TOOL TO IMPROVE NURSING CARE FOR PATIENTS WITH PROSTATE CANCER: EXPERIENCE REPORT

**ABSTRACT: Introduction:** Prostate cancer is classified as an Adeno Carcinoma or glandular cancer, being one of the main causes of death in males. It begins when the glandular cells that secrete the seminal fluid of the prostate mutate and develop as cancer cells (KUMAR, 2008; GLINA, 2015). The peripheral zone is the most common prostate region for cancer. Initially, in small clusters of cancer cells that remain confined between normal cells, however in the long run they migrate to the surrounding prostate tissue and the tumor develops. Finally, the tumor grows to the point of invading organs close to it, such as the seminal vesicles or the rectum. Tumor cells can still reach the bloodstream and lymphatic system, developing metastasis (KUMAR, 2005). In Brazil, prostate cancer, occupies the second place in the list of occurrence of tumors, behind only non-melanoma skin cancer (BIONDO, 2020). **Objective:** To describe the application of Nursing Care Systematization during the practice of care for a patient with Prostate Cancer. **Methodology:** This is a descriptive, exploratory research, of the experience report type, developed by undergraduate nursing students, from different institutions, during the supervised internship carried out at a university hospital in the city of Recife - PE in May 2019. For data collection were performed: analysis of medical records, anamnesis, physical examination of the patient and bibliographic research in the online access on the website of the Virtual Health Library (VHL) for theoretical foundation on prostate cancer. The nursing practice was carried out in an integral manner with the completion of anamnesis and physical examination and application of the Nursing Process. **Results and Discussion:** Male patient, 94 years old, widowed, born and born in Afogados da Ingazeira. The patient on admission had a history of prostate cancer and a diagnosis of metastasis in the lower back associated with complaints of diffuse pain of severe intensity. During hospitalization, the following nursing diagnoses were raised following NANDA taxonomy II: 1 - chronic pain, 2 - impaired skin integrity, 3 - ineffective peripheral tissue perfusion, 4 - unbalanced nutrition for less than body needs, 5 - impaired physical mobility and 6 - constipation (10 days ago) (NANDA, 2015). In view of such diagnoses, the following interventions were implemented and implemented: 1 - administration of the prescribed drugs and promotion of pain relief with non-pharmacological measures regarding the antalgic position; 2 - change of position and reduction of pressure points; 3 - stimulating water and food intake and 4 - performing enema (DOCHETERMAN, 2008). **Conclusion:** In this perspective, therefore, knowledge about the pathology is fundamental for the realization of the effective nursing process, because, through a thorough physical examination, it is possible to verify the problems that need intervention and try to solve them. At the end of the internship, the patient progressed satisfactorily to all interventions, despite the advanced pathological stage he was in, the main results were: decreased pain, improved perfusion and increased food and water intake and it was possible to see bowel movements present after performing the rectal lavage procedure, which demonstrates the importance of comprehensive and humanized care throughout the nursing process to provide the patient with the best possible quality of life during the disease

process.

**KEYWORDS:** Neoplasias da próstata, Cuidados de enfermagem, Nursing Process

## REFERÊNCIAS

BIONDO, C. S., et al. **Detecção precoce do câncer de próstata: atuação de equipe de saúde da família.** Enfermería Actual de Costa Rica, San José, n. 38, p. 32-44, 2020.

**Diagnóstico de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017.** Porto Alegre: Artmed; 2015.

DOCHETERMAN, J. M. & BULECHEK, G. M. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC).** (4<sup>a</sup> ed.). Porto Alegre: Artmed. 2008.

GLINA, Sidney; PASTERNAK, Jacyr. **Câncer de próstata: qual a mensagem correta?.** Einstein, 2015; 13(4): vii–viii.

KUMAR, V.; ABBAS, A. K.; FAUSTO, N.; MITCHELL, R. N. Robbins. **Bases patológicas das doenças.** 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

KUMAR, V.; ABBAS, A. K.; FAUSTO, N.; MITCHELL, R. N. Robbins. **Patologia básica.** 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

## EXAME CLÍNICO OBJETIVO ESTRUTURADO “OSCE” NA AVALIAÇÃO DE ENFERMEIROS NO PRÉ-NATAL

*Data de aceite: 01/07/2020*

*Data de Submissão: 03/04/2020*

### **Marta Valéria Calatayud Carvalho**

Universidade Federal de Goiás, Programa de  
Pós-Graduação em Ensino na Saúde.  
Goiânia - GO.

<http://lattes.cnpq.br/8194547564406311>

### **Cleusa Alves Martins**

Universidade Federal de Goiás, Programa de  
Pós-Graduação em Ensino na Saúde  
Goiânia - GO.

<http://lattes.cnpq.br/3673049551991956>

### **Alessandra Vitorino Naghettini**

Universidade Federal de Goiás, Programa de  
Pós-Graduação em Ensino na Saúde  
Goiânia - GO.

<http://lattes.cnpq.br/2496399309339551>

### **Ângelo Lusuardi**

Universidad de Castilla-La Mancha, Escuela de  
Ingeniería Minera e Industrial de Almadén  
Almadén - Ciudad Real

<http://lattes.cnpq.br/2888914014089088>

### **Julyana Calatayud Carvalho.**

Universidade Paulista, Faculdade de Enfermagem  
Goiânia - GO.

<http://lattes.cnpq.br/9612752643585759>

**RESUMO:** **Introdução:** O OSCE/Objective Structured Clinical Examination, foi uma ferramenta promissora apresentada por Ronald Harden para avaliar competências clínicas de estudantes com vantagens equivalentes à avaliação por exames escritos. Esta metodologia procura avaliar, múltiplas dimensões como a competência clínica de forma planejada, estruturada e objetiva por intermédio da observação direta da performance e interação entre os participantes, avaliado/atores/avaliador, ao longo de um conjunto de estações/cenários. Considerando a pouca oferta de ferramentas para avaliar a prática clínica dos profissionais enfermeiros que realizam atenção ao pré-natal, utilizamos essa ferramenta OSCE, adaptada como forma de avaliar a prática clínica no pré-natal, vislumbrando a educação permanente.

**Objetivo:** Analisar o pré-natal realizado por enfermeiros e aplicar o método OSCE na avaliação de habilidades e competências.

**Método:** Trata-se de estudo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa e constituiu-se de 2 etapas: 1ª entrevista e a 2ª aplicação do método OSCE para avaliação de habilidades e competências.

**Resultados:** As entrevistas identificaram que as unidades de saúde possuem enfermeiras que realizam pelo menos uma consulta de enfermagem à

gestante. Segundo relatos das participantes, grande parte das unidades possuem estrutura física inadequada, *déficit* de material, insumos e recursos humanos insuficientes, que refletem na qualidade do atendimento prestado, além do pouco investimento em Educação Permanente. No que tange a aplicação do OSCE, foram montados 4 estações com casos clínicos do pré-natal cotidiano, que foram simulados por atores, na avaliação de habilidades competências, na estação 1 “suspeita de gravidez” o desempenho foi “Bom” e a nota de 7,1 e para a estação 4 “mulher puérpera” o desempenho foi fraco e a nota baixa (3,7). **Conclusão:** Os enfermeiros carecem de avaliação continuada das habilidades e competências como forma de diagnosticar as fragilidades da prática clínica e investimento em educação, aliados as condições adequadas de trabalho para o exercício profissional.

**PALAVRAS-CHAVE:** Avaliação. Cuidado pré-natal. Simulação de paciente. Competência profissional. Educação em enfermagem.

## OBJECTIVE STRUCTURED CLINICAL EXAMINATION “OSCE” IN THE EVALIATION OF NURSES DURING PRE-NATAL CARE

**ABSTRACT: Introduction:** The OSCE / Objective Structured Clinical Examination, was a promising tool by Ronald Harden to evaluate clinical skills of students with equivalent benefits to the assessment by written exams. This methodology seeks to evaluate, multiple dimensions as the clinical competence in a planned way, structured and objective through direct observation of performance and interaction among participants, evaluated / actors / evaluator, over a set of stations / scenarios. Considering the short supply of tools to evaluate the clinical practice of nursing professionals who perform prenatal care, use this OSCE tool, adapted as a way to evaluate the clinical practice in the prenatal, seeing Permanent Education.

**Objective:** To analyze prenatal care performed by nurses and apply the OSCE method in the evaluation of skills and competencies. **Method:** This is a descriptive exploratory study with a qualitative approach and it is consisted of two stages: 1st interview and 2nd implementation of OSCE method for evaluating skills and competencies. **Results:** The interviews found that health units have nurses that at least one nursing consultation to pregnant women. According to reports of the participants, most of the units have inadequate physical infrastructure, shortage of material, supplies and insufficient human resources, which reflect the quality of care provided in addition to the little investment in Permanent Education. Regarding the implementation of the OSCE, were mounted four seasons with clinical cases of prenatal everyday, which were simulated by actors, in the evaluation of competencies skills in season 1 “suspected pregnancy” performance was “good” and the note 7.1 and from the station 4 “puerperal woman” performance was weak and low grade (3.7) . **Conclusion:** nurses need to be continuous assessment of skills and competencies in order to diagnose the weaknesses of clinical practice and investment education, allied appropriate working conditions for professional practice.

**KEYWORDS:** Evaluation. Prenatal care. Patient simulation. Professional Competence.

## 1 | INTRODUÇÃO

A criação da “Rede Cegonha” instituída pela Portaria nº 1459, de 24 de junho de 2011, é uma proposta que visa organizar uma rede de cuidados ao trinômio mãe, filho e pai, conferindo à mulher: o direito ao planejamento reprodutivo e atenção humanizada tanto na gravidez, parto, puerpério e à criança; e o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudável. Essa proposta possibilita aos municípios aderirem a essa estratégia e em contrapartida receber o apoio técnico e financeiro do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) norteia as diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, bem como, descreve a atribuição do enfermeiro em diversos programas de saúde, dentre eles a atenção à saúde da mulher, evidenciados na Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017a).

Esta política reafirma o papel do enfermeiro na realização de consultas, solicitação de exames complementares e prescrição de medicamentos estabelecidos conforme protocolos. Assim, as ações do enfermeiro estão fundamentadas na Lei nº 7.498/86, do exercício profissional da Enfermagem e orientadas em protocolos nacionais, estaduais, municipais e por Conselhos de Classe (COREN, 2017; MARTINS, 2001; BRASIL, 2017a).

Avaliar a competência e habilidade de profissionais é uma tarefa essencial quando se pretende obter informações para subsidiar tomada de decisões ou para melhoria do desempenho profissional. No que tange a assistência prestada aos usuários, a avaliação nos serviços de saúde quando planejada adequadamente e com objetivos claros, podem sinalizar para o serviço a necessidade da promoção de Educação Permanente (EP) (BRASIL, 2017b).

O método de avaliação *OSCE* é citado no Brasil como Exame Clínico Objetivo Estruturado. É um método criado pelo médico e professor Harden, por volta de 1970. Proposto para avaliar competências clínicas e o saber no desempenho da prática clínica dos estudantes de medicina nos Estados Unidos (HARDEN, GLEESON, 1979).

A importância da avaliação por meio do método *OSCE* recai no que os participantes fazem em detrimento do que sabem. Esta metodologia procura avaliar, nas suas múltiplas dimensões, a competência clínica de forma planejada, estruturada e objetiva pela observação direta da performance e interação de médico/estudante/paciente ao longo de um conjunto de estações.

Uma das particularidades desta metodologia define-se na rotatividade, isto é, os participantes passam por todas as estações estruturadas de forma rotativa num intervalo de tempo pré-definido. O Objetivo no acrônimo *OSCE* refere-se à standardização de tarefas e de avaliação, baseada principalmente no formato de *checklist* (CASTELO-

BRANCO, 2016).

O artigo tem como objetivo analisar o pré-natal realizado por enfermeiros e aplicar o método OSCE na avaliação de habilidades e competências.

## 2 | METODOLOGIA

Trata-se de estudo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa. A pesquisa descritiva junto com a pesquisa exploratória foram utilizadas uma vez que se pretendeu avaliar e investigar o conhecimento e a demonstração da prática do enfermeiro(a) na assistência pré-natal. Neste sentido, o pesquisador não interfere no processo de investigação, ele apenas: observa, identifica, registra e analisa os fenômenos ou sistemas técnicos que se relacionam (CERVO, SILVA, BERVIAN, 2007).

Este estudo pertence a um projeto guarda-chuva denominado “As Práticas de Saúde na Rede Cegonha: estratégias, contribuições e desafios para a promoção e atenção da saúde da mulher”, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob o parecer nº 2.506.157, em cumprimento a Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

O cenário do estudo foi composto por 39 enfermeiros(as) que realizaram atenção ao pré-natal nos ambulatórios das Unidades Básicas de Saúde (UBS), na área de abrangência do Distrito Sanitário Leste (DSL) no município de Goiânia. O mesmo conta com 14 UBS, sendo: 2 Centros de Saúde (CS), 9 Centros de Saúde da Família (CSF) e 3 Centros de Atenção Integral a Saúde (CAIS).

A coleta constituiu-se de 2 etapas: 1ª etapa foi a entrevista com 39 enfermeiras, com uso de um roteiro de Entrevista Semiestruturada realizado na UBS, tendo a finalidade de conhecer o perfil profissional e as atividades desenvolvidas no pré-natal.

A 2ª etapa participaram 18 enfermeiras, a atividade foi realizada na sede do DSL com a aplicação do método OSCE de avaliação de habilidades e competências. Foram instaladas 4 Estações que simulavam um consultório de enfermagem: na Estação 1 “Caso clínico de adolescente com suspeita de gravidez”; Estação 2 “Caso clínico de gestante e parceiro”; Estação 3 “Caso clínico de gestante de alto risco” e Estação 4 “Caso clínico de puerpera”. As enfermeiras nestas estações eram avaliadas por um(a) enfermeiro(a) com conhecimento na área, que dispunha de um *checklist* com 10 (dez) procedimentos a serem cumpridos pelo examinado na estação.

Os participantes/avaliados nas estações “OSCE” deveriam demonstrar a intenção de fazer o procedimento para resolução do caso, e quando manifestado esta intenção, o avaliador fazia a 1ª parte da avaliação de registrar “sim” ou “não” para a tarefa realizada; na 2ª parte da avaliação era atribuída nota de (0 -1) para cada uma das (10) tarefas “realizadas” ou “não realizadas” contidas no *checklist*; e na 3ª parte da avaliação o avaliador atribuía ao desempenho geral do participante na Estação como: muito fraco, fraco, regular, bom e muito bom.

O tempo preconizado de cada enfermeira/avaliada nas estações foi de 10 minutos para simular a consulta, expirado o tempo, o coordenador abria a porta e dirigia o participante para a Estação seguinte até completar a passagem pelas quatro estações.

Dessa forma os atores/atrizes que participaram de cada Estação, foram previamente treinados e orientados em reuniões, bem como, os avaliadores foram orientados a manter postura de observador sem interferir na demonstração do atendimento realizado pela enfermeira na estação.

Análise dos dados na 1ª etapa o tratamento das falas, consistiu em transcrever o roteiro de entrevista para posterior Análise de Conteúdo. Para aplicar a técnica da Análise de Conteúdo foram cumpridas as etapas: pré-análise do material com leitura flutuante, exaustiva com exploração do material, vislumbrando o conhecimento do conteúdo e o tratamento dos resultados obtido<sup>9</sup>.

Para preservar o sigilo, cada enfermeira recebeu um código numérico de identificação seguida de sua unidade de lotação, exemplo: EC1 (Enfermeira Cais), ES1 (Enfermeira Centro de Saúde) e EF1 (Enfermeira Estratégia da Família). Para a 2ª etapa foi criada uma tabela no Programa Excel contendo 3 partes avaliativas do *checklist*. A 1ª parte composta por 10 questões do tipo sim x não, que aqui neste estudo foram tratadas como Q-questão e o número respectivo a questão: Q1, Q2, Q3, Q4, Q5, Q6, Q7, Q8, Q9 e Q10, sendo 1,0 ponto o valor máximo de cada questão. A 2ª parte avaliativa foi composta pela somatória de notas obtidas em cada questão (Q1 + Q2 + Q3 + Q4 + Q5 + Q6 + Q7 + Q8 + Q9 + Q10), tratadas aqui como N-nota N 1 (Estação 1), N 2 (Estação 2), N 3 (Estação 3) e N 4 (Estação 4).

E, a 3ª e última parte da avaliação composta por uma avaliação conceitual (muito bom, bom, regular, fraco e muito fraco) que foram tratadas como percepção do avaliador.

### 3 | RESULTADOS

As entrevistadas eram todas mulheres, sendo a maioria mães (90%) com o máximo 2 filhos (82%), possuindo duplo vínculo de trabalho somando mais de 40 horas semanais (59%), a maioria (77%) possuem formação complementar- especialização e quanto a idade algumas tinham acima de 60 anos (13%) na atividade laboral. Rabelo e Silva (2016) destacam a importância que tem a profissão de enfermagem no cuidado à mulher, sendo que compõe uma das 13 profissões da área da saúde que tem reconhecimento governamental e corresponde a 64,7% da força de trabalho na saúde no Brasil. Além disso, é considerada uma classe majoritariamente feminina.

A necessidade de obter aumento na remuneração induz os profissionais buscar outro vínculo empregatício para ampliar a renda salarial. Podendo, por vezes, ocasionar sérias relações na satisfação, estresse ocupacional, inclusive queda no desempenho profissional nos serviços de saúde (DALRI, et al.,2014).

Resultados obtidos na entrevista e avaliação do OSCE na Estação 1. As entrevistas apontaram que o fluxo de atendimento à mulher com suspeita de gravidez por enfermeiro está institucionalizado e com fluxo delimitado para as enfermeiras.

A paciente com suspeita de gravidez, chega na recepção da unidade, as meninas cadastram para nós enfermeiros e a gente atende consulta de enfermagem, dá baixa no SICAA, solicita exame, se tiver kit na unidade para teste rápido de gravidez, o resultado sai com 40 minutos. Faz aqui mesmo! Quando não tem kit, a gente emite pedido para tirar chequinho e sai para laboratório conveniado. Ela faz, traz o resultado pra gente, se positivo, a gente orienta o funcionamento dos agendamentos (EC7).

Na avaliação OSCE Estação 1 com o caso clínico “Adolescente com suspeita de gravidez”, a média geral das enfermeiras nesta Estação (Figura 1) foi (7,1), entretanto nas questões Q8 que trata “A enfermeira realiza o exame físico?” e Q9 “A enfermeira sugere o uso de preservativos até a saída do resultado do exame de gravidez?”. O desempenho sugeriu baixa realização do exame físico e pouca orientação ao uso de preservativo até a saída do resultado de exame de gravidez. A incorporação dessa habilidade e competência no atendimento à mulher com suspeita de gravidez poderia contribuir para os diagnósticos de enfermagem e com a diminuição do risco de gravidez não planejada. O avaliador desta estação classificou o desempenho geral como muito bom (11%), bom (39%), regular (33%) e fraco (17%).

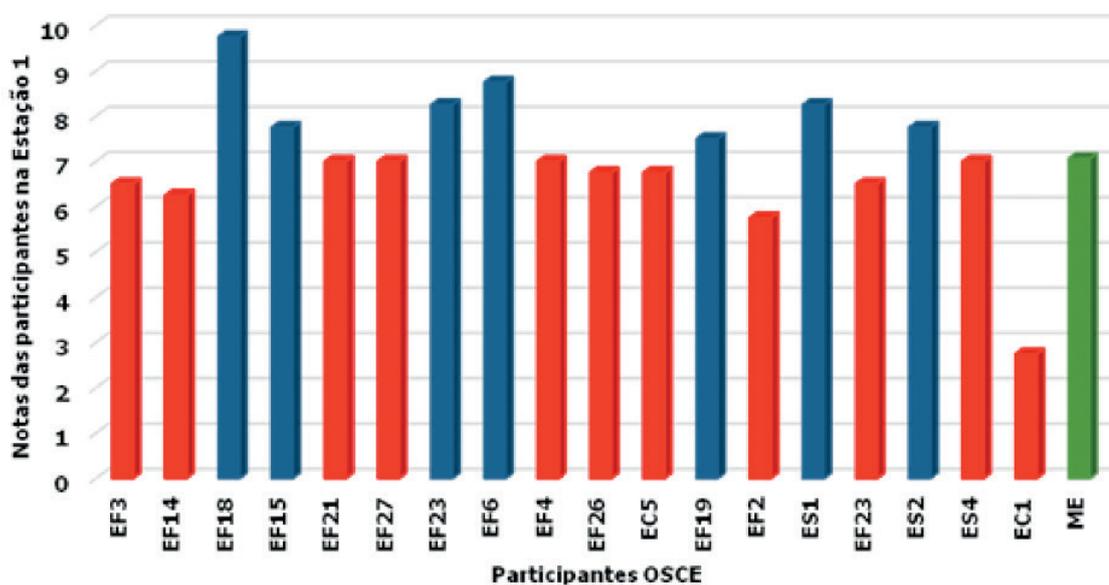


Figura 1: Gráfico das notas das participantes na Estação 1.

Resultados obtidos nas entrevistas e avaliações OSCE na Estação 2: Nas entrevistas as enfermeiras relataram ter muitos papéis burocráticos como preencher Sis prenatal, cartões de acompanhamentos, solicitação de exames, ficando os demais procedimentos como: exame físico comprometidos, as vezes para fazer somente no retorno da paciente.

“Exame físico, na primeira consulta eu não faço, por quê? Tem muita coisa para preencher, muito exame para solicitar, remédio para estar passando (EF2)”.

Vale ressaltar que nas falas das entrevistadas os procedimentos da consulta de enfermagem nos CSF ocorrem com empoderamento das enfermeiras na resolução da consulta, enquanto nas unidades de CAIS e centros de saúde tradicionais as decisões são limitadas e dependentes do atendimento médico, conforme o discurso:

Está com o resultado positivo, ou às vezes ela chega para mim já com 14 semanas de amenorreia, e eu já consigo escutar o batimento cardio-fetal, já início o pré-natal no mesmo momento. Eu nem marco outro dia para ela vir. Quando ela tem um agente de saúde, ele já informa e a gente já faz o agendamento. Se eu não tiver uma agenda cheia naquele dia eu já faço a consulta, já solicito os exames, cadastro ela no Sis prenatal, abro a caderneta da gestante, colho o teste da mamãe [...] (EF18).

Em geral, nessa fase, ela já chega aqui com uma consulta agendada com o ginecologista, porque as consultas são agendadas pelo 0800 (teleconsulta). E, a gente pode até começar o pré-natal dela antes da consulta médica, mas é bem mais comum ela já chegar com essa consulta agendada com o médico. Passa pelo médico, daí ela vem para nós enfermeiros para fazer aquele cadastramento no SISPRENATAL (EC2).

A avaliação de habilidades e competências “OSCE” na Estação 2 com o caso clínico “Gestante e companheiro”. A nota média geral das enfermeiras/avaliadas foi (5,9) (Figura 2). Entretanto na questão Q2 que trata “A enfermeira na consulta aborda os aspectos sócio epidemiológicos, os antecedentes familiares, ginecológicos e obstétricos, além da gravidez atual?”; e Q10 “A enfermeira prescreve medicamentos (suplementação de ferro e ácido fólico) para prevenção de anemia?”; nestas 2 questões as enfermeiras tiveram baixa simulações/demonstração de habilidades.

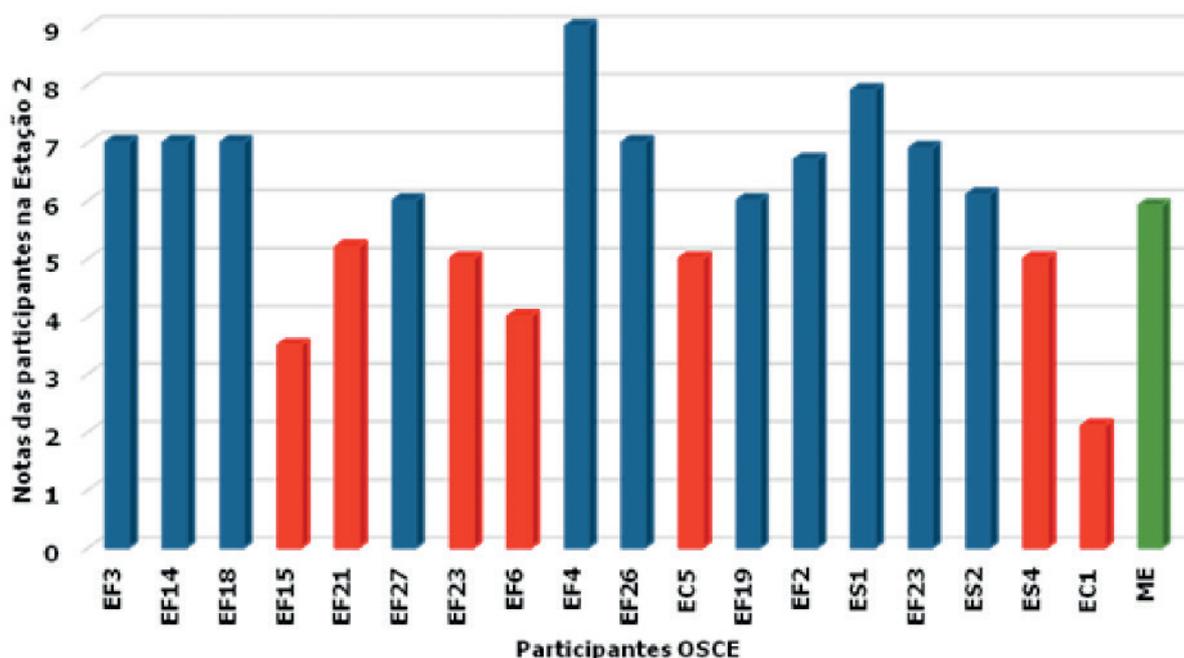


Figura 2. Gráfico das notas das participantes na Estação 2.

Abordar os aspectos sócios epidemiológicos e antecedentes familiares em tempos de surtos e epidemias de doenças infectocontagiosa como Dengue, Zika, HN1 é importante

para o rompimento das cadeias de transmissão; a prescrição de suplementação de ferro também é importante para prevenir anemias ferroprivas. O avaliador desta estação classificou o desempenho como bom (22%), regular (50%) e fraco (28%) delas.

Resultados obtidos na entrevista e avaliação do OSCE na Estação 3: Em entrevistas as enfermeiras relatam que no caso de pacientes de alto risco, as mesmas seguem os seguintes procedimentos para a referência e contra referência:

Geralmente eu passo para o médico fazer o encaminhamento, quando tem médico, agora quando não tem médico eu falo pra ela (gestante) ligar no 0800 e marcar a consulta com o médico, porque? tem que ter o carimbo do médico e ela tem que ter dado baixa na consulta médica pra elas conseguirem cadastrar o encaminhamento no pré-natal do alto risco, geralmente não demora as consultas (EF17).

Na avaliação do OSCE na Estação 3 com o caso clínico “Gestante de alto risco”, a nota média geral das enfermeiras nesta estação foi (6,4) (Figura 3), entretanto nas questões Q4 que trata “A enfermeira fala do calendário vacinal e orienta a gestante?”; Q7 “A enfermeira proporciona espaço na consulta para participação do(a) parceiro(a) para que ele(a) possa se envolver na consulta ativamente, favorecendo a reflexão?”; e Q8 “A enfermeira realiza o exame físico?”, sugere que apesar do número de simulações realizadas pelas enfermeiras nas Q4 (10 simulações) e Q8 (12) o desempenho das simulações foram avaliados com baixa pontuação (0,1) ou seja, sinalizando que a qualidade das simulações ou orientações demonstradas foram de qualidade insuficiente, bem como o exame físico.

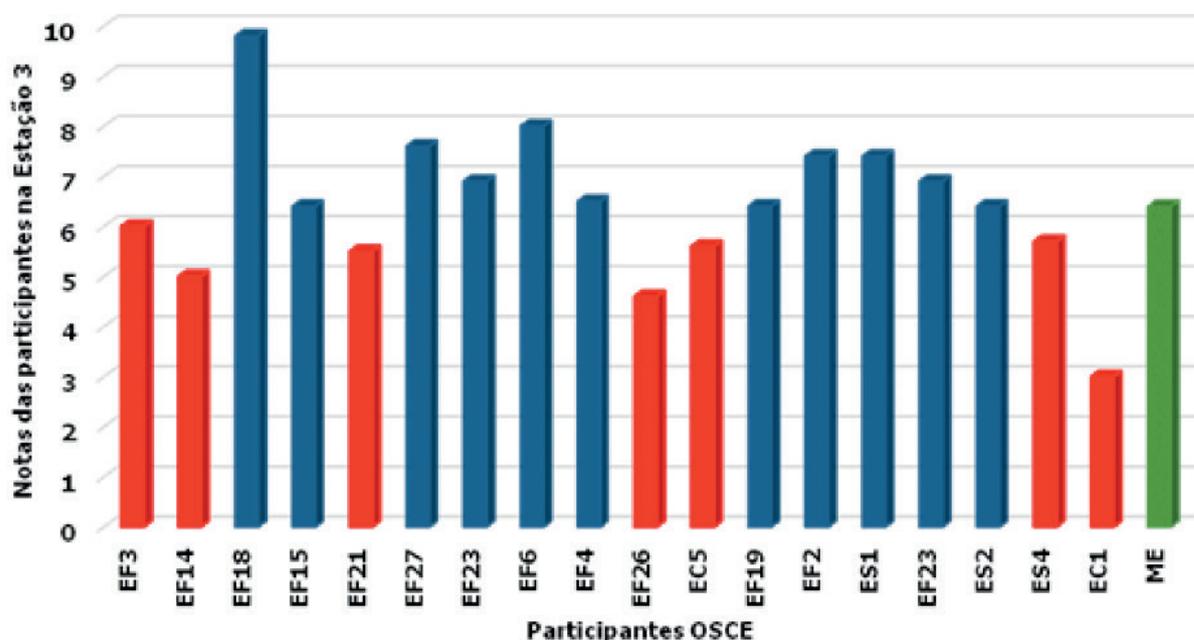


Figura 3: Gráfico das notas das participantes na Estação 3.

Orientar o calendário vacinal da gestante de alto risco é uma das contribuições para evitar as doenças imunopreveníveis e ao realizar o exame físico contribui para identificar sinais de agravamento ao risco gestacional pré-existente<sup>12</sup>. O avaliador desta estação

classificou o desempenho geral das participantes como muito bom (28%), bom (50%) e regular (22%). Vale ressaltar que nesta estação havia a disponibilização de um Técnico de Enfermagem, porém, o enfermeiro acionou raramente este profissional para participar da equipe.

Os resultados obtidos na entrevista e avaliação do OSCE na Estação 4: A entrevista abordou se as enfermeiras realizavam a consulta de pré-natal até 10 dias após o parto, e na fala das enfermeiras foi demonstrado que as mesmas realizam ocasionalmente este tipo de atendimento, não fazendo parte do cotidiano, conforme falas:

Consulta puerperal faço, não todas. Porquê? A maioria, ganhou neném, vai para casa da mãe, da sogra, aí geralmente, retornam aqui bem depois. Aquelas que a gente às vezes consegue pegar aqui, é quando elas vêm para fazer o teste do pezinho. Aí eu já aproveito, converso, oriento e aí eu lanço no sistema (EF28).

Bernardi, Carraro e Sebold (2011) complementa que por vezes a inviabilidade de algumas puérperas se deslocarem até a unidade de saúde para a continuidade das consultas, principalmente das consultas puerperais, abre-se uma brecha para que a visita domiciliar seja instituída para essa puérpera, sendo a mesma realizada principalmente pelo profissional de enfermagem que permite uma educação e acompanhamento de saúde mais individualizado, criando uma relação de suporte do cuidado entre profissional e paciente.

Com relação às dificuldades vivenciadas no exercício da atenção ao pré-natal as participantes relataram:

Primeiro, a falta de estrutura: a gente não tem macas, não tem um consultório apropriado, não tem foco, às vezes o sonar está estragado. Assim, as estruturas e os materiais para gente fazer um bom atendimento, eu acho ineficaz (EC3).

Você passa a vitamina, o sulfato ferroso, o ácido fólico. NÃO EXISTE NA UNIDADE! O médico pede a ultrassonografia, não tem chequinho (vale exame) nunca! O teste da mamãe? Agora está acontecendo muito! Está dando dois meses e o resultado não chega. Os exames de laboratório estão vindo tudo alterado, tudo errado. Aí, você manda fazer particular, a diferença é enorme. Ah! E às vezes, também, não tem pilha do sonar, não tem luva, entendeu? Às vezes não tem lençol. Então, se for falar, não tem papel toalha, não tem sabão para a gente lavar a mão. E o próprio sistema do sis prenatal que não ajuda a gente. O sistema só vive fora do ar! Você não consegue! Aí, quando você consegue fazer, tem que fazer os acompanhamentos mensal. Você não consegue! Cai tudo! Então, é difícil (EF23)!

O MS recomenda que para as práticas de assistência pré-natal sejam realizadas com eficiência é necessário haver: Recursos Humanos que possam acompanhar a gestante no seu contexto familiar e social e segundo os princípios técnicos e filosóficos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM); Área física adequada para o atendimento da gestante e dos familiares nos serviços de saúde com condições adequadas de higiene e ventilação (BRASIL, 2012) .

Para a consolidação e aprimoramento da Atenção Básica de Saúde (ABS) é necessário também a EP de seus trabalhadores buscando a atualização e a aquisição

de conhecimentos e habilidades, que contribuam para a transformação permanente do funcionamento dos serviços, do processo de trabalho, de análise dos nós críticos, de intervenção e autonomia para o estabelecimento de aprendizados transformadores (BRASIL, 2012).

Na avaliação do OSCE na Estação 4 com o caso clínico “Mulher puérpera”, a nota média geral das enfermeiras nesta estação foi (3,7) (Figura 4), o menor desempenho de habilidade e competências de todas as estações evidenciados nas simulações com baixa pontuações na maioria das questões. As enfermeiras tiveram considerável dificuldade para resolver o caso demonstrado na questão Q2 que trata “A enfermeira pergunta a puérpera sobre as condições do atendimento ao parto, ao recém-nascido, ao tipo de parto, se houve intercorrências?”; Q5 “A enfermeira indaga sobre a condição social: pessoas de apoio e condições para o atendimento de necessidades básicas?”; Q7 “A enfermeira proporciona espaço na consulta para participação do(a) parceiro(a) para que ele(a) possa se envolver na consulta ativamente, favorecendo a reflexão?”; Q8 “A enfermeira realiza o exame físico?”; Q9 “A enfermeira orienta: atividade sexual e planejamento familiar, métodos contraceptivos utilizados, desejo de ter mais filhos, método de preferência?”; e Q10 “A enfermeira registra consulta em prontuário e insere os dados no sistema digital do pré-natal no SisPrenatal?”.

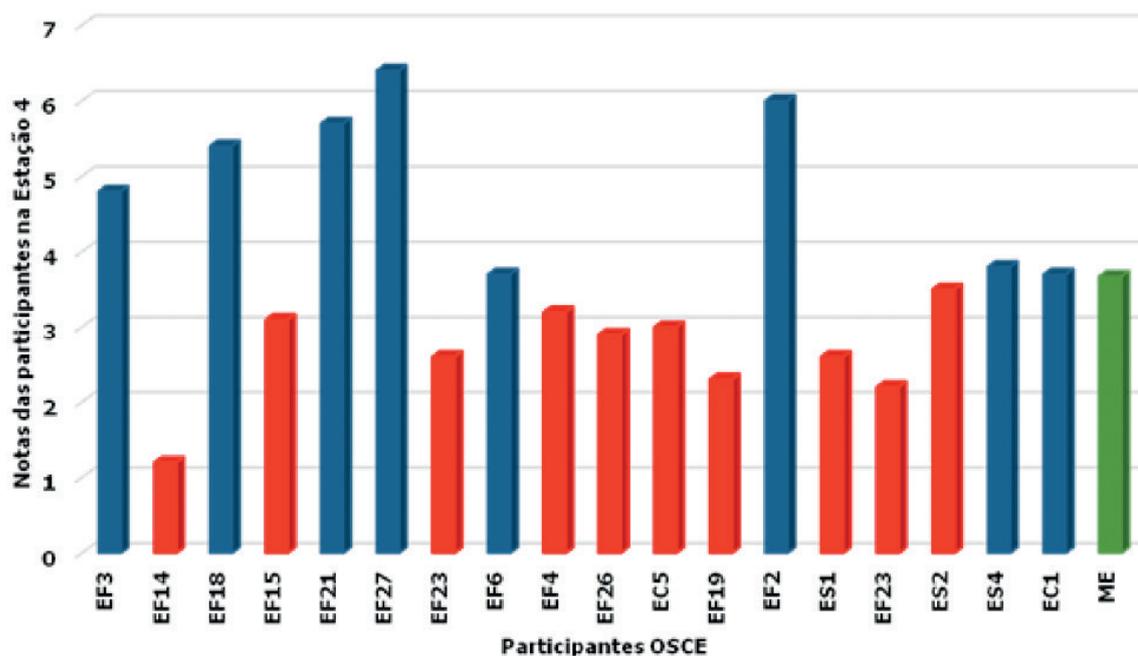


Figura 4: Gráfico das notas das participantes na Estação 4.

Esse desempenho vai de encontro com as falas das enfermeiras que relatam pouca execução da consulta de puerpério e conseqüentemente pouca habilidade, pois, todas as questões colocadas nas estações foram importantes para um puerpério e bebê saudável. O avaliador desta estação classificou o desempenho geral das participantes como bom

(17%), regular (28%) e fraco (33%) e muito fraco (22%) delas.

Segundo o avaliador desta estação, as participantes demonstram muitas dificuldades em lidar com as orientações da amamentação, com a angústia e sofrimento apresentada pela puérpera com recém-nascido, resultando em um procedimento com pouca qualidade e baixa pontuação. As entrevistas sinalizaram que o puerpério é pouco praticado pelas enfermeiras, resultando na simulação do OSCE a deficiência na demonstração deste procedimento.

#### 4 | CONCLUSÃO

O estudo permitiu analisar o desempenho de habilidades e competências das enfermeiras na atenção ao pré-natal de risco habitual, em todas as unidades de saúde da Região Leste de Goiânia. A entrevista oportunizou estreitar laços, estabelecer vínculos, conhecer o atendimento das enfermeiras na atenção ao pré-natal e analisar a assistência de enfermagem prestada. Os resultados das entrevistas apontaram que a realidade do trabalho das enfermeiras necessita de investimento em Educação Permanente; avaliação continuada das habilidades e competências; dimensionamento de recursos humanos e materiais, infraestrutura adequada das unidades de saúde e espaços de fala e escuta.

Com relação à aplicação do OSCE ficou demonstrado que esta ferramenta possibilita diagnosticar habilidades e competências frágeis na atenção ao pré-natal possibilitando assim ao profissional enfermeiro e gestores, subsídios para investimento e fortalecimento na prática clínica desses profissionais.

As habilidades e competências prestadas na atenção ao puerpério, demonstrou a mais frágil dos atendimentos, necessitando receber investimentos prioritários, tanto no quesito teórico quanto prático, bem como o monitoramento dos indicadores como: encerramento no Sis prenatal; visitas domiciliares; e planejamento familiar. Contribuindo assim para o efetivo cumprimento das políticas públicas de atenção ao pré-natal humanizado.

O Produto Técnico construído para aplicação neste estudo denominado “Avaliação de Desempenho OSCE no pré-natal e *checklist*”, demonstrou-se viável e aplicável para adoção na prática clínica cotidiana dos(as) enfermeiros(as), podendo ainda serem revisados e atualizados conforme demanda local ou nacional, advindas das Política de atenção à saúde materno e infantil.

Pode-se inferir que os resultados contribuirão com o planejamento das políticas públicas e com a gestão das unidades de saúde, no sentido de implantar e implementar medidas que visem uma assistência segura, livre de danos para as usuárias da atenção ao pré-natal e para os(os) enfermeiros(os) fortalecimento das habilidades e competências na prática clínica na atenção ao pré-natal.

## REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, DF, 2011.
2. BRASIL Ministério da Saúde. Portaria nº 3.194, de 28 de novembro de 2017. Dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde *no*. Sistema Único de Saúde - PRO EPS-SUS. Brasília, DF, 2017.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2017
4. BRASILEIRO, M. E., LEÃO, A. L. M. SUS Saúde Pública no Brasil e a autonomia do enfermeiro. Goiânia-GO, 2017.
5. COREN. Legislação do Exercício Profissional da Enfermagem. Goiás: COREN, 2017.
6. HARDEN, R.M., GLEESON F. Assessment of clinical competence using an objective structured clinical examination (OSCE). *Medic. Educ.*; v. 13, n. 1, p. 39-54. 1979
7. UNIVERSIDADE DE COIMBRA. Avaliação de competências através de OSCE. *Esse. Educ.* 2009
8. CERVO, A. L., SILVA R., BERVIAN, P. A. Metodologia científica. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.
9. BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Edições 70, 2011.
10. RABELO, A. R. M., SILVA, K.L. Cuidado de si e relações de poder: enfermeira cuidando de outras mulheres. *Rev. Bras. Enf.*; v. 69, p. 1204-1214. 2016
11. DALRI R. D. E. C, et al. Nurses' workload and its relation with physiological stress reactions. *Rev Lat Am Enfermagem*, v. 22, n. 6, p. 959-65. 2014
12. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2012.
13. BERNARDI, M. C., CARRARO, T. E., SEBOLD, L. F. Visita domiciliária puerperal como estratégia de cuidado de enfermagem na atenção básica: revisão integrativa. *Rev. Red. Enfer. do Nord*, v.12, n. esp. p. 1074 – 80. 2011.
14. CASTELO-BRANCO, L. Competências clínicas práticas e preparação para OSCE. 1. ed. LIDEL, 2016.
15. MARTINS, C. A. O programa de assistência integral à saúde da mulher (PAISM) em Goiânia: a (des) institucionalização da consulta de enfermagem no pré-natal, 2001, 200 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

## PASSAGEM DE PLANTÃO COMO FERRAMENTA DE COMUNICAÇÃO NA ENFERMAGEM

Data de aceite: 01/07/2020

**Jovelina Rodrigues dos Santos Arrais Neta**

Universidade Estadual do Piauí, Floriano-PI

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4185-4024>

**Huderson Macedo de Sousa**

Universidade Federal do Maranhão, São Luís-MA

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2786-6253>

**Jedeane Nicácio Almeida**

Faculdade Edufor, São Luís-MA

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1859-5666>

**Ana Paula da Silva Nascimento**

Universidade Estadual do Piauí, Floriano-PI

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/043173328087023>

**Cardene de Andrade Oliveira Guarita**

Faculdade de Floriano, Floriano-PI

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4756-2329>

**Nayra Santana da Silva Nascimento**

Faculdade de Floriano, Floriano-PI

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2214-2566>

**Andra Luiza Macedo de Sousa**

Faculdade Edufor, São Luís-MA

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3861726924947187>

**Maria Carolina de Sousa Trajano**

Faculdade de Floriano, Floriano-PI

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3935-7301>

**Marilene de Sousa Lira**

Faculdade de Floriano, Floriano-PI

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5696-017X>

**Joyci Vitoria Barros Nogueira**

Faculdade Edufor, São Luís-MA

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7116227790398653>

**Indrid Caroline Lima do Carmo**

Faculdade Edufor, São Luís-MA

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4150237627001284>

**Agna Roberta Rodrigues de Sousa**

Universidade Estadual do Piauí, Floriano-PI

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4273643460382532>

**RESUMO:** A passagem de plantão é um processo de continuidade da assistência prestada durante os turnos, onde são trocadas informações acerca dos pacientes entre os profissionais que terminam e os que iniciam o trabalho. O presente estudo tem como objetivo avaliar e identificar a existência da passagem de plantão dentro do pronto-socorro, relacionando os tipos existentes, as formas mais utilizadas e as principais interferências. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva, observacional e exploratória. A pesquisa foi feita abordando quatro assuntos: a comunicação na enfermagem, equipe de enfermagem, passagem de plantão e pronto-socorro e foi realizada em uma instituição de saúde, do tipo hospitalar, especificamente no pronto-socorro, com atendimento ao SUS (Sistema Único de Saúde), localizada na

cidade de Floriano – Piauí, somente com os enfermeiros que realizavam ou acompanhavam a passagem de plantão. Os dados foram agrupados em categorias relacionados em duas partes: sendo a primeira parte com dados pessoais dos participantes, a segunda com dados referentes à passagem de plantão e a terceira interferências e como ela é realizada. Os resultados evidenciaram que a falta de comunicação e o mau uso desta ainda é um grande problema a ser confrontado entre os enfermeiros para realizar a passagem de plantão, e que quando feita no pronto-socorro, se torna mais difícil essa comunicação devido ao cenário do mesmo. Após o estudo realizado, observou-se que os enfermeiros, compreendem a importância que ela exerce na qualidade da assistência prestada, porém não realizam a passagem de plantão como deveria ser.

**PALAVRAS-CHAVE:** Passagem de plantão. Enfermagem. Pronto-socorro. Comunicação.

## SHIFTING AS A COMMUNICATION TOOL IN NURSING

**ABSTRACT:** The shift change is a process of continuity of care provided during shifts, where information about patients is exchanged between professionals who finish and those who start work. The present study aims to evaluate and identify the existence of the shift change within the emergency room, relating the existing types, the most used forms and the main interferences. It is a qualitative, descriptive, observational and exploratory research. The research was carried out addressing four subjects: communication in nursing, nursing staff, shift change and emergency room and was carried out in a hospital-type health institution, specifically in the emergency room, with SUS services (Sistema Único de Saúde), located in the city of Floriano - Piauí, only with nurses who performed or monitored the shift change. The data were grouped into related categories in two parts: the first part with personal data of the participants, the second with data referring to the shift change and the third interference and how it is performed. The results showed that the lack of communication and its misuse is still a major problem to be faced by nurses to perform the shift change, and that when done in the emergency room, this communication becomes more difficult due to the same. After the study carried out, it was observed that nurses understand the importance that it plays in the quality of care provided, but they do not perform the shift change as it should be.

**KEYWORDS:** Duty shift. Nursing. Emergency Room. Communication.

## 1 | INTRODUÇÃO

De acordo com Art. 16 do Código de Ética da enfermagem a passagem de plantão é a garantia da continuidade da assistência de enfermagem em condições que ofereçam segurança, mesmo em caso de suspensão das atividades profissionais decorrentes de movimentos reivindicatórios da categoria” (LUZ, 2007).

Dentre as diversas ferramentas existentes para a realização da passagem de plantão está a comunicação, que representa uma troca de informação e compreensão

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

A comunicação deve ser entendida como um processo de compreender, compartilhar mensagens enviadas e recebidas, sendo que essas mensagens e o modo como se dá seu intercâmbio exerce influência no comportamento das pessoas e provocam mudanças no ambiente em que a comunicação é efetivada (OLIVEIRA *et al*, 2005).

De acordo com Zoehler & Lima (2000), considerando que várias equipes são envolvidas na assistência ao cliente, a comunicação e as informações entre os profissionais de saúde sobre os pacientes, são fundamentais para garantir a continuidade do cuidado e informações sobre os pacientes de um turno para outro.

Para Portal & Magalhães (2008), a passagem de plantão é o intercâmbio de informações completas de todos os pacientes durante as 24 horas do dia, tanto sobre problemas reais como potenciais de todos os clientes internados numa unidade hospitalar a cada mudança de plantão e da equipe de enfermagem.

Uma boa informação oral e escrita durante a passagem de plantão fará com que a continuidade dos cuidados ao paciente ocorra sem problemas previstos, deixando mais tempo para os problemas imprevistos e ajudará a seguir os horários de medicação e de outros procedimentos nos pacientes.

Toda informação, por banal que pareça, é importante para o profissional que vai iniciar o plantão. O vulgar “passou bem o plantão, nada digno de nota” pode fazer com que se observa em dado momento, qualquer sintoma que talvez pudesse ter passado despercebido (PORTAL & MAGALHÃES, 2008).

O termo passagem de plantão é empregado para designar o momento em que a equipe de enfermagem se reúne para realizar o relato sobre o estado de saúde de cada paciente, assim como as alterações ocorridas durante o turno e as sugestões para modificações no plano de cuidados e dentro de um espaço emergencial está sujeito a sofrer deformações por decorrência de ser o espaço que é, além de outros elementos serem influentes, (AMARAL, 1996).

“ Existem diferentes maneiras de organizar a passagem de plantão: através de fita cassete, meio pela qual as informações poderão ser reproduzidas quantas vezes forem necessárias. Outra forma é através de relatório verbal oral/escrito, ocorre relato das informações relacionadas ao paciente e a terceira maneira é através de rondas à beira do leito, (PORTAL, & MAGALHÃES, 2008, p.251).”

A passagem de plantão para ser feita de forma correta, deverá ser realizada em local específico, seja à beira do leito do paciente, ou no posto de enfermagem, na presença de todos os profissionais da equipe, relatando de forma objetiva, com finalidade de fornecer

formas adequadas e, informações que possibilite o trabalho em equipe e dê a continuidade adequada da assistência. (SIQUEIRA *et al*, 2006).

Assim este trabalho teve como objetivos avaliar a passagem de plantão dos enfermeiros na unidade de pronto-socorro de um hospital público da cidade de Floriano-PI; identificar a existência de interferências durante a passagem de plantão e analisar as formas existentes de passagem de plantão entre os enfermeiros.

## 2 | METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada no Hospital Regional Tibério Nunes na cidade de Floriano-PI e trata-se de um estudo de caráter descritivo e observacional. É uma instituição que atende a macrorregião de Floriano-PI, considerado como hospital geral de médio porte com 120 leitos funcionantes, atendendo as quatro especialidades básicas da assistência: clínica médica, cirúrgica, pediatria e obstetrícia.

A amostra foi composta de 6 profissionais de enfermagem, que correspondem ao número total de enfermeiros dentro desta unidade, que atuam em diferentes turnos.

Foram incluídos desta pesquisa: enfermeiros na faixa etária de 20 a 40 anos, que trabalham pelo menos a partir de um ano no hospital, efetivos ou contratados, estarem na escala de serviço dentro do pronto-socorro, que realizam a passagem de plantão e aceitem participar da pesquisa. Foram excluídas pessoas de ambos os sexos que não enquadraram-se nos critérios de inclusão além de enfermeiros substitutos e fora da escala de serviço do pronto-socorro.

Os dados foram coletados após inscrição do pré-projeto sobre esta pesquisa na Plataforma Brasil. A coleta de dados foi realizada no período de 10 a 20 de março de 2014, através de um questionário semiestruturado, contendo perguntas abertas e fechadas do tipo: dados referentes aos enfermeiros, passagem de plantão e interferências nesse processo.

Na etapa de análise dos dados foram consideradas as informações obtidas através das entrevistas e das observações da unidade de escolha para o estudo. Tais informações foram analisadas quanti e qualitativamente.

Para identificar as categorias, foi seguida as seguintes etapas: pré-análise, exploração do material, agrupamento dos dados nas seguintes categorias: Perfil dos participantes do estudo, realização da passagem de plantão, informações, dificuldades referentes à passagem de plantão e dificuldades observadas durante a passagem de plantão.

De acordo com os critérios estabelecidos no presente estudo, a pesquisa aponta características pessoais dos entrevistados, tais como: sexo, idade, raça, tempo de trabalho e horário de plantão conforme mostra a tabela a seguir:

O desenvolvimento desse estudo foi pautado na resolução 466/12 que dispõe sobre

as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Após inscrição no CEP e aprovação da instituição coparticipante, foi oferecido o TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a todos que aceitaram participar da pesquisa, constando explicações sobre objetivos, métodos e benefícios como contribuição para os enfermeiros da instituição em questão sobre o valor de uma realização consciente da passagem de plantão, assim como servir de fonte de pesquisa para outros docentes bem como outros profissionais, preservando os riscos mediatos e imediatos, prevenindo-os de constrangimentos a respeito das informações prestadas que serão sigilosamente asseguradas, sendo assegurados a livre participação e o anonimato, não trazendo qualquer dano à integridade física, psíquica, moral, social, espiritual ou até mesmo cultural.

### 3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

CARGO	IDADE (N) %	SEXO (N) %	RAÇA (N) %	TEMPO DE SERVIÇO (N) %	HORÁRIO DE PLANTÃO (N) %
ENFERMEIRO	20-25 anos (2) – 33,3%	Masculino (4) – 66,6%	Negra (3) – 50%	1-2 anos (1) – 33,3%	Diurno (2)- 33,3%
	26-35 anos (2) – 33,3%	Feminino (2)- 33,4%	Parda (3) – 50%	>2anos (4)- 66,7%	Noturno (3)- 50%
	36-40 anos (2)- 33,3%				Diurno/ Noturno (1) – 16,7%

Tabela1. Perfil dos participantes do estudo.

Fonte: Dados do questionário aplicado, 2014.

De acordo com os resultados obtidos, houve uma grande maioria do sexo masculino (66,6%) sobre uma minoria do sexo feminino (33,4%). Estes resultados estão de ajuste com o encontrado na literatura, que segundo Costa, Morita & Martinez (2000) há uma tendência crescente do gênero masculino dominar a força de trabalho entre os profissionais da área de enfermagem.

Lautert et al., (1999), ao estudar enfermeiros, também observaram predominância do gênero masculino, onde 97% dos participantes de seu estudo eram homens.

Em relação à faixa etária, prevalece entre enfermeiros adultos jovens, idade equivalente de 20 a 40 anos, sendo fragmentada em 20-25 anos; 26-35 anos; 36-40 anos com (33,3%) respectivamente. Costa et al., (2000) ao pesquisar trabalhos de enfermagem obtiveram resultados distintos, quando afirma que predominou a faixa etária de 25 a 30

anos.

Quanto ao percentual em relação a raça, os resultados foram equivalentes com 50% respectivamente para raça preta e parda.

Souza et al., (2008), ao estudar a raça dos profissionais de enfermagem, se sobressai com dados que estão em desacordo onde, 52% dos profissionais pesquisados eram da raça branca, 41% eram parda e só 7% da raça preta.

Quanto ao tempo de serviço dos profissionais da equipe de enfermagem, dos 6 entrevistados, (33,4%) possuem de 1 – 2 anos de trabalho e (66,6%) mais de 2 anos de serviço na instituição de trabalho.

O tempo de serviço pode ser um indicativo de tempo de experiência do enfermeiro no mercado de trabalho e da relativa maturidade. O bacharelado revela as competências e habilidades do enfermeiro, assim como o tempo de formação e serviço em uma dada época reflete o conhecimento e aptidão valorizados em um determinado período (Martins et al., 2006).

No que diz respeito a horário de plantão, foi demonstrado um predomínio (50%) do horário noturno e uma minoria de 33% e 16,7% para os turnos diurno e diurno/noturno respectivamente. Sabendo que a carga horária estabelecida pela instituição é de 40h semanais, há enfermeiros que em um plantão fazem 36 horas seguidas, o que pode ser um indicador de passagem de plantão mal realizada, sendo que o Congresso Nacional evidencia que já existem instituições públicas se enquadrando na nova jornada de trabalho que é de (30H), mas que ainda há instituições que mesmo com carga horaria estabelecida em lei, seguem um padrão específico.

As atividades dos profissionais de saúde são fortemente tensiôgenas, devido às prolongadas jornadas de trabalho, ao número limitado de profissionais e ao desgaste psicoemocional nas tarefas realizadas em ambiente hospitalar (Elias & Navarro 2006).

### **Realização da Passagem de Plantão**

A prática da passagem de plantão é uma das rotinas vivenciadas pelos trabalhadores de enfermagem nas instituições de saúde de uma forma geral. Na maioria das vezes essa rotina é cumprida de grande forma maquinalmente, rotineiramente e de forma impensada.

A passagem de plantão é vista, como uma das rotinas das instituições hospitalares, merece importante revisão e concepção de novas propostas. Deve ser adotado de estratégias que estejam vinculadas ao método assistencial, ao tipo de escala de prestação de assistência vigente e à capacitação dos enfermeiros.

O estudo elenca questões relacionadas à passagem de plantão e as informações repassadas durante a passagem de plantão bem como as dificuldades encontradas para a realização desse processo, Tabela 2 e Tabela 3 respectivamente.

Durante a coleta de dados, os profissionais foram questionados sobre o que significa a passagem de plantão, a maioria descreveu que representa a continuidade da assistência

prestada ao paciente.

<b>REALIZAÇÃO (N) - %</b>	<b>TIPO (N) - %</b>	<b>TEMPO (N) - %</b>	<b>LOCAL (N) - %</b>	<b>MATERIAL UTILIZADO (N) - %</b>
<b>SIM</b> (6) – 100%	<b>VERBAL</b> (1) – 16,7%	<b>10 MIN</b> (2) – 33,3%	<b>SILENCIOSO</b> (1)- 16,7%	<b>PRONTUÁRIO</b> (3) – 50%
	<b>VERBAL/ESCRITA</b> (5) – 83,3%	<b>10-15 MIN</b> (3) – 50%	<b>SALA DE ENFERMAGEM</b> (4) – 66,6%	<b>RELATÓRIO DE ENFERMAGEM</b> (3) – 50%
		<b>20-30 MIN</b> (1) – 16,7%	<b>LEITO DO PACIENTE</b> (1) – 16,7%	

Tabela 2. Dados referentes a passagem de plantão na unidade do pronto-socorro em Floriano-PI.

Fonte: Dados do questionário aplicado, 2014.

O item a seguir exhibe o conceito de passagem de plantão e sua importância no processo de trabalho, entendimento e depoimento acerca do tema em questão e relato dos participantes a respeito do assunto em questão.

### **Reflexões dos Enfermeiros sobre Passagem de Plantão**

Analisar o estado de saúde de cada paciente e informar as alterações ocorridas com os mesmos durante o turno e, também, atualizar as sugestões para modificação do plano de cuidados é o que se chama de passagem de plantão.

Quando nos referimos sobre a importância que a passagem de plantão exerce na assistência, parte considerável afirmou ser a continuidade dos cuidados, pois é através dela que os profissionais repassam as informações a respeito das condições reais do estado de saúde dos pacientes, o que foi realizado e o que ainda falta fazer.

Os sujeitos desta pesquisa descreveram a passagem de plantão como uma importante atividade no trabalho coletivo de enfermagem em uma instituição do tipo hospitalar e que envolve turnos de trabalho.

#### **Reflexões feitas, pelo grupo sobre a passagem de plantão:**

[...] “Porque alguns profissionais não relatam o que realmente acontece no plantão e para mim passar o plantão é relatar tudo que aconteceu.” (E1).

[...] “ Passagem de plantão engloba desde informações mínimas até a identificação das necessidades prioritárias do cliente.” (E2).

[...] “ é muito importante para o paciente e o setor, pois é através dela que se tem informações das reais condições de cada paciente, o que foi feito, o que ainda falta fazer.” (E3).

“ É a troca de informações sobre os pacientes internados e de tudo que acontece aqui”.

(E4).

“ Continuidade da assistência prestada.” (E5).

“ Levantamento dos acontecimentos ocorridos no plantão”. (E6).

A resolução do COFEN-191/96 diz que para a execução da anotação de enfermagem durante a passagem de plantão é necessária a atenção para alguns detalhes, tais como: verificar cabeçalho do impresso; deve ser feita em horário e não em turno; o termo paciente ou cliente não deve ser utilizado, tendo em vista que a folha de anotação é individual; deve ser feita no início do plantão e complementada durante este; a letra de quem realiza a anotação deve ser legível para que possa ser entendida por quem a leia (LUZ, 2007).

A tabela 2 apresenta a realização da passagem de plantão na instituição, do total de profissionais entrevistados, todos afirmaram que realizam a passagem de plantão.

Estudos realizados por Silva & Campos (2007), afirmam que a passagem de plantão é uma prática realizada pela equipe de enfermagem, transmitindo informações objetivas, claras e concisas durante o período de trabalho na troca de turnos.

Quanto ao tipo de comunicação utilizada para o processo de passagem de plantão, de acordo com os profissionais pesquisados. Há uma predominância dos tipos verbal/escrito (83,3%), seguida da forma verbal (16,7%).

A comunicação e o registro são um aspecto vital da prática de enfermagem. Ao longo do tempo, a qualidade da forma escrita através dos registros evoluiu, porém, o foco continua a ser impacto positivo do cuidado sobre o cliente” quando as informações que são registradas no prontuário do paciente, os enfermeiros tentam garantir a assistência prestada ao cliente (Poter & Perry, 2004)

Os dados exibidos acima sobre o tempo gasto pelos enfermeiros para a passagem de plantão, mostrou que 50% responderam que utilizam 10 minutos para realizar a passagem de plantão, 33,3% e 16,7% utilizam 15 minutos e de 20-30 minutos respectivamente.

Dados semelhantes foram encontrados por Siqueira & Kurcgant (2005) quando afirmam que a participação e tempo gasto pelos enfermeiros é em média de 11-20 minutos, e que esse tempo é satisfatório para realizar este processo e que é importante na passagem de plantão, possibilitando uma interação entre os membros da equipe. Pois, as informações são repassadas de forma clara, facilitando o entendimento a respeito do estado de saúde dos pacientes e demais informações.

A enfermagem tem pressa na passagem de plantão, não só devido aos múltiplos vínculos empregatícios, mas também por outros fatores, como chegar em casa rápido para cuidar dos filhos, da casa, ou até mesmo pelo hábito de deixar a unidade e os pacientes arrumados e limpos para o momento da visita médica, que normalmente ocorre pela manhã.

As informações acima demonstram que a maioria (66,6%) afirmaram que o local em

que ocorre a passagem de plantão não contribui para o armazenamento das informações, que é a sala de enfermagem. Enquanto que para uma minoria de (16,7%) respondeu que realiza em algum local silencioso e as vezes também realizam no leito do paciente, respectivamente, cada, mas que o local não contribui para passar o plantão.

Estes dados revelam-se incoerentes segundo Portal & Magalhães (2008), que diz que o ambiente para que a passagem de plantão aconteça de forma correta deve ser tranquilo, espaçoso, ventilado, iluminado, com cadeiras ou bancos para que todos possam sentar e sentir-se à vontade.

Dados semelhantes foram encontrados por Pinho et al., (2003), onde diz que a passagem de plantão ocorre geralmente, no posto de enfermagem ou em outros ambientes dentro do próprio setor.

A passagem de plantão é realizada em sala ou corredor com trânsito de pessoas, ruídos e outras interferências. As salas não apresentam estrutura adequada, pois são destinadas a outras finalidades, portanto, os trabalhadores não se instalam confortavelmente, para poder passar o plantão. A maioria permanece de pé, após o turno de trabalho que normalmente é de doze horas e o telefone pessoal dos enfermeiros interrompe o processo algumas vezes.

Em relação ao material utilizado durante a passagem de plantão, 50% relataram o uso do prontuário de enfermagem para realizar a passagem de plantão e outros 50% exclusivamente do relatório de enfermagem.

Ao se referir ao prontuário do paciente e aos registros nele feitos ou feitos no relatório de enfermagem, deve ser enfatizado que os dois consistem em uma forma de se comunicar entre aqueles que prestaram e entre os que iram prestar assistência aos pacientes.

Para Andrade (2004) a forma que a comunicação na enfermagem acontece, é um dos instrumentos mais importantes e indispensáveis do trabalho em equipe, onde as informações e o meio que elas são repassadas proporcionam uma continuidade da assistência ao paciente na qualidade da passagem de plantão.

As falhas na comunicação podem trazer prejuízos diretos para a assistência prestada se, durante a passagem de plantão, permanecer uma lacuna e que esta se estenda pelo restante desse turno e pelos subsequentes, pode acontecer consequências para assistência ao paciente e que, às vezes, não podem ser revertidas, podendo comprometer legalmente os profissionais e a instituição (SILVA & CAMPOS., 2007).

### **Critérios Abordados Durante a Passagem de Plantão**

Para Lautert et al., (1999), a compreensão de uma mensagem se dá em um processo de trabalho que é fundamental, devendo-se analisá-lo decompondo-o em seus elementos constitutivos para só então, voltar a reconstituí-lo enquanto processo global, resgatando a dinâmica com relação à saúde do trabalhador. Consideram como sendo estes elementos o objeto de trabalho, os instrumentos de trabalho e o próprio trabalho podendo-se, a partir

daí, estudar seus aspectos técnicos, a organização e divisão do trabalho, bem como seu desenvolvimento.

Esses fatores podem interferir no processo de passagem de plantão, ocasionando pontos negativos tanto para a administração do setor emergencial quanto para a continuidade da assistência prestada para essa clientela específica.

Na tabela a seguir serão demonstrados as informações e principais dificuldades encontradas pelos enfermeiros durante a realização da passagem de plantão. 100% dos sujeitos da pesquisa apontam problemas na forma que a mesma é realizada.

INFORMAÇÕES (N) - %		DIFICULDADES (N) - %	
<b>Fatos do turno</b>	(2) – 33,3%	<b>Ausência</b>	(3) – 50%
<b>Importantes</b>	(1) – 16,7%	<b>Comunicação limitada</b>	(2) – 33,3%
<b>Material existente</b>	(1) – 16,7%	<b>Outros</b>	(1) – 16,7%
<b>Paciente</b>	(2) – 33,3%		

Tabela.3 Informações e dificuldades referentes a passagem de plantão na unidade do pronto-socorro em Floriano-PI.

Fonte: Dados do questionário aplicado, 2014.

Os dados mostrados na tabela 3 apresentam o conteúdo abordado pelos enfermeiros durante a passagem de plantão. Observa-se que 33,3% dos profissionais de enfermagem afirmaram que durante a passagem de plantão é abordado informações sobre o estado de saúde do paciente e intercorrências. 33,3% afirmam informar todos os fatos ocorridos e quanto ao material existente e informações consideradas mais importantes 16,7% cada, respectivamente. Os dados encontrados estão em consonância com Silva & Campos (2007), onde os conteúdos abordados durante a passagem de plantão são: o estado de saúde de cada paciente e alterações durante o turno.

De acordo com Pinho et al., (2003), o conteúdo a ser abordado durante a passagem de plantão, deve estar relacionado com a complexidade do paciente e do local específico atuante, como: quantidade de pacientes atendidos e tempo de permanência, adequando as necessidades do paciente e o tipo de atendimento prestado e material utilizado.

Baradel (2004), nos mostram que os profissionais de enfermagem estão atrelados às normas e rotinas que eles criam, a partir da configuração institucional, e seu trabalho torna-se rotineiro, cansativo e estressante, em sua idealização, procuram ver o cliente como um ‘ser humano’, como um ‘ser total’, mas na prática as técnicas é que são relevantes, pois o tempo passa depressa e precisam ‘fazer’ os cuidados para não deixar para outro turno.

Em relação as dificuldades encontradas pelos enfermeiros durante o processo de passagem de plantão estão: ausência dos profissionais com 50%, comunicação limitada e outros fatores 33,3% e 16,7% respectivamente.

Quanto a ausência dos enfermeiros na passagem de plantão, na maioria das vezes, se deve ao duplo vínculo empregatício. Alguns funcionários não ficavam no posto de enfermagem, mas pediam informações na sala de enfermagem, anexa. Estes funcionários copiavam o relatório de enfermagem do plantão passado, durante a passagem de plantão. Aliás, a maioria do pessoal continuava a prestar os cuidados não parando para a passagem de plantão.

Em estudos realizados por Baradel (2004), ele relata que a compreensão na comunicação é de extrema importância e que, a comunicação inadequada interfere negativamente em processos relacionados à assistência do paciente, mostrando que um diálogo bem feito, expressa a finalidade do profissional no trabalho e a qualidade que a comunicação exerce na condição de assistência ao paciente.

Quanto aos outros fatores que intervêm neste processo, está a dicotomia na vida pessoal dos enfermeiros, como dois empregos, trabalho, casa, além do que se considera "normal" dentro de um ambiente hospitalar, como acompanhantes, telefones, número excessivo de pacientes, carga horária excessiva.

Onde se cultiva a saúde do corpo, a memória, onde se combate o descuido? Não temos dois corpos, um para o 'trabalho' e outro para 'fora do trabalho', é o mesmo corpo que enfrenta, que experimenta, que forma, que gasta em todas as situações da vida tanto social quanto profissional. (RAMOS, 1999, p.107).

### **Interferências Observadas Durante o Processo da Passagem de plantão.**

Durante esses momentos foi possível para o pesquisador observar algumas interferências que possivelmente atrapalhavam a passagem de plantão, bem como: ruídos, local inadequado, tempo insuficiente e falta de detalhamento das informações.

#### *Falta de informação detalhada*

"Não consigo entender o que o colega está querendo dizer" (E2)

" Às vezes eles utilizam outra linguagem, que demoro para entender, e acabo deixando de pedir algumas informações, porque não consigo entender o que ele quis dizer". (E6).

" Assim, muitas vezes tento passar tudo que aconteceu, mas aqui é tão corrido que esqueço algumas coisas e as vezes passo as informações fazendo alguma coisa, como instalar um soro no paciente." (E4).

Para Andrade (2004), a passagem de plantão é uma atividade dinâmica e que cabe ao enfermeiro coordenar e planejar a mesma, pois se trata de uma forma rápida de transmitir, receber e delegar atribuições, podendo também levar o grupo a funcionar cooperativamente, contribuindo para um melhor atendimento de enfermagem.

### *Local inadequado/ruídos/acompanhantes*

Um fato que merece destaque são os relatos dos enfermeiros em afirmarem que o local inadequado, atrapalhava a passagem de plantão. Porém mesmo eles tendo uma sala adequada alguns não faziam uso do local e realizaram a passagem de plantão às vezes no corredor da unidade. Essas observações foram identificadas nas seguintes falas:

“Pelo barulho, pressa dos funcionários em deixar o plantão e presença dos acompanhantes”. (E4).

“Porque deve ser feito no local indicado, bem acomodado para que o receptor fique ciente do que está acontecendo”. (E1).

“ Não consigo entender, por que os acompanhantes insistem em deixar os celulares ligados e quando utilizam, falam em voz muito alta”. (E6).

Os hospitais cada vez mais vão se reorganizando em seus espaços em virtude do surgimento de novos serviços especializados, priorizando a adequação do ambiente para o serviço a ser criado, e também pensando na assistência ao paciente, logo facilitando a realização de roca de informações entre os profissionais.

### *Tempo Insatisfatório*

A passagem de plantão deve ser uma atividade sistematizada, importante e fundamental para a transferência de informação atualizada acerca da clientela e da unidade em geral. E portanto, deve ser organizada dentro de um tempo mínimo que pode ser estipulado pela própria instituição. O tempo insuficiente esteve presente em boa parte dos relatos dos participantes:

“Não dá para memorizar todas as informações passadas pelo colega em pouco tempo e também muitas vezes ele não passa tudo. (E4).

“ Muitas vezes o colega ultrapassa o tempo de 15 minutos”. (E5).

“ O tempo é muito corrido e a demanda é muito grande aqui e depois pra passar para o colega fica difícil, e as vezes esqueço o que ia falar pela falta de tempo.” (Risos). (E1).

## **4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A passagem de plantão deve ser entendida como mais do que uma rotina hospitalar e deve ter significado de comunicação contínua entre os enfermeiros que deixam e as que irão assumir o plantão, onde os mesmos compartilham dados a respeito dos pacientes, sendo esta, uma atividade fundamental no processo de trabalho do enfermeiro.

O Pronto-Socorro ainda é uma unidade crítica no que se refere a realização de passagem de plantão, na qual os funcionários não demonstram por completo a grande

necessidade de transmitir as informações durante esse processo.

A respeito da importância que a passagem de plantão tem no processo de continuidade da assistência. Este estudo permitiu descrever como é realizada a passagem de plantão na referida instituição. Portanto, acreditamos que com os resultados obtidos, poderemos contribuir de forma sensata para a avaliação dentro de cenário de emergência a tornar-se um ponto importante a ser considerado, necessitando ser revisto a fim de garantir, da melhor forma possível, uma comunicação eficiente para a condução do processo de trabalho. Não se deve esquecer também que toda a equipe de Enfermagem tem responsabilidade sobre esse processo e que não cabe somente ao enfermeiro.

## REFERÊNCIAS

- AMARAL OSCAR, Maria Francisca. **Análise da passagem de plantão na unidade de enfermagem do serviço de radiologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 17, n. 2, p. 109, 1996.
- ANDRADE, Joseilze Santos de et al. **A comunicação entre enfermeiros na passagem de plantão**. Acta Paul Enferm., v. 17, n. 3, p. 311-315, 2004.
- BARADEL, A. **Os minutos da comunicação no serviço de saúde**. Silva MJP, organizadora. Qual o tempo do Cuidado, p. 29-38, 2004.
- COSTA, Ester de S.; MORITA, Ione; MARTINEZ, Miguel AR. **Percepção dos efeitos do trabalho em turnos sobre a saúde e a vida social em funcionários da enfermagem em um hospital universitário do Estado de São Paulo**. Cadernos de saúde pública, v. 16, n. 2, p. 553-555, 2000.
- ELIAS, Marisa Aparecida; NAVARRO, Vera Lúcia. **A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 14, n. 4, p. 517-525, 2006.
- LAUTERT, Liana; CHAVES, Enaura HB; DE MOURA, Gisela MSS. **O estresse na atividade gerencial do enfermeiro**. Revista Panamericana de Salud Pública, v. 6, p. 415-425, 1999.
- LUZ, Alessandra; MARTINS, Andreia Pereira; DYNEWICZ, Ana Maria. **Características de anotações de enfermagem encontradas em auditoria**. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 9, n. 2, 2007.
- MARTINS, Christiane et al. **Perfil do enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional**. Texto & Contexto-Enfermagem, v. 15, n. 3, p. 472-478, 2006.
- POTTER, Patricia A.; PERRY, Anne Griffin. **Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática**. Guanabara Koogan, 2004.
- PINHO, Diana Lúcia Moura; ABRAHÃO, Júlia Issy; FERREIRA, Mário César. **As estratégias operatórias e a gestão da informação no trabalho de enfermagem, no contexto hospitalar**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 11, n. 2, p. 168-176, 2003.
- PORTAL, Kelly Magnus; DE MAGALHÃES, Ana Maria Müller. **Passagem de plantão: um recurso estratégico para a continuidade do cuidado em enfermagem**. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 29, n. 2, p. 246, 2008.

OLIVEIRA, Poliéria Santos de et al. **Comunicação terapêutica em enfermagem revelada nos depoimentos de pacientes internados em centro de terapia intensiva.** Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 7, n. 1, 2006.

RAMOS, Flávia R. Souza. Quem produz e a quem o trabalho produz. Leopardi MT, Capella BB, Faria EM, Pires DEP, Kirchoff AL, Ramos FRS, et al. **O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade.** Florianópolis (SC): Papa Livro, 1999.

SILVA, Évena Emiliana; DE FREITAS CAMPOS, Luciana. **Passagem de plantão na enfermagem: revisão da literatura.** Cogitare Enfermagem, v. 12, n. 4, 2007.

SIQUEIRA, Amanda Batista et al. **Relacionamento enfermeiro, paciente e família: fatores comportamentais associados à qualidade da assistência.** Arquivos Médicos do ABC, v. 31, n. 2, 2006.

SIQUEIRA, Ivana Lucia Correa Pimentel de; KURCGANT, Paulina. **Passagem de plantão: falando de paradigmas e estratégias.** Acta Paulista de Enfermagem, v. 18, n. 4, p. 446-450, 2005.

SOUZA, M. L. P.; ERNST, Meline Lindsay; FILUS, Walderes Aparecida. **A opinião de profissionais de enfermagem sobre alguns aspectos do trabalho noturno em hospital público de Curitiba.** Boletim de enfermagem, v. 1, p. 15-27, 2008.

ZOEHLER, Karen Gonçalves; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. **Opinião dos auxiliares de enfermagem sobre a passagem de plantão.** Revista gaúcha de enfermagem. Porto Alegre. Vol. 21, n. 2 (jul. 2000), p. 110-124, 2000.

## ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DE INSTRUMENTOS: UM CAMINHO PARA MENSURAÇÃO DE FENÔMENOS SUBJETIVOS

*Data de aceite: 01/07/2020*

*Data de submissão: 23/04/2020*

### **Joselice Almeida Góis**

Universidade Estadual de Feira de Santana,  
Departamento de Saúde  
Feira de Santana – Bahia  
<http://lattes.cnpq.br/3459577111115259>

### **Kátia Santana Freitas**

Universidade Estadual de Feira de Santana,  
Departamento de Saúde  
Feira de Santana- Bahia  
<http://lattes.cnpq.br/0893515092428912>

### **Fernanda Carneiro Mussi**

Universidade Federal da Bahia, Escola de  
Enfermagem  
Salvador- Bahia  
<http://lattes.cnpq.br/3959532303018324>

### **Igor Ferreira Borba de Almeida**

Universidade Estadual de Feira de Santana,  
Departamento de Saúde  
Feira de Santana – Bahia  
<http://lattes.cnpq.br/7801825461132677>

**RESUMO:** A natureza subjetiva de construtos não mensuráveis diretamente deixou de ser um impedimento para a objetivação da sua medida. Atualmente entende-se que fenômenos

subjetivos podem e devem ser mensurados. Todavia, a maioria dos instrumentos de medida são de origem estrangeira necessitando submissão a procedimentos rígidos de validação para utilização em contextos socioculturais distintos, o que se denomina adaptação transcultural. Este estudo teve como objetivo descrever e discutir a validade de conteúdo no processo de adaptação transcultural de instrumentos para medidas de fenômenos subjetivos. Apresenta-se uma sequência metodológica das etapas desse processo que direciona a realização e ampliação de estudos na área de saúde propiciando a utilização de ferramentas mais confiáveis e adequadas.

**PALAVRAS-CHAVE:** estudos de validação, psicométrica, comparação transcultural.

### TRANSCULTURAL ADAPTATION OF INSTRUMENTS: A WAY FOR MEASURING SUBJECTIVE PHENOMENA

**ABSTRACT:** The subjective nature of unmeasured constructs directly ceased to be an impediment to the objectification of its measure. Currently it is understood that subjective phenomena can and should be measured. However, most of the measuring instruments are of foreign origin requiring

submission to strict validation procedures for use in different socio-cultural contexts, what is called cultural adaptation. This study aimed to describe and discuss the content validity in cross-cultural adaptation process instruments for subjective phenomena measures. It presents a methodological sequence of steps of cross-cultural adaptation process that directs the completion and expansion of studies in health enabling the use of more reliable and appropriate tools.

**KEYWORDS:** validation studies, psychometrics, cross-cultural comparison.

## 1 | INTRODUÇÃO

O cuidado integral à saúde necessita considerar as dimensões subjetivas do ser humano, pois abrange conhecimento e compreensão de fenômenos psicossociais envolvidos no processo saúde-doença (MOTA; PIMENTA, 2007).

Fenômenos subjetivos podem e devem ser mensurados, dessa forma, a construção e validação de instrumentos com essa finalidade tem sido alvo dos profissionais na área de saúde. De acordo com Mota e Pimenta (2007), alguns fenômenos subjetivos a exemplo de fadiga, dor, depressão, qualidade de vida e conforto eram anteriormente considerados imensuráveis. Todavia, hoje dispõe-se de diversas ferramentas para a sua avaliação. (BEATON *et al.*, 2000; MACHADO *et al.*, 2018).

Ressalta-se que alguns instrumentos têm sido elaborados e validados em países ou regiões com características socioculturais distintas do local onde se pretende utilizá-lo. Tal fato, demanda adaptação transcultural prévia. É preciso avaliar de forma crítica e processual se o instrumento que se deseja aplicar é capaz de mensurar o fenômeno numa nova realidade. (REICHENHEIM; MORAES, 2007).

O termo *Adaptação Transcultural* vem sendo utilizado para caracterizar um processo em que se analisa tanto aspectos linguísticos, bem como culturais correspondentes ao processo de preparação de um instrumento para uso em outro contexto (ALEXANDRE; COLLUCI, 2009). Dessa forma, o objetivo deste processo é obter equivalência entre o instrumento de origem e o adaptado, minimizando a possibilidade de que esses conceitos sejam percebidos como vagos e conflitantes no novo contexto (GUILLEMIN; BOMBADIER; BEATON, 1993).

A adaptação transcultural de um instrumento (ATCI) justifica-se pela economia de recursos e tempo e pela possibilidade de se realizar a análise comparativa do fenômeno em observação em diferentes países. A comparação de resultados entre grupos pode favorecer a compreensão de diferenças e de similaridades existentes entre eles com características linguísticas ou culturais específicas. (MACHADO *et al.*, 2018; PASQUALI, 2010; OLIVEIRA; BALARINI; MARQUES, 2011).

Dada a importância do conhecimento do processo de ATCI este artigo teve como objetivo descrever e discutir os aspectos que envolvem o processo de adaptação

transcultural de instrumentos (ATCI) para medidas de fenômenos subjetivos.

Dessa forma, espera-se contribuir para a reflexão acerca da adequada compressão das etapas do processo de ATCI, bem como propiciar conhecimentos para facilitar a realização deste processo, concorrendo assim para a qualidade dos novos instrumentos de aferição.

## 2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica sobre as etapas que fazem parte do processo de adaptação transcultural de instrumentos (ATCI) para mensuração de fenômenos subjetivos.

Para o levantamento bibliográfico, realizou-se uma pesquisa nas bases de dados na Biblioteca Virtual de Saúde, que reúne 14 bases de dados, sem delimitação de período, utilizando-se o método integrado de busca com os seguintes descritores: estudos de validação, psicométrica e comparação transcultural. Como critério de inclusão definiu-se estudos (publicados em forma de artigo científico) sobre ATCI na área da saúde e, como critérios de exclusão, artigos que não descreveram as bases teóricas que orientaram a ATCI.

Identificou-se 182 estudos. Entretanto após considerar os critérios definidos nesta pesquisa, 79 referiram-se a artigos sobre ATCI, sendo seis teóricos e setenta e três originais. Para análise desse material identificou-se os principais autores que fundamentaram o processo nos vários artigos, a fim de se avaliar as recomendações e etapas a serem seguidas.

## 3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta revisão foi organizada de modo a apresentar as etapas fundamentais para o planejamento e implementação de estudos que visem a adaptação transcultural de instrumentos para avaliação de constructos de interesse na área da saúde.

### **Considerações acerca da validação transcultural de instrumentos de medida**

A preocupação com a validade da informação de instrumentos que avaliam construtos abstratos e de difícil mensuração têm levado os pesquisadores a se apoiar em protocolos, *checklist* e *guidelines*. Estes têm como função orientar para uma prática uniformizada, embasada em evidências de validade, as quais buscam uma adequada ferramenta de aferição para fenômenos subjetivos (REICHENHEIM; MORAES, 2007). Nesse contexto, a literatura revela superposição, confluência de conteúdo, bem como, divergências em relação aos passos a serem considerados nas etapas do processo de adaptação transcultural (MACHADO *et al.*, 2018; HERDMAN; FOX-RUSHBY; BADIA,

1997; CASSEP- BORGES; BALBINOTTI; TEODORO, 2010).

No cenário brasileiro, verificou-se uma diversidade de pesquisas que realizaram procedimentos de ATCI e tais estudos adotaram sistemáticas diversas, contemplando mesmo quando de forma incompleta, algumas sistemáticas embasadas na literatura internacional, que vão deste aos procedimentos iniciais, tradução do instrumento até a análise empírica dos aspectos de validade de construto, utilizando técnicas estatísticas direcionadas pela Teoria Clássica dos Testes ou Teoria da Resposta ao Item; denotando uma certa sofisticação e robustez aos estudos (REICHENHEIM; MORAES, 2007).

Para que a ATCI ocorra de forma apropriada, diretrizes internacionais foram estabelecidas com o intuito de orientar o processo de adequação visando a obtenção de um instrumento equivalente a versão original (Alexandre; Colluci, 2009). As bases teóricas mais frequentemente utilizadas nos artigos originais de ATCI brasileiros tiveram como referências os autores, Guillemín *et al.*, (1993); Herdman; Fox-Rushby; Badia, (1997); Beaton *et al.*, (2000); Reichenheim; Moraes, (2007).

Diante da diversidade de estudos sobre ATCI, o Checklist COSMIN configura-se como um roteiro sistematizado, elaborado a partir do consenso entre 91 experts. Esse roteiro objetiva avaliar a qualidade metodológica de estudos que analisam as propriedades de medida de um instrumento e não a qualidade do instrumento em si (REICHENHEIM; MORAES, 2007).

Dentre as propriedades de medida abordadas no *checklist* está a validade transcultural para a qual são apresentadas questões a serem avaliadas nos desenhos de pesquisa dos estudos de ATCI. Além desta contribuição, os autores trazem que esse roteiro pode ser usado como guia para auxiliar na elaboração de protocolos de pesquisas para revisores e editores de revista e ainda por pesquisadores iniciantes nesta área de investigação (MOKKINK *et al.*, 2015).

O processo de ATCI requer o uso de modelos teóricos da psicometria, clássica e moderna, estas visam avaliar a validade e a confiabilidade da medida em adequação. A validade de um instrumento diz respeito à sua pertinência em relação ao objeto que se quer medir, isto é, um teste é válido quando mede aquilo que supostamente deve medir (BEATON *et al.*, 2000; ALEXANDRE; COLLUCI, 2009; 2011).

A obtenção de um instrumento considerado válido, que avalie o construto em questão, compõe-se de aspectos qualitativos, a saber evidências de validade do conteúdo, e quantitativos, como evidências de validade dimensional do instrumento. Portanto, para avaliar e validar um instrumento o desenvolvimento de etapas qualitativas e quantitativas são necessárias, pois apesar de distintas tornam-se complementares (ALEXANDRE; COLLUCI, 2009).

A despeito das abordagens investigativas mais discutidas como a validade de conteúdo, validade relacionada critério e a validade de construto, os pesquisadores devem incorporar a validade como um conceito unitário, na ênfase será direcionada para

evidências de validade que podem ser baseadas no conteúdo, no processo de resposta, na estrutura interna e nas consequências da aferição, assim o olhar da equipe de pesquisa deverá considerar interpretações que revelem a integração da estrutura teórica com os dados empíricos (CASSEP- BORGES *et al.*, 2010).

O início do mecanismo para avaliar a adequação de conceitos abstratos como indicadores mensuráveis pode ser entendida como a análise da validade de conteúdo. Definida como um processo para examinar o conteúdo do instrumento, a fim de verificar a adequação dos itens e dimensões do instrumento para representar todos os aspectos do construto em avaliação, a validade de conteúdo, não requer procedimentos estatísticos, pois baseia-se na literatura, na opinião de sujeitos da população alvo e no julgamento de especialistas na área do conceito (MELO, 2011).

Várias são as etapas exigidas em um processo de validação de conteúdo, não existindo na literatura um consenso sobre quantas, mas certas evidências são necessárias para ser considerado válido (REICHENHEIM; MORAES, 2007).

### **Modelo de apreciação do processo de adaptação transcultural**

O modelo de apreciação para realização do processo de ATCI pode ser abordado de acordo com quatro perspectivas de investigação (HERDMAN; FOX-RUSHBY; BADIA, 1997). A concepção intitulada *ingênua*, que fundamenta-se na tradução simples e informal do instrumento original. A *relativista* que consiste na inviabilização de instrumentos concebidos em outras culturas, alegando que somente os produzidos localmente devam ser utilizados. A abordagem *absolutista* refere que a cultura não interfere nos construtos que serão mensurados e que estes tem pouca variação em contextos distintos e por fim a *universalista* que adotaremos neste artigo, esta não assume inicialmente que os construtos são os mesmos em contextos e culturas diferentes. Nessa perspectiva, é importante investigar previamente, se o conceito que será estudado numa nova cultura existe, ou se na nova cultura ele é interpretado de forma correspondente, para posteriormente se estabelecer a equivalência transcultural (HERDMAN *et al.*, 1997; HERDMAN; RUSHBY FOX; BADIA, 1998; REGNAULT; HERDMAN, 2014).

### **Análise das equivalências do processo de ATCI**

Para avaliação do construto de interesse, utilizando um instrumento adaptado, é imperioso realizar o estudo das equivalências do instrumento que será utilizado. Segundo Salmond, (2008), equivalência é a correspondência entre pesquisadores que utilizam um mesmo instrumento de medida, devendo produzir resultados semelhantes. Para realização do processo de ATCI, várias etapas protocolares devem ser cumpridas e para cada uma dessas fases é necessária a avaliação dos diferentes tipos de equivalência, como: conceitual, itens, semântica e operacional. Vale ressaltar que as equivalências são alcançadas a partir da realização de passos inerentes a cada etapa do processo

(REICHENHEIM; MORAES, 2007).

A apreciação da equivalência conceitual é a primeira que deve ser realizada, pois é através dessa análise que são conhecidas as dimensões formadoras do construto. Esta, consiste na exploração do conceito de interesse, o que requer do pesquisador iniciar com uma imersão na teoria que deu suporte a construção do instrumento original e paralelamente avaliar a pertinência desses conceitos na nova cultura. Deve-se julgar os conceitos que compreendem as dimensões relacionadas ao construto em estudo e investigar se as dimensões do instrumento original são significativas na nova cultura, sistematizando assim, o mapa do construto. Outra estratégia, não menos importante, é investigar instrumentos que foram utilizados para medir o mesmo fenômeno e as suas propriedades psicométricas com o intuito de direcionar condutas do processo de ATCI (REICHENHEIM; MORAES, 2007).

A avaliação individual dos itens do instrumento adaptado, deve ser realizada inicialmente pelos pesquisadores envolvidos e posteriormente por um grupo de especialistas composto por profissionais que atuam na área de interesse e pela população alvo. Este, tem como intuito, arbitrar se os conceitos de interesse são relevantes na nova cultura e explorar se os itens do instrumento original alcançam as dimensões no contexto ao qual está sendo adaptado (HERDMAN; FOX-RUSHBY; BADIA, 1998). Se o item avaliado não medir a realidade da cultura que está sendo adaptado, este pode ser modificado ou removido do questionário. Porém, deve-se ter cautela, pois a inclusão ou retirada de itens pode interferir na validade de conteúdo e desempenho psicométrico do instrumento (REGNAULT; HERDMAN, 2015). (Figura 1)

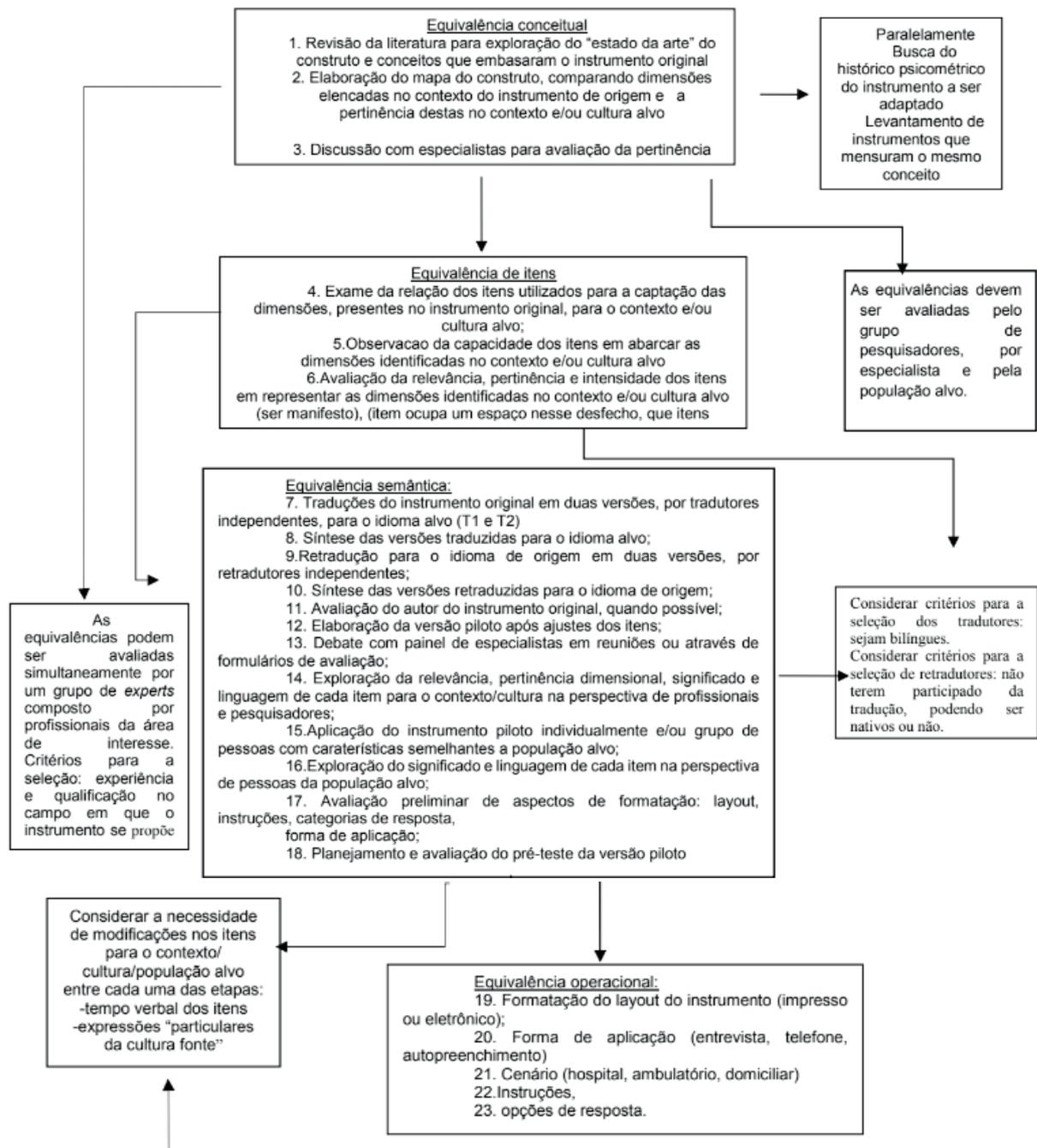


Figura 1 - Síntese dos aspectos sequenciais a serem considerados durante o processo de ATCI

Fonte:Elaborado pelos autores

A equivalência semântica é o processo de avaliação que consiste em transportar os significados dos conceitos que abarcam o instrumento original para a nova versão, permitindo assim, que cause efeito similar na população estudada em ambas as culturas, esta visa ainda, avaliar se a linguagem adotada nos itens permitem a compressibilidade pela população alvo (REICHENHEIM; MORAES, 2007).

A equivalência operacional consiste em apreciar se as características do instrumento adaptado podem influenciar no processo de aferição na cultura alvo. Neste sentido, o pesquisador deve conhecer detalhes que envolveram a logística de aplicação do instrumento original a fim de avaliar a viabilidade desse no novo contexto. Devem ser

considerados os aspectos como a formatação do instrumento, tipo de papel usado para impressão, formato eletrônico da apresentação dos itens, cenário de aplicação, modo de aplicação como entrevista face a face, autopreenchimento ou por telefone; alternativas para opção de resposta e as instruções para o respondente (HERDMAN; FOX-RUSHBY; BADIA, 1998).

E por fim, a equivalência de mensuração que tem como função explorar as propriedades psicométricas do instrumento traduzido, através dos procedimentos estatísticos; entretanto não será objeto de discussão nesse artigo para aproximação com a temática recomenda-se (REICHENHEIM; MORAES, 2007).

### **Etapas do processo de ATCI**

Com base na análise da literatura, apresenta-se a seguir a descrição das etapas a serem seguidas no processo ATCI a fim de que as equivalências sejam alcançadas e de nortear esse processo para outros investigadores interessados em adentrar nesta temática.

### **Elaboração do mapa do construto**

Nesse primeiro momento deve-se realizar-se revisão de literatura acerca do construto a ser estudado e do instrumento utilizado no processo de ATCI. É imprescindível que o instrumento aplicado seja apreciado no que concerne a fundamentação teórica utilizada para o seu desenvolvimento, assim como, suas propriedades psicométricas e seu histórico de utilização. Após essa exploração dos conceitos, elabora-se o mapa do construto com o intuito de avaliar se os itens realmente avaliam o fenômeno que se propõe (CASSEP-BORGES *et al.*, 2010; ALEXANDRE; COLLUCI, 2015).

Os itens que compõe o instrumento devem ser discutidos com os especialistas e realizado um estudo acerca do significado do construto para a população a ser estudada (REICHENHEIM; MORAES, 2007). Se necessário, pode-se realizar a inclusão de itens de acordo com a realidade da cultura onde o instrumento será utilizado. Caso algum item não corresponda ao contexto local, sugere-se o ajuste deste item para atividade equivalente no contexto alvo, pela possibilidade do surgimento de problemas nas análises psicométricas subsequentes caso um item seja excluído (CASSEP-BORGES *et al.*, 2010, REGNAULT; HERDMAN, 2015).

### **Tradução**

A segunda etapa do processo de adaptação transcultural, consiste, então, na tradução de um instrumento do idioma original para o idioma-alvo. Esse processo requer um tratamento equilibrado o qual considera os seguintes aspectos: linguísticos, culturais, contextuais, científicos sobre o construto a ser avaliado (WILD *et al.*, 2005; REICHENHEIM; MORAES, 2007; ALEXANDRE; COLLUCI, 2009).

Em consenso, alguns pesquisadores sugerem que para essa etapa ocorra, sejam

convocados tradutores bilíngues de forma independente para realizar a adequação dos itens do instrumento ao novo idioma (GUILLEMIN *et al.*, 1993; REICHENHEIM; MORAES, 2007). Recomenda-se hoje, a utilização de, no mínimo, duas versões da tradução do instrumento, realizados separadamente por tradutores diferentes a fim de se obter versões distintas possibilitando o aumento de chances para adequação linguística dos itens (CASSEP-BORGES *et al.*, 2010). Os tradutores devem ter pleno domínio em ambos os idiomas que serão trabalhados, ou seja, tanto no idioma de origem do instrumento como em sua língua materna (GUILLEMIN *et al.*, 1993; TROTTE, 2014).

Alguns autores sugerem que um dos tradutores disponha de alguma compreensão acerca do construto avaliado, assim poderá fornecer uma tradução com maior semelhança científica. Por outro lado, outros autores sugerem que os tradutores não estejam informados sobre os objetivos da tradução, assim tenderá a apresentar uma versão que retrate a linguagem utilizada pelas pessoas do contexto alvo (BEATON *et al.*, 2000).

### **Síntese**

A terceira etapa equivale à síntese das versões traduzidas, consiste no processo de resumo das duas versões do instrumento traduzido da língua original para o idioma-alvo. Tem como objetivo conseguir uma versão única da tradução, devendo ser realizada para cada item do instrumento (GUILLEMIN *et al.*, 1993). A síntese das versões traduzidas pode ser realizada pelos juízes, na área a que o instrumento se propõe a avaliar ou pelos pesquisadores responsáveis pela adaptação do instrumento. Sintetizar as versões de um instrumento, refere-se à comparação das diferentes traduções, avaliação das discrepâncias: semânticas, idiomáticas, conceituais, linguísticas e contextuais (CASSEP-BORGES *et al.*, 2010).

Nesse sentido, Borsa, Damásio e Bandeira (2012), consideram que a equivalência semântica avalia se as palavras têm o mesmo/diferentes significados e se existem erros gramaticais na tradução. Caso apresentem discrepâncias nesses aspectos, o comitê pode propor uma nova tradução mais adequada às características do instrumento e a realidade em que este será utilizado.

### **Tradução reversa – backtranslation**

Essa etapa é realizada por pelo menos dois tradutores bilíngues que possuam o idioma inglês como língua materna. Esses não devem ser os mesmos que realizaram a primeira tradução, o objetivo da tradução reversa ou *backtranslation* não deve ser a obtenção de uma equivalência literal dos itens mas deve constituir-se em uma estratégia para reconhecer palavras que não ficaram claras no idioma alvo, buscando-se assim, encontrar incoerências conceituais quando comparada ao instrumento original (GUILLEMIN *et al.*, 1993).

Desta forma, Trotte *et al.*, (2014), sugerem que a retradução também pode ser

realizada por dois tradutores; um com nacionalidade brasileira com fluência no inglês e outro nativo da língua inglesa.

## **Síntese**

A quinta etapa compreende uma nova síntese do instrumento que foi retraduzido, que objetiva avaliar a equivalência entre as duas versões traduzidas; obtendo-se uma única versão do instrumento. Essa avaliação deverá ser independente e cega em relação aos tradutores e retradutores, no qual o tradutor responsável pela síntese preferencialmente não deverá saber qual o instrumento é o original e qual é o retraduzido. Dessa avaliação, resultará a versão síntese da retradução. Dois significados linguísticos deverão ser levados em consideração: o primeiro refere-se à avaliação de equivalência entre o original e cada uma das retraduições, havendo o mesmo significado referencial (denotativo) de uma palavra no original e na respectiva tradução entende-se que existe uma correspondência literal entre elas. O segundo aspecto diz respeito ao significado geral (conotativo) de cada item do instrumento original que será comparado a cada item do instrumento traduzido no idioma-alvo. Essa correspondência entre os itens deve superar a literalidade das palavras, pois a mesma reação emocional ou afetiva pode ser evocada em diferentes culturas de formas distintas (REICHENHEIM; MORAES, 2007).

Uma vez obtida a versão única do instrumento em inglês essa será retraduzida para o português pelo mesmo tradutor que realizou a síntese da tradução reversa. A versão em português deve ser analisada pelos pesquisadores para identificar distorções na tradução e decidir sobre as melhores expressões a serem utilizadas para que se possa facilitar o entendimento pela população alvo; ainda nessa etapa, proceder-se adaptações necessárias e chegar-se a um consenso da versão final do instrumento na língua portuguesa (TROTTE *et al.*, 2014).

## **Avaliação pelo autor do instrumento original**

Neste estágio ocorrerá a análise do instrumento que está sendo adaptado pelo autor do documento original. Esta, tem como finalidade, comprovar se os itens têm em sua essência a mesma ideia conceitual que os itens originais (BORSA *et al.*, 2012).

## **Revisão por comitê de especialistas e público alvo**

A sétima etapa compreende a avaliação pelo comitê de juízes ou especialistas. Os especialistas avaliarão se os itens propostos pelo instrumento apresentam equivalência e grau de clareza, enquanto que o público alvo verificará se os itens são compreensíveis e se as expressões estão adequadas para sua realidade, ou seja, do público ao qual o instrumento se destina (REICHENHEIM; MORAES, 2007).

## **Comitê de especialistas na área temática**

Esse comitê deve avaliar a equivalência entre a versão traduzida e o instrumento

original em quatro aspectos a saber: a) equivalência semântica que avalia se as palavras tem o mesmo ou mais de um significado e se existem erros gramaticais na tradução; b) equivalência idiomática avalia se os itens de difícil tradução foram adaptados por uma expressão equivalente que não tenha mudado o significado cultural do item; c) equivalência experiencial (cultural) visa observar se determinado item do instrumento é aplicável em outra cultura e, se em caso negativo, deve ser substituído por item equivalente; d) equivalência conceitual procura avaliar se determinado termo ou expressão após tradução avalia o mesmo aspecto em diferentes culturas. Caso a versão traduzida apresente discrepâncias nesses aspectos, os juízes poderão propor uma nova tradução mais adequada às características do instrumento e a realidade em que este será utilizado (BORSA *et al.*, 2012).

Além disso, Herdman, Fox-Rushby, Badia (1997), recomenda a observação da equivalência operacional que tem como objetivo avaliar a adequação de aspectos do instrumento no contexto alvo como o *layout*, atentando-se para o tamanho e tipo de fonte utilizada, o tipo do papel e a disposição gráfica dos elementos visuais do instrumento.

### **Escolha do comitê de especialistas na área temática**

Outra etapa importante relacionada com a validade de conteúdo do instrumento é a escolha dos juízes. Nesse ponto, a literatura é controversa quanto ao número de profissionais necessários para a realização. Lynn (1986) recomenda um mínimo de cinco e o máximo de dez pessoas participando desse processo; já Haynes; Richard; Kubany (1995), indicam de seis a vinte sujeitos e Reichenheim; Moraes (2007), sugerem a participação de doze a vinte juízes.

Esse comitê pode ser composto por profissionais da área de saúde e especialistas no campo em que o instrumento se propõe a avaliar, professor de línguas, especialista da metodologia pelos tradutores envolvidos no processo. Dessa forma, um instrumento é considerado válido quando ele consegue avaliar realmente seu objetivo (ALEXANDRE; COLLUCI, 2009).

Outros autores sugerem que, entre os critérios já estabelecidos anteriormente na seleção dos especialistas (tais como titulação, anos de formado e área de atuação), a habilidade e a experiência clínica compreendem fatores preponderantes para o êxito no processo de avaliação criteriosa dos itens, o qual é capaz de oferecer informações que ampliem o universo de sugestões e críticas para os ajustes do instrumento (GUIMARÃES *et al.*, 2015).

A avaliação pelos especialistas pode ocorrer de forma qualitativa e quantitativa. A primeira verifica-se através do processo de validade de conteúdo do instrumento que está sendo adaptado, com a realização da equivalência conceitual e de itens e de forma quantitativa, por meio da aplicação do IVC (Índice de Validade Conteúdo) que se propõe a mensurar o grau de concordância dos itens pelos juízes (POLIT; BECK, 2018;

ALEXANDRE; COLLUCI, 2009).

O IVC, consiste em medir a proporção ou porcentagem de especialistas que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens. Permite analisar cada item individualmente e depois o instrumento como um todo (ALEXANDRE; COLLUCI, 2011).

Este método é utilizado para avaliar os critérios elencados pela equipe de pesquisa, como por exemplo, o grau de clareza e de equivalência dos itens. Os especialistas poderão avaliar aspectos do instrumento, ao responder questões como “qual o grau de equivalência deste item?”. Para esse tipo de avaliação pode ser utilizada uma escala do tipo Likert, a exemplo de 1= não equivalente, 2= pouco equivalente, 3= equivalente, 4= muito equivalente (ALEXANDRE; COLLUCI, 2011).

O escore do índice é calculado por meio da soma de concordância dos itens que receberam a graduação 3 ou 4 pelos especialistas dividido pelo número total de respostas. Os itens que foram discriminados com pontuação “1” ou “2” devem ser revistos ou excluídos. O IVC será considerado adequado acima de 0,78, conforme recomendam os autores para estudos com seis ou mais especialistas. O cálculo do IVC consiste na relação entre o número de resposta de alta concordância sobre o número total de juízes que opinaram (ALEXANDRE; COLLUCI, 2011).

### **Comitê de especialistas constituídos pela população alvo**

Posteriormente, a primeira versão do instrumento estará pronta para a próxima fase que consiste na avaliação por pessoas do público alvo. Esta tem como objetivo confirmar se os itens traduzidos são de fácil entendimento para eles. Em casos de não compreensão, deve-se substituir o item de difícil percepção por um sinônimo que melhor exemplifique o mesmo. Esta etapa pode ser realizada uma ou mais vezes a depender da necessidade e da complexidade do instrumento adaptado (CONTI *et al.*, 2010).

### **Pré-teste**

O pré-teste consiste na aplicação do instrumento piloto, que é a última etapa para a avaliação da versão do instrumento, após a revisão dos especialistas. Tem por finalidade, sobretudo, a identificação de problemas de ordem interpretativa. Nesse estágio, avalia-se a aceitabilidade, impacto emocional do instrumento, além do nível de compressão, clareza e deve-se efetuar possíveis ajustes (FERREIRA *et al.*, 2014; HERDMAN; FOX-RUSHBY; BADIA1997; OLIVEIRA *et al.*, 2016)

De acordo com Melo *et al.*, (2011), refere-se a esta etapa como testagem com a população e análise semântica, porém é pertinente elucidar que os termos utilizados são correlatos ao pré-teste.

A aplicação do pré-teste ocorre através do autopreenchimento do instrumento e/ou utilização do método da entrevista, porém deve-se atentar para as necessidades e

características da população alvo que será empregado o instrumento. Esta avaliação pode ser realizada mais de uma vez se necessário, pois o pré-teste em sua primeira aplicação pode não ser suficiente para captar todas as alterações que o instrumento precisa. Sugere-se que os itens sejam parafraseados pelos entrevistados, possibilitando o entrevistador anotar se os itens foram ou não compreendidos (HAYNES *et al.*, 1995; PAIXÃO *et al.*, 2007; REICHENHEIM; MORAES, 2007).

Esta etapa, deve ser realizada em uma pequena amostra do público que represente àquela população alvo o qual o instrumento se propõe, e pode ser efetuada de forma individual ou através da formação de grupos focais na qual, pode ser realizada quantas vezes forem necessárias (WILD *et al.*, 2005; REICHENHEIM; MORAES, 2007). É relevante também examinar se os itens permitem facilidade em sua compreensão, se as instruções são claras para os respondentes realizar a exploração do significado de cada item, através da realização de questionamentos abertos (PAIXÃO *et al.*, 2007; SAMPAIO; MORAES; REICHENHEIM, 2014).

Baseado na verificação desses resultados, serão observados os consensos e divergências acerca da compreensão dos itens e o instrumento será reavaliado, a partir das considerações realizadas pelos participantes e poderá, assim, ser executado pela equipe de pesquisadores. Os itens apontados pelos participantes, como extensos, ambíguos, complexos ou de difícil entendimento deverão ter a sua redação reformulada de maneira a melhorar a compreensão do instrumento adaptado (REICHENHEIM; MORAES, 2007).

Por fim, avalia-se a equivalência operacional, que consiste em estimar se as características do instrumento podem interferir no processo de aferição. Neste sentido, são levados em consideração alguns aspectos como: formato dos itens do instrumento, local de aplicação, técnica de aplicação (REICHENHEIM; MORAES, 2007; GJESRING; CAPLEHOM; CLAUSEN, 2010; SAMPAIO *et al.*, 2014).

#### **4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A discussão acerca do procedimento de ACTI para mensuração de fenômenos subjetivos é um processo rigoroso, complexo que tem sido utilizado com muita frequência no meio científico. Tal procedimento segue diversas etapas protocolares, sugeridas pelos autores referidos neste estudo. Essas etapas, muitas vezes, diferem na forma e sequência, todavia, há um consenso entre os pesquisadores de que estes não devem concentrar-se apenas na mera tradução dos itens, isoladamente, ou seja, sem atentar para outros aspectos, tais como: equivalência conceitual, de itens, semântica, operacional, validade das medidas e os enfoques psicométricos.

Ratifica-se, na literatura, que os instrumentos de mensuração que foram literalmente traduzidos, podem comprometer a fidedignidade e confiabilidade de seus resultados, uma vez que estes avaliam parcialmente aspectos referentes ao grau de equivalência

semântica entre a versão adaptada e a original. Neste trabalho, procuramos debater acerca das etapas para adaptação transcultural de instrumentos para medidas de fenômenos subjetivos, seguindo as diretrizes protocolares. Nessa perspectiva, apresentamos uma sequência metodológica das etapas do processo de adaptação transcultural que pode direcionar a realização e ampliação de estudos na área de saúde, propiciando assim, a utilização de ferramentas mais confiáveis e adequadas.

## REFERÊNCIAS

- ALEXANDRE, N. M. C.; COLLUCI, M. Z. O. Adaptação cultural de instrumento que avalia atividades do trabalho e sua relação com sintomas osteomusculares. **Rev. Acta. Paul. Enf**, v. 22, n. 2, p. 149-54, 2009.
- ALEXANDRE, N. M. C.; COLLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011.
- ALEXANDRE, N. M. C.; COLLUCI, M. Z. O.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 925-936, 2015.
- BEATON, D. E. *et al.* Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine**, v. 25, n. 24, p. 3186-319, 2000.
- BORSA, J. C.; DAMÁSIO, B. F.; BANDEIRA, D. R. Adaptação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. **Rev. Paidéia**, v. 22, n. 53, p. 423-432, 2012.
- CASSEP-BORGES, V.; BALBINOTTI, M. A. A.; TEODORO, M. L. M. Tradução e validação de conteúdo: uma proposta para a adaptação de instrumentos. **Interam. J. Psychol**, v. 43, p. 506-520, 2010.
- CONTI, M. A. Adaptação transcultural: tradução e validação de conteúdo para o idioma português do modelo da Tripartite Influence Scale de insatisfação corporal. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 3, p. 503-513, 2010.
- FERREIRA *et al.* Guia da AAOS/IWH: sugestões para adaptação transcultural de escalas. **Avaliação psicológica**, Itatiba, v. 13, n.3, p. 457-461, 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v13n3a18.pdf>. Acesso em: 19 fev 2020.
- GJESRING, L.; CAPLEHOM, J. R. M.; CLAUSEN, T. Cross cultural adaptation of research instruments: language, setting, time and statistical considerations. **BMC medical research methodology**, v. 10, n. 13, p. 2-10, 2010.
- GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **J Clin Epidemiol**, v. 46, n. 12, p. 1417-1432, 1993.
- GUIMARÃES, H. C. Q. C. P. *et al.* Experts for validation studies in nursing: new proposal and selection criteria. **Int J Nurs Knowl**, v. 27, n. 3, p. 130-135, 2015.
- HAYNES, S. N.; RICHARD, D. C. S.; KUBANY, E. S. Content validity in psychological assessment: a functional approach to concepts and methods. **Physical Assess**, v. 7, n. 3, p. 94-105, 1995.
- HERDMAN, M.; FOX-RUSHBY, J.; BADIA, X. Equivalence and the translation and adaptation of health-related quality of life questionnaires. **Quality of life research**, v. 6, p. 237-247, 1997.
- HERDMAN, M., RUSHBY-FOX, J., & BADIA, X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the Universalist approach. **Quality of Life Research**, v. 7, n. 4, p. 323-335, 1998.

LYNN, M. R. Determination and quantification of content validity. **Nurs Res**, v. 35, n. 6, p. 382-385, 1986.

MACHADO et al. Métodos de adaptação transcultural de instrumentos na área de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 39, s.l, 2018.

MELO, R. P. et al. Critérios de seleção de experts para estudos de validação de fenômenos em enfermagem. **Rev Rene**, v. 12, n. 2, p. 424-31, 2011.

MOKKINK, L. B. *et al.* The COSMIN checklist for evaluating the methodological quality of studies on measurement properties: a clarification of its content. **BMC Med Methodol**, v. 8, n. 3, 2015.

MOTA, D. C. F.; PIMENTA, C. A.M. Avaliação e mensuração de variáveis psicossociais: desafio para pesquisa e clínica de enfermagem. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**; v. 28, n. 3, p. 309-14, 2007.

OLIVEIRA, A. B. M.; BALARINI, F. B.; MARQUES, L. A. S. Adaptação transcultural de instrumentos de avaliação psicológica: levantamento dos estudos realizados no Brasil de 2000 a 2010. **Psico-USF**, v. 16, n. 3, p. 367-381, 2011.

OLIVEIRA, W. I. F. et al. Equivalência semântica, conceitual e de itens do Observable Indicators of Nurse Home Care Quality Instrument. **Ciênc Saúde Colet**, v. 21, n. 7, p. 2243-2256, 2016.

PAIXÃO, C. M. et al. Adaptação transcultural para o Brasil do instrumento Caregiver Abuse Screen (CASE) para detecção de violência de cuidadores contra idosos. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, 2p. 013-22, 2007.

PASQUALI, L. **Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. **Research in nursing & Health**, v. 29, n. 5, p. 489-497, 2018.

REGNAULT, A.; HERDMAN, M. Using quantitative methods within the Universalist model framework to explore the cross-culture equivalence of patient-reported outcome instruments. **Qual Life Res.**(2015); v. 10, n. 6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s111136-014-0722-8>. Acesso em: 12 de janeiro de 2020.

REGNAULT, A; HERDMAN, M. Using quantitative methods within the Universalist model framework to explore the cross-cultural equivalence of patient-reported outcome instruments. **Qual Life Res**, v. 24, 1p. 15-24, 2015.

REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n.4, p. 665- 73, 2007.

SAMPAIO, P. F.; MORAES, C. L.; REICHENHEIM, M. E. Equivalência conceitual, de itens, semântica e operacional da versão brasileira do EMBU para aferição das práticas educativas parentais em adolescentes. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 8, p. 1633-38, 2014.

TROTTE, L. A. C. *et al.* Adaptação transcultural para o português do End of Life Comfort questionnaire-Patient. **Rev Enferm**, v. 22, n. 4, p. 461-5, 2014.

WILD, D. *et al.* Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. **Value in Health**, v. 8, n. 2, p. 95-104, 2005.

## TECNOLOGIA ASSISTENCIAL PARA A APLICABILIDADE DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PROGRAMA HIPERDIA: UM ESTUDO DE VALIDAÇÃO

Data de aceite: 01/07/2020

### **Milena Farah Castanho Ferreira**

Centro Universitário Metropolitano da Amazônia  
(UNIFAMAZ), Faculdade de Enfermagem  
Belém – Pará

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1338900221464100>

### **Ana Paula Reis Antunes**

Centro Universitário Metropolitano da Amazônia  
(UNIFAMAZ), Faculdade de Enfermagem  
Belém – Pará

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7484859218358833>

### **Dilque do Socorro Fernandes de Oliveira**

Centro Universitário Metropolitano da Amazônia  
(UNIFAMAZ), Faculdade de Enfermagem  
Belém – Pará

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3092312179111770>

### **Thayse Sales de Azevedo**

Centro Universitário Metropolitano da Amazônia  
(UNIFAMAZ), Faculdade de Enfermagem  
Belém – Pará

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4865092991618002>

### **Leidiane Cardoso Quaresma**

Centro Universitário Metropolitano da Amazônia  
(UNIFAMAZ), Faculdade de Enfermagem  
Belém – Pará

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5954546035869559>

### **Susiane Martins Silva**

Centro Universitário Metropolitano da Amazônia  
(UNIFAMAZ), Faculdade de Enfermagem  
Belém – Pará

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2618061281091894>

### **Larysse Caldas de Oliveira**

Centro Universitário Metropolitano da Amazônia  
(UNIFAMAZ), Faculdade de Enfermagem  
Belém – Pará

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1571230387240250>

### **Eimar Neri de Oliveira Junior**

Centro Universitário Metropolitano da Amazônia  
(UNIFAMAZ), Faculdade de Enfermagem  
Belém – Pará

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2929359372586736>

### **Luana Conceição Cunha**

Centro Universitário Metropolitano da Amazônia  
(UNIFAMAZ), Faculdade de Enfermagem  
Belém – Pará

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0489706237882138>

### **Virgínia Mercês Lara Pessoa Oliveira**

Centro Universitário Metropolitano da Amazônia  
(UNIFAMAZ), Faculdade de Enfermagem  
Belém – Pará

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7501448764212568>

### **Daniele Melo Sardinha**

Instituto Evandro Chagas (IEC), Seção de  
Bacteriologia e Micologia (SABMI)  
Ananindeua – Pará

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6248252725091430>

### **Gabriel Fazzi Costa**

Centro Universitário Metropolitano da Amazônia  
(UNIFAMAZ), Faculdade de Enfermagem  
Belém – Pará

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8292429600236339>

**RESUMO: Objetivo:** Verificar a validade de uma Tecnologia Assistencial (TA) para aplicabilidade da Sistematização da Assistência de Enfermagem no programa Hiperdia. **Metodologia:** estudo metodológico com abordagem quanti-qualitativa, realizado em uma Instituição de Ensino Superior privada de Belém/PA com docentes e preceptores que compõem o quadro de funcionários da instituição, no período de abril e maio de 2018. Utilizou-se a validade de conteúdo pelo percentual de concordância superior a 70% entre os juízes para cada bloco analisado e índice de validade de conteúdo. A análise de dados foi feita através da estatística descritiva e Análise de Conteúdo Temático de Bardin. **Resultados:** Participaram da pesquisa 12 juízes. A avaliação foi realizada por itens divididos em três blocos: objetivos da TA; estrutura e apresentação; e relevância da TA. Das considerações feitas pelos juízes emergiram três categorias temáticas: Inclusão de itens no histórico de enfermagem; Inclusão de itens na prescrição de enfermagem; e Adequação da TA/Informações mais objetivas. **Discussão:** Constatou-se que a TA alcançou o grau de significância, não há dúvidas quanto à melhoria assistencial proporcionada pelas inovações tecnológicas, assim como é inquestionável a importância do preparo profissional, do oferecimento de recursos adequados e da preservação do cuidado acolhedor e humanizado para que tal processo seja consolidado de maneira eficaz. **Conclusão:** a implementação do novo instrumento colabora para o aperfeiçoamento da prática assistencial no Serviço. O presente estudo teve o intuito de validar a TA, porém será realizado estudos futuros para a aplicabilidade desta. Contudo, este trabalho pode proporcionar novas perspectivas de cuidado e promoção da saúde, como também contribui para novas pesquisas relacionadas ao desenvolvimento de tecnologias assistenciais direcionadas para a Atenção Primária em Saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Tecnologia; Atenção Primária à Saúde; Hipertensão Arterial Sistêmica; Diabetes Mellitus; Processo de Enfermagem.

## CARE TECHNOLOGY FOR THE APPLICABILITY OF THE SYSTEMATIZATION OF NURSING CARE IN THE HIPERDIA PROGRAM: A VALIDATION STUDY

**ABSTRACT: Objective:** To verify the validity of a Care Technology (CT) for the applicability of the Systematization of Nursing Care in the Hiperdia program. **Methodology:** Methodological study with quantitative-qualitative approach, carried out in a private Higher Education Institution in Belém/PA with teachers and preceptors who make up the institution's staff, in the period of April and May 2018. Content validity was used by the percentage of agreement higher than 70% among the judges for each analyzed block and content validity index. Data analysis was performed through descriptive statistics and Bardin's Thematic Content Analysis. **Results:** Twelve judges participated in the study. The evaluation was performed by items divided into three blocks: Objectives of the CT; Structure and presentation; Relevance of the CT. From the considerations made by the judges emerged three thematic categories: Inclusion of items in the nursing history; Inclusion of items in the nursing prescription; e Adequacy of the CT/More objective information. **Discussion:** It was found that CT has reached the degree of significance,

there is no doubt about the improvement provided by technological innovations, as well as the importance of professional preparation, the provision of resources preservation of welcoming and humanized care so that such a process is effectively consolidated. **Conclusion:** The implementation of the new instrument contributes to the improvement of care practice in the Service. The present study aimed to validate the CT, but future studies will be conducted to applicability of the same. However, this work can provide new perspectives of care and health promotion, as well as contribute to new research related to the development of care technologies directed to Primary Health Care.

**KEYWORDS:** Technology; Primary Health Care; Systemic Arterial Hypertension; Diabetes Mellitus; Nursing Process.

## 1 | INTRODUÇÃO

Na história da civilização, a tecnologia e o cuidado em enfermagem estão fortemente relacionados, conduzindo a ideia de que a enfermagem caminha na direção certa quando incorpora o uso das tecnologias no seu processo de trabalho. É por meio da fundamentação científica do cuidado em enfermagem que houve o reconhecimento da expressão tecnológica do cuidado, tanto como processo, quanto como produto (BIDÔ, et al., 2016).

As tecnologias podem ser classificadas, dentre diversas formas, como leves, leve-duras e duras. As leves são as tecnologias de relações como o acolhimento, o vínculo, a autonomização, a gestão como forma de orientar processos; as leve-duras são os saberes estruturados como a clínica, a epidemiologia, a psiquiatria, o Taylorismo, o Fayolismo; e as tecnologias duras são os equipamentos, as normas e as estruturas organizacionais (ABREU; AMENDOLA; TROVO, 2017).

Aponta-se que a assistência à saúde dentro do processo de trabalho, sempre esteve voltada para a produção, nesse sentido, as tecnologias leves, que têm como premissa produzir relações de reciprocidade e de interação, tornam-se indispensáveis à efetivação do cuidado, como demarcado na teoria (SOUZA, et al., 2014).

Deve-se ressaltar que no contexto atual do cuidado em saúde, as tecnologias leves se apresentam como proposta de mudança de paradigma que possibilita atender a realidade vigente no que tange as relações entre equipe de saúde e usuários dos serviços, destacando-se como elementos significativos de rearticulação entre a prática profissional e as necessidades de saúde da população (TORRES, et al., 2018).

Evidencia-se nessa década, que a Enfermagem proporciona diversos instrumentos que auxiliam no processo de cuidado, dentre esses destacam-se as tecnologias, que se permitem cada vez mais ser desenvolvidas e especializadas por todos aqueles profissionais motivados para uma melhoria na assistência à saúde. Desta maneira, o enfermeiro precisa buscar a construção do seu próprio desenvolvimento, que esteja

relacionado com a qualidade de vida, a maneira de administrar a saúde, a enfermidade e os problemas daí decorrentes (FERREIRA, et al., 2018).

Atualmente, observam-se intensas e consecutivas transformações na sociedade, destacando-se o rápido crescimento da utilização das tecnologias, que estão cada vez mais à disposição dos profissionais da saúde e usuários, e que se apresentam de vários tipos, tais como: tecnologias educacionais, tecnologias gerenciais e tecnologias assistenciais. Vive-se em uma era tecnológica onde, por vezes, a percepção do termo tecnologia ainda tem sido utilizada de forma errônea e equivocada, pois a ainda se associa tecnologia com a ideia de um produto ou equipamento (GIRARD, et al., 2018).

Esta outra forma de classificação, divide as tecnologias em educacionais, gerenciais e assistenciais. As Tecnologias Gerenciais (TG) caracterizam-se pela sua aplicação nos recursos humanos e materiais, proporciona aos profissionais e clientela interação, disposição para escutar e falar (NIETSCHE, et al., 2005). As Tecnologias Educacionais (TE) abrangem um agrupamento organizado de conhecimentos científicos que oferecem o planejamento, a execução, o controle e o acompanhamento do processo educacional formal e informal, no qual o educador é um mediador no processo de ensino. As TE possibilitam ao educador estilos inovadores para trocar conhecimentos com o educando, auxiliando o aprendizado e contribuindo para o avanço educacional (NASCIMENTO; TEIXEIRA, 2018).

Já as Tecnologias Assistenciais (TA), podem ser compreendidas como aquelas que incluem a construção de um conhecimento técnico-científico resultante de investigações, aplicações de teorias e da experiência cotidiana dos profissionais e clientela, constituindo-se, portanto, em um conjunto de ações sistematizadas, processuais e instrumentais para a prestação de uma assistência qualificada ao ser humano em todas as suas dimensões. A TA possibilita dimensões interacionais permitindo aos profissionais a utilização dos sentidos para a escolha e a realização da assistência permitindo (re)encontrar a sensibilidade, a solidariedade, o amor, a ética e o respeito de si e do outro (a clientela) (NIETSCHE, et al., 2012).

Aponta-se a Sistematização da Assistência de Enfermagem como um instrumento metodológico ativo e inovador primordial para nortear a prática da enfermagem. Permitindo ainda para o enfermeiro, aplicar seus conhecimentos técnico-científicos na prática assistencial, o que oferece uma assistência particularizada, constante e com qualidade (ALENCAR, et al., 2018).

O processo de enfermagem encontra-se organizado em cinco etapas: coleta de dados de enfermagem (anamnese e exame físico), diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma ferramenta que contribui para organizar, sistematizar e realizar o cuidado embasado nos princípios do método científico, oferecendo maior segurança e melhor qualidade na assistência e tem por objetivo prestar assistência ao

ser humano na sua totalidade, por meio de ações específicas de promoção, prevenção, recuperação e a reabilitação de saúde do indivíduo, família e comunidade (TANNURE; PINHEIRO, 2015).

No contexto brasileiro, a Atenção Primária à Saúde (APS) conta, atualmente, com diversos programas elaborados pelo Ministério da Saúde, dentre eles o Hiperdia, criado em 2002, e que oferece além do cadastramento de Hipertensos e Diabéticos, como também o acompanhamento, recebimento de medicamentos prescritos e a caracterização do perfil epidemiológico dessa população, desencadeando, assim estratégias de saúde pública que objetivam a superação do quadro atual com a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas e a redução de custo social (FERREIRA, et al., 2019).

Em virtude da magnitude dessas doenças crônicas e das mudanças no estilo de vida imposta aos pacientes, o cuidado de enfermagem deve ser pautado em ações assistenciais, educativas e de gerenciamento, visando à adesão ao tratamento e melhoria da qualidade de vida. A Enfermagem enquanto ciência, arte e tecnologia, preocupa-se com o cuidado humano nas dimensões individual e coletiva, pautada no compromisso social com as necessidades de saúde da população. Nessa perspectiva, tem desenvolvido teorias para fundamentar o cuidado (MOURA, 2014).

Assim, o objetivo deste estudo foi validar uma tecnologia assistencial para aplicabilidade da Sistematização da Assistência de Enfermagem no programa Hiperdia, conhecer os fatores envolvidos no processo de validação e analisar o processo de avaliação dos juízes que sustentarão a validação da tecnologia assistencial para aplicabilidade da SAE.

## 2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo metodológico com abordagem quanti-qualitativa. A pesquisa metodológica oferece instrumentos e refere-se a investigações dos métodos de obtenção e organização de dados e condução de pesquisas rigorosas, que tratam do desenvolvimento, da validação e da avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa. Para a validação utilizou-se a validade de conteúdo pelo percentual de concordância entre os juízes, que deve ser superiora 70% para cada bloco analisado, e pelo índice de validade de conteúdo (IVC) (POLIT; BECK, 2019).

A pesquisa quantitativa se embasa no pensamento positivista lógico, enfatizando-se o raciocínio dedutivo, atributos mensuráveis da experiência humana e as regras da lógica, diferenciando-se da pesquisa qualitativa, pois seus resultados podem ser quantificados centrando-se na objetividade e considerando que a realidade só pode ser compreendida com base na análise de dados brutos, recolhidos com auxílio de instrumentos padronizados e neutros (MARCONI; LAKATOS, 2017). Enquanto a pesquisa qualitativa aborda um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e

atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2016).

A pesquisa foi realizada em uma Instituição de Ensino Superior privada de Belém-PA, com docentes e preceptores do curso de enfermagem, no período de abril e maio de 2018. Adotou-se como critérios de inclusão, atuação de no mínimo 2 anos como docentes em disciplinas que envolvessem a Atenção Primária à Saúde e Sistematização da Assistência de Enfermagem e ser Especialista, Mestre ou Doutor com expertise voltada para APS e/ou SAE. Ser membro integrante do corpo docente da mesma instituição que ocorreu a pesquisa. O pedagogo e comunicador social escolheu-se envolvendo apenas o critério de titulação. Todos os juízes aceitaram o convite para participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os critérios de exclusão foram docentes que não aceitassem participar da pesquisa ou que estivessem de férias ou licença.

Cumpriu-se as disposições regulamentadoras da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) para pesquisa com seres humanos, sendo o projeto de pesquisa deferido pelo Comitê de Ética da Faculdade Metropolitana da Amazônia - FAMAZ, com o Parecer de nº 86138318.0.0000.5701.

Utilizou-se para a análise dos dados dois métodos, a parte quantitativa, em analisou-se através de estatística descritiva que agrupou as pontuações atribuídas a cada pergunta fechada, aplicando métodos estatísticos simples como mediana, média aritmética, moda e representada através de gráficos.

Percebe-se que, quando há muitos dados (o que acontece nas sondagens e estudos de opinião) necessita-se tornar essa informação manejável para que seja possível comparar e relacionar, a estatística descritiva é o instrumento que permite concentrar e reduzir essa informação e representá-las através de gráficos (GUEDES, et al., 2015).

Para a análise qualitativa, optou-se pela Análise de Conteúdo Temático de Bardin (ACTB), cujo objetivo é compreender o sentido das comunicações e suas significações explícitas e/ou ocultas. A análise de conteúdo resume-se a um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 2016).

Define-se a análise de conteúdo como um conjunto de procedimentos sistemáticos que implicam na determinação de tais procedimentos, dessa forma proporciona-se segurança ao pesquisador no caminho da pesquisa, ao mesmo tempo em que permite a replicabilidade da técnica, possibilitando a comparação entre resultados de diferentes estudos (CARLOMAGNO; ROCHA, 2016).

Por motivos éticos, as identidades dos juízes especialistas foram mantidas no anonimato e, portanto, codificadas da seguinte forma: A1, A2, A3... A11 e A12.

### 3 | RESULTADOS

Participaram do estudo 12 juízes entre docentes e preceptores do curso de enfermagem, pedagogo e comunicador social. No que tange a análise dos dados quantitativos, definiu-se 3 itens oriundos das avaliações dos juízes, sendo eles: Quanto os objetivos da Tecnologia Assistencial (TA); quanto a estrutura e apresentação e a quanto a relevância da TA. Cada item divide-se em subitens com alternativas de resposta fechadas entre elas, caracterizado como adequado, parcialmente adequado e inadequado.

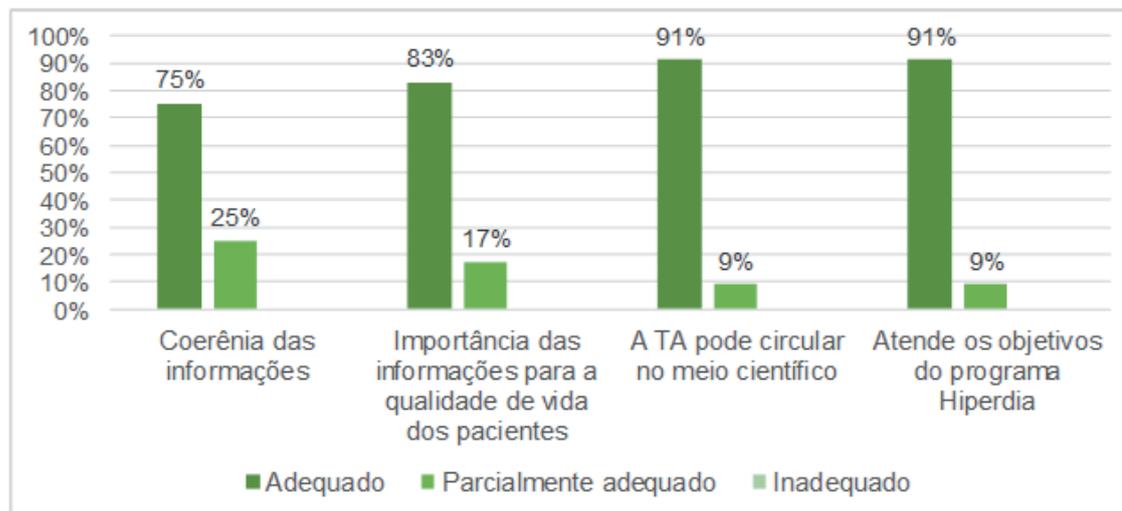


Figura 1 – Quanto aos objetivos da tecnologia.

A figura 1 refere-se quanto aos objetivos da TA, relacionando-se ao seu propósito e metas que se deseja atingir com a sua utilização. Após a avaliação dos juízes e suas respectivas respostas em cada subitem se observa que dos 4 subitens avaliados, a maioria dos juízes responderam que a tecnologia atende os objetivos proposto pela mesma. No primeiro subitem sinaliza quanto à coerência das informações no qual 75% dos juízes julgaram que a TA está adequada, 25% parcialmente adequada e 0% inadequada, no próximo subitem analisaram a importância das informações para a qualidade de vida dos pacientes que obteve 83% adequado para os juízes, 17% parcialmente adequado e 0% inadequado, na opinião dos juízes em relação a TA poder circular no meio científico 91% responderam que está adequada enquanto que 9% respondeu que está parcialmente adequada e 0% inadequado.

Quando se questiona em relação a TA atender os objetivos do programa Hiperdia 91% responderam que estão adequadas, 9% parcialmente adequada e 0% inadequado.

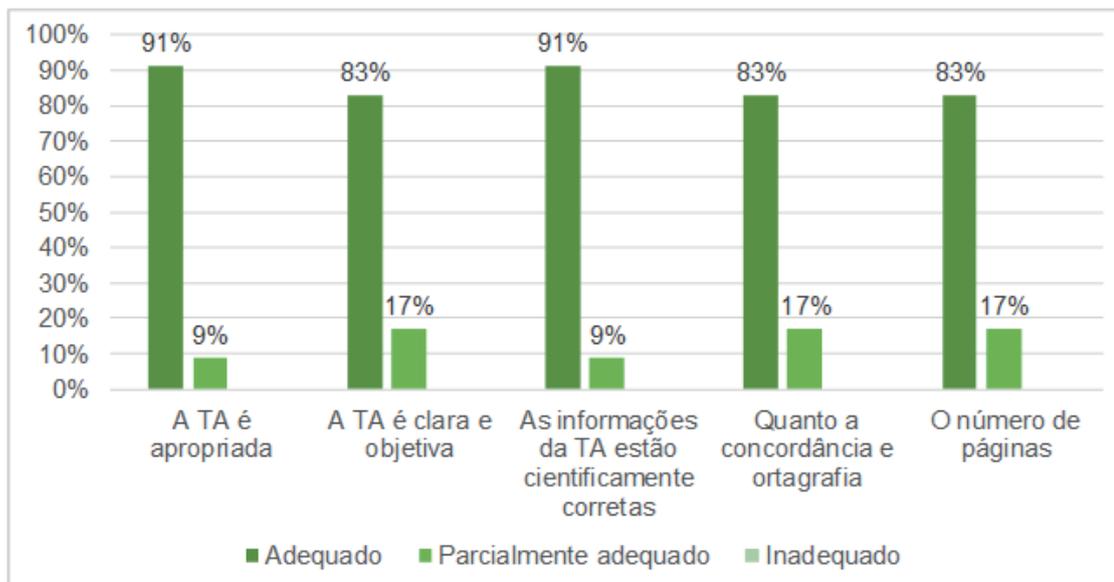


Figura 2 – Quanto à estrutura e apresentação da TA.

Analisou-se na figura 2 quanto à estrutura e a apresentação da TA, ressaltando-se sua organização geral estratégia de apresentação, coerência e formatação. Esse item divide-se em cinco subitens sendo o primeiro se a TA é apropriada 91% dos juízes respondeu como adequado, 9% como parcialmente adequado e 0% inadequado, o segundo subitem perguntou quanto a clareza e objetividade da TA, 83% responderam que está adequado, 17% como parcialmente adequada e 0% inadequada. No terceiro subitem analisou-se se as informações contidas na TA estão cientificamente corretas, 91% afirmaram que está adequada, 9% parcialmente adequado e 0% inadequado. O quarto e quinto subitem examinou-se quanto à concordância e ortografia e o número de páginas, respectivamente, 83% dos juízes afirmaram-se que a TA está adequada, 17% como parcialmente adequada e 0% inadequada.

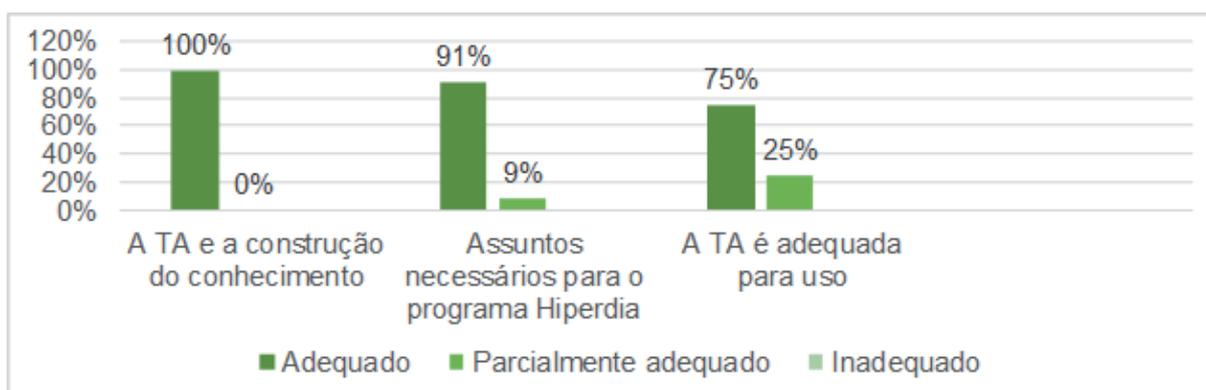


Figura 3 – Destaca quanto à relevância da TA.

Apresenta-se na figura 3 quanto à relevância da TA para os profissionais em que usarão a tecnologia como um instrumento para o seu serviço. Foram analisados três

subitens, quanto a TA e a construção do conhecimento com 100% das respostas dos juízes como adequado, 91% dos juízes avaliaram como adequados os assuntos necessários para o programa Hiperdia, 9% como parcialmente adequado e 0 % inadequado. Por fim, quando questionados se a TA estava adequada para uso, 75 % afirmaram estar adequada, 25% avaliaram como parcialmente adequada e 0% inadequada.

Seguiu-se o exposto na metodologia quanto definiu-se a análise de conteúdo de Bardin, para a análise qualitativa. Dessa forma no intuito de organiza-se melhor as informações das sugestões apresentadas pelos juízes, estabeleceu-se três categorias temáticas, geradas a partir das respostas subjetivas emanadas dos participantes: Inclusão de itens no histórico de enfermagem; Inclusão de itens na Prescrição de enfermagem; Adequação da TA/informações mais objetivas. As categorias são descritas a seguir:

### **Categoria 1: Inclusão de itens no histórico de enfermagem**

Evidenciou-se de acordo com as respostas obtidas dos juízes especialistas, a necessidade de inclusão de alguns itens no histórico, conforme as falas descritas nos trechos abaixo:

“Achei interessante o trabalho, porém faço algumas ressalvas, no histórico de enfermagem senti falta de alguns dados bem como reside com quantas pessoas, se mora perto da UMS (A1)”.

“No histórico de enfermagem, na parte de identificação, vocês poderiam acrescentar o item, como prefere ser chamado (A5)”.

“Acho importante inserir no histórico de enfermagem se o paciente utiliza alguma medicação de uso contínuo (A6)”.

“Senti falta de alguns itens, como o número do cartão SUS, um espaço para colocar que medicamentos que está sendo utilizado (A9)”.

### **Categoria 2: Inclusão de itens na prescrição de enfermagem**

Mostrou-se nessa categoria, diante das respostas, a necessidade de incluir alguns itens na prescrição de enfermagem, podendo observar nas falas a seguir:

“É muito importante vocês colocarem na prescrição de enfermagem, encaminhar para o serviço de nutrição, pois esses pacientes do Hiperdia nem sempre tem uma alimentação adequada (A1)”.

“Alguns pacientes utilizam insulina, coloquem na prescrição de enfermagem a orientação quanto à administração correta da insulina (A4)”.

“Sugiro que a prescrição de enfermagem seja de acordo com seu respectivo Diagnóstico de Enfermagem (A6)”.

### **Categoria 3: Adequação da TA/Informações mais objetivas**

Sugeriu-se nessa categoria por alguns juízes, a possibilidade de diminuir o tamanho

da TA em números de páginas, pelo fato de considerem extenso, retirando algumas informações que torne repetitivas e tornando a tecnologia cansativa para o serviço do enfermeiro.

“Embora o instrumento esteja totalmente coerente para aplicação da SAE no hiperdia, sugiro que para aplicação seja resumido facilitando o trabalho do enfermeiro, devido ao grande número de pacientes atendidos ao dia (A7)”.

“Precisa reduzir o número de informações, pois está extensa a tecnologia (A8)”.

“Sugiro que vocês reduzam o formulário, pois esta extensa. Além disso, tem algumas informações repetidas e outras não relevantes (A9)”.

“Este é o instrumento mais complexo que você tem está bem estruturada, falta apenas uma organização de posição de pergunta, correção de concordâncias e retirar alguns itens que se tornaram repetitivo (A11)”.

**Enfatiza-se que alguns juízes destacam que a tecnologia está bem elaborada e não precisa de ajustes, sendo de fácil interpretação e adequando-se aos objetivos do programa Hiperdia, como mostra as falas a seguir:**

“Muito bem elaborada para atuação do enfermeiro na Atenção Básica em Saúde (A2)”.

“O instrumento está dentro dos padrões do Hiperdia, não necessita de ajustes (A3)”.

“Muito boa a tecnologia, fiz algumas considerações para acrescentar no conteúdo (A4)”.

“Gostei do que vocês me apresentaram (A5)”.

“De maneira geral, o instrumento está objetivo (A9)”.

“O material está adequado ao profissional (A10)”.

“Está de fácil interpretação e bem elaborado (A12)”.

## **4 | DISCUSSÃO**

Permitiu-se no presente estudo promover reflexões relevantes sobre uma temática pouco explorada na literatura, visto que a validação de uma tecnologia assistencial para aplicabilidade da SAE no programa Hiperdia representa-se uma inovação e um grande desafio.

Observou-se quanto os objetivos da tecnologia, uma concordância entre os juízes, reforçando-se em sua maioria que a tecnologia está apta a circular no meio científico, em que se atende os objetivos do programa Hiperdia e proporciona informações pertinentes para a melhor qualidade de vida dos pacientes de forma coerente.

Avaliou-se a estrutura e apresentação da TA, e definiu-se estar apropriada, quanto à clareza e objetividade, informações cientificamente corretas, concordância e ortografia

e número de páginas. Item por item foi analisado e, como se observa nas figuras, a sua maioria se encontra de acordo com a TA, já que a tecnologia não deve chegar inapropriada ao público alvo.

Quanto à relevância da TA, os juízes mostraram-se satisfeitos pela iniciativa da temática em questão e pela TA, por engrandecer o trabalho do enfermeiro no programa Hiperdia, de maneira que a avaliação dos juízes superou o esperado.

Compreende-se que a visão de tecnologia em enfermagem ainda é um desafio para uma profissão cujo foco é o indivíduo. Portanto enfatiza-se, que a tecnologia não pode ser entendida como um paradigma de cuidado contrário ao humano, mas, principalmente, um agente e objeto em função da pessoa humana. A tecnologia pode ser um fator que humaniza, mesmo nas áreas mais tecnologicamente intensas de cuidado em saúde (NASCIMENTO; TEIXEIRA, 2018).

Comprovou-se na análise quantitativa de todos os itens percentuais de concordância entre os blocos, nesse aspecto, deduz-se que a tecnologia alcançou o grau de significância, não há dúvidas quanto à melhoria assistencial proporcionada pelas inovações tecnológicas, assim como é inquestionável a importância do preparo profissional, do oferecimento de recursos adequados e da preservação do cuidado acolhedor e humanizado para que tal processo seja consolidado de maneira eficaz (FERREIRA, et al., 2018).

Destaca-se que todo o conteúdo do instrumento foi debatido item a item, com espaço para colocação de todos os argumentos sobre o assunto, com troca de opiniões entre os participantes, até o direcionamento de propostas de modificações, inclusões e supressões aos itens. Como no histórico de enfermagem e na prescrição de enfermagem que se sugeriram inclusão de itens importantes, como a complementação dos dados socioeconômicos e da identificação do paciente a fim de deixar a TA o mais completa possível. Visto que a identificação dos pacientes completa é de suma importância para a melhor qualidade de vida dos pacientes a fim de atender aos objetivos do programa Hiperdia.

Sabe-se que para uma melhor assistência através da SAE, necessita-se obter todas as informações necessárias, como histórico de saúde, familiar, socioeconômico e condições de moradia, pois são fatores que direta ou indiretamente influenciam no processo de saúde-doença, desta maneira enfatiza-se a importância de uma eficiente coleta de dados para o histórico de Enfermagem no programa Hiperdia. Assim proporciona-se para o enfermeiro a identificação dos problemas de enfermagem de maneira holística, favorecendo uma assistência de qualidade (SILVA, et al., 2017).

Nota-se que os juízes destacam alguns pontos específicos que poderiam estar sendo registrados de forma dupla na TA, uma constatação foi feita, julgando o instrumento muito longo, para os juízes o profissional poderia se cansar durante o preenchimento dada a grande demanda de atendimento no programa Hiperdia. Corrobora-se com esse posicionamento um estudo de revisão, enfatizando-se que a implantação da SAE na APS é

importante para melhoria da assistência ao usuário/família na busca de um olhar holístico e integral do enfermeiro sobre a comunidade a qual ele está atuando, uma vez que esse cuidado é diferenciado das demais áreas por ser contínuo, sendo este um desafio a ser enfrentado por este profissional (BARROS; PEREIRA, 2016).

Todos os juízes fizeram uma avaliação positiva da tecnologia analisada, avaliando sua elaboração e linguagem de fácil compreensão, contribuindo na agilidade do serviço do enfermeiro. Possibilita-se através da linguagem adequada e de fácil compreensão a melhor efetividade na comunicação entre os profissionais, assim proporcionando-se uma assistência de qualidade, pois a comunicação efetiva na área da saúde é essencial desenvolver um serviço adequado para o cliente (VALLE, et al., 2015).

Evidencia-se que os enfermeiros que utilizam o processo de enfermagem em sua assistência na APS, apresentam maior cobertura em todos os serviços de promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos, melhores indicadores de controle da condição de saúde do usuário, e, conseqüentemente menos gastos com o consumo de medicamentos, se comparado aos enfermeiros que planejaram e executaram suas intervenções sem o auxílio do processo de enfermagem (RIVAS, et al., 2016).

Entende-se tecnologia, de forma mais ampliada, como resultante de processos experimentais de pesquisa e cotidianos, que vão ao encontro do desenvolvimento de conhecimentos científicos tanto para a construção de produtos tangíveis quanto para provocar intervenções para a prática em si (ações) (RITTER, et al., 2014).

Demonstrou-se na análise qualitativa de todos os comentários/sugestões que os juízes consideraram a TA como adequada para uso, mas fizeram suas contribuições no sentido de melhorar a TA.

## 5 | CONCLUSÃO

Verificou-se no presente estudo, a validação de uma tecnologia assistencial para a aplicabilidade da SAE no programa Hiperdia, constatou-se que, por se tratar de uma proposta inovadora, a qual se reveste de complexidade, por seguir os passos do método científico, além das normas e regras às quais a validação deve ser submetida, esse trabalho provoca nos profissionais distintas opiniões a seu respeito, embora a maioria tenha manifestado que concorda com a forma com a qual veio conduzido o seu desenvolvimento, em muitos dos aspectos analisados.

Possibilitou-se com a participação dos juízes uma adequação do conteúdo, contribuiu-se com sugestões a partir de suas experiências profissionais, sendo de grande importância para o aperfeiçoamento da TA. Evidenciou-se em todas as opiniões, críticas construtivas, levando em consideração e adequações da TA de forma clara e objetiva, pois a realização dessa etapa foi importante para o aperfeiçoamento da tecnologia, permitindo abranger

fatores importantes que não haviam sido considerados inicialmente.

Entende-se, com a conclusão desse estudo, que a implementação do novo instrumento pode colaborar para o aperfeiçoamento da prática assistencial no serviço. Estudos futuros para a aplicabilidade da tecnologia assistencial desenvolvida deverão ser desenvolvidos para mensurar seus impactos no cotidiano. Para o meio científico, esse estudo propõe novas perspectivas de cuidado e promoção da saúde, assim como serve para contribuir para novas pesquisas relacionadas ao desenvolvimento de tecnologias assistenciais direcionadas para a Atenção Primária em Saúde.

## REFERÊNCIAS

ABREU, T. F. K. D.; AMENDOLA, F.; TROVO, M. M. **Tecnologias relacionais como instrumentos para o cuidado na Estratégia Saúde da Família**. Rev Bras Enferm, v. 70, n. 5, p. 1032–1041, set/out. 2017.

ALENCAR, I. G. M. et al. **Implementation and Implantation of the Systematization of Nursing Assistance**. J Nurs UFPE line, v. 12, n. 4, p. 8–12, abr. 2018.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016. 281 p.

BARROS, A. P. M.; PEREIRA, F. G. **Aplicabilidade da sistematização da assistência de enfermagem na Estratégia de Saúde da Família: uma revisão bibliográfica**. Rev Eltron Gest Saud, v. 7, n. 1, p. 388–406. 2016.

BIDÔ, E. L. et al. **Reflexões sobre a assistência de enfermagem humanizada e a tecnologia usada na unidade de terapia intensiva**. Rev Conex Eletrôn, v. 13, n. 1, p. 1–11, jan/dez. 2016.

CARLOMAGNO, M. C.; ROCHA, L. C. **Como criar e classificar categorias para fazer análise de conteúdo: uma questão metodológica**. Rev Eltron Cien Polit, v. 7, n. 1, p. 173–188, jan. 2016.

FERREIRA, E. A. et al. **Abandonment of anti-hypertensive treatment in elderly: knowing its conditioners**. J Nurs UFPE line, v. 13, n. 1, p. 118–125, jan. 2019.

FERREIRA, M. F. C. et al. **Construction of care technology for applicability of the systematization of nursing care in primary health care in the prenatal program**. Int J Dev Res, v. 8, n. 12, p. 24947–24952, dez. 2018.

GIRARD, G. P. et al. **Production of educational technology about systemic arterial hypertension**. Int J Dev Res, v. 8, n. 12, p. 24853–24856, dez. 2018.

GUEDES, T. A. et al. **Estatística descritiva. Projeto de ensino aprender fazendo estatística [Internet]**. Maringá: Universidade Estadual de Maringá, Departamento de Estatística. Disponível em: <[http://www.des.uem.br/projetos/Estatistica\\_Descritiva.pdf](http://www.des.uem.br/projetos/Estatistica_Descritiva.pdf)>.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 8 ed. São Paulo: Editora Atlas, 2017. 310 p.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2016. 96 p.

MOURA, D. J. M. et al. **Sistematização da assistência de enfermagem fundamentada na CIPE® e na teoria da adaptação em hipertensos**. Rev eletrônica enferm, v. 16, n. 4, p. 710–709, out/dez. 2014.

NASCIMENTO, M. H. M.; TEIXEIRA, E. **Educational technology to mediate care of the “kangaroo family” in the neonatal unit.** *Rev Bras Enferm*, v. 71, supl. 3, p. 1290-1297. 2018.

NIETSCHE, E. A. et al. **Tecnologias educacionais, assistenciais e gerenciais: uma reflexão a partir da concepção dos docentes de enfermagem.** *Rev Latino-am Enferm*, v. 13, n. 3, p. 344–353, maio/jun. 2005.

NIETSCHE, E. A. et al. **Innovative Technologies of Nursing Care.** *Rev Enferm UFSM*, v. 2, n. 1, p. 182–189, jan/abr. 2012.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de Evidências para a prática da enfermagem.** 9 ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2019. 280 p.

RITTER, C. B. et al. **Grupo como tecnologia assistencial para o trabalho em enfermagem na saúde coletiva.** *Saúde e Transform Soc*, v. 5, n. 3, p. 83–90, 2014.

RIVAS, F. J. P. et al. **Effectiveness of Nursing Process Use in Primary Care.** *Int J Nurs Knowl*, v. 27, n. 1, p. 43–48, jan. 2016.

SILVA, C. S. et al. **Caracterização da Consulta de Enfermagem na Atenção à Pessoa com Hipertensão e Diabetes.** *Rev Port Saúde e Soc*, v. 2, n. 1, p. 347–362. 2017.

SOUZA, V. B. **Soft Technologies in Health to Potentize the Quality of Care to Pregnant Women.** *J Nurs UFPE* line, v. 8, n. 5, p. 1388–1393, maio. 2014

TANNURE, M. C.; PINHEIRO, A. M. **SAE – Sistematização da assistência de enfermagem: guia prático.** 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015. 491 p.

TORRES, G. M. C. et al. **The use of soft technologies in the care of hypertensive patients in Family Health Strategy.** *Esc Anna Nery Rev Enferm*, v. 22, n. 3, p. 1–8, jun. 2018.

VALLE, W. A. C. et al. **Nursing consultation - a restructuring strategy of the program hiperdia.** *J Nurs UFPE* line, v. 9, n. 6, p. 8155-8164, jun. 2015.

## ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM QUANTO AO USO DE DROGAS NA ADOLESCÊNCIA

*Data de aceite: 01/07/2020*

### **Wendrews Miguel Gaio da Silva**

Discente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estácio de Sá-UNESA-Campus Macaé-RJ. Brasil. E-mail: wendrews.mgs@gmail.com

### **Kamilla Vicente da Cunha**

Discente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estácio de Sá-UNESA-Campus Macaé-RJ. Brasil. E-mail: kamilla.vicente@hotmail.com

### **Laura Souto Manhães R. Carvalho**

Discente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estácio de Sá-UNESA-Campus Macaé-RJ. Brasil. E-mail: laurasoutom@hotmail.com

### **Ana Cláudia Moreira Monteiro**

Professora Dr<sup>a</sup> em Enfermagem, Docente do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estácio de Sá-UNESA-Campus Macaé-RJ. Brasil. E-mail: ana-burguesa@hotmail.com;

**RESUMO:** Foi realizada uma pesquisa qualitativa e foi utilizado o método descritivo-exploratório. O objetivo geral foi analisar o papel do enfermeiro na prevenção e assistência ao adolescente usuário de drogas e como a educação em saúde assume um caráter profilático nesse contexto. A técnica utilizada

para coleta de dados foi a revisão bibliográfica integrativa. Os critérios de inclusão foram artigos disponíveis na íntegra, em Português e Inglês, disponíveis online e gratuitamente, no período de 2009 a 2019. E os critérios de exclusão foram artigos inacessíveis ou repetidos e artigos que não abordavam a temática da pesquisa. As bases de dados selecionadas para a busca dos artigos científicos foram o ADOLEC, LILACS e BDENF. Os resultados evidenciaram três categorias: I) a importância da inserção da equipe multidisciplinar na assistência ao adolescente para a prevenção do uso de drogas (categoria que possibilitou analisar como ocorre a implantação da equipe multidisciplinar nos serviços de saúde, compreendendo a real necessidade do adolescente); II) a relevância da saúde mental diante da vulnerabilidade na fase da adolescência (essa categoria objetivou analisar como a saúde mental é importante para a qualidade de vida do adolescente); e III) a necessidade da educação em saúde por profissionais de enfermagem destinada aos adolescentes (objetivou-se analisar como a educação em saúde assume caráter profilático quanto ao uso de drogas). Nota-se que o índice de usuários de drogas na adolescência se encontra em constante crescimento devido à deficiência do conhecimento no assunto.

Tal fator, quando associado ao contexto social contribui para que o adolescente venha a experimentar tais substâncias. Concluiu-se que há necessidade de práticas preventivas, utilizando didáticas lúdicas, que se interliguem com a realidade do público alvo, possibilitando a compreensão dos malefícios causados pelas drogas e seus fatores de risco, associando tal abordagem ao atendimento multidisciplinar, humanizado e com profissionais qualificados, capazes de compreender os aspectos éticos e legais desse trabalho.

**PALAVRAS-CHAVE:** Adolescente; Drogas; Enfermagem.

**ABSTRACT:** A qualitative research was carried out, with descriptive-exploratory method. The general objective was to analyze the role of nurses in the prevention and care of adolescent drug users and how health education assumes a prophylactic character in this context. The technique used for data collection was the literature review. Inclusion criteria were articles available in full, in Portuguese and English, available online for free, in the period 2009-2019. And the exclusion criteria were inaccessible or repeated articles and articles that did not address the research theme. The databases selected for the search of scientific articles were ADOLEC, LILACS and BDEF. The results showed three categories: I) the importance of inserting a multidisciplinary team in adolescent care for the prevention of drug use (this category made it possible to analyze how the implementation of the multidisciplinary team in health services occurs, understanding the real need of adolescents; II) the relevance of mental health in face of vulnerability in adolescence (this category aimed to analyze how mental health is important for adolescent quality of life); and III) The need for health education by nursing professionals aimed at adolescents (aimed to analyze how health education assumes prophylactic character regarding drug use). It is noted that the rate of drug users in adolescence is constantly growing due to knowledge deficiency. This factor, associated with the social context contributes to the adolescent experimenting with such substances. It was concluded that there is a need for preventive practices, using playful didactics, which are interconnected with the reality of the target audience, enabling the understanding of the harm caused by drugs and their risk factors, associating such approach to multidisciplinary, humanized care and qualified professionals, able to understand the ethical and legal aspects.

**KEYWORDS:** Adolescent; Drugs; Nursery.

## INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a adolescência ocorre no período de 10 a 19 anos, podendo variar entre os diferentes países. De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), no Brasil a adolescência é definida como a faixa etária do adolescente o período dos 12 aos 18 anos de idade (TAVARES et al, 2017).

A adolescência é uma das fases mais difíceis da vida humana, em que ocorrem transições e descobertas sobre o mundo e sobre si mesmo, além da busca pela adaptação em assumir comportamentos diante de situações complexas que são impostas aos

adolescentes, que estão entre a infância e a idade adulta (TAVARES et al, 2017).

O uso de drogas é cada vez mais comum entre os jovens, já que, em seu processo de desenvolvimento, os adolescentes tendem a experimentar tais substâncias apresentadas pela sociedade como uma forma de sentirem sensações diferentes, serem aceitos em grupos de amigos, para alívio de emoções desagradáveis ou devido à baixa autoestima. (BRASIL, 2017).

Pressupõe-se que tal fator está interligado com vertentes culturais específicas de determinada nação, constituindo uma prática complexa e abundante de oposições e experiências. A sociedade assume caráter duvidoso e desconexo frente à consumação de tais substâncias, possibilitando a aparição de resistência quanto a execução de medidas profiláticas no uso de drogas. (BRASIL, 2017)

Acredita-se que a incidência quanto ao uso de drogas tende a decair consideravelmente quando associada à educação em saúde, pois com as orientações realizadas sobre os efeitos adversos presentes nestas substâncias, esclarecem os usuários em relação aos malefícios do uso de drogas. (WONG, 2014).

Evidencia-se que a tecnologia em geral, se insere em uma dimensão determinante para o desenvolvimento das demandas sociais, acarretando circunstâncias de riscos por serem capazes de induzir os jovens a práticas como o bullying. (WONG, 2014).

Devido à dificuldade de passar por todas essas mudanças sociais, biológicas e psicológicas, um grande número de adolescentes assume riscos posicionando-se contrários às normas sociais e usando as drogas lícitas e ilícitas como uma “fuga da realidade” (TAVARES et al, 2017).

Alguns fatores favoráveis ao uso de drogas por jovens são: os pais já serem usuários, a violência doméstica e/ou social, o *bullying*, a oscilação de humor devido à fase de transição de infância para adolescência, a busca pela autoestima, a independência familiar e a pressão de grupos de amigos e a necessidade de serem aceitos por eles (ALBUQUERQUE, et al, 2015; BERNARDY; OLIVEIRA, 2012; TAVARES et al, 2017).

Levando em consideração que o uso dessas substâncias ocorre cada vez mais cedo, é importante e necessário que os adolescentes saibam das reais consequências e das grandes chances de gerar a dependência (ZEITOUNE, et al, 2012).

Quando questionados sobre as drogas, os adolescentes respondem de forma vaga, sem se aprofundarem no assunto, porém mesmo tendo ciência sobre seus possíveis malefícios, as drogas permanecem sendo vistas de forma comum entre eles. Considerando esses fatos, nota-se a real necessidade do trabalho de intervenção da enfermagem em favor dos adolescentes, para orientá-los e informá-los sobre o consumo de drogas e as consequências para sua saúde e vida perante a sociedade (ZEITOUNE, et al, 2012).

O enfermeiro não deve assimilar o jovem como portador de uma imperfeição moral, sendo inviável praticar rejeição ou prejulgamento; o enfermeiro deve estar bem informado quanto às drogas mais utilizadas pelos adolescentes, aos efeitos de tais substâncias, e às

possíveis complicações, além de precisar também conhecer também as leis municipais, serviços judiciários e conselhos tutelares para possível encaminhamento (BRASIL, 2017).

É notável que o papel dos enfermeiros nas ações de educação em saúde é de extrema importância, dessa forma houve a necessidade da criação do Programa Saúde na Escola (PSE), que propõe ações integradas entre o Ministério da Saúde e da Educação, que possibilita o cuidado em amplo aspecto (prevenção, promoção e atenção) (SILVA, et al, 2014).

O profissional de enfermagem, se insere no cenário escolar com atividades pedagógicas, assistenciais e dinâmicas, contribuindo com o vínculo entre saúde e escola, buscando auxiliar no processo de desenvolvimento e situações que possam surtir na fase da adolescência (SILVA, et al, 2014)

Teve como objeto de estudo as atribuições do enfermeiro na prevenção e na assistência mediante ao uso de drogas na adolescência, e como questão norteadora a abordagem da enfermagem no uso de drogas na adolescência. Como objetivo, compreender como a educação em saúde atua na profilaxia de possíveis patologias causadas pelo uso de drogas e descrever o papel do enfermeiro sobre os fatores de risco para o uso de drogas na adolescência.

## **METODOLOGIA**

Este estudo com delineamento de pesquisa qualitativa com caráter descritivo – exploratório, do tipo revisão integrativa iniciada em fevereiro de 2019 tem como linha de pesquisa O cuidado no processo saúde – doença na área predominante de Enfermagem em Saúde da Criança e do Adolescente.

A estratégia para a seleção dos estudos foi a busca de publicações na plataforma BVS, onde procedeu-se a pesquisa com os seguintes descritores: “Adolescente”, “Enfermagem” e “Drogas”. Por meio dessa pesquisa, foram selecionadas as bases de dados: LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), ADOLEC (Biblioteca Virtual em Saúde do Adolescente) e BDEFN (Biblioteca de Enfermagem). Essas bases foram escolhidas por apresentarem um quantitativo maior de artigos científicos.

Foram utilizados como critérios de inclusão: intervalo temporal de 12 anos (2007 a 2019), artigos na íntegra e artigos em português e inglês. Dentro dos critérios de exclusão temos: artigos que não se enquadravam na temática, artigos indisponíveis na íntegra, artigos fora do recorte temporal e artigos fora dos idiomas português e inglês.

Os seguintes cruzamentos foram realizados: 1) Adolescente e Drogas, 2) Adolescente e Enfermagem, 3) Enfermagem e Drogas, 4) Enfermagem e Drogas e Adolescente. No primeiro cruzamento foi possível localizar 188 artigos, sendo 103 na base LILACS, 80 na ADOLEC e 5 na BDEFN. No segundo cruzamento 488 artigos, sendo 196 na base

LILACS, 107 na ADOLEC e 196 na BDEF. No terceiro cruzamento 36 artigos, sendo 22 na base LILACS e 14 na BDEF. Não foi possível localizar artigos no quarto cruzamento.

Totalizou-se 723 artigos para análise final. Foi adotada como estratégia para seleção, leitura dos títulos e dos resumos. Quando tais recursos não eram suficientes procedeu-se a leitura na íntegra.

Foram excluídos 592 artigos, que não eram pertinentes à temática da pesquisa, sendo assim, não respondiam ao objetivo geral do estudo. Houve a duplicidade de 116 artigos nas bases de dados consultadas. Deste modo esta amostra foi composta por 15 artigos.

A fim de promover uma compreensão eficaz da estratégia de triagem, foi confeccionado um fluxograma (FIGURA 1) demonstrando como se estabeleceu a escolha dos artigos que integraram esta revisão integrativa.

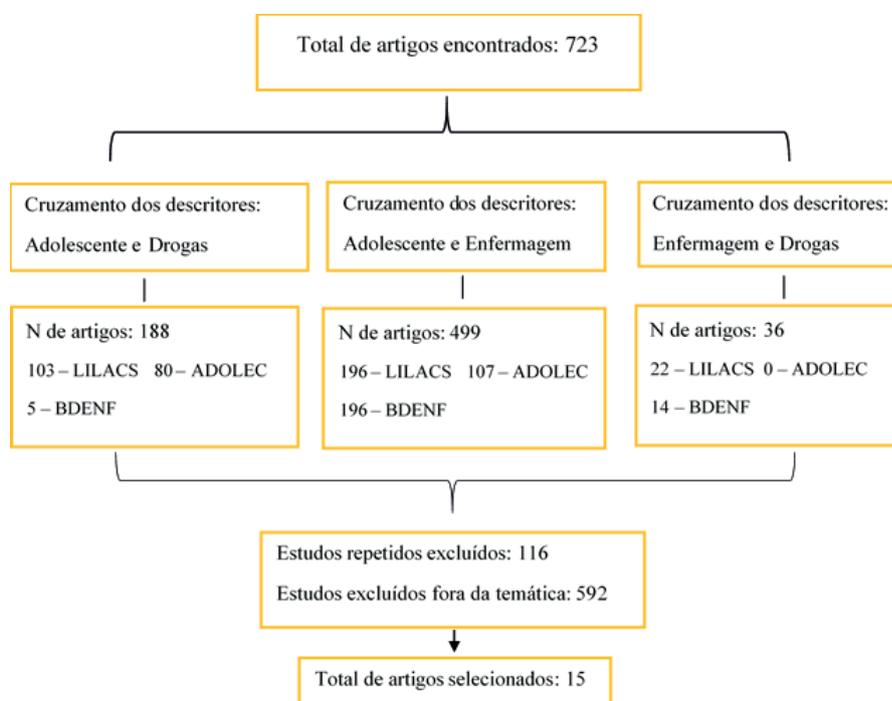


Figura 1: Fluxograma da busca dos artigos nas bases de dados.  
(Elaboração própria, dados da pesquisa, 2019)

## RESULTADOS

Para melhor visualização quanto aos estudos que compuseram esta amostra, foi elaborado um quadro (QUADRO 1).

TÍTULO	PRINCIPAIS ACHADOS	AUTORES	ANO	BASE
<b>1 - Desafios da Intersetorialidade na Implementação de Programa de Prevenção ao Uso Abusivo de Drogas.</b>	O objetivo desse estudo foi conhecer as percepções dos profissionais e gestores da saúde e educação sobre os desafios da articulação intersetorial para a implantação de um programa de prevenção ao uso de drogas.	Peres, Girlane Mayara; Schneider, Daniela Ribeiro; Grigolo, Tania Maris.	2017	LILACS
<b>2 - Ansiedade e consumo de substâncias psicoativas em adolescentes.</b>	O objetivo desse estudo foi relacionar ansiedade e consumo de substâncias psicoativas em adolescentes da cidade de Maceió, Alagoas. A pesquisa apontou a necessidade da realização de projetos de prevenção de drogas e promoção de saúde que visem aumentar a reflexão sobre o estilo de vida e a ansiedade.	Lopes, Andressa Pereira; Rezende, Manuel Morgado.	2013	LILACS
<b>3 - Efeitos das drogas lícitas e ilícitas na percepção de adolescentes: uma abordagem de enfermagem.</b>	O objetivo desse estudo foi discutir os efeitos do uso de drogas lícitas e ilícitas, segundo a percepção de adolescentes. Os resultados mostraram que os adolescentes relacionaram o consumo de drogas com alterações comportamentais, entrada na criminalidade, falta de perspectiva e problemas de saúde e familiares. Eles ainda têm insuficiência de conhecimentos sobre as implicações do uso de drogas, concluindo assim que a educação em saúde é primordial, pois oportuniza a discussão e a reflexão da temática com adolescentes.	Helaine, Silva Da Silveira, Et Al.	2013	BDEF
<b>4 - Prevalência do tabagismo entre escolares de Florianópolis, SC, Brasil e as contribuições da enfermagem.</b>	O objetivo desse estudo foi realizar uma análise quanto a prevalência do tabagismo entre escolares do ensino fundamental e médio. Sendo algumas variáveis: idade, iniciação ao cigarro, nível de conhecimento sobre o tema, dentre outras. A análise da prevalência proporcionou uma caracterização dos fatores associados, subsidiando uma prevenção mais efetiva da enfermagem e sua inserção nas escolas.	Cordeiro, Elke Annegret Krezschmar; Kupek, Emil; Martini, Jussara Gue.	2010	BDEF
<b>5 - Integralidade e o fenômeno das drogas: um desafio para enfermeira(o)s</b>	A integralidade na atenção à saúde deve levar em conta as dimensões biológica, psicológica e social, estando a assistência à pessoa usuária de drogas nesse contexto. Este ensaio tem como objetivo refletir sobre as possibilidades de atuação da(o)s enfermeira(o)s na atenção à pessoa usuária de álcool e outras drogas na perspectiva da Integralidade. As reflexões estão embasadas no conceito desse princípio e nas diretrizes das políticas governamentais implementadas para a atenção às pessoas usuárias de drogas.	Rodrigues, Andréia Silva, Et Al;	2012	BDEF
<b>6 - Sofrimento psíquico em adolescentes que vivenciam alteração da dinâmica familiar em consequência do alcoolismo</b>	O objetivo desse estudo foi investigar o impacto do alcoolismo na dinâmica familiar, avaliando a coesão e adaptabilidade das famílias quanto aos fatores de risco para sofrimento psíquico em adolescentes. Adolescentes que convivem com familiares alcoolistas apresentam sofrimento psíquico, ainda que convivam em contextos classificados como funcionais com médio risco para o adoecimento mental familiar.	PEREIRA, Vagna Cristina Leite Da Silva Et Al	2015	LILACS
<b>7 - Necessidades de cuidados de adolescentes usuários de drogas segundo seus familiares</b>	Objetivo de compreender a necessidade de cuidado expressa por familiares do adolescente usuário de álcool e substâncias psicoativas. Método: pesquisa descritiva de abordagem qualitativa realizada com seis familiares de adolescentes usuários de álcool e outras drogas e que foram hospitalizados para tratamento, no noroeste do estado do Paraná. Conclusão: é urgente a necessidade de profissionais apoiarem os familiares, oferecendo orientações efetivas e acompanhamento tanto do adolescente quanto da família.	Brischiliari, Adriano; Rochabrischiliari, Sheila Cristina; Marcon, Sonia	2016	LILACS

<p><b>8 - Perfil sociodemográfico da adolescente em situação de rua: análise das condições socioculturais</b></p>	<p>Esse estudo teve como objetivo analisar o perfil sócio-econômico-demográfico de mulheres adolescentes em situação de rua, na perspectiva das condições socioculturais. Concluiu-se que a longa história de afastamento do convívio familiar indica a dimensão do esgarçamento dos laços familiares, fornecendo indícios das precariedades econômicas e psicoafetivas e da necessidade de intervenções preventivas.</p>	<p>PENNA, Luci Helena Garcia Et Al</p>	<p>2017</p>	<p>BDEF</p>
<p><b>9 - Construções ideológicas em práticas educativas de enfermagem com adolescentes.</b></p>	<p>Esse estudo teve como objetivo compreender a base ideológica presente nas práticas de enfermeiros com educação em saúde voltada para adolescentes. Compreender as ações de educação em saúde com adolescentes em uma perspectiva que ultrapassa o ato de fazer para compreensão ideológica de como se constitui esse fazer e como essa relação educativa está constituída, pode apontar caminhos que direcionem e determinem as vivências educativas atuais, desvelando, assim, constituintes do próprio enfermeiro enquanto educador.</p>	<p>COELHO, Manuela De Menonça Figueirêdo Et Al</p>	<p>2016</p>	<p>BDEF</p>
<p><b>10 - Relato de experiência da vivência de acadêmicas de enfermagem no Programa Saúde e Prevenção nas Escolas</b></p>	<p>Esse estudo teve como objetivo relatar a experiência de acadêmicas de enfermagem no Programa Saúde e Prevenção nas Escolas desenvolvido com alunos da 5a à 8a série do ensino fundamental. A vivência com os adolescentes propiciou reflexões sobre a forma de abordagem dos temas, a necessidade da estruturação social em que os adolescentes estão inseridos e a participação da família na vida cotidiana deles.</p>	<p>VELTEN, Ana Paula Costa Et Al</p>	<p>2010</p>	<p>BDEF</p>
<p><b>11 - Condições de produção do discurso de enfermeiros na prática educativa com adolescentes</b></p>	<p>Objetivou-se compreender as condições de produção de discurso que subsidiam as enunciações de enfermeiros na prática de educação em saúde com adolescentes. Concluiu-se que a constituição imaginária que mantém a abordagem educativa tradicional delinea as condições de produção de discurso de enfermeiros que educam.</p>	<p>COELHO, Manuela De Mendonça Figueirêdo Et Al</p>	<p>2015</p>	<p>BDEF</p>
<p><b>12 - Educação em saúde com adolescentes acerca do uso de álcool e outras drogas.</b></p>	<p>O estudo objetivou descrever uma estratégia educativa em saúde acerca do uso de álcool e outras drogas junto a um grupo de adolescentes. Concluiu-se que é importante destacar que o enfermeiro, como promotor de saúde, e o mesmo deve estar mais presente no ambiente escolar, de forma a promover uma maior interação da escola com o setor saúde, sensibilizando assim os sujeitos para as causas e as consequências do uso das drogas</p>	<p>PEDROSA, Samyla Citó, Et Al</p>	<p>2015</p>	<p>BDEF</p>
<p><b>13-Vulnerabilidades e acesso em saúde na adolescência na perspectiva dos pais.</b></p>	<p>O objetivo do trabalho foi analisar a percepção de pais sobre vulnerabilidades e necessidades de acesso em saúde na adolescência no município de Contagem/ Minas Gerais. Apesar de priorizarem a consulta médica e odontológica, mencionaram a importância da enfermagem no acesso às ações de saúde na adolescência, como à vacinação, grupos educativos e avaliação do crescimento/ desenvolvimento dos adolescentes.</p>	<p>REIS, Dener Carlos Dos Et Al</p>	<p>2014</p>	<p>ADOLEC</p>
<p><b>14 - Uso socializado de álcool por adolescentes ofensores: um enfoque fundamentado nas necessidades humanas.</b></p>	<p>O objetivo do trabalho foi levantar considerações básicas sobre necessidades humanas na área da saúde, procurando afunilar a perspectiva no prisma específico da Enfermagem, e trazê-las ao centro da discussão sobre a saúde mental do adolescente ofensor usuário de álcool. Essa tarefa abrangiu uma discussão sobre necessidades específicas concebidas em ambiente grupal delinquente, uma crítica a políticas que priorizam a coerção sobre adolescentes ofensores e uma análise do papel que o enfermeiro pode desempenhar no âmbito da delinquência juvenil.</p>	<p>DANDREA, Gustavo; VENTURA, Carla Aparecida Arena; COSTA JUNIOR, Moacyr Lobo Da</p>	<p>2012</p>	<p>ADOLEC</p>

<b>15 -</b> Vulnerabilidades à saúde na adolescência: condições socioeconômicas, redes sociais, drogas e violência.	Objetivo de analisar as vulnerabilidades à saúde na adolescência, associadas às condições socioeconômicas, redes sociais, drogas e violência, na perspectiva de escolares. Demonstra a necessidade de intensificar ações educativas, nas quais a enfermagem desempenha papel fundamental, visando desenvolver competências cognitivas, afetivas e sociais que favoreçam melhor posicionamento dos adolescentes frente às questões de vulnerabilidades à saúde.	REIS, Dener Carlos Dos Et Al	2013	ADOLEC
--	--	---------------------------------	------	--------

Quadro 1: Artigos utilizados da BVS (LILACS, BDEF e ADOLEC)

Elaboração Propria,2019

## DISCUSSÃO

Através da leitura dos artigos anteriormente mencionados, foram identificados três eixos discursivos categóricos: (1) A importância da inserção da equipe multidisciplinar na assistência ao adolescente para a prevenção do uso de drogas; (2) A relevância da saúde mental diante da vulnerabilidade na fase da adolescência; e (3) A necessidade da educação em saúde por profissionais de enfermagem destinada aos adolescentes.

### **Categoria 1: A importância da inserção da equipe multidisciplinar na assistência ao adolescente para a prevenção do uso de drogas**

Essa categoria objetivou analisar como ocorre a implantação da equipe multidisciplinar nos serviços de saúde, de acordo com seu nível de competência específico, em prol da assistência de forma integrada, compreendendo a real necessidade do adolescente.

No artigo 1 observou-se que se faz necessário a superação de um modelo assistencial que assuma um caráter curativo, evidenciando a urgência de uma ampliação na concepção de saúde, sendo possível, compreender e incluir diferentes níveis de ação: promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. É de suma importância, a aproximação da Equipe de Saúde à escolas; tal fator é demonstrado pelas implementações de diálogos intersetoriais por meio de políticas e de programas nativos nos municípios, como o PSE (Programa Saúde na Escola) (PERES; SCHNEIDER; GRIGOLO, 2017).

O programa supramencionado, é de grande relevância, tendo em vista que o mesmo visa facilitar a articulação das equipes de saúde da Atenção Básica e dos educadores das escolas de um mesmo território, possibilitando a inserção de ações que visem a prevenção de riscos e promoção de saúde (PERES; SCHNEIDER; GRIGOLO, 2017).

O artigo 5 demonstrou a importância de revelar as circunstâncias do fenômeno das drogas perante à sociedade de acordo com padrões orientadores de políticas e ações em saúde e identificar a importância na qual esse assunto acomete aos enfermeiros, percebendo a real dificuldade, consentindo a esses profissionais, a integração com a equipe interdisciplinar, assim construindo maneiras eficazes de promoção, prevenção e intervenções de danos (RODRIGUES, et al 2012).

O artigo 11 enfatiza a necessidade de medidas de promoção, prevenção e assistência em saúde no PSE, assim como de atendimentos psicossociais e clínicos direcionados às crianças e aos adolescentes. Essas medidas são necessárias para a prevenção do uso de drogas, prevenção à violência, à saúde sexual e reprodutiva e em relação a nutrição desses jovens (COELHO et al, 2015).

No artigo 13 observou-se a importância da integração entre a unidade de saúde e a escola local para abordar a temática sobre a vulnerabilidade dos adolescentes fora do espaço domiciliar. É de extrema relevância a participação de educadores, profissionais de saúde, pais e adolescentes, ao abordar essa temática através de ações sistemáticas e colaborativas. Além disso, é necessário fortalecer esse debate juntamente com os serviços de segurança, a promotoria pública da infância e juventude os e conselhos tutelares (REIS, et al 2014).

De acordo com os artigos que foram anteriormente citados nessa categoria, percebemos que a interdisciplinaridade possibilita uma assistência de forma integral, compreendendo desde a prevenção até a intervenção. É notório que, através da interligação das equipes, será possível distinguir o nível da assistência a ser prestada, para que se alcance os melhores resultados para os jovens.

## **Categoria 2: A relevância da saúde mental diante da vulnerabilidade na fase da adolescência**

Essa categoria objetivou analisar como a saúde mental é importante para a qualidade de vida do adolescente, ajudando os mesmos na compreensão de situações vivenciadas em seus cotidianos e minimizando os conflitos que são característicos dessa fase.

O artigo 7 retrata a necessidade de orientações dos profissionais de saúde aos adolescentes usuários ou dependentes de drogas para garantir melhores resultados no tratamento, estendendo as orientações aos familiares, os incentivando a participar desse processo e entendendo as necessidades desses jovens; isso tudo deve ser feito através de um vínculo entre os profissionais, o adolescente e a família (BRISCHILIARI; ROCHA-BRISCHILIARI; MARCON 2016).

É de imensa importância estender o tratamento ao domicílio, já que muitas vezes a qualidade dos serviços de saúde aos adolescentes usuários de drogas pode ser precária, já que essa faixa etária tem necessidades diferentes dos adultos. É interessante uma atenção adequada à saúde mental, especialmente para esses jovens que estão em uma fase de vulnerabilidade, levando em consideração a realidade de cada um deles, oferecendo uma atenção integral e humanizada (BRISCHILIARI; ROCHA-BRISCHILIARI; MARCON 2016).

O artigo 2 descreve como a ansiedade e o estresse podem ser fatores motivadores para o abuso de álcool e drogas. Como a fase da adolescência é um período com novas adaptações (dentre elas a escolha da profissão, o vestibular e os anseios quanto ao

futuro), os jovens precisam enfrentar realidades diferentes das que vivenciaram até então, o que causa uma ansiedade nos mesmos. A ansiedade se trata de um sentimento normal em qualquer idade, porém segundo o artigo, torna-se patológica quando é uma resposta inadequada a determinado estímulo, em virtude de sua intensidade e duração (REZENDE; LOPES, 2013).

No artigo 6 observou-se que o fator mais alarmante, capaz de originar distúrbios mentais, ocorre pelo fato do convívio social com pessoas usuárias de álcool. O princípio da abordagem deve ocorrer no meio familiar, tendo em vista, que é o cenário vital do amadurecimento psicossocial. O fato de associar o uso de substâncias no ciclo de relacionamentos, acarreta danos à condição de saúde daqueles que convivem com o usuário, podendo ocasionar um sofrimento psíquico (PEREIRA, et al, 2015).

O sofrimento supracitado, compreende eventos de inadaptação à experiências difíceis na vida, e de falhas no processo de crescimento psíquico que podem ocasionar episódios moderados/transitórios, que precedidos ao desenvolvimento de um adoecimento mental. A dinâmica familiar da criança e do adolescente assume um duplo caráter, podendo atuar como um fator de preservação, a fim de minimizar riscos para a integridade mental ou, ainda, possibilitando o surgimento do sofrimento psíquico. De acordo com o exposto, as influências no desenvolvimento psicossocial (seja de forma positiva ou negativa) e os traços do convívio familiar refletem nos demais ambientes de relação e são fatores estimulantes para transtornos psíquicos (PEREIRA, et al, 2015).

No artigo 8 observou-se que adolescentes em situações de rua constituem um grave problema social, desestabilizando o contexto familiar e comunitário. O afastamento desses jovens com suas famílias, indica a dimensão do distanciamento dos laços familiares, fornecendo indícios de fragilidades econômicas e psicoafetivas, iniciando suas experiências com as drogas, sabendo-se então a real necessidade de intervenções preventivas (PENNA, et al 2017).

No artigo 14 observou-se que tratar a realidade sobre a saúde mental do adolescente no ambiente social, é de fundamental importância, sendo também considerada como uma questão relevante na saúde pública. Sabendo-se que é uma tarefa que abrange uma discussão sobre as necessidades específicas desses jovens, críticas a políticas que priorizam a proibição dos mesmos, e uma análise do papel que o enfermeiro pode desempenhar nesse âmbito. Podendo esse profissional se situar em vários pontos estratégicos nesse campo, que embora reconheçamos uma incompreensão sobre a abrangência de seu papel dentro do tema (D'ANDREA; VENTURA; JÚNIOR, 2014).

O artigo 15 relata como a adolescência é marcada por transformações fisiológicas, psicológicas e sociais. Os adolescentes são mais suscetíveis aos agravos à saúde mental, as preocupações com a pressão do cotidiano, ao bullying e à falta de comunicação com os pais; esses fatores chegam a causar insônia em alguns jovens e até mesmo o sentimento de solidão (REIS, et al 2013).

Considerando as situações citadas anteriormente, os adolescentes procuram se encaixar em algum “grupo”, buscando a construção de sua identidade ou um refúgio da vida real, e para isso, recorrem ao meio de informações mais utilizado hoje em dia, a internet. Na web, esses jovens compartilham vivências com amigos “virtuais”, e passam boa parte do tempo utilizando redes sociais e deixando de lado atividades cotidianas ou o interesse pelos estudos, o que pode vir a causar isolamento, sedentarismo, depressão, ansiedade e até mesmo o comprometimento da aprendizagem (REIS, et al 2013).

De acordo com os artigos apresentados anteriormente nessa categoria, é possível perceber que devido ao fato da adolescência ser uma fase de transformações psicológicas, fisiológicas e sociais, o jovem torna-se vulnerável a experimentar coisas novas, podendo recorrer a uma “válvula de escape” ou uma forma de se inserir em grupos de amigos. Nesse contexto, nota-se a importância de uma atenção adequada à saúde mental, ajudando os adolescentes a entenderem seus sentimentos, sejam eles relacionados a outros ou a si mesmo, a conflitos internos e à iniciação da vida adulta, sendo possível a identificação de um risco potencial ou de situações que necessitam de intervenções.

### **Categoria 3: A necessidade da educação em saúde por profissionais de enfermagem destinada aos adolescentes**

Essa categoria objetivou analisar como a educação em saúde assume um caráter profilático quanto ao uso de drogas, visando às possibilidades educacionais aplicáveis e às melhorias de saúde dos adolescentes em amplo aspecto (familiar e perante a população em geral).

O artigo 3 descreve a importância da junção da educação e da saúde, relatando como os profissionais de saúde podem contribuir na prevenção do consumo de drogas, problema crescente na saúde pública, com atividades educativas em espaços públicos e comunitários, admitindo que o jovem apresente sua visão sobre o tema, o que facilita direcionar a abordagem dos profissionais de forma a transmitir conhecimentos que possam fazer com que os jovens se afastem do “mundo das drogas”, ofertando ferramentas de apoio para decisões conscientes (SILVEIRA, et al, 2013).

O artigo 4, demonstrou que a educação em saúde é de fato algo importante e necessário para todos os públicos, principalmente para os adolescentes, tendo em vista que essa é a “fase de experimentações”. A ação de mostrar os malefícios que podem ser causados à saúde, faz-se ter uma conscientização dos riscos através da mídia, das escolas e por parte das instituições governamentais de saúde, fazendo então com que esse hábito possa ser deixado de lado. A educação em saúde e qualidade de vida deve ser introduzida nos setores educacionais, em que o enfermeiro tem papel fundamental como integrante da equipe de saúde no sentido de fornecer atendimento humanizado e empático (CORDEIRO; KUPEK; MARTINI, 2010).

No artigo 9 observou-se que é necessária a superação de um modelo educacional

com base na memorização do educando, devendo-se constituir práticas capazes de produzir um inquietamento quanto a suas condições de saúde (COELHO, et al, 2016).

As práticas de efetuar palestras têm sido consideradas como insuficientes para o público adolescente. Tendo em vista que, não há uma relação de proximidade com esse público, tais medidas se equiparam a um solilóquio. É notório que os profissionais de enfermagem precisam possibilitar a participação na conversa desses jovens. As propostas de atividades educativas pelo enfermeiro devem transcender uma apresentação a nível técnico, conduzindo fundamentos relacionados ao dia a dia, como recurso educativo (COELHO, et al, 2016).

O artigo 12 conceitua que é na fase da adolescência que o álcool e outras drogas são inseridos na vida do indivíduo, quando eles buscam transparecer a imagem de “adulto independente” ou quando utilizam essas substâncias para mascarar problemas familiares e sociais. Acredita-se que a escola é um ambiente propício para a realização de estratégias educativas, feitas pelos profissionais de enfermagem, para a prevenção do uso de drogas e álcool, podendo ser viabilizadas por meio de oficinas educativas em saúde, compartilhamento de informações, promoção de reflexões em relação aos problemas do dia-a-dia do jovem e estimulação da criticidade acerca dos temas abordados. A proposta das oficinas é de que o jovem tenha uma visão diferenciada sobre o tema e, como consequência a autorreflexão e a mudança de comportamento (PEDROSA et al, 2015).

Os artigos anteriormente apresentados nessa categoria demonstram o papel fundamental da educação em saúde voltada ao público adolescente, enfatizando que a dinâmica deve-se adequar ao meio social em questão, para que o público compreenda de forma efetiva acerca dos temas abordados, possibilitando o conhecimento de possíveis riscos à saúde que possam vir a surtir no uso de drogas. É notório que a participação da população é essencial nos assuntos de saúde e qualidade de vida, através de estratégias educativas e pedagógicas. O enfermeiro deve atuar de forma empática a fim de estabelecer um vínculo com o público-alvo, com seus familiares e o com meio escolar, percebendo suas vulnerabilidades e se fazendo presente na educação dos adolescentes.

## CONCLUSÃO

Este estudo em questão foi realizado com o intuito de identificar como o profissional de enfermagem atua na abordagem do adolescente usuário de drogas e na vertente de prevenção quanto ao uso dessas substâncias por esse público.

Constatou-se que no público adolescente, as práticas preventivas devem transcender o paradigma de palestras, visando atuar com didáticas pedagógicas que se insiram no cotidiano do jovem, com músicas, rodas de conversa e jogos. Há uma necessidade de mudança quanto ao modelo de acolhimento, devendo ser com caráter empático, humanizado e compreendendo os aspectos éticos e legais.

A inserção dos parentes e amigos no meio terapêutico dos jovens, viabiliza um grau de comprometimento maior e uma motivação durante as intervenções a serem realizadas. Entretanto, o meio familiar desse jovem, pode necessitar de um suporte a nível psicológico, tendo em vista que os sinais de perturbação e de sofrimento psíquico podem surtir no meio social do adolescente.

A equipe multidisciplinar, constituída por profissionais com conhecimento técnico contínuo e alinhados entre si, consegue desenvolver estratégias únicas capazes de minimizar os riscos de complicações nas intervenções a serem realizadas e proporcionar uma assistência adequada a cada paciente.

É importante que a equipe de saúde, exponha ao púbere as reais implicações que essas substâncias podem acarretar já que, em certas dosagens, os aspectos sociais, psíquicos e fisiológicos se encontram comprometidos.

O profissional de enfermagem deve atuar com escuta ativa em sua abordagem inicial, possibilitando um ambiente conveniente, para que o jovem retrate dados fidedignos e impeça a omissão em seu relato.

O enfermeiro deve, acima de tudo, empregar uma prática empática perante aos adolescentes que forem assistidos, visando não estabelecer o sentimento de internação hospitalar, buscando a compreensão de suas dificuldades e frustrações e mostrando ao jovem que o trabalho em conjunto é de suma importância no processo. É necessário que os jovens enxerguem os enfermeiros como profissionais de saúde, e seus aliados, não como repressores.

Um fator que dificulta essa inter-relação com esses adolescentes é a falta de conhecimento teórico e prático que se associa a precariedade de uma abordagem a essa temática nos cursos de formação. Tal fator impossibilita o desenvolvimento de uma metodologia adequada no processo de enfermagem, inviabilizando a qualidade na assistência prestada a esses jovens.

O presente estudo destaca que o profissional de enfermagem deve capacitar-se cientificamente com periodicidade, compreendendo os malefícios causados pelas drogas e os fatores de risco que podem influenciar esses adolescentes a consumi-las, transmitindo essas informações de forma dinâmica e de fácil entendimento, com foco na realidade do público alvo.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, et al. Os fatores que influenciam o adolescente ao consumo de cigarros e o seu grau de dependência. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, 2016 abril, 03 (2) 4518-4525. Disponível em: < [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/4934/pdf\\_1910](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/4934/pdf_1910) >

BERNARDY, Cátia; OLIVEIRA, Magda. Uso de drogas por jovens infratores: perspectiva da família. **Ciência Cuidado e Saúde** 2012, 11 (suplem.):168-175. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/>

c67e/51a356baa235b13687cc6cd1fdabeddc0293.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica [recurso eletrônico] / **Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas**. – Brasília, 2017. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proteger\\_cuidar\\_adolescentes\\_atencao\\_basica.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proteger_cuidar_adolescentes_atencao_basica.pdf)>

BRISCHILIARI, Adriano; ROCHA-BRISCHILIARI, Sheila Cristina; MARCON, Sonia S. Necessidades de cuidados de adolescentes usuários de drogas segundo seus familiares. **Revista de Enfermagem UERJ** 2016, 24(3);e6888. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuernj/article/view/6888/23336>

COELHO, Manuela de Mendonça Figueirêdo et al. Construções ideológicas em práticas educativas de enfermagem com adolescentes. **Revista de Enfermagem UERJ**; 24(5):e9947, set./out. 2016. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v24n5/v24n5a08.pdf>>.

COELHO, Manuela de Mendonça Figueirêdo, et al. Condições de produção do discurso de enfermeiros na prática educativa com adolescentes. **Revista de Enfermagem UERJ**; 23(1):9-14, jan.-fev. 2015. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v23n1/v23n1a02.pdf>>

CORDEIRO, Elke Annegret Krezschmar; KUPEK, Emil; MARTINI, Jussara Gue. Prevalência do tabagismo entre escolares de Florianópolis, SC, Brasil e as contribuições da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília 2010 set-out; 63(5): 706-11. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003471672010000500003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672010000500003)>

DANDREA; VENTURA; COSTA JÚNIOR. Uso socializado de álcool por adolescentes ofensores: um enfoque fundamentado nas necessidades humanas. **Revista Esc. Enfermagem USP** 2014; 48(1):135-43. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n1/pt\\_0080-6234-reeusp-48-01-133.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n1/pt_0080-6234-reeusp-48-01-133.pdf) >

HOCKENBERRY, M; WILSON, D. **Wong - Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**: 9. ed. Rio de Janeiro: Editora Elsevier Saúde, 2014.

LOPES, Andressa Pereira; REZENDE, Manuel Morgado. Ansiedade e consumo de substâncias psicoativas em adolescente. **Estudos de psicologia (Campinas)**; 30(1):49-56, jan.-mar. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103166X2013000100006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103166X2013000100006)>

PEDROSA, Samyla Citó et al. Educação em saúde com adolescentes acerca do uso de álcool e outras drogas. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro** 2015 jan/abr; 5(1):1535-1541. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/402/843>.

PENNA, Luci Helena Garcia, et al. Perfil sociodemográfico da adolescente em situação de rua: análise das condições socioculturais. **Revista de Enfermagem UERJ** 25:[e29603], jan.-dez. 2017. Disponível em: <<http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/10/916035/29603-103144-1-pb.pdf>>.

PEREIRA, Vagna Cristina Leite Da Silva, et al. Sofrimento psíquico em adolescentes que vivenciam alteração da dinâmica familiar em consequência do alcoolismo. **Revista de Enfermagem UERJ** ;23(6):838-844, nov./dez. 2015. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v23n6/v23n6a19.pdf>> .

PERES, Girlane Mayara; SCHNEIDER, Daniela Ribeiro; GRIGOLO, Tania Maris. Desafios da Intersetorialidade na Implementação de Programa de Prevenção ao Uso Abusivo de Drogas. **Psicologia: Ciência e Profissão** 2017, v. 37 n°4, 869-882. Disponível em: <[http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/05/883729/desafios-da-intersetorialidade-na-implementacao-de-programas-de\\_LaSZIAp.pdf](http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/05/883729/desafios-da-intersetorialidade-na-implementacao-de-programas-de_LaSZIAp.pdf)>

REIS, Dener Carlos dos et al. Vulnerabilidades à saúde na adolescência: condições socioeconômicas, redes sociais, drogas e violência. **Revista Latino-Americana Enfermagem** 21(2): [09 telas]mar.-abr. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/pt\\_0104-1169-rlae-21-02-0586.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/pt_0104-1169-rlae-21-02-0586.pdf)>

REIS, Dener Carlos dos et al. Vulnerabilidades e acesso em saúde na adolescência na perspectiva dos pais. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online** 2014. abr./jun. 6(2):594-606. Disponível em: <[http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3040/pdf\\_1249](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3040/pdf_1249)>

RODRIGUES, Andréia Silva et al. Integralidade e o fenômeno das drogas: um desafio para enfermeira(o)s. **Revista Baiana de Enfermagem (Salvador)**, v. 26, n. 1, p. 455-462, jan./abr. 2012. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/5696/5994>>.

SILVA, Kenia Lara et al. Promoção da saúde no programa saúde na escola e a inserção da enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem** 2014 jul/set; 18(3): 614-622. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/950>>.

SILVEIRA, Helaine Silva da et al. Efeitos das drogas lícitas e ilícitas na percepção de adolescentes: uma abordagem de enfermagem. **Revista de Enfermagem UERJ** 2013,21(esp.2):748-53. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v21esp2/v21e2a09.pdf>>

TAVARES, Marcus et al. Perfil de adolescentes e vulnerabilidade para uso de álcool e outras drogas. **Revista de Enfermagem UFPE online** 2017 out, 11 (10):3906-12. em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/22571/24345>.

VELTEN, Ana Paula Costa. Relato de experiência da vivência de acadêmicas de enfermagem no Programa Saúde e Prevenção nas Escolas. **Revista de Enfermagem UFPE** 2010; 4(3,n.esp):1304-1307, maio-jun. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/6294/5541>>

ZEITOUNE, Regina; FERREIRA, Vinícius; SILVEIRA, Helaine; DOMINGOS, Ana Maria; MAIA, Aniely. O conhecimento de adolescentes sobre drogas lícitas e ilícitas: uma contribuição para a enfermagem comunitária. **Escola Anna Nery** 2012, 16 (1):57-63. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452012000100008&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452012000100008&script=sci_abstract&lng=pt)>

## INFECÇÃO DE CORRENTE SANGUÍNEA EM PACIENTES COM CATETER VENOSO CENTRAL PARA HEMODIÁLISE: MEDIDAS PREVENTIVAS DO ENFERMEIRO

Data de aceite: 01/07/2020

Data de submissão: 01/06/2020

### **Vanessa Caroline de Marcos**

Aluna do curso Graduação em Enfermagem do Centro Universitário da Fundação Hermínio Ometto – FHO. E-mail: vanessacmarcos@hotmail.com.

Centro Universitário Hermínio Ometto – FHO  
Araras - SP

### **Clarice Santana Milagres**

Orientadora, Doutora em Odontologia/Saúde Coletiva na Universidade Estadual de Campinas/ Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP/ UNICAMP). Coordenadora e docente no curso de Especialização de Enfermagem em Nefrologia do Centro Universitário da Fundação Hermínio Ometto – FHO. E-mail: claricemilagres@fho.edu.br

Centro Universitário Hermínio Ometto – FHO  
Araras – SP

**RESUMO:** Com o aumento frequente de hemodiálise o uso de cateteres é indicado para a insuficiência renal crônica sem final diagnóstico prévio que necessita de início imediato ou quando o paciente tem falha ao estabelecer acesso vascular permanente. Esses acessos vasculares trazem vários benefícios como:

praticidade, rapidez na implantação – podendo ser utilizado imediatamente e não causa dor durante a hemodiálise. Atualmente no Brasil cerca de 60% dos pacientes que iniciam hemodiálise usam cateter venoso central (CVC). Sendo assim, esses acessos são cada vez mais utilizados. Contudo, são mais propensos a numerosas complicações, sendo mais frequente a infecção local de punção com manifestação sistêmica. Métodos: trata-se de uma revisão de literatura que utilizou a coleta de informações pelas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Scielo, Literatura Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS) e Pubmed Medline, com artigos publicados entre os anos de 2008 e 2018. Resultados: Há 133.464 mil pacientes em tratamento dialítico com um total de 86% como taxa de ocupação em centros de hemodiálise. O índice de mortalidade por riscos causados pela hemodiálise chega a 19,5%. Conclusão: Mesmo com estratégias implementadas como medidas preventivas afim de diminuir as infecções de corrente sanguínea ainda é um grande desafio nas práticas clínicas assistenciais. É importante evidenciar que para um melhor resultado na redução dos riscos de desenvolvimento das infecções nos serviços de hemodiálise, deve-se implementar *bundles* ou boas práticas através

da educação e treinamento dos profissionais de saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Acesso Vascular; Hemodiálise; Enfermagem.

## BLOOD CURRENT INFECTION IN PATIENTS WITH CENTRAL VENOUS CATHETER FOR HEMODIALYSIS: PREVENTIVE MEASURES OF THE NURSE

**ABSTRACT:** With the frequent increase in hemodialysis or use of catheters, it is indicated for chronic renal failure without a final diagnosis that requires immediate initiation or when the patient fails to access permanent vascular access. These vascular accesses have several benefits such as: practicality, speed of implantation - they can be used quickly and do not cause pain during hemodialysis. Currently, in Brazil, about 60% of patients who start hemodialysis use a central venous catheter (CVC). Therefore, these accesses are increasingly used. However, they are more prone to numerous complications, and local puncture infection with systemic manifestation is more frequent. Methods: it is a literature review that uses the collection of information by the databases of the Virtual Health Library (VHL), Scielo, American Literature and Caribbean Health Sciences (LILACS) and Pubmed Medline, with articles published between the years 2008 and 2018. Results: There are 133,464 thousand patients undergoing dialysis with a total 86% occupancy rate in hemodialysis centers. The mortality rate due to risks caused by hemodialysis reaches 19.5%. Conclusion: Even with strategies implemented as preventive measures, bloodstream infections are still a major challenge in clinical care practices. It is important to highlight that, for a better result in reducing the risk of developing infections in hemodialysis services, bundles or good education and training practices for health professionals should be implemented.

**KEYWORDS:** Vascular Access; Hemodialysis; Nursing.

## INTRODUÇÃO

A insuficiência Renal Crônica (IRC) é uma doença que apresenta significativa taxas de morbidade e mortalidade cuja incidência vem aumentando no Brasil e em todo o mundo, em escala inquietante, já sendo encarada atualmente como um problema de saúde pública. No Brasil, a prevalência de pacientes mantidos em programa crônico de diálise mais que dobrou nos últimos oito anos (ARAÚJO et al., 2016). De acordo com Knihis et al. (2013), o número de pacientes com insuficiência renal crônica (IRC) tem aumentado de forma gradativa e preocupante em nosso país nos últimos anos, relacionado a doenças crônicas e o envelhecimento da população.

A incidência e prevalência da doença renal crônica em estágio cinco têm aumentado progressivamente a cada ano no Brasil e em todo o mundo. A Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) estima que no Brasil, existem 880 unidades de diálise, dos quais 71% são unidades privadas. Estima-se que 133.464 mil pacientes estão em tratamento

dialítico, com uma taxa de ocupação de 86% dos centros de diálise em funcionamento atualmente. A taxa de prevalência do tratamento dialítico em 2018 foi de 676 pacientes por milhão da população no estado de São Paulo, sendo este valor o mais significativo na região Sudeste. Estima-se que 40.432 mil pacientes iniciaram o tratamento no ano referido. Quanto ao sexo, 58% são do sexo masculino e 42% do feminino, e a faixa etária com maior concentração de pacientes compreende idades de 20 a 64 anos. Do total de pacientes em tratamento dialítico, 29.545 mil, ou seja, 22,1%, estão inscritos na fila de espera para transplante, uma vez que esta modalidade de tratamento oferece maior sobrevida aos portadores de Doença Renal Crônica (DRC), no entanto pode ser contraindicado para pacientes com comorbidades associadas como neoplasias e idade avançada (SBN, 2018).

Mesmo com a evolução do procedimento dialítico para prolongar a vida do paciente portador de insuficiência renal crônica (IRC), esse sistema ainda oferece riscos evidenciando uma taxa de mortalidade anual em torno de 23%, sendo que de 15 a 20% dos óbitos são consequências de eventos infecciosos (ARMOND, 2013).

O cateter venoso central é muito utilizado na realização da hemodiálise, pois há diversas vantagens, como a facilidade de acesso, utilização imediata após a punção e é indolor. Porém, há inconvenientes ao usar esse método, que envolvem o mau posicionamento do cateter, a trombose e infecção da corrente sanguínea (DANSKI et al., 2017).

Entre os fatores de risco para o aumento de infecções, destaca-se o tempo de permanência do cateter, o local de inserção e o manuseio do cateter pelos profissionais de saúde (BORGES, 2015).

Sendo assim, o *Institute of Healthcare Improvement* (IHI), criou em 2001 o *bundle*, com o propósito de aperfeiçoar o cuidado prestado pelos profissionais de saúde e promover a segurança do paciente. O *bundle* é definido como um pacote de medidas preventivas preparado através de práticas baseadas em evidências, que visa promover a qualidade e segurança dos cuidados prestados, bem como a prevenção de eventos adversos (SILVA, 2016).

De acordo com o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) do Ministério da Saúde (2013), o *bundle* deve ser adotado na prática de inserção, manipulação e manutenção do CVC, que coincide com a quinta meta internacional de segurança do paciente, a qual recomenda a redução do risco de infecções associadas ao atendimento em saúde.

Dessa forma, a falha na técnica asséptica e os cuidados com o cateter venoso central e a ausência de medidas preventivas durante o manuseio podem ser considerados fatores de risco, que determinam as complicações que envolvem o uso do dispositivo (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2013).

O enfermeiro comprometido com o cuidado direto ao paciente tem o dever de

conhecer todas as evidências relacionadas à prevenção de infecções. Suas práticas devem estar pautadas em conhecimentos atualizados, tendo em vista assistência segura e de qualidade ao paciente (DANSKI et al., 2017).

Diante do exposto, este trabalho tem como objetivo analisar através de literatura a quantidade de pacientes que adquiriram infecção por cateter venoso central e como o enfermeiro pode prevenir.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma revisão de literatura narrativa, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário da Fundação Hermínio Ometto/FHO sob protocolo número 476/2018. Esta pesquisa utilizou como base pesquisas relacionadas aos cuidados e as medidas preventivas, cabíveis ao enfermeiro.

Para este estudo foi desenvolvido uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados eletrônicas da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), LILACS e Scielo. Para coleta de dados da pesquisa foram considerados os estudos que atenderam aos critérios de inclusão: publicações no idioma português e inglês, com os descritores padronizados de maneira combinada: “acesso vascular”, hemodiálise, “cuidados de enfermagem”, enfermeiro, “*técnica de bundle*”, incluído os anos de 2008 a 2018.

As referências bibliográficas dos trabalhos identificados pela pesquisa eletrônica foram revisadas para identificação de estudos adicionais. No entanto, foram utilizados no decorrer desta pesquisa, publicações específicas referentes às Legislações e Resoluções envolvidas na temática desta pesquisa, com objetivo de conhecer medidas preventivas feitas pelo enfermeiro em infecção no cateter venoso central. A literatura envolvida foi: Lei n.º 9.782, de 26 de janeiro de 1999

## **REVISÃO DE LITERATURA**

O sistema urinário desempenha vários papéis essenciais para homeostase corporal. Suas funções compreendem a formação da urina, a excreção de produtos residuais, o equilíbrio hidroeletrolítico, a autorregulação da pressão arterial e função endócrina (ALVES, GUEDES e COSTA, 2016). Com o aparecimento da Insuficiência Renal (IR) como uma síndrome clínica caracterizada pela incapacidade dos rins executarem suas principais funções é necessário o início de um tratamento, como a hemodiálise (MACHADO E PINHATI, 2014).

A hemodiálise é um tratamento que consiste em um procedimento no qual, a máquina recebe o sangue do paciente por um acesso vascular, limpa e filtra o sangue, realizando a função renal que está prejudicada. No processo há o dialisador, onde o sangue é exposto

a uma solução utilizada em diálise (dialisato), através de uma membrana semipermeável que remove líquidos e toxinas em excesso, devolvendo o sangue limpo ao paciente. Esse processo auxilia no controle da pressão arterial e ajuda o corpo a manter o equilíbrio de substâncias como sódio, potássio, uréia e creatinina. A hemodiálise é indicada para pacientes com insuficiência renal aguda ou crônica (CABRAL, 2018).

Para que esse tratamento tenha sucesso, é necessário o uso de um acesso vascular que seja adequado para cada situação, sendo de suma importância seguir as seguintes características para a escolha do acesso: facilidade em utilização, bom fluxo sanguíneo, baixa resistência no retorno venoso, durabilidade e baixa probabilidade de acidentes hemorrágicos, coagulação e infecção (LOPES, 2009).

Existem três tipos de acessos vasculares para HD: os cateteres venosos centrais, que podem ser de curta ou longa permanência; a prótese vascular de politetrafluoretileno (PTFE), também chamada de enxerto arteriovenoso; e a fístula arteriovenosa nativa, que é o acesso vascular mais prevalente no Brasil (RIELLA, 2010).

Segundo Riella (2010), os cateteres de curta permanência são utilizados em pacientes com insuficiência renal aguda ou em pacientes portadores de insuficiência renal crônica, que necessitam do início imediato do tratamento.

A colocação de cateteres em veias tem por objetivo proporcionar o acesso de veias centrais, com indicação em pacientes impossibilitados de ter acesso venoso periférico, usando-se para os que precisam de solução/medicação de uso exclusivo em veia central (RODRIGUES, 2015).

Para evitar o trauma de repetidas inserções de um cateter, utiliza-se o cateter venoso central (CVC), pois é um dispositivo que pode permanecer por vários dias. É um sistema intravascular, que tem como função auxiliar em fluidoterapia, administração de fármacos, infusão de derivados sanguíneos, nutrição parenteral, monitorização hemodinâmica, terapia renal substitutiva, entre outros (NEVES, 2010).

Apesar do cateter venoso central auxiliar no início imediato da hemodiálise e apresentar benefícios, este tipo de dispositivo pode gerar riscos aos pacientes, como a formação de trombos, além de infecções primárias da corrente sanguínea (IPCS) (SANTOS et al, 2014).

Segundo Viana (2009), as infecções associadas ao uso do cateter venoso central constituem em um problema de grande magnitude, pois estima-se que 90% das infecções de corrente sanguínea são causadas pelo uso destes cateteres.

Pacientes com lesão renal possuem baixa imunidade, o que eleva o fator de risco para infecções (CAIS et al., 2009). Sendo assim, a infecção é a segunda causa de mortalidade entre pacientes portadores de IRC, representando 14% dos óbitos (FRAM et al., 2009).

O acesso vascular utilizado para realização da HD, em especial o CVC, também aumenta o risco para o desenvolvimento de infecção entre esses pacientes. Estudos

demonstram que o uso de CVC aumenta o risco de infecção de seis a 11,2 vezes em comparação com a FAV (FRAM et al., 2015).

De acordo com a definição da ANVISA (2013), as infecções associadas ao acesso vascular ocorrem no sítio de inserção do cateter, sem implicações sistêmicas. Essas infecções podem ser definidas com o aparecimento de sinais no local de infecção, como secreção purulenta ou hiperemia (BRASIL, 2013).

Com a hipótese de infecção bacteriana resultante de contaminação do cateter, é necessário realizar a coleta de exames laboratoriais como hemograma, PCR e hemoculturas. De acordo com o quadro do paciente, avalia-se a necessidade de remoção do dispositivo (FARAH, 2013).

A infecção de corrente sanguínea pode ser ocasionada por diversos fatores, desde a técnica e escolha do local de inserção, manuseio e permanência. Devido a alta complexidade há o dever do cumprimento de protocolos rigorosos que tenham como objetivo proporcionar a prevenção e o controle de possíveis intercorrências, a fim de diminuir essas infecções (MENDONÇA et al., 2011).

As infecções relacionadas ao acesso vascular são definidas como “a presença de sinais locais de infecção (secreção purulenta ou hiperemia), em pacientes sem diagnóstico concomitante de infecção primária de corrente sanguínea” (ANVISA, 2013).

Por se tratar de um método invasivo, onde há rompimento da pele, há o favorecimento da penetração de microorganismos diretamente na corrente sanguínea. As principais fontes são: A pele e a conexão/canhão do cateter que podem se contaminar com a microbiota do paciente ou com as mãos da equipe de enfermagem que manuseia o dispositivo (HENRIQUE, 2016).

Uma manipulação inadequada e a falta de habilidade podem permitir a entrada desses microorganismos na corrente sanguínea, propiciando o desenvolvimento de diversas complicações (HAN; LIANG; MARSCHALL, 2010).

É de responsabilidade do enfermeiro estar em constante processo de atualização para obter conhecimento para uma prática segura e de qualidade. Nesta situação, o conhecimento tem maior possibilidade na prevenção e controle da infecção sanguínea por contaminação (MENDONÇA et al., 2011).

Segundo a Lei 7.498 do Exercício Profissional de Enfermagem, em seu parágrafo único, inciso I do art. 11, o enfermeiro é responsável pela prevenção e pelo controle das IRAS (BRASIL, 1986).

A ANVISA (2017) afirma que 65% a 70% dos casos de Infecção de Corrente Sanguínea (ICS) podem ser prevenidas com adesão aos Bundles de boas práticas de inserção propostas pelo *Institute of Healthcare Improvement* (IHI), que reúne medidas educativas direcionadas a equipe multiprofissional.

As medidas de prevenção dessas infecções incluem minimizar o uso de cateteres

em hemodiálise, utilizar bundles de prevenção de infecção de corrente sanguínea para inserção e manutenção de cateter e emprego de pomada antimicrobiana no local de saída do cateter ou curativos impregnados com clorexidina. Além disso, recomenda-se o uso de cateter com cuff em pacientes em hemodiálise com previsão de tratamento superior a três semanas (ANVISA, 2017).

Estudos demonstram que entres as ações preventivas pode-se citar a higienização das mãos, a utilização dos equipamentos de proteção individual, desinfecção de injetores e conectores, escolha das coberturas, regularidade na troca dos curativos e dispositivos, antissepsia da pele e o correto descarte de equipamentos e resíduos médicos são capazes de reduzir as taxas de infecções relacionadas ao cateter venoso central (HENRIQUE, 2016).

Com o auxílio dos avanços tecnológicos, existem várias técnicas a fim de minimizar os riscos que podem expor o paciente a uma infecção de corrente sanguínea, uma das estratégias é a técnica de *bundle* de prevenção, que são conjuntos de intervenções articuladas com embasamento científico, que são executadas de forma direta ou ao profissional, por meio de uma educação continuada multiprofissional, protocolos e programas educacionais constantes, esses cuidados são fundamentais para a segurança do paciente (BRACHINE, 2012).

A realização de *Bundles* e programas de capacitações dos profissionais de saúde na prevenção e controle de infecções de corrente sanguínea, é indicado por alguns autores como importante estratégia na prática clínica.

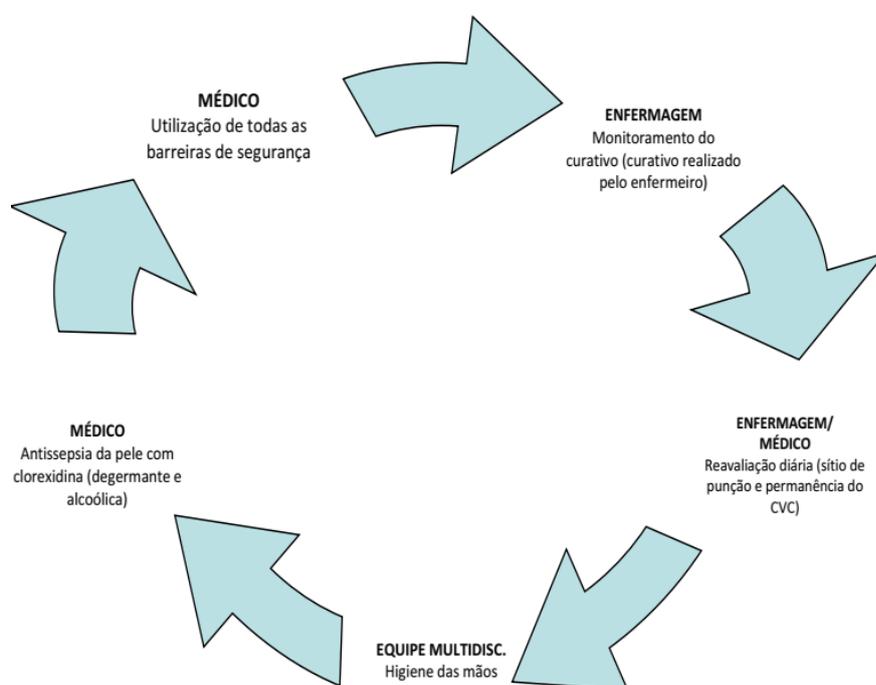


Figura 1 - *Bundle* de prevenção de ICVC - Adaptado de Brasil (2013).

Segundo Jardim et al. (2012), as medidas importantes para evitar a contaminação e a infecção de corrente sanguínea, o profissional deve avaliar o registro de prescrição para o uso do cateter venoso central (CVC) e a diminuição do tempo de permanência ou a necessidade da troca do dispositivo invasivo.

Já para Stocco et al (2016), a higienização apropriada das mãos respeitando os cinco momentos recomendados pela OMS, bem como, a aplicação de barreira máxima para inserção, dando prioridade para local com menor risco de contaminação e colonização, associado ao uso de antissepsia com clorexidina a 2% no local de introdução do CVC, reduz infecções, que por sua vez, reduz internações e morbimortalidades.

Um estudo observacional sobre práticas preventivas realizado por Oliveira et al. (2015) observou que a falha está na negligência dos alguns profissionais em não aderir as ações preventivas, segundo a mesma, a alegação dos profissionais está na ausência de materiais acessíveis, falta de tempo e esquecimento ou ausência de normas.

Outro ponto observado por Oliveira et al (2015) é sobre o tempo de permanência do CVC superior a 2 semanas, podem aumentar a taxa de infecção, observa também que os curativos feitos com gazes e fitas adesivas são efetivos em sua capacidade de absorção, porém a fixação com à pele pode causar lesões, dificultando a visão do óstio de inserção do cateter, podendo não ser observado os sinais de focos infecciosos. Como melhora da visão do óstio de inserção do cateter, a autora sugere o uso do filme transparente como curativo.

Nos estudos realizados por Brachine et al (2012), ela refere-se a higienização das mãos como uma forma primordial de medidas preventivas. Ainda ressalta o uso de equipamentos de proteção individual (EPI) como barreira de máxima precaução. Nesse estudo, também foi avaliado que o glucoanto de clorexidina é essencial para o preparo da pele e evidencia que as intervenções implementadas e as coberturas adequadas, ocasiona resultados satisfatórios na diminuição de infecções.

Embora haja esforços para o enfermeiro aumentar o uso dessa prática, nota-se a ausência na rotina de trabalho, propiciando a transmissão de microorganismos e expondo os pacientes a diversos riscos (SANTOS et al., 2014).

Sendo assim, o enfermeiro tem um importante papel nos cuidados com o cateter venoso central, sendo responsável por cuidados diretos com a manutenção e a avaliação, a fim de minimizar os riscos do desenvolvimento de infecção.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O conhecimento do enfermeiro referente a hemodiálise é fundamental para que o paciente com a insuficiência renal tenha menos riscos infecciosos. De acordo com as pesquisas que foram encontradas existem fatores que levam a riscos infecciosos, sendo

esses riscos preveníveis principalmente pela equipe de enfermagem com técnicas que asseguram a diminuição de infecções. Diante da constatação, concluiu-se que o enfermeiro deve atuar junto a equipe para orientá-los sobre as técnicas para a diminuição de riscos infecciosos. Assim, neste trabalho foram identificadas as maiores falhas do enfermeiro em relação ao cateter venoso central, e quais são as medidas a serem tomadas pelo enfermeiro para que esses riscos infecciosos diminuam.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, O. L., GUEDES, P. C. C, COSTA, G. B. **As ações do enfermeiro ao paciente renal crônico: reflexão da assistência no foco da integralidade.** Revista \ Online de Pesquisa, v. 8, n. 1, 2016. Disponível em: < [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3945/pdf\\_1810](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3945/pdf_1810)> em: 26 de out. 2018.
- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Medidas de Prevenção de Infecção: relacionada à assistência à saúde.** Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/Medidas+de+Prevenção+de+Infecção+Relacionada+à+Assistência+à+Saúde/6b16dab3-6d0c-4399-9d84-141d2e81c809>>. Acesso em: 26 out. 2018.
- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Critérios Diagnósticos de Infecção Relacionada à assistência à saúde. Série: Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde.** Disponível em: < <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+2++Crit%C3%A9rios+Diagn%C3%B3sticos+de+Infec%C3%A7%C3%A3o+Relacionada+%C3%A0+Assist%C3%A2ncia+%C3%A0+Sa%C3%BAde/7485b45a-074f-4b34-8868-61f1e5724501>> Acesso em: 26 de out. 2018.
- BRACHINE, J. D. P.; PETERLINI, M. A. S.; PEDREIRA, M. L. G. **Método bundle na redução de infecção de corrente sanguínea relacionada a cateteres centrais: revisão integrativa.** Rev. Gaúcha Enfermagem, v. 33, n. 4, p. 200-210, 2012. Acesso em: 26 out. 2018.
- BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 1986. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l7498.html](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.html)> Acesso em: 05 jun. 2018
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 529, de 1 de abril de 2013. **Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).** Diário Oficial da União 1 abr 2013. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)> Acesso em: 26 out. 2018.
- CABRAL, Alexandre Silvestre. **Hemodiálise.** Disponível em: <<https://sbn.org.br/publico/tratamentos/hemodialise/>>. Acesso em: 14 jun. 2018.
- CAIS, D.P. et al. **Infecções em pacientes submetidos a procedimento hemodialítico: revisão sistemática.** Rev Bras Ter Intensiva, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 269-275. 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v21n3/a06v21n3.pdf>> Acesso em: 14 de jun. 2018.
- FRAM, D.S. et al. **Prevenção de infecções de corrente sanguínea relacionadas a cateter em pacientes em hemodiálise.** Acta Paul Enferm, São Paulo, v.22, (Especial-Nefrologia), p. 564-68. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002009000800024](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000800024)> Acesso em: 15 de jun. 2018.
- HAN, Z; LIANG, S.Y; MARSCHALL, J. **Current strategies for the prevention and management of central line associated bloodstream infections.** Journal of Infection and Drug Resistance, v.3, p. 147-163, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3108742/>>. Acesso em: 06 jun. 2018.

HENRIQUE, D.M., et al. **Fatores de risco e recomendações atuais para prevenção de infecção associada** a cateteres venosos centrais: uma revisão da literatura. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 4, p.134-38, 2013. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/4040>>. Acesso em: 12 jun. 2018.

JARDIM, Jaqueline Maria et al. **Avaliação das práticas de prevenção e controle de infecção da corrente sanguínea em um hospital governamental**. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 38-45, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342013000100005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100005)> Acesso em 23 de jan. 2019.

LOPES, A.C. **Tratado de Clínica médica**, v. 3, n. 2, 2009. Acesso em 23 de jan. 2019.

MENDONÇA et al. **Atuação da enfermagem na prevenção e controle de infecção de corrente sanguínea** relacionada a cateter. *Rev. enferm. UERJ.*, v. 19, n. 2, 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a26.pdf>> Acesso em 24 de jan. 2019.

MACHADO, G. R. G.; PINHAT I, F. **Tratamento de diálise em pacientes com insuficiência renal crônica**. *Cadernos UniFOA*, Volta Redonda, n. 26, p. 137-148, 2014. Disponível em: <<http://web.unifoa.edu.br/cadernos/edicao/26/137-148.pdf>> Acesso em 23 de jan. 2019.

JUNIOR, M. A. N., et al. **In fecções em cateteres venosos centrais de longa permanência: revisão de literatura**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jvb/v9n1/a08v9n1>>. Acesso em 31 de out. 2019.

OLIVEIRA, F. J. G., et al. **O us o de indicadores clínicos na avaliação das práticas de prevenção e controle de infecção de corre nte sanguínea**. *Texto contexto - enfermagem*, v. 24, n. 4, p. 1018-1026, dez. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n4/pt\\_0104-0707-tce-24-04-01018.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n4/pt_0104-0707-tce-24-04-01018.pdf)> Acesso em 30 out. 2018.

RIELLA, M.C. **Princípios de Nefrologia e Distúrbios Hidroeletrólíticos**. 5ª Ed. Ano 2010. Ed. Guanabara Kogan. Acesso em 23 de jan. 2019.

RODRIGUES, M.; MOHOVIC, T. **Cateterização de Veias Centrais**. São Paulo: Hospital Albert Einstein Sociedade Beneficente Israelita Brasileira. 2015.

**SANTOS, S.F. et al. Ações de enf ermagem na prevenção de infecções relacionadas ao cateter venocentral: uma revisão integrativa**. *Revista Sobecc*, São Paulo, v.22, p. 219-225. 2014. Disponível em: <[http://sobecc.org.br/arquivos/artigos/2015/pdfs/v19n4/SOBECC\\_v19n4\\_219-225.pdf](http://sobecc.org.br/arquivos/artigos/2015/pdfs/v19n4/SOBECC_v19n4_219-225.pdf)> Acesso em: 03 de mai. 2018.

SILVA, A. C. S. S.; SANTOS, E. I. **Articulação entre ensino e pesquisa no cuidado à saúde da criança: relato de experiência**. Disponível em: <[http://inderme.com.br/revistas/revista\\_16.pdf](http://inderme.com.br/revistas/revista_16.pdf)>. Acesso em: 26 de abr. 2018.

SBN. Sociedade Brasileira de Nefrologia. **CENSO 2018**. Disponível em: <<https://sbn.org.br/categoria/censo-2018/>> Acesso em: 01 de mai. 2019.

STOCCO, J. G. D., et al. **Cateteres venosos centrais de segunda ger ação na prevenção de infecção de corrente sanguínea: revisão sistemática**. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 24, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt\\_0104-1169-rlae-24-02722.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02722.pdf)>. Acesso: 30 out. 2018.

VIANA, R. A.P. P. **Sepse para enfermeiros: as horas de ouro – identi ficando e cuidando do paciente sé ptico**. 1ª edição. Atheneu: São Paulo; 2009. Acesso em: 26 de abr. 2018.

## A IMPORTÂNCIA DA NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE

Data de aceite: 01/07/2020

**Liszety Guimarães Emmerick**

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro- UNIRIO  
Rio de Janeiro-RJ  
<https://orcid.org/0000-0001-7657-9820>

**Beatriz Gerbassi de Aguiar Costa**

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO  
Rio de Janeiro- RJ  
<https://orcid.org/0000-0001-6815-4354>

**Gicélia Lombardo Pereira**

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO  
Rio de Janeiro - RJ  
<https://orcid.org/0000-0002-4032-2093>

**Roberto Carlos Lyra da Silva**

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro- UNIRIO  
Rio de Janeiro-RJ  
<https://orcid.org/0000-0001-9416-9525>

**Clarissa Coelho Vieira Guimarães**

Rio de Janeiro - RJ  
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO  
<https://orcid.org/0000-0002-7713-7182>

**Luiz Alberto de Freitas Felipe**

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro- UNIRIO  
Rio de Janeiro-RJ  
<https://orcid.org/0000-0001-8556-7636>

**Vanessa Oliveira Ossola da Cruz**

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro- UNIRIO  
Rio de Janeiro-RJ  
<https://orcid.org/0000-0002-6526-0474>

**Maristela Moura Berlitz**

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro-UNIRIO  
Rio de Janeiro-RJ  
<https://orcid.org/0000-0001-7657-9820>

**Heloisa Andreia Silva dos Santos**

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro-UNIRIO  
Rio de Janeiro-RJ  
<https://orcid.org/0000-0003-2644-2141>

**Paula Amaral Mussumeci**

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro-UNIRIO  
Rio de Janeiro-RJ  
<https://orcid.org/0000-0002-5106-9003>

**Rosana Proença Ferreira de Almeida**

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO  
Rio de Janeiro-RJ  
<https://orcid.org/0000-0002-7201-7210>

**Michelle Freitas de Souza**

Universidade Gama Filho  
Rio de Janeiro-RJ  
<https://orcid.org/0000-0002-8538-5186>

**RESUMO:** A segurança do paciente é de extrema importância e relevância, pois um dos objetivos é a redução do risco de danos desnecessários relacionados aos cuidados de saúde para um mínimo aceitável. Partindo desse princípio o objetivo do estudo é destacar a importância da dissolução da cultura do medo e da culpa na ocorrência de alguma falha no ambiente hospitalar, e a importância de prevenir possíveis erros ou danos através da educação continuada prezando sempre pela segurança do paciente. Trata-se de uma revisão integrativa na qual foram incluídos os estudos de 2014 a 2018 cuja abordagem dizia respeito à importância da notificação de eventos adversos na segurança do paciente. A busca eletrônica foi realizada nas plataformas (LILACS), Banco de Dados em Enfermagem (BDENF) na coleção *Scientific Electronic Library Online (SCIELO)*. Através do estudo foi possível evidenciar as principais características dos trabalhos divulgados em artigos científicos onde os dados encontrados indicaram que há uma necessidade de mais divulgação acerca do tema, e pôr em prática estratégias na tentativa de encorajar os profissionais de saúde a prática de notificação de EA.

**PALAVRAS- CHAVE:** segurança do paciente, eventos adversos e Enfermagem.

**ABSTRACT:** that health professionals recognize the positive contribution that notifications bring to the work process. Adverse events or undesirable non-incident errors, which can cause irreversible damage, injuries, disability or death. Adverse events are indicators of results that, when used correctly, point out aspects of care that can be improved, making care free of risks and failures and, therefore, safer for professionals and especially for patients.

**KEYWORDS:** Patient Safety, adverse events, Nursing

## INTRODUÇÃO

Um dos grandes desafios no que diz respeito a gestão em saúde é a avaliação dos indicadores de qualidade da mesma e o impacto que podem gerar na segurança do paciente. O objetivo da segurança do paciente é a redução do risco de danos desnecessários relacionados aos cuidados de saúde para um mínimo aceitável, as falhas na segurança do paciente causam sofrimento humano e aumento significativo dos custos hospitalares. Entre os diversos fatores que podem influenciar na segurança do paciente internado evidenciam-se os incidentes e eventos adversos. <sup>1</sup>

Eventos adversos (EA) são incidentes indesejáveis, porém preveníveis, que ocorrem durante a prestação do cuidado a saúde e que resultam em danos ao cliente, podendo gerar um comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou algum efeito nocivo, como doença, lesão, incapacidade ou morte, podendo este ser de caráter físico, social e/ou psicológico. <sup>2</sup>

De acordo com a classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2014), incidentes de segurança do paciente são eventos ou circunstâncias que poderiam resultar,

ou resultam em complicações desnecessárias ao paciente decorrentes do cuidado a saúde. <sup>3</sup>

Algumas situações predispoem ao risco de EA, tais como: avanço tecnológico com incompatibilidade do aperfeiçoamento pessoal necessário, distanciamento das ações próprias de cada profissional, desmotivação, ausência ou limitação da sistematização e documentação do cuidado de enfermagem, delegação de cuidados sem supervisão adequada e sobrecarga de serviço. <sup>4</sup>

Sendo assim se faz necessário uma reavaliação dos erros humanos, visto que os profissionais de saúde tendem a relacioná-los a desatenção, desmotivação e treinamento insuficiente e não o assumem por vergonha, medo e punições. Quando o evento ocorre, todas as atenções são voltadas para a descoberta do culpado, perdendo-se a chance de identificá-lo de forma ética e resolutiva com o intuito de ajudá-lo a prevenir novas ocorrências. <sup>4</sup>

A relevância dessa pesquisa se dá no intuito de contribuir positivamente para que a cultura do erro, que na maioria das vezes é vista de forma pejorativa e não como ponto de melhoria e crescimento, seja trabalhada nos ambientes de saúde de modo que os profissionais de enfermagem se sintam seguros a notificar e falar sobre os mesmos sem julgamentos ou condenações. A questão norteadora se deu a partir da seguinte pergunta: por que os profissionais ainda são resistentes a notificar a ocorrência de eventos adversos?

Os objetivos são: analisar as publicações em periódicos sobre segurança do paciente e eventos adversos, buscando as evidências acerca da importância da dissolução da cultura do medo e da culpa na ocorrência de alguma falha no ambiente hospitalar, e a importância de prevenir possíveis erros ou danos através da educação continuada prezando sempre pela segurança do paciente.

## **METODOLOGIA**

Para a operacionalização desta revisão integrativa foram seguidos os seguintes passos: identificação do tema e seleção da questão norteadora; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados e categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa e, por fim, a interpretação dos resultados e apresentação da revisão.

A estratégia utilizada na seleção dos artigos foi a busca de publicações existentes em estudos indexados que foram consultados nas bases de dados internacionais Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência da Saúde (LILACS), Banco de Dados em Enfermagem (BDENF) na coleção *Scientific Electronic Library Online (SCIELO)*. Para busca na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), foram encontrados 181 artigos com os descritores: segurança do paciente, eventos adversos e Enfermagem. Como critérios de

inclusão, foram elencados: ser artigo original, ter resumo completo em suporte eletrônico, ser publicado em português, tratar do objeto de estudo desta revisão integrativa e estar disponível gratuitamente e na íntegra, em formato eletrônico e ter sido publicado nos últimos cinco anos. Após análise e a partir dos critérios de inclusão e exclusão foram selecionados 86 artigos e após leitura criteriosa foram selecionados 05 a serem utilizados nos resultados, que foram obtidos no período de agosto a outubro de 2018.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram encontrados 181 artigos e após análise criteriosa e a partir dos critérios de inclusão e exclusão foram selecionados 05 artigos para discussão, cujo objetivo é analisar as publicações em periódicos sobre segurança do paciente e eventos adversos. A partir da leitura dos artigos foi possível identificar as precariedades ainda existentes sobre a temática. A descrição dos 5 artigos selecionados foram apresentadas no quadro a seguir, sendo posteriormente realizado análise e discussão dos resultados.

Titulo do Artigo	Autores	Objeto de Estudo	Resultados	Recomendações/ Conclusões
Artigo 1: Erros e eventos adversos: a interface com a cultura de segurança dos profissionais de saúde.	Verusca Soares de Souza; Andressa Morello Kawamoto; João Lucas Campos de Oliveira; Neisi Salete Tonini; Luciana Magnani Fernandes; Anair Lazzari Nocila.	Adquirir conhecimento dos eventos adversos ocorridos na unidade de pediatria. Tipo de estudo: Estudo descritivo.	Os profissionais reconhecem que a falta de comunicação efetiva favorece o desencadeamento de erros reduzindo a adesão à notificação de eventos adversos, diante disso 72,5% dos profissionais consideram que seus erros podem ser usado contra eles, 65% afirmam ter medo que seus erros podem ser usados contra eles.	Existe uma considerável necessidade de maior respaldo aos profissionais em relação aos erros e eventos adversos por parte dos líderes, já que a cultura de segurança pode ser um reflexo da gestão do serviço. Além disso, o apoio da instituição pode significar estímulo para que os erros possam ser notificados, analisados e corrigidos, impedindo assim sua repetição.
Artigo 2: Conhecimento dos profissionais de saúde sobre eventos adversos em unidade de terapia intensiva.	Isadora Alves Moreira; Ana Lúcia Queiroz Bezerra; Tathianny Tanferri de Brito Paranaguá; Ana Elisa Bauer de Camargo Silva; Francino de Machado de Azevedo Filho.	Analisar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre a ocorrência de eventos adversos em unidade de terapia intensiva. <b>Tipo de estudo:</b> Pesquisa de campo Descritivo.	45,94% dos profissionais demonstraram conhecimento sobre o significado de evento adverso, porém, com superficialidade.	Constatou-se que os profissionais possuem conhecimento superficial sobre o conceito dos eventos adversos, mas identificam e reconhecem o evento como parte da assistência à saúde quando esta não é realizada com qualidade.

<p>Artigo 3: Conhecimento do enfermeiro sobre evento adverso e os desafios para sua notificação.</p>	<p>Jamully Santos Araujo, Hertaline Menezes Nascimento, Anny Giselly Milhome da Costa Farre, Rosângela de Oliveira Brito, José Paulo dos Anjos Santos, Talmay Tavares Santos Vasconcelos.</p>	<p>Investigar o conhecimento e a percepção dos enfermeiros sobre os eventos adversos, sua notificação e os fatores que limitam a sua realização. <b>Tipo de estudo:</b> Descritivo Quanti-qualitativa Pesquisa de campo.</p>	<p>Quanto à realização da notificação de EA, a grande maioria dos profissionais tem consciência dos benefícios desta, sendo que 96% afirmaram que notificariam e 4% afirmaram não realizar a notificação. 18% dos pacientes reconhecem que a ocorrência da notificação traz melhorias na qualidade da assistência. 28% referem ter medo de punições, represálias de serem responsabilizados e ter seu nome comprometido por ter cometido um erro.</p>	<p>Muitos profissionais ainda desconhecem o que é um evento adverso. Também que o número reduzido de notificações é decorrente da falta de conhecimento atrelada à cultura punitiva. É relevante que existe a necessidade da implantação das ações educativas, juntamente com mediadas que respaldem os profissionais em relação à ocorrência dos eventos adversos, ao mesmo tempo em que estimulem esses profissionais a notificarem os EA, a fim de analisá-los, corrigi-los e preveni-los.</p>
<p>Artigo 4: Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem.</p>	<p>Sabrina da Costa Machado Duarte; Marlucci Andrade Conceição Stipp; Marcelle Miranda da Silva; Francimar Tinoco de Oliveira.</p>	<p>Identificar as publicações científicas sobre os eventos adversos na assistência de enfermagem em pacientes adultos hospitalizados e discutir os principais eventos adversos na assistência de enfermagem. <b>Tipo de estudo:</b> Revisão integrativa.</p>	<p>Foi observado que a notificação de eventos adversos ainda é negligenciada socialmente a cultura primitiva existente. Teme-se o castigo e a incompreensão social.</p>	<p>Evidenciou-se a necessidade de compreensão por parte dos profissionais da equipe de enfermagem acerca dos eventos adversos, bem como da adoção de uma cultura não punitiva frente ao evento instalado.</p>
<p>Artigo 5: Eventos adversos em uma unidade de internação cirúrgica: estudo descritivo.</p>	<p>Bruna Telemberg Sell; Lúcia Nazareth Amante; Tatiana Martins; Camilla Telemberg Sell; Fabiana Minati de Pinho; Renata da Silva.</p>	<p>Verificar a ocorrência de infecção do sítio cirúrgico, perda ou infecção do acesso venoso e quedas em pacientes internados em unidade de internação cirúrgica. <b>Tipo de estudo:</b> descritivo, quantitativo.</p>	<p>Faz-se necessário que ocorram nos ambientes hospitalares algumas mudanças, a saber: mudar a busca de erros como falhas do sistema; mudar de um ambiente punitivo para uma cultura na qual a notificação do erro é estimulada; evitar o sigilo evidenciando a transparência.</p>	<p>A promoção de uma cultura de segurança deve ser estabelecida entre os profissionais para que a notificação dos incidentes, erros e eventos adversos, não denote caráter punitivo ao profissional, mas sim entendimento de que o erro é multifatorial e não de responsabilidade de um único profissional.</p>

Artigo 1. - O estudo aponta que a falta de comunicação efetiva favorece o desencadeamento de erros reduzindo a adesão à notificação de eventos adversos, ou seja, que os profissionais reconhecem a importância da notificação, porém não a fazem.

Neste estudo o autor faz referência a necessidade de maior domínio do enfermeiro em relação aos possíveis erros e reações adversas que podem ocorrer no desenvolvimento do cuidado e destaca a importância da instituição que apresenta como filosofia de sua gerência o apoio ao seu corpo profissional.

Artigo 2.- já o estudo 2 aponta que 45,94% dos profissionais demonstraram conhecimento sobre o significado de EA, porém, com superficialidade. Levando-nos a crer

que essa superficialidade é um fator preocupante visto que o conhecimento parcial sobre a temática permite falhas na comunicação e na continuidade eficaz do cuidado prestado, dificultando a compreensão da real importância de notificar os EA.

Contudo apesar desse estudo os profissionais possuem conhecimento superficial sobre o conceito dos eventos adversos, os mesmos identificam e reconhecem o evento como parte da assistência à saúde quando esta não é realizada com qualidade, nos levando a compreender que os mesmos reconhecem que quando não notificado esses eventos comprometem a continuidade e eficácia do cuidado em saúde.

Artigo 3- Quanto ao estudo 3 foi possível constatar que a grande maioria dos profissionais tem consciência dos benefícios da notificação de EA, e ao analisar o artigo foi possível observar que um quantitativo de 96% afirmaram que notificariam e 4% afirmaram não realizar a notificação. 18% dos pacientes reconhecem que a ocorrência da notificação traz melhorias na qualidade da assistência. 28% referem ter medo de punições, represálias de serem responsabilizados e ter seu nome comprometido por ter cometido um erro.

Artigo 4- já neste estudo foi possível verificar que a notificação de EA ainda é negligenciada socialmente a cultura primitiva existente. Teme-se o castigo e a incompreensão social.

Sendo assim é correto afirmar que o profissional ainda tem receio em notificar os eventos adversos, pois consideram que seus erros podem ser usados contra eles ou referem medo de punições, represálias de serem responsabilizados e ter seu nome comprometido por ter cometido o mesmo. Reiterando mais uma vez a necessidade de compreensão por parte dos profissionais da equipe de enfermagem acerca dos EA, bem como da adoção de uma cultura não punitiva frente ao evento instalado.

Artigo 5 – Descreve a necessidade de mudanças nos ambientes hospitalares ressaltando algumas delas que seriam: mudar a busca de erros como falhas do sistema; mudar de um ambiente punitivo para uma cultura na qual a notificação do erro é estimulada; evitar o sigilo evidenciando a transparência.

Promover uma cultura de segurança deve ocorrer através do compromisso entre os profissionais para que a notificação dos incidentes, erros e eventos adversos, não denote caráter punitivo, mas sim entendimento de que o erro é multifatorial e não de responsabilidade de um único profissional.

A educação para a segurança do paciente e redução de EA é uma recomendação da OMS, que sugere a inclusão da temática nas grades curriculares de todos os cursos da área da saúde. Um aspecto importante é que os futuros profissionais tendem a ser preparados para acertar, pois partem da premissa de que o trabalho desenvolvido será livre de erros, incorporando a noção de que errar é algo inaceitável. Esse aspecto precisa ser revisto com urgência no ensino da saúde.<sup>6</sup>

Visto que a segurança do paciente necessita ser problematizada e discutida de forma séria e responsável, sendo indispensável instrumentalizar os futuros profissionais para a

prevenção de eventos adversos e desenvolver neles a cultura da segurança do paciente. <sup>6</sup>

Em relação à criação de estratégias que incentivem a notificação dos EA, Claro et al (2011) destaca a necessidade de traçar estratégias que promovam e garantam a cultura de segurança do profissional objetivando o incentivo a notificação de eventos adversos destacando-se a notificação anônima na tentativa de identificar o erro do processo para que os mesmos sejam minimizados oferecendo uma assistência mais segura e de qualidade. <sup>7</sup>

Ao discorrer sobre a temática Fassarella et al (2012), aborda a relevância da educação continuada estando o profissional sempre atualizado em relação as questões técnicas com a intenção de melhor atender o cliente. Considerando dessa forma proporcionar possibilidades de encorajamento sem medo de represálias priorizando as anotações dos registros afim de reduzir as falhas. <sup>8</sup>

Sendo assim tão importante quanto notificar é a qualidade dos registros. Já que após análise de alguns estudos detectou-se que aproximadamente 80% dos registros foram classificados como ruins e regulares e somente 20% foi classificado como de boa qualidade. <sup>9</sup>

Acredita-se que de acordo com FIGUEIREDO et al (2017) a incorporação da questão da qualidade do cuidado e da segurança dos pacientes na agenda governamental e acadêmica das instituições sejam elas de ensino ou hospitalares é fundamental, assim como a capacitação e atualização de profissionais, quanto à importância do registro fidedigno e completo nos sistemas de informação em saúde.

Os artigos corroboram que se faz necessário condutas de políticas e estratégias na tentativa de encorajar os profissionais de saúde as práticas de notificação de EA sem represálias tornando dessa forma um ambiente mais seguro. Além disso, percebeu-se a necessidade da capacitação adequada dos profissionais visto que assegurar uma assistência de qualidade e que traga segurança ao paciente é de grande importância.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo nos possibilitou perceber e analisar a atuação da equipe de enfermagem e a importância da notificação de eventos adversos para a segurança do paciente. Concluímos a partir da análise que mesmo com todas as dificuldades e hesitações existentes no que diz respeito a notificação de eventos adversos as equipes reconhecem a contribuição positiva que as mesmas trazem para a segurança do paciente e para o processo de trabalho.

Reiterando que EA são incidentes indesejáveis, porém preveníveis, que ocorrem durante a prestação do cuidado a saúde e que resultam em danos ao cliente, podendo gerar um comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou algum efeito nocivo, como doença, lesão, incapacidade ou morte, podendo este ser de caráter físico, social e/ou psicológico. <sup>2</sup>

Em síntese, os EA servem como indicadores de resultados já que são ferramentas

que quando utilizadas de forma correta apontam aspectos do cuidado que podem ser melhorados tornando a assistência livre de riscos e falhas e, portanto mais segura para o profissional e principalmente para o paciente.

## REFERENCIAS

1. NOVARETTI, Marcia Cristina Zago et al . Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. **Rev. bras. enferm**, Brasília, v. 67, n. 5, p. 692-699, Oct. 2014. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003471672014000500692&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672014000500692&lng=en&nrm=iso)>. Access on 10 agos. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670504>.
2. CARNEIRO, Fernanda Salermo et al. Eventos Adversos na Clínica Cirúrgica de um hospital universitário instrumento de avaliação da qualidade .**Rev.enf.UERJ**,Rio de Janeiro,v1,p.201-204,Mar.2011. <http://www.facenf.br/v19n2/v19n2a06.pdf>>.Acess em:21 agos .2018.
3. Organização Mundial de Saúde. Estrutura conceitual da classificação internacional sobre segurança do doente [Internet]. Lisboa: OMS; 2011. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70882/4/WHO\\_IER\\_PSP\\_2010\\_2\\_por](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70882/4/WHO_IER_PSP_2010_2_por).
4. BECCARIA, Lucia Marinilza et al . Eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 276-282, Aug. 2009 Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103507X2009000300007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103507X2009000300007&lng=en&nrm=iso)>. Access on 12 Oct. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-507X2009000300007>.
5. DUARTE, Sabrina da Costa Machado et al . Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 68, n. 1, p. 144- 154, Feb. 2015 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672015000100144&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000100144&lng=en&nrm=iso)>. access on 21 Oct. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680120p>
6. WEGNER, William et al . Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 3, e20160068, 2016 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452016000300212&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000300212&lng=en&nrm=iso)>. access on 15 Nov. 2018. Epub June 07, 2016. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160068>.
7. CLARO, Carla Matilde et al . Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 45, n. 1, p. 167-172, Mar. 2011 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342011000100023&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000100023&lng=en&nrm=iso)>. access on 15 Nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000100023>.
8. FASSARELLA, Cintia Silva et al. Segurança do paciente no ambiente hospitalar: os avanços na prevenção de eventos adversos no sistema de medicação. **Rev. rede. de cuidados.em.saúde** Rio de Janeiro,v1, p.1-8, 2013 Disponível em: <<http://publicacoes.unigranrio.edu.br.br/index.php/rcs/article/view/1897/>>.Acesso em:15nov.2018.
9. FIGUEIREDO, Mirela Lopes de; D'INNOCENZO, Maria. Eventos adversos relacionados con las prácticas asistenciales: una revisión integradora. **Enferm. glob.**, Murcia , v. 16, n. 47, p. 605-650, 2017 . Disponible en <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412017000300605&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000300605&lng=es&nrm=iso)>. accedido en 15 nov. 2018. Epub 01-Jul- 2017. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.3.256091>.
10. MOREIRA, Isadora Alves et al. Conhecimento dos profissionais de saúde sobre eventos adversos em unidade de terapia intensiva [Health professionals' knowledge regarding adverse events in the intensive care unit]. *Revista Enfermagem UERJ*, [S.l.], v. 23, n. 4, p. 461-467, set. 2015. ISSN 0104-3552. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/5158/14237>>. Acesso em: 14 out. 2018. doi:<https://doi.org/10.12957/reuerj.2015.5158>.

11. SOUZA, Verusca Soares de et al. Erros e eventos adversos: a interface com a cultura de segurança dos profissionais de saúde. *Cogitare Enfermagem*, [S.l.], v. 20, n. 3, set. 2015. ISSN 2176-9133. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/40687>>. Acesso em: 14 out. 2018. doi:<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i3.40687>.
12. ARAUJO, Jamilly Santos et al. Conhecimento dos enfermeiros sobre evento adverso e os desafios para a sua notificação. *Cogitare Enfermagem*, [S.l.], v. 21, n. 4, nov. 2016. ISSN 2176-9133. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45404>>. Acesso em: 13 out. 2018. doi:<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i4.45404>.
13. SELL, Bruna Telemberg et al. Eventos adversos em uma unidade de internação cirúrgica: estudo descritivo. *Rev. SOBECC, São Paulo. JUL./SET. 2016; 21(3): 146- 153*>. Acesso em 13 out.2018.
14. PEREIRAROCHA, Judite et al . Eventos adversos identificados nos relatórios de enfermagem em uma clínica pediátrica. **Cienc. enferm.**, Concepción , v. 20, n. 2, p. 53-63, agosto2014 . Disponible en <[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532014000200006&lng=es&nrm=iso](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532014000200006&lng=es&nrm=iso)>. accedido en 21 oct. 2018. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532014000200006>
15. TOFFOLETTO, Maria Cecilia et al . Comparação entre gravidade do paciente e carga de trabalho de enfermagem antes e após a ocorrência de eventos adversos em idosos em cuidados críticos.**Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 27, n. 1, e3780016, 2018 Available fro<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072018000100323&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000100323&lng=en&nrm=iso)>. access on 21 Oct. 2018. Epub Mar 22, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180003780016>.
16. ORTEGA, Daniela Benevides et al . Análise de eventos adversos em pacientes internados em unidade de terapia intensiva. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 30, n. 2, p. 168-173, abr. 2017 . Disponível em <[http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002017000200168&lng=pt&nrm=iso](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002017000200168&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 21 out. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700026>.

## AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAIS BRASILEIROS: REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 01/07/2020

Data de submissão: 15/06/2020

### **Thália Letícia Batista Menezes**

Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA),  
Sobral, CE, Brasil.

E-mail: tleticia16@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-0397-0294>

### **Patrícia Kelen Sousa Araújo Gomes**

Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA),  
Sobral, CE, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-8890-3284>

### **José Ivo Albuquerque Sales**

Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA),  
Sobral, CE, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0001-7697-6171>

### **Cássio da Silva Sousa**

Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA),  
Sobral, CE, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-5864-3661>

### **Natasha Marques Frota**

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

<http://orcid.org/0000-0001-8307-6542>

### **Marianna Carvalho e Souza Leão Cavalcanti**

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

<http://orcid.org/0000-0002-7959-0140>

### **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: Objetivo:** analisar o uso do instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) para avaliação da cultura de Segurança do Paciente em hospitais do Brasil.

**Método:** revisão integrativa realizada em cinco bases de dados relevantes na área da saúde, a amostra foi composta por 13 pesquisas publicadas entre 2015 e 2019. Os artigos foram caracterizados quanto ao objetivo, a amostra, e ao local. **Resultados:** Foi possível identificar as três dimensões mais bem avaliadas pelos participantes, “Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/gerentes”, “Aprendizado organizacional e melhoria contínua” e “Trabalho em equipe dentro das unidades”, e os três domínios com os piores percentuais, “Respostas não punitivas aos erros”, “Trabalho em equipe entre as unidades” e “Apoio da gestão hospitalar para

segurança do paciente”. **Conclusão:** A segurança do paciente é de extrema relevância para a oferta do cuidado de forma segura, assim torna-se importante a identificação da existência de fatores de risco que predisõem aos erros e agravos, estes fatores podem estar relacionados às condições do ambiente de trabalho, aos insumos materiais, escassez de funcionários e a capacitação destes.

**PALAVRAS-CHAVE:** Segurança do Paciente; Cultura de Segurança; Gestão da Segurança.

**ABSTRACT: Objective:** to analyze the use of the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) instrument to assess the Patient Safety culture in hospitals in Brazil. **Method:** an integrative review carried out in five relevant databases in the health area, the sample was composed of 13 surveys published between 2015 and 2019. The articles were characterized in terms of objective, sample, and location. Results: It was possible to identify the three dimensions best evaluated by the participants, “Expectations and actions to promote safety of supervisors / managers”, “Organizational learning and continuous improvement” and “Teamwork within the units”, and the three domains with the worst percentages, “Non-punitive responses to errors”, “Teamwork between units” and “Support from hospital management for patient safety”. **Conclusion:** Patient safety is extremely relevant for the provision of care safely, so it becomes important to identify the existence of risk factors that predispose to errors and injuries, these factors may be related to the conditions of the work environment to material inputs, shortages of employees and their training.

**KEYWORDS:** Patient Safety; Safety Culture; Security Management.

## 1 | INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a segurança do paciente como a redução do risco de dano desnecessário associado à atenção a saúde a um mínimo aceitável. (WHO, 2009). Dessa forma, a Segurança do Paciente (SP) pode ser considerada como uma das dimensões do serviço de saúde, que assegura ser a busca pela diminuição de riscos de danos evitáveis associado à saúde, constituindo-se como uma preocupação mundial em razão dos elevados índices de incidentes provenientes do cuidado em saúde. (FASSARELA *et al.*, 2018).

Com o intuito de melhorar a segurança do paciente, a *Joint Commission International* (JCI) elaborou no ano de 2013 metas de segurança do paciente objetivando identificar riscos e aperfeiçoar os cuidados com o paciente. Já no Brasil a SP ganhou relevância com a criação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) que tem como uma de suas funções ações de promoção da segurança, contudo a cultura de segurança do paciente ainda é falha em hospitais, acarretando em problemas de saúde aos pacientes e Eventos Adversos (EA) evitáveis. (COSTA *et al.*, 2018).

Estima-se que 400.000 pessoas por ano morrem por danos evitáveis e cerca de

4 a 8 milhões são acometidos por danos graves. Em cinco países latino-americanos, a ocorrência de EAs em 10,5% dos pacientes hospitalizados (MINUZZI *et al*, 2016). No Brasil, dados da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR) de 2016, declara um boletim de segurança sobre incidentes na assistência de saúde mostrando que em 2015 ocorreram 31.774 incidentes no país, e que destes, 93% ocorreram em ambiente hospitalar (El-Jardeli *et al.*, 2014).

Avaliar a cultura de segurança depende do envolvimento das partes interessadas em utilizar métodos de coletas de dados válidos, implementar o plano de ação e iniciar mudanças como listas de verificação, avaliação de risco ambiental, entrevistas estruturadas, análise de causa-efeito. A ferramenta diagnóstica com maior utilização para avaliação é o questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), desenvolvido e disponibilizado no ano de 2004 pela *Agency for Health Research and Quality* (AHRQ), é confiável, eficiente e ágil para propor novas iniciativas de segurança (ANDRADE *et al*, 2018).

O HSOPSC tem como objetivo identificar o olhar do profissional diante da segurança do paciente, através de pontos fortes, fracos e passíveis através de 42 questões, abordando 12 dimensões, sendo elas: percepção geral da segurança; frequência de relato de eventos; expectativas sobre o supervisor/chefe e ações promotoras da segurança; aprendizado organizacional - melhoria contínua; trabalho em equipe dentro das unidades; abertura da comunicação; respostas não punitivas aos erros; adequação de profissionais; retorno da informação e comunicação sobre erro; apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente; trabalho em equipe entre as unidades; passagem de plantão e transferências (COSTA *et al*, 2018).

Deste modo, a avaliação da cultura de segurança do paciente em instituições hospitalares configura-se como estratégia fundamental no cuidado seguro, em virtude de possibilitar o conhecimento de fatores intervenientes no processo de cuidado em saúde que impactam diretamente na segurança do paciente (Silva-Batalha *et al.*, 2015). A avaliação permite a identificação de possíveis fragilidades e potencialidades, uma vez que estudar a cultura de segurança possibilitará conhecer as áreas que necessitam de melhorias e, assim, mostram-se como subsídio para conduzir ações e atitudes, visando a garantia da segurança do paciente na atenção à saúde.

## 2 | OBJETIVO

Analisar o uso do instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) para avaliação da cultura de Segurança do Paciente em hospitais do Brasil.

### 3 | MÉTODOS

Trata-se de revisão integrativa da literatura que percorreu as seguintes etapas: definição da pergunta norteadora; escolha dos descritores; formulação dos critérios de inclusão e exclusão; pesquisa em bases de dados; sumarização dos artigos encontrados; avaliação das informações contidas; síntese dos resultados.

A definição da pergunta norteadora foi: “Quais as evidências disponíveis na literatura sobre a classificação da segurança do paciente em hospitais do Brasil segundo o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC)?”

As bases de dados utilizadas foram: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SciELO (Scientific Electronic Library Online), Medline, Scopus e ScienceDirect. A busca foi realizada no mês de junho de 2019 em duplas e no mesmo instante.

Para a busca, foram utilizados descritores contidos nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) como “patient safety” or “safety culture” and hospital. Os critérios de inclusão estabelecidos: artigos de pesquisa disponíveis eletronicamente na íntegra nos idiomas inglês, espanhol e português entre os anos de 2015 e 2019. Foram excluídas editoriais, monografias, dissertações, teses e publicações repetidas.

O levantamento totalizou 741 publicações a partir do cruzamento dos descritores. Todos os resumos foram lidos e, após a leitura dos resumos, resultaram 35 artigos. Desses, foram excluídos 14 artigos duplicados e 21 foram lidos na íntegra. Após a leitura, 13 artigos compuseram a amostra.

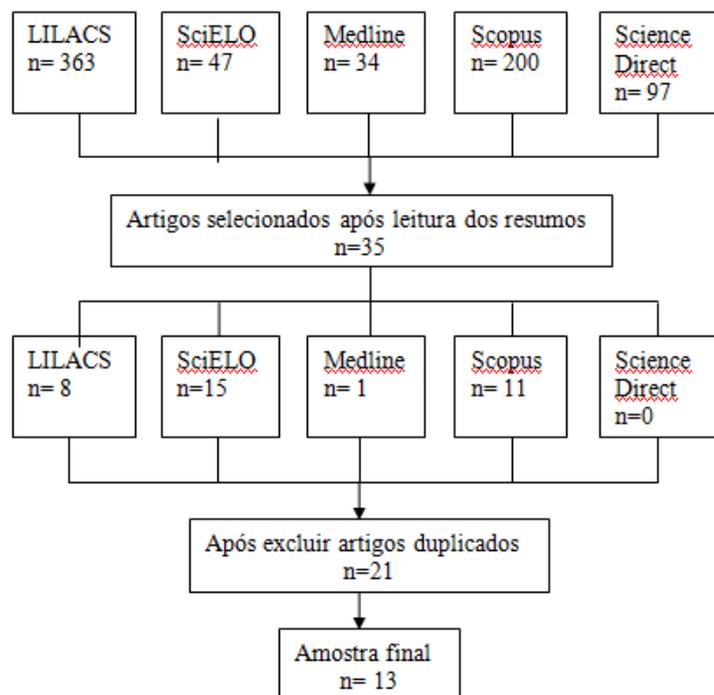


Figura 1- Fluxograma da seleção dos artigos por base de dados, Ceará, Brasil, 2019

## 4 | RESULTADOS

Foram encontrados 13 artigos publicados entre 2015 a 2019 em português. O Quadro 1 apresenta a caracterização dos 13 artigos analisados nesta revisão integrativa.

ID	Autor/Ano	Objetivo	Tipo de estudo/ Amostra	Local
1	Minuzz; Salum; Locks/2016	Avaliar as dimensões da cultura de segurança do paciente na perspectiva dos profissionais da equipe de saúde de uma UTI	Estudo descritivo 59 Profissionais	UTI de um hospital público, de nível terciário para atendimento de adultos, referência em neurotraumatologia, situado no Sul do Brasil
2	Tomazoni et al./2015	Analisar a cultura de segurança do paciente na perspectiva das equipes de enfermagem e médica de UTIN em hospitais públicos	Estudo descritivo 141 Profissionais	Quatro UTINs tipo II, de quatro hospitais públicos da região da Grande Florianópolis, Santa Catarina, Brasil
3	Fassarella et al./2018	Realizar um benchmarking entre as dimensões de cultura de segurança do paciente a partir da avaliação de enfermeiros brasileiros e portugueses que atuam em hospital universitário	Estudo comparativo 762 enfermeiros	Dois hospitais universitários e públicos, um no Rio de Janeiro (Brasil) e outro em Porto (Portugal).
4	Silva et al./2018	Avaliar a Cultura de Segurança do Paciente (CSP) na perspectiva dos profissionais de saúde do Hospital de Referência do Alto Rio Juruá, na Amazônia Ocidental Brasileira	Estudo descritivo 280 Profissionais	Hospital Regional do Juruá- AM
5	Costa et al./2018	Avaliar a cultura de segurança do paciente pela equipe de enfermagem no contexto hospitalar.	Estudo descritivo 437 Profissionais	Duas instituições hospitalares localizadas no norte do estado do Paraná, no Brasil
6	Abreu et al./2019	Analisar a cultura de segurança do paciente a partir da visão da equipe de enfermagem de um centro cirúrgico	Estudo analítico 92 Profissionais	Hospital de referência do município de Teresina, estado do Piauí
7	Andrade et al./2016	Avaliar a cultura de segurança do paciente e fatores associados em hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão	Estudo analítico 215 Profissionais	Três hospitais do estado do Rio Grande do Norte, Brasil
8	Silva-Batalha; Melleiro/2015	Avaliar a percepção de profissionais de enfermagem de um hospital de ensino acerca das dimensões de cultura de segurança do paciente e identificar diferenças de percepção da cultura de segurança do paciente nas diferentes unidades do hospital.	Estudo descritivo Não relata amostra	Desenvolvido em hospital, localizado no município de São Paulo, no Estado de São Paulo-Brasil
9	Galvão et al./2018	Avaliar a cultura de segurança do paciente em um hospital universitário de Manaus, Amazonas	Estudo descritivo 381 Profissionais	Hospital Universitário Getúlio Vargas, em Manaus, Amazonas
10	Macedo et al./2016	Identificar a cultura de segurança do paciente em emergências pediátricas na perspectiva da equipe de enfermagem, por meio do instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC).	Estudo descritivo 91 Profissionais	Três Unidades de Emergência Pediátrica da Grande Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.
11	Almeida Cruz et al./2018	Avaliar a cultura de segurança organizacional de um hospital de ensino do Estado do Paraná.	Estudo exploratório 645 Profissionais	Hospital de ensino de grande porte de Curitiba-PR

12	Santiago; Turrini/2015	Avaliar a percepção dos profissionais de saúde sobre o clima e cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva (UTI) e a relação entre os instrumentos HSOPSC e o SAQ	Estudo descritivo 197 Profissionais	Três UTI de um hospital público de ensino no município de Sumaré, estado de São Paulo, Brasil.
13	Tavares et al/2018	Avaliar a cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem.	Estudo descritivo 221 Profissionais	Hospital universitário do Nordeste do Brasil

Quadro 1. Caracterização da produção científica quanto ao autor, ano, objetivo, tipo de estudo, amostra e local, Ceará, Brasil, 2019

Fonte: dados do estudo

Houve predominância de artigos na região sul e Sudeste do Brasil. A produção científica brasileira é comumente associada ao investimento do setor público, tanto na qualificação de capital humano como na melhoria da infraestrutura de universidades e institutos de pesquisa (HELENE; RIBEIRO, 2011). São Paulo concentra cerca de 20% da produção científica brasileira e cresceu 21 posições na lista das cidades de maior geração de conhecimento no mundo durante a última década, estando entre os 20 municípios que mais produziram ciência no mundo (ROYAL SOCIETY, 2011).

### Dimensões com os melhores percentuais

É possível identificar que as principais dimensões da Cultura de Segurança do Paciente avaliadas positivamente pelos participantes dos estudos foram: “Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/gerentes”, “Aprendizado organizacional e melhoria contínua” e “Trabalho em equipe dentro das unidades” conforme pode ser observado no quadro 2.

Dimensões mensuráveis pelo HSOPSC	Artigos	n (%)
Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/gerentes	1, 2, 3, 7, 8, 9, 10, 11, 12	9 (69,2)
Aprendizado organizacional e melhoria contínua	2, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12	9 (69,2)
Trabalho em equipe dentro das unidades	1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13	11 (84,5)
Abertura da comunicação	1, 3, 8	3 (23)
Retorno das informações e da comunicação sobre erro	13	1 (7,6)
Respostas não punitivas aos erros	5	1 (7,6)
Adequação de profissionais	-	-
Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente	4, 12	2 (15,3)
Trabalho em equipe entre as unidades	4	1 (7,6)
Passagens de plantão/turno e transferências internas	-	-
Percepção geral da segurança do paciente	6	1 (7,6)
Frequência de eventos notificados	5, 13	2 (15,3)

Quadro 2: Dimensões do HSOPSC e os artigos que encontraram melhores percentuais de respostas positivas, Ceará, Brazil, 2019

Fonte: dados do estudo

## Dimensões com os piores percentuais

Dentre os domínios com piores percentuais, houve destaque para as dimensões “Respostas não punitivas aos erros”, “Trabalho em equipe entre as unidades” e “Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente”. O quadro 3 apresenta todas as dimensões que tiveram baixo índice de avaliação entre os profissionais de saúde.

Dimensões mensuráveis pelo HSOPSC	Artigos	n (%)
Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/gerentes	5	1 (7,6)
Aprendizado organizacional e melhoria contínua	-	-
Trabalho em equipe dentro das unidades	-	-
Abertura da comunicação	4, 5, 6, 12	4 (30,7)
Retorno das informações e da comunicação sobre erro	6	1 (7,6)
Respostas não punitivas aos erros	1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13	11 (84,6)
Adequação de profissionais	5, 8, 9	3 (23)
Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente	1, 2, 3, 8, 10, 13	6 (46,1)
Trabalho em equipe entre as unidades	1, 2, 3, 6, 10, 11, 12	7 (53,8)
Passagens de plantão/turno e transferências internas	7, 11	2 (15,3)
Percepção geral da segurança do paciente	7, 9, 13	3 (23)
Frequência de eventos notificados	4	1 (7,6)

Quadro 3: Dimensões do HSOPSC e os artigos que encontraram piores percentuais de respostas positivas, Ceará, Brazil, 2019

Fonte: dados do estudo

## 5 | DISCUSSÃO

A segurança do paciente é de grande relevância no âmbito hospitalar, pois promove ambiente mais seguro para paciente e colaboradores, além de padronizar cuidado assistencial, buscando reduzir, ao mínimo, ocorrência de Eventos Adversos. No presente estudo, foi observado foco de análise em setores de UTI's, Centro Cirúrgico e Emergências Pediátricas devido ao grau de complexidade, gravidade dos pacientes atendidos e procedimentos essenciais para manutenção do bem-estar dos pacientes internados.

As mesmas dimensões de destaque positivo foram encontradas em revisão realizada nos hospitais da Arábia Saudita, que usaram o HSPSC em ambiente de assistência médica em qualquer país árabe, que dentre os pontos fortes incluíram aprendizado organizacional/ melhoria contínua, trabalho em equipe nas unidades e suporte da gerência do hospital para segurança do paciente (ELMONSTSRI et al., 2017)

Foi identificado no estudo a dimensão “Expectativas e ações de promoção de

segurança dos supervisores/gerentes”, assim as instituições devem visualizar a segurança do paciente como ações primordiais para cuidado integral e seguro, sendo necessário realizar mudança no processo estrutural por meio da consciência quanto a cultura de segurança e envolvendo o senso ético do profissional quanto aos riscos junto a instituição, promovendo melhorias na segurança do paciente e na qualidade do cuidado ofertado, bem como nas condições de trabalho dos profissionais.

Foi perceptível, neste estudo, resultado positivo quanto à dimensão “Trabalho em equipe dentro das unidades”, podendo evidenciar um olhar crítico dos profissionais sobre respeito, cooperação e nivelamento, perante o bom envolvimento e engajamento da equipe, que traz consigo assistência de responsabilidade compartilhada diminuindo a sobrecarga e influenciando em impactos positivos na segurança do paciente.

O trabalho em equipe significa estabelecer consensos em relação às metas e aos resultados a serem alcançados pela equipe profissional, também em relação ao modo mais adequado de atingi-los (SANTOS, 2016). É de suma importância que os profissionais de saúde envolvidos na assistência identifiquem as relações existentes entre as várias atividades realizadas e que sejam levadas em consideração, integrando suas ações (BERGAMIM, 2013).

Em estudo nacional realizado na Suécia, avaliou a segurança do paciente nos hospitais, e identificou a dimensão “trabalho em equipe dentro das unidades” (média, 73,5), como a melhor avaliada (DANIELSON et al., 2020). O mesmo resultado foi encontrado na Etiópia, onde a dimensão com maior porcentagem de respostas positivas foi “trabalho em equipe dentro da unidade”, em um total de 73,4% (KUMBI et al., 2020). Santos (2016) destaca o papel do profissional de enfermagem na coordenação da equipe de saúde, no qual integram, concomitantemente, tanto as equipes de enfermagem quanto as equipes multiprofissionais, ocupando um posicionamento primordial na articulação das ações desenvolvidas por elas.

Ao verificar “O Aprendizado organizacional e melhoria contínua”, é corroborado uma porcentagem alta nesta dimensão, o mesmo foi identificado em estudo realizado no Irã, com 79,77% de respostas positivas, apresentando-se como a melhor dimensão avaliada neste estudo (KHOSHAKHLAGH *et al.*, 2019). Os bons resultados se devem aos programas de educação permanente desenvolvida por profissionais de saúde que buscam identificar a presença de uma cultura de aprendizagem, na qual os erros são notificados, averiguados e revertidos em alterações positivas que levam a melhorias da assistência, e mostrou-se como uma das melhores avaliações positivas.

Outro achado bastante relevante neste estudo foi o fato de os profissionais terem a visão de respostas punitivas aos erros, ou seja, que serão punidos por seus erros ou sofrerão consequências destes, o que pode acabar diminuindo os números de casos de Eventos Adversos notificados. Diversos estudos apontam a resposta não punitiva ao erro como dimensão com baixos índices de respostas positivas, como estudo realizado na

etiópia também identificou a dimensão “resposta não punitiva ao erro” (31,2 %) como a menor taxa de respostas positivas (KUMBI et al., 2020; ELMONSTRISRI et al., 2017).

A notificação de eventos adversos é um meio que visa identificar os erros que a equipe de saúde provoca, visualizando os riscos presentes na assistência à saúde. Os profissionais precisam ser frequentemente orientados a respeito da relevância de registrar e preencher os formulários de notificação corretamente, pois eles devem ser de fácil compreensão, associado a isto, cabe às instituições adotarem respostas não punitivas aos erros, e reconhecer neste, a oportunidade de amadurecimento da cultura de segurança (COSTA, 2018). Desta forma, é necessário estabelecer medidas de prevenção dos eventos adversos e avaliar as intervenções a serem implementadas, com o objetivo de averiguar os avanços nas práticas de assistência.

Os achados quanto ao “Trabalho em equipe entre as unidades” apresenta fragilidades, tais como a falta de respeito, coordenação e cooperação entre os profissionais, pré-requisitos básicos para a execução do trabalho em equipe e do cuidado seguro são exemplos de problemas acometidos entre as unidades. Devendo ser promovido uma boa interação a partir de uma boa comunicação entre setores e unidades para assim desenvolver uma assistência segura para os pacientes (MINUZZI, 2016).

Entretanto, este achado não está em consonância com a dimensão “Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente”, já que esta foi identificada entre os artigos como a segunda dimensão com menor percentil de respostas positivas e tem por objetivo avaliar se a administração e gestão do hospital propiciam um clima de trabalho que promove a segurança do paciente. Em estudo realizado em hospital de ensino com amostras de 301 profissionais de enfermagem foi evidenciado total de 53,6% de respostas negativas a esse questionamento, revelando criticidade quanto a motivação da gestão hospitalar na segurança do paciente, o que acarreta na desmotivação de ideias para melhorias na qualidade e efetivação da segurança do paciente (BATALHA, 2017).

Portanto, os resultados encontrados neste estudo evidenciam que as instituições brasileiras buscam identificar a presença de cultura de aprendizagem, na qual os erros são averiguados e revertidos em alterações positivas que levam a melhorias da assistência. Porém, não há incentivos por parte da administração e gestão do hospital em propiciar clima de trabalho que promove a segurança do paciente.

## 6 | CONCLUSÃO

A segurança do paciente é de extrema relevância para a oferta do cuidado de forma segura, assim torna-se importante a identificação da existência de fatores de risco que predisõem aos erros e agravos, podendo estes fatores estar relacionados às condições do ambiente de trabalho, aos insumos materiais, escassez de funcionários e a capacitação destes.

Dessa forma, fica evidente que no que se refere a dimensões “Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores/gerentes”, “Aprendizado organizacional e melhoria contínua” e “Trabalho em equipe dentro das unidades” foram avaliadas de forma positivas dentro dos hospitais brasileiros.

Entretanto, conclui-se então que a segurança do paciente possui ainda fragilidades em suas dimensões, como “respostas não punitivas ao erro”. Com isso, cabe aos gestores instituir a cultura de segurança do paciente, a fim de promover a notificação voluntária e não punitiva dos incidentes, identificando as falhas ocorridas e implementando estratégias corretivas, desenvolvendo senso de responsabilidade para auxiliar no planejamento de estratégias para segurança do paciente nas instituições. Estimula-se que haja envolvimento maior dos profissionais diante das estratégias e processos, partindo dos líderes e da gerência o exemplo de adotar a segurança do paciente como prioridade na busca de uma assistência segura e de qualidade.

A implementação de momentos de discussão e aprendizagem, com a partilha dos procedimentos realizados junto a um feedback com gestores e profissionais pode influenciar na criação de vínculo das equipes que estarão mais envolvidas no processo assistencial e possuirão um olhar crítico mais aprofundado após momentos de reflexão acerca da segurança do paciente, bem como das particularidades que envolvem o paciente.

Considerou-se o número de artigos encontrados relativamente baixo, sendo esta uma limitação. Sugere-se à comunidade acadêmica mais estudos com instrumentos validados para melhor adesão das dimensões para segurança e que ações de mudança possam ser implementadas nos cenários em estudo, o que contribuirá para melhora da qualidade na assistência à saúde.

## REFERÊNCIAS

ABREU, Ingrid Moura de et al . Cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico: visão da enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 40, n. spe, e20180198, 2019 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472019000200411&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200411&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 13 Jun. 2020.

ANDRADE, L. E. L. et al . Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 1, p. 161-172, Jan. 2018 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000100161&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000100161&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 13 Jun. 2020.

BERGAMIM, Marília Doriguello; PRADO, Cláudia. Problematização do trabalho em equipe em enfermagem: relato de experiência. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 66, n. 1, p. 134-137, fev. 2013 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672013000100021&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000100021&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 13 Jun. 2020.

COSTA, D. B. et al. Cultura de segurança do paciente: avaliação pelos profissionais de enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 27, n. 3, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180002670016>>. Acesso em: 13 Jun.2020.

CRUZ, E. D. A. et al. Cultura de segurança entre profissionais de saúde em hospital de ensino. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 23, n. 1, jan. 2018. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/50717>>. Acesso em: 13 Jun. 2020.

DANIELSSON, M. et al. **A national study of patient safety culture in hospitals in Sweden**. Journal of patient safety, v. 15, n. 4, p. 328-333, 2019. Disponível em < <https://www.ncbi.nlm.nih.ez114.periodicos.capes.gov.br/pmc/articles/PMC6903350/> >Acesso em: 27 Mai. 2020.

DUARTE, S. da C. M. et al . Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 68, n. 1, p. 144-154, fev. 2015. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672015000100144&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000100144&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 13 Jun. 2020.

EL-JARDALI, F. et al. Patient safety culture in a large teaching hospital in Riyadh: baseline assessment, comparative analysis and opportunities for improvement. **BMC Health Services Research** 2014, 14:122. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/122>>. Acesso em: 07 Jul. 2019.

ELMONTSRI, M. et al. **Status of patient safety culture in Arab countries: a systematic review**. BMJ open, v. 7, n. 2, p. e013487, 2017. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.ez114.periodicos.capes.gov.br/pmc/articles/PMC5337746/>> Acesso em: 27 Mai. 2020

FASSARELA, C. S et al. Avaliação da cultura de segurança do paciente: estudo comparativo em hospitais universitários. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, vol.52, 2018. Disponível em: < [https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v52/pt\\_1980-220X-reeusp-52-e03379.pdf](https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v52/pt_1980-220X-reeusp-52-e03379.pdf)>. Acesso em: 13 Jun.2020.

GALVAO, Taís Freire et al. Cultura de segurança do paciente em um hospital universitário. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 26, e3014, 2018 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692018000100330&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100330&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 13 Jun. 2020.

GONCALVES, L. A. et al . Alocação da equipe de enfermagem e ocorrência de eventos adversos/incidentes em unidade de terapia intensiva. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 46, n. spe, p. 71-77, Oct. 2012 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000700011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000700011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 13 Jun. 2020.

HELENE, André Frazão; RIBEIRO, Pedro Leite. Brazilian scientific production, financial support, established investigators and doctoral graduates. **Scientometrics**, Budapest, v. 89, n. 2, p. 677-686, 2011. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1007/s11192-011-0470-2> > Acesso em: 13 Jun. 2020.

KHOSHAKHLAGH, A. H et al. Analysis of affecting factors on patient safety **BMC Health Services Research** culture in public and private hospitals in Iran., v. 19, n. 1, p. 1-14, 2019. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.ez114.periodicos.capes.gov.br/pmc/articles/PMC6936031/> > Acesso em 27 Mai. 2020.

KUMBI, M. et al. Patient safety culture and associated factors among health care providers in bale zone hospitals, southeast ethiopia: An institutional based cross-sectional study. **Drug, Healthcare and Patient Safety**, v. 12, p. 1, 2020. Disponível em < <https://www.ncbi.nlm.nih.ez114.periodicos.capes.gov.br/pmc/articles/PMC6971344/> >Acesso em: 27 mai. 2020

MACEDO, T. R. et al . Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem de emergências pediátricas. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 50, n. 5, p. 756-762, out. 2016 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342016000500756&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000500756&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 13 Jun. 2020.

MELLO, J. F.; BARBOSA, S. F. F. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 22, n. 4, p. 1124-1133, Dez. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072013000400031&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400031&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 13 Jun. 2020.

MINISTÉRIO da Saúde do Brasil. **Portaria Nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente.** Brasília, DF; 2013. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/portaria-529>. Acesso em: 13 Jun. 2020

MINUZZI, Ana Paula; SALUM, Nádia Chiodelli; LOCKS, Melissa Orlandi Honório. **AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM TERAPIA INTENSIVA NA PERSPECTIVA DA EQUIPE DE SAÚDE. Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 2, e1610015, 2016. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072016000200313&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000200313&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 13 Jun. 2020.

NOVARETTI, M. C. Z. et al. Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 67, n. 5, p. 692-699, out. 2014. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672014000500692&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000500692&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: em 13 Jun. 2020.

PINHEIRO, P. M; JUNIOR, O. C. S. Avaliação da cultura de segurança do paciente na organização hospitalar de um hospital universitário. **Enfermería Global.** 2017; 16 (1). 309-324. Disponível em: <[http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n45/pt\\_1695-6141-eg-16-45-00309.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n45/pt_1695-6141-eg-16-45-00309.pdf)>. Acesso em: 13 Jun. 2020

Royal Society. **Knowledge, networks and nations:** Global scientific collaboration in the 21st century. London: The Royal Society, 2011. Disponível em: <<http://royalsociety.org/policy/projects/knowledge-networks-nation/report/>>. Acesso em: 13 Jan. 2020.

SANTIAGO, Thaiana Helena Roma; TURRINI, Ruth Natalia Teresa. Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. spe, p. 123-130, Dec. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342015000700123&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000700123&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 13 Jun. 2020.

SANTOS, José Luís Guedes dos et al. Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para promover o trabalho em equipe em um serviço de emergência. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, n. 1, e50178, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472016000100402&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000100402&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 13 Jun. 2020.

SHAWN KN, Ruddy RM, Olsen CS, Lillis KA, Mahajan PV, Dean JM, et al. **Pediatric patient safety in emergency departments: unit characteristics and staff perceptions.** *Pediatrics.* 2009;124(201):485-93. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19651575/>>. Acesso em: 13 Jun. 2020.

SILVA, G. M. et al. **Avaliação da cultura de segurança do paciente na Amazônia Ocidental.** *Journal of Human Growth and Development.* 2018; 28(3):307-315. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v28n3/pt\\_12.pdf](http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v28n3/pt_12.pdf)>. Acesso em: 13 Jun. 2020

SILVA-BATALHA, E. M. S; MELLEIRO, M. M. **Cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino: diferenças de percepção existentes nos diferentes cenários dessa instituição.** *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2015 Abr-Jun; 24(2): 432-41. Disponível em: <[https://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt\\_0104-0707-tce-24-02-00432.pdf](https://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00432.pdf)>. Acesso em: 13 Jun.2020

The Joint Commission (JCI). **National Patient Safety Goals Effective.** January 1, 2016, Chicago (IL): 2015. Disponível em: <[http://www.jointcommission.org/assets/1/6/2016\\_NPSG\\_HAP.pdf](http://www.jointcommission.org/assets/1/6/2016_NPSG_HAP.pdf)>. Acesso em 06 Jul. 2019.

TOMAZONI, A. et al. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva neonatal.. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2015 Jan-Mar; 24(1): 161-9. Disponível em: <[https://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt\\_0104-0707-tce-24-01-00161.pdf](https://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt_0104-0707-tce-24-01-00161.pdf)>. Acesso em:13 Jun. 2020

World Health Organization (WHO). **The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety: Final Technical Report.** Internet] Geneva: WHO; 2009 Disponível em: <[http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps\\_full\\_report.pdf](http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf)>. Acesso em 05 Jul. 2019.

## SEGURANÇA DO PACIENTE E ERRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 01/07/2020

Data de submissão: 15/04/2020

### **Ludmilla Barbosa Bomfim dos Santos**

Universidade Federal do Rio de Janeiro  
Rio de Janeiro – Rio de Janeiro  
<http://lattes.cnpq.br/4595664455218840>

### **Eric Rosa Pereira**

Fundação Técnico Educacional Souza Marques e  
Centro Universitário UniAbeu  
Rio de Janeiro – Rio de Janeiro  
<http://lattes.cnpq.br/7572268883818445>

### **Joyce Martins Arimatéa Branco Tavares**

Faculdade de Enfermagem da Universidade  
Estadual do Rio de Janeiro  
Rio de Janeiro – Rio de Janeiro  
<http://lattes.cnpq.br/6241586768994609>

### **Ronilson Gonçalves Rocha**

Faculdade de Enfermagem da Universidade  
Estadual do Rio de Janeiro  
Rio de Janeiro – Rio de Janeiro  
<http://lattes.cnpq.br/0875241610630003>

### **Silvia Maria de Sá Basílio Lins**

Faculdade de Enfermagem da Universidade  
Estadual do Rio de Janeiro  
Rio de Janeiro – Rio de Janeiro  
<http://lattes.cnpq.br/4887241136400459>

### **Dennis Carvalho Ferreira**

Faculdade de Enfermagem da Universidade  
Estadual do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro – Rio de Janeiro

<http://lattes.cnpq.br/1091828535945745>

### **Sabrina da Costa Machado Duarte**

Escola de Enfermagem Anna Nery da  
Universidade Federal do Rio de Janeiro  
Rio de Janeiro – Rio de Janeiro  
<http://lattes.cnpq.br/0925406081744367>

### **Priscilla Valladares Broca**

Escola de Enfermagem Anna Nery da  
Universidade Federal do Rio de Janeiro  
Rio de Janeiro – Rio de Janeiro  
<http://lattes.cnpq.br/1910775440114086>

**RESUMO:** Introdução: Segurança do paciente e erro é uma temática muito discutida no mundo em vista da sua importância no setor saúde. Por ser uma temática que abrange todos os níveis de saúde, deve ser discutida nos diferentes cenários deste setor, sua importância no contexto Atenção Primária é ímpar, pois é a porta de entrada para toda a Rede de Atenção à Saúde. Objetivos: Identificar na literatura científica, pesquisas que tratem sobre a segurança do paciente e erros na atenção primária à saúde. Método: Foi realizada uma revisão integrativa da literatura. As bases de dados utilizadas foram: MEDLINE, LILACS, BDEF e CINAHL, sendo a pesquisa realizada de outubro a dezembro de 2017 e uma atualização em março de 2020.

Foram encontrados 1117, sendo selecionados 26 para o estudo. Os descritores foram Primary Health Care, Safety Patient e Medical Errors. Os critérios de inclusão foram artigos relacionados ao tema segurança do paciente na atenção primária à saúde e erros médicos; artigos nos idiomas português, inglês e espanhol; e artigos publicados nos últimos cinco anos desde a primeira pesquisa. Resultados: Após a seleção dos artigos, foram extraídos dados relevantes para discussão, como o título, autor, ano de publicação, objetivo, periódico, resultados e recomendações. Os estudos foram categorizados segundo as temáticas abordadas entre eles, sendo agrupados em duas diferentes categorias: Os erros médicos e os profissionais da saúde e Práticas de Segurança do Paciente. Conclusão: Existem lacunas de conhecimento no âmbito da segurança do paciente e erros, em atenção primária à saúde. Observa-se a necessidade de ampliar a cultura de segurança na atenção primária à saúde para que pacientes e profissionais possam reconhecer e gerenciar os eventos adversos, sendo sensíveis à sua capacidade compartilhada para a mudança, reduzindo erros e tensões entre profissionais e a população.

**PALAVRAS-CHAVE:** segurança do paciente; atenção primária à saúde e erros médicos.

#### PATIENT SAFETY AND ERROR IN PRIMARY CARE: INTEGRATIVE REVIEW

**ABSTRACT:** Introduction: Patient safety and error is a topic widely discussed in the world in view of its importance in the health sector. For a theme that covers all levels of health, it should be discussed in the different scenarios of this sector, its importance in the context of Primary Care is important, as it is a gateway to the entire Health Care Network. Objectives: to identify scientific literature, research dealing with patient safety and errors in primary health care. Method: An integrative literature review was carried out. The database used was: MEDLINE, LILACS, BDNF and CINAHL, with a survey carried out in October 2017 and an update in March 2020. 1117 were found, with 26 selected for the study. The descriptors were Primary Health Care, Patient Safety and Medical Errors. The inclusion criteria were articles related to the subject of patient safety with primary health care and medical errors; articles in Portuguese, English and Spanish; and articles published in the last five years since the first survey. Results: After selecting the articles, relevant data were extracted for discussion, such as title, author, year of publication, objective, journal, results and recommendations. The studies were categorized according to the themes addressed among them, being grouped into two categories: Medical errors and health professionals and Patient safety practices. Conclusion: There are knowledge gaps in the scope of patient safety and errors in primary health care. Observe if there is a need to expand the safety culture in primary health care for patients and professionals who can recognize and manage adverse events, being used in their shared capacity for changes, errors and tensions between professionals and populations.

**KEYWORDS:** patient safety; primary health care and medical errors.

## 1 | INTRODUÇÃO

A Aliança Mundial da Saúde desenvolveu uma classificação para a segurança do paciente, a fim de organizar a informação a ser utilizada, onde o conceito de erro é “a falha em executar um plano de ação como pretendido ou aplicação de um plano incorreto” (BRASIL, 2014), ou seja, um erro não tem caráter intencional por parte de quem o pratica, porém pode causar danos irreversíveis ao paciente.

O erro era pensado como algo diretamente relacionado a um indivíduo ou a um grupo de pessoas que cometeram um procedimento teoricamente errado, o que à época era difundido por diversos autores.

No final dos anos 90 James Reason (1997) traz um conceito diferenciado ao abordar a questão do erro. Para ele, armadilhas locais envolvendo tarefas e o local de trabalho provocam o erro, e têm o poder de atrair pessoas para sequências repetidas de insegurança. (REASON, 2017)

Reason (2017) entende o erro como a consequência de um processo de falhas, ele acredita que esses acidentes ocorrem dentro de uma tecnologia complexa. O erro é a consequência do processo e não a causa dele, isso nos remete ao pensamento comportamental humano frente aos obstáculos que são postos em seu caminho e que por vezes podem facilitar a finalização de um erro.

O modelo do queijo suíço retrata a ideia de Reason (2017), onde as fatias do queijo são defesas que podem intervir nos perigos locais e nas perdas potenciais, porém as fatias tem buracos, ou lacunas, que são criadas por falhas ativas que são os erros e as violações daqueles na interface do sistema humano e por condições latentes que surgem.

Uma falha na provisão de material, na entrega de um sisreg, no atraso de um diagnóstico, no estabelecimento de algum fluxo entre a equipe multiprofissional pode ser uma condição que gera uma falha ativa, não necessariamente por um erro teórico, mas uma cascata de falhas em vários setores.

Os erros mais evidentes são mais prováveis nas organizações que não se preocupam com as condições de trabalho, elas promovem os deslizos, lapsos e erros de indivíduos. Isto inclui fatores como treinamento inadequado, má comunicação, mau procedimento e problemas com o design da interface homem-máquina. O que potencializa os erros uma cultura de segurança deficiente, pois aumenta a atmosfera de práticas operacionais inseguras. (REASON, 2017)

A atenção primária é o nível de atenção que abrange a maioria dos cuidados em saúde, assim, esse nível de atenção também merece um olhar nas investigações sobre segurança do paciente, que estão centradas nos hospitais. E por muitas vezes focada somente em um “procedimento mal feito”.

A OMS em 2012 através do Programa de Segurança do Paciente cria o projeto “Safer Primary Care” que tem o objetivo de promover a compreensão e o conhecimento

sobre os riscos para os pacientes que estão sob cuidados na atenção primária em saúde, pois há uma real necessidade em se discutir cultura de segurança do paciente neste nível de atenção à saúde. (OMS, 2017)

Pensando em atenção primária, um erro nem sempre é proveniente somente de um indivíduo ou de uma técnica inadequada. É necessário pensar em toda uma rede assistencial e de gestão envolvida com o processo de saúde dos usuários, onde apenas um rompimento dessa rede pode resultar em um erro no final.

Com vista na problemática descrita acima, destaca-se como pergunta de pesquisa: Qual o conhecimento científico produzido sobre a segurança do paciente relacionada aos erros na atenção primária à saúde?

Dessa forma, elencam-se como objetivo do estudo:

- Identificar na literatura científica, pesquisas que tratem sobre a segurança do paciente e erros médicos na atenção primária à saúde.

## 2 | METODOLOGIA

Para atingir os objetivos propostos foi realizada uma revisão integrativa da literatura. As bases de dados utilizadas foram: MEDLINE (via PubMed), LILACS, Bdenf e CINAHL através da Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), sendo a pesquisa realizada em março de 2020. Os descritores segurança do paciente, atenção primária à saúde e erros médicos foram utilizados na versão em português e no inglês.

Para a seleção dos artigos usou-se os seguintes critérios de elegibilidade: artigos relacionados ao tema disponíveis na íntegra; artigos nos idiomas português, inglês e espanhol; e publicados nos últimos cinco anos. Foram excluídos os estudos: no formato de cartas, editoriais e notícias; sem resumo disponível; artigos repetidos e de revisão.

A busca nas bases de dados identificou 1117 títulos de artigos relevantes para o trabalho. A Figura 1 apresenta o fluxograma do processo de seleção dos estudos.

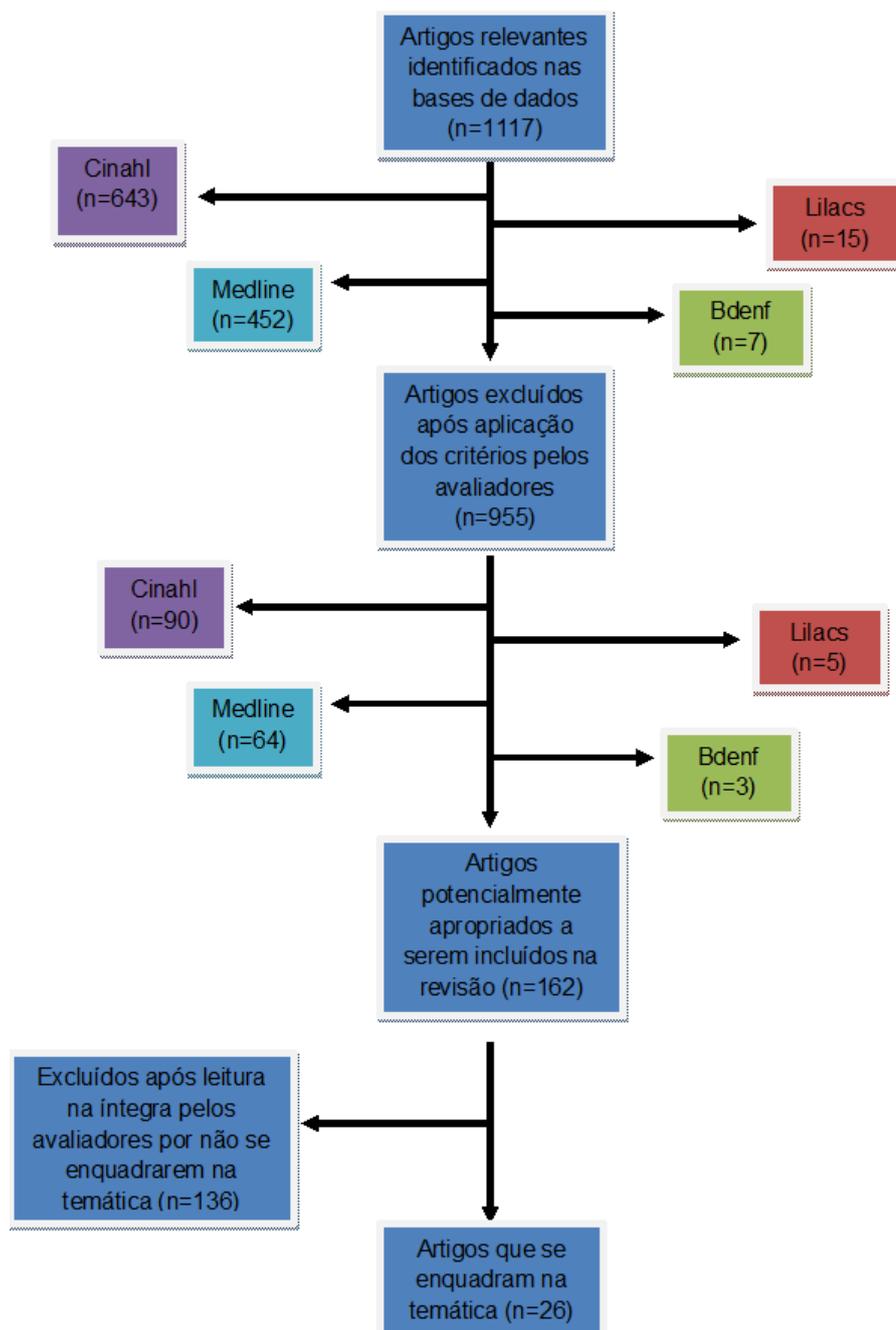


Figura 1: Fluxograma dos artigos encontrados

Fonte: Bases de dados, 2020.

### 3 | RESULTADOS

Em uma pesquisa inicial foram identificados 1117 artigos, sendo sua maioria encontrada no CINAHL, seguido da MEDLINE, LILACS e BDENF. Após essa pesquisa inicial foram excluídos todos os artigos que estavam dentro do critério de exclusão, sobrando um total de 162 artigos potencialmente apropriados para serem incluídos na pesquisa. Seguindo o caminho de seleção dos artigos, os mesmos foram lidos na íntegra e 136 artigos foram excluídos por não se enquadrarem na temática, totalizando ao final, 26 artigos que se enquadravam na temática.

Foi realizada uma avaliação dos estudos incluídos e uma análise crítica,

correlacionando-os, seguida de uma interpretação e discussão dos resultados, destacando os estudos que se apresentaram dentro da temática.

A análise dos dados foi realizada, baseada nos artigos selecionados, em que foi possível observar, contar e somar, descrever e qualificar os dados, para aglomerar o conhecimento produzido através da temática nessa revisão. (SOUZA et al, 2010)

	<b>F</b>	<b>F%</b>
<b>Ano de publicação do periódico</b>		
2015	6	23,00
2017	1	3,85
2018	12	46,15
2019	7	27,00
<b>Revistas de publicação</b>		
Rev enferm UFPE	1	3,85
Scandinavian Journal of Primary Health Care	1	3,85
Cad. Saúde Pública	1	3,85
Cogitare Enferm	1	3,85
Gac Sanit	1	3,85
BMC Fam Pract	3	11,54
BMC Health Services Research	1	3,85
British Journal of General Practice	1	3,85
BMJ Open	2	7,69
BMJ Qual Saf	1	3,85
Journal of Nursing and Health	1	3,85
Elsevier España	1	3,85
Journal Qual Health Care	1	3,85
The European Journal Of General Practice	2	7,69
Health Expect	1	3,85
Rev Saude Publica	1	3,85
Fam Pract	1	3,85
Public Health	1	3,85
Palliative Medicine	1	3,85
Journal of Evaluation in Clinical Practice	1	3,85
Rev Cuidarte	1	3,85
Ann Fam Med	1	3,85
<b>Tipos de pesquisa</b>		
Qualitativo	9	34,62
Quantitativo	17	65,38
<b>Tipos de estudo</b>		
Estudo de campo	26	100
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100</b>

Tabela 1: Análise dos artigos

Fonte: Bases de dados, 2020.

No que se refere ao ano de publicação, chamamos atenção para o ano de 2018 com 12 publicações ao longo do ano, seguido do ano de 2019 com 7 publicações e 2015 com 6 publicações e 2017 seguem com apenas 1 publicação.

A revista com maior índice de publicações foi a BMC Fam Pract com 3 artigos, seguida da BMJ Open e The European Journal Of General Practice com 2 artigos. No que tange ao tipo de pesquisa e de estudo a predominância foi quantitativa com 17 artigos e pesquisa de campo foi o único tipo de estudo encontrado. A maioria dos estudos usou a entrevista tanto com profissionais de saúde, como com cuidadores e/ou familiares e pacientes. Além da entrevista, fontes como relatórios de incidentes; o uso dos sistemas de notificação de incidentes e eventos adversos também foram utilizadas.

Observamos apenas 4 publicações brasileiras distribuídas em 4 revistas brasileiras de um total de 26 publicações encontradas no estudo. Tais evidências nos remetem a refletir sobre a importância de se estudar a temática dentro do nosso país a fim de contribuir para a melhoria do cuidado em saúde e a segurança do paciente em todos os níveis de atenção.

Para apresentar a análise qualitativa dos resultados, as evidências foram organizadas em duas temáticas, conforme o quadro abaixo.

<b>Evidência</b>	<b>Nº de publicações</b>
Os erros médicos e os profissionais da saúde	11
Práticas de segurança do paciente	15

Quadro 3: Áreas de evidência das publicações.

Fonte: Artigos selecionados nas Bases de dados, 2020.

Na primeira evidência, as publicações concentram o tema na caracterização dos incidentes. Os fatores contribuintes de incidentes relatados nos diversos estudos foram: comunicação interprofissional e com o paciente não efetiva; erro na administração de medicamentos; falhas na gestão, como, falta de insumos e de medicamentos, falhas em prontuários, sobrecarga de trabalho, curto tempo de consulta. Os erros relacionados aos cuidados são: falhas no tratamento medicamentoso; falha no diagnóstico; demora na realização do diagnóstico; realização de práticas com desconhecimento de diretrizes; erros na interpretação de exames laboratoriais.

Os artigos focalizam o impacto dos incidentes, caracterizando-os, identificando-os e também evidenciando o comportamento profissional frente a um erro e como esses profissionais lidam com esses erros e discutem questões relacionadas a falhas de gestão que podem levar a erros repetitivos de ordem técnica e administrativa.

Na segunda evidencia concentra-se as pesquisas que trazem alguma estratégia de melhoria para a segurança do paciente, com o intuito de evitar os erros, como por

exemplo: o uso de designer gráfico para diferenciar os medicamentos da polifarmácia dos pacientes; o fortalecimento de uma cultura de segurança; a treinamento e capacitação das equipes, implementação de instrumentos próprios voltados à segurança do paciente; diminuição da sobrecarga de trabalho e; investimento na saúde mental dos profissionais para diminuir a ansiedade, estresse e a perda de confiança devido a uma falha cometida por ele durante a assistência.

## 4 | DISCUSSÃO

A segurança do paciente é uma temática de constante crescimento na atenção primária e junto a ela seguem pesquisas relacionadas a erros humano. Em vista da grande maioria dos cuidados em saúde acontecerem no nível primário, há espaço para a realização de muitas pesquisas sobre esta temática.

O impacto dos eventos adversos afeta de forma negativa aos profissionais de saúde que por vezes não conseguem lidar com a situação do erro (HOFFMAN et al, 2013), os mesmos se culpam e geram ansiedade devido a falta de confiança que os usuários transmitem para esses profissionais (MIRA et al, 2015); as instituições são vistas com desconfiança e perdem a sua reputação. (MIRA et al, 2017)

Os incidentes pesquisados relacionam-se com: práticas inseguras de preparo e administração de medicamentos (SCHWAPPACH et al, 2012; MCLAWS et al, 2014; WILLIAMS et al, 2014; GNADINGER et al, 2015); a triagem (SCHWAPPACH et al, 2012); interações entre as medicações (SCHWAPPACH et al, 2012); falhas de medicação para população idosa, que por vezes necessita tomar muitos medicamentos e podem causar confusão trocando horários e medicações (WALLIS, 2015); erros evitáveis com documentos e medicações pelo profissional médico, devido a falta de informações (SCHWAPPACH et al, 2012) ; falha na comunicação, como fator contribuinte para ocorrência de erros (MARCHON; MENDES; PAVÃO, 2015; WILLIAMS et al, 2015); erro nas referências aos cuidados comunitários; e falta de provisão de adjuntos e cuidados como curativos. (WILLIAMS et al, 2015)

Os fatores contribuintes para a ocorrência de erros podem estar relacionados: aos profissionais, que não seguem protocolos de referência; fatores organizacionais, como falta de diretrizes claras ou processos ineficientes.

É possível perceber que questões relacionadas ao âmbito burocrático, gerencial e administrativo foram mencionadas nos artigos como fatores que podem contribuir para a ocorrência de um incidente (SCHWAPPACH et al, 2012; MARCHON; MENDES; PAVÃO, 2015; WILLIAMS et al, 2015). Tal fato vai ao encontro do conceito amplo de erro e o processo avaliativo que não necessariamente deve ser centrado no indivíduo que realizou uma técnica teoricamente errada.

Em relação ao comportamento profissional frente à um erro, há evidências que

remetem que os profissionais sentem-se culpados e ansiosos, além disso há uma quebra de confiança e reputação por parte dos usuários. É necessário um olhar diferenciado dos gestores do serviço sobre essas situações para desenvolvimento de estratégias que minimizem os erros. (ZWART, 2013; REA, 2016; NEVALAINEN et al, 2014)

Neste sentido, há uma necessidade do estímulo a implementação da cultura de segurança do paciente para fortalecimento da qualidade do cuidado nas instituições de saúde e, em especial na atenção primária. E também se faz importante um olhar do gestor para o estabelecimento e a implementação de estratégias de educação em saúde e capacitação dos profissionais para que tenham mais segurança em seus procedimentos, atendimentos e encaminhamentos. (COSTA et al, 2016; MESQUITA et al, 2016; PADOVEZE; FIGUEIREDO, 2014; INGEMANSSON et al, 2012; MADDICK; WIJENDRA; PENN, 2012; HERNAN et al, 2015; MARCHON; MENDES; PAVÃO, 2015)

## 5 | CONCLUSÃO

Existem lacunas de conhecimento no âmbito da segurança do paciente e erros, em atenção primária à saúde, sendo esta um campo propício a ampliação de pesquisas, e como tal, é necessária uma melhor compreensão e conhecimento da epidemiologia dos incidentes e fatores contribuintes, bem como o impacto na saúde dos indivíduos, a nível gerencial e assistencial e a efetividade de métodos de prevenção, que perpassam a avaliação somente do erro, e permitam a investigação dos modelos gerenciais propostos em cada estabelecimento de saúde, bem como as relações interprofissionais.

Observa-se a necessidade de ampliar a cultura de segurança na atenção primária à saúde, para que pacientes e profissionais possam reconhecer e gerenciar os eventos adversos, sendo sensíveis à sua capacidade compartilhada para a mudança, reduzindo erros e tensões entre profissionais e população.

Estudos mais aprofundados podem auxiliar a ação dos gestores para a realização do planejamento e desenvolvimento de estratégias organizacionais com o objetivo de melhorar a qualidade do cuidado na atenção primária à saúde e rever as estratégias que proporcionam a repetição de erros.

## REFERÊNCIAS

Costa, D.K.P et al. **Cuidados de enfermagem no pré-natal e segurança do paciente: revisão integrativa / Nursing care in prenatal and patient safety: integrative review**. Rev. enferm. UFPE, 10(6):4909-4919, 2016 Disponível em: <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/bde-30051>

Gnädinger M, et al. **Medication incidents in primary care medicine: protocol of a study by the Swiss Federal Sentinel Reporting System**. BMJ Open, 5:e007773, 2015. Disponível em: <http://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/5/4/e007773.full.pdf>

- Hernan A.L et al. **Patient and carer identified factors which contribute to safety incidents in primary care: a qualitative study.** *BMJ Qual Saf*, 24(9):583-93, 2015. Disponível em: <http://qualitysafety.bmj.com/content/24/9/583.long>
- Hoffmann B et al. **Impact of individual and team features of patient safety climate: a survey in family practices.** *BMC*, (4):355-62, 2013. Disponível em: <http://web.b-ebscohost-com.ez29.capes.proxy.ufrj.br/ehost/detail/detail?vid=2&sid=425072ed-4903-480b-be46-6c1ef269db28%40pdc-v-sessmgr01&bdata=Jmxhbm9cHQtYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=107956753&db=c8h>
- Ingemansson M, et al. **Adherence to guidelines for drug treatment of asthma in children: potential for improvement in Swedish primary care.** *Qual Prim Care*, 20(2):131–139, 2012. Disponível: <http://primarycare.imedpub.com/adherence-to-guidelines-for-drug-treatment-of-asthma-in-children-potential-for-improvement-in-swedish-primary-care.pdf>
- Maddick, R.B; Wijendra. M; Penn, H. **Primary care attitudes to methotrexate monitoring.** *Qual Prim Care*, 20(6): 443–447, 2012. Disponível em: <http://primarycare.imedpub.com/primary-care-attitudes-to-methotrexate-monitoring.php?aid=229>
- Marchon, S.G; Mendes, J.W.V; Pavão, A.L.B. **Características dos eventos adversos na atenção primária à saúde no Brasil.** *Cad. Saúde Pública*, 31(11):2313-2330, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00194214>.
- Mclaws, M.L et L. **Assessment of injection practice in primary health care facilities of Shiraz, Iran.** *American Journal of Infection Control*. Volume 42, Issue 3, 300 – 304, 2014. Disponível em: [http://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553\(13\)01219-4/fulltext](http://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553(13)01219-4/fulltext)
- Mesquita, K.O et al. **Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão integrativa.** *Cogitare Enfermagem*, 21(2):2176-9133, 2016. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45665>
- Ministério da Saúde (BR). **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente.** 1ª Ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.
- Mira J.J et al. **The aftermath of adverse events in Spanish primary care and hospital health professionals.** *BMc Health Research*, 15:151, 2015. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12913-015-0790-7?site=bmchealthservres.biomedcentral.com>
- Mira, J.J; Carrillo, I; Lorenzo S. **Qué hacen los hospitales y la atención primaria para mitigar el impacto social de los eventos adversos graves.** *Gac Sanit*, 31(2):150-153, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.07.015>.
- Nevalainen, M; Kuikka, L; Pitkälä, K. **Medical errors and uncertainty in primary healthcare: A comparative study of coping strategies among young and experienced GPs.** *Scand J Prim Health Care*, 32(2): 84–89, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4075022/>
- Padoveze, M.C; Figueired, R.M. **The role of primary care in the prevention and control of healthcare associated infections.** *Rev. esc. enferm. USP*, 48(6):1137-1144, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000700023>.
- Rea, D; Griffiths, S. **Patient safety in primary care: incident reporting and significant event reviews in British general practice.** *Health Soc Care Community*, 24(4):411–419, 2016. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/hsc.12221>
- Reason J. **Achieving a safe culture: theory and practice.** *AML-SAFETY Online. WORK & STRESS*, 1(2):[aprox.10 telas], 2017. Disponível em: [http://aml-safety.com.au/AMLstores/\\_images/pdf-files/21may09-JReason.pdf](http://aml-safety.com.au/AMLstores/_images/pdf-files/21may09-JReason.pdf)

Schwappach, D.L.B et al. **Threats to patient safety in the primary care office: concerns of physicians and nurses.** Swiss Med Wkly, 142: w13601, 2012. Disponível em: <https://smw.ch/article/doi/smw.2012.13601>

Souza M.T; Silva M.D; Carvalho R. **Revisão integrativa: o que é e como fazer.** Einstein (São Paulo), 8(1):102-106, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-45082010000100102&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082010000100102&lng=en).

Wallis KA. **Learning From No-Fault Treatment Injury Claims to Improve the Safety of Older Patients.** Ann Fam Med, 13(6): 511, 2015. Disponível em : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4569456/>

Williams, H et al. **Harms from discharge to primary care: mixed methods analysis of incident reports.** Br J Gen Pract, 65(641):e829–e837, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4655737/>

World Health Organization (OMS). **Patient safety.** 2017. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/about/en/>.

Zwart, D.M; Bont A.A. **Introducing incident reporting in primary care: a translation from safety science into medical practice.** Jurnal Health, Risk & Society, 15:3265-278, 2013. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13698575.2013.776014?scroll=top&needAccess=true>

# CAPÍTULO 20

## EDUCAÇÃO PERMANENTE VISANDO A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO BÁSICA

Data de aceite: 01/07/2020

Data de submissão: 03/04/2020

### **Fernanda Bernardo dos Santos**

Mestre em Ensino na Saúde pela Universidade Federal Fluminense. Niterói/RJ

Professora do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Augusto Motta/RJ

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0542935128934047>

### **Geilsa Soraia Cavalcanti Valente**

Professora Doutora pela Universidade Federal Fluminense. Niterói/RJ

Vice-líder do Núcleo de Pesquisa em Trabalho, Saúde e Educação - NUPETSE e membro efetivo do Núcleo de Pesquisa em Cidadania e Gerencia em Enfermagem - NECIGEN

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4604496036790028>

### **Alessandra Félix André Braga**

Doutoranda em Enfermagem e Biociências pelo PPGEnfBio/UNIRIO

Bolsista DS/CAPES

Professora do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Augusto Motta/RJ

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2753251623112512>

### **Cristiane Faustino Silva Homero**

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

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3301169318333969>

### **Daniel da Silva Granadeiro**

Doutorando em Enfermagem e Biociências pelo PPGEnfBio/UNIRIO

Bolsista DS/CAPES

Professor do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Augusto Motta/RJ

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4157603540306547>

### **Érika Fernandes Duarte**

Especialista em Enfermagem Oncológica pela Universidade Unyleya

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9996113985334457>

### **Joanir Pereira Passos**

Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo

Professora Titular da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto/UNIRIO

Líder do Laboratório de Pesquisa: Enfermagem, Tecnologias, Saúde e Trabalho

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9756542581645089>

### **Luana Eloá Ribeiro dos Santos**

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

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7131-9092>

### **Maiana Eloi Ribeiro dos Santos**

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

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1386618858557030>

**Marcílio de Souza Marcelina**

Especialista em Cuidado de Enfermagem ao Paciente Adulto Idoso no Ambiente de Máxima Complexidade pela Universidade Federal Fluminense – Niterói/RJ  
Professor do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Augusto Motta/RJ  
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6079914001163379>

**Maristela Cordeiro Magalhães**

Mestranda em Ensino na Saúde pela Universidade Federal Fluminense – Niterói/RJ  
Professora do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Augusto Motta/RJ  
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8848685541311600>

**Núbia Aurora Suhet**

Especialista em Enfermagem em Saúde Pública pelo Centro Universitário São Camilo  
Professora do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Augusto Motta/RJ  
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9511024786375781>

**RESUMO:** A Segurança do Paciente é um componente essencial da qualidade do cuidado, e tem adquirido, em todo o mundo, importância cada vez maior para os pacientes e suas famílias, para os gestores e profissionais de saúde no sentido de oferecer uma assistência segura. Os incidentes associados ao cuidado de saúde, e em particular os eventos adversos (incidentes com danos ao paciente), representam uma elevada morbidade e mortalidade em todos os sistemas de saúde. Este estudo tem por objetivo investigar a exposição dos pacientes diante de eventos que comprometam a sua segurança no âmbito domiciliar e propor ações de educação permanente visando a sistematização a assistência de enfermagem para a segurança do paciente. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa. O gerenciamento dos riscos e os eventos adversos em relação a Segurança do Paciente torna importante para uma comunicação efetiva e ações de educação permanente por parte da equipe de enfermagem para uma assistência mais segura.

**PALAVRAS-CHAVE:** Educação Permanente; Sistematização da Assistência de Enfermagem; Atenção Básica.

PERMANENT EDUCATION AIMING AT THE SYSTEMATIZATION OF NURSING  
ASSISTANCE FOR PATIENT SAFETY IN BASIC CARE

**ABSTRACT:** Patient Safety is an essential component of the quality of care, and it has acquired, worldwide, an increasing importance for patients and their families, for managers and health professionals in order to offer safe assistance. Incidents associated with health care, and in particular adverse events (incidents with damage to the patient), represent a high morbidity and mortality in all health systems. This study aims to investigate the exposure of patients to events that compromise their safety at home and to propose permanent education actions aimed at systematizing nursing care for patient safety. This is a descriptive, exploratory

study with a qualitative approach. The management of risks and adverse events in relation to Patient Safety makes it important for effective communication and permanent education actions by the nursing team for safer assistance.

**KEYWORDS:** Permanent Education; Systematization of Nursing Care; Primary Care.

## INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde, em 2013, lançou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio das Portarias GM/MS nº 529/2013, com o objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. A Segurança do Paciente é um componente essencial da qualidade do cuidado, e tem adquirido, em todo o mundo, importância cada vez maior para os pacientes e suas famílias, para os gestores e profissionais de saúde no sentido de oferecer uma assistência segura. Os incidentes associados ao cuidado de saúde e, em particular, os eventos adversos (incidentes com danos ao paciente) representam uma elevada morbidade e mortalidade em todos os sistemas de saúde. As ações do PNSP devem se articular às demais políticas de saúde com o objetivo geral de integrar e somar esforços aos cuidados em redes de atenção à saúde. (BRASIL, 2013)

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) segundo Silva *et al* (2011), pode ser conceituada como um método de prestação de cuidados para a obtenção de resultados relevantes na implementação da assistência, com o objetivo de minimizar as complicações durante o tratamento, de forma a facilitar a recuperação do paciente. Portanto, é uma condição de exercer a profissão com autonomia, baseada nos conhecimentos técnico-científicos. E essa autonomia na assistência nos faz seguir e refletir, em alguns passos, o que é o Processo de Enfermagem.

No Brasil, a implantação do processo de enfermagem mais conhecido foi o proposto em 1979, que contém as seguintes etapas: a) Histórico de enfermagem, b) Diagnóstico de enfermagem, c) Planejamento assistencial, d) Prescrição de enfermagem, e) Evolução de enfermagem e f) Prognóstico de enfermagem. A sua aplicação na prática clínica, desde então, vem sofrendo modificações significativas que descaracterizam a sua utilização que está relacionado à falta de tempo do Enfermeiro devido à sobrecarga de trabalho cotidiana e ao número inadequado de profissionais nas unidades de saúde. (SILVEIRA; SILVA; HERTEL, 2016)

## OBJETIVOS

Investigar a exposição dos pacientes diante de eventos que comprometam a sua segurança no âmbito domiciliar e com o objetivo de propor a educação permanente visando a sistematização da assistência de enfermagem para segurança do paciente na

atenção básica.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa. Em razão dos índices significativos de complicações do paciente domiciliar visando a Sistematização da Assistência de Enfermagem, torna-se relevante propor ações de educação permanente no âmbito da atenção básica.

Segundo Polit, Beck e Hungler (2011, p.26), “As pesquisas de abordagem qualitativa baseiam-se na premissa de que o conhecimento sobre as pessoas só é possível a partir da descrição da experiência humana tal como ela é vivida e tal como é definida pelos seus próprios atores. Assim, elas propiciam campo livre ao rico potencial das percepções e de relações de causa e efeito, para testar hipóteses ou para determinar opiniões, práticas e atitudes de grandes populações”.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A análise realizada das descrições metodológicas dos estudos incluí seus respectivos níveis de evidências e revelam, no que se refere à temática Educação Permanente visando a Sistematização da Assistência de Enfermagem para Segurança do Paciente na Atenção Básica, predomínio de estudos qualitativos, revisões de literatura e estudos descritivos, o que permite inferir ser um tema ainda pouco explorado no desenvolvimento de estudos com foco na atenção básica.

O estudo mostrou que as ações prestadas por enfermeiros na atenção básica se configuram na utilização de tecnologias leves. No campo das tecnologias leves, a interação entre enfermeiros e pacientes, familiares ou cuidadores se configura como uma ação importante na atenção básica. Assim, as tecnologias leves de cuidado aparecem em ações como escuta ativa, apoio, conforto, respeito, relação de ajuda e diálogo, comunicação efetiva e no estabelecimento de uma relação de confiança com usuários e familiares, o que constitui parte fundamental do trabalho deste profissional na atenção básica. (PIRES, V. M.M.M; RODRIGUES, V. P; NASCIMENTO, M.A.A).

O enfermeiro que atua na atenção básica, deve ser sensível à demanda e as necessidades do cliente e, ainda, demonstrar desejo de ensinar e interesse na busca pelo bem estar daqueles de quem cuida.

Assim, para aproveitar ao máximo o ambiente domiciliar de aprendizagem com pacientes, deve avaliar, projetar, desenvolver, implementar um plano de ensino individualizado para cada situação. A educação permanente tem papel importante na melhoria da saúde do indivíduo no âmbito domiciliar, pois é uma tecnologia que precisa ser explorada e valorizada nos serviços de atenção básica para sua efetivação.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O gerenciamento dos riscos e os eventos adversos em relação a Segurança do Paciente torna importante para uma comunicação efetiva e ações de educação permanente por parte da equipe de enfermagem para uma assistência mais segura.

A aplicabilidade adequada para apresentação da educação em saúde é fundamental para o entendimento e a solidificação das informações por parte dos profissionais e com o intuito de oferecer uma assistência de qualidade no âmbito domiciliar. Essas informações precisam ser claras e concisas para facilitar as melhores condições de assistência a esse grupo.

A Segurança do Paciente deve ser instituída como uma ação de cunho cultural e não de forma isolada e pontual. E devido a este enfoque, diante das leituras realizadas, a importância da implantação da Educação Permanente, visando a Sistematização da Assistência de Enfermagem para Segurança do Paciente no âmbito da atenção básica, é de fato inquestionável, pois está correlacionado as necessidades humanas básicas afetadas utilizando a linguagem de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem para documentação da prática profissional e visando a qualidade da assistência.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. **Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)>. Acesso em 11: nov. 2017.
- PIRES, V.M.M.M; RODRIGUES, V.P; NASCIMENTO, M.A.A. **Sentidos da integralidade do cuidado na saúde da família. *Revista Enfermagem UERJ***. 2010; 18(4):622-627. <http://www.facenf.uerj.br/v18n4/v18n4a20.pdf>
- POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 406.
- SILVA, E.G.C.; et al .O conhecimento do Enfermeiro sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem: da teoria à prática. **Revista Escola de Enfermagem USP** 2011; 45(6):1380-6.
- SILVEIRA, S.; SILVA, K.C.; HERTEL, V. L. Sistematização da Assistência de Enfermagem na Saúde da Família: Percepção dos Acadêmicos de Enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE**. Recife, 10(11):3892-900, nov., 2016.

## AVALIAÇÃO DO TRANSPORTE CRÍTICO DE PACIENTES: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

*Data de aceite: 01/07/2020*

*Data da submissão: 02/04/2020*

### **Emanuel Pereira dos Santos**

Enfermeiro pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO.

Mestre em Enfermagem pela UNIRIO.

Rio de Janeiro – Rio de Janeiro. Email: emanuelgranarcanjo@gmail.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-2454-7572>

### **Leonardo Nogueira Melo**

Enfermeiro pela Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ.

Especialista pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde – UNIRIO.

Mestrando pelo PPGSTHE – UNIRIO.

Rio de Janeiro – Rio de Janeiro. Email: enf.leonardomelo@gmail.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-9191-6134>

### **Vera Lúcia Freitas**

Professora em Enfermagem da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (UNIRIO) graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ.

Doutora em Enfermagem pela UFRJ.

Rio de Janeiro – Rio de Janeiro. Email: veralfreit@gmail.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-1324-5640>

### **Inês Maria Meneses dos Santos**

Professora em Enfermagem da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ.

Doutora em Enfermagem pela UFRJ.

Rio de Janeiro – Rio de Janeiro. Email: inesmeneses@gmail.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-1057-568X>

### **Raphael Dias de Mello Pereira**

Professor em Enfermagem da Universidade de Vassouras graduado em Enfermagem Fundação Técnico Educacional Souza Marques – FTESM.

Doutor em Enfermagem pela UFRJ.

Rio de Janeiro – Rio de Janeiro. Email: rdias\_46@hotmail.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-0723-9658>

**RESUMO:** O transporte hospitalar de pacientes em estado crítico é uma rotina nas unidades hospitalares de saúde. O estudo é uma revisão sistemática utilizando a estratégia PICO com levantamento dos dados sobre a temática exposta. Foram analisados artigos em relação a facilitadores e agravantes na realização de transporte de paciente em estado crítico. Os periódicos tiveram um recorte de 10 anos, onde a amostra foi composta de 15 artigos. Os resultados apresentam um alinhamento entre a

prática assistencial e a literatura. Embora os achados apresentem preocupação em relação à qualidade da assistência, mais estudos devem ser fomentados.

**PALAVRAS-CHAVE:** cuidados críticos; transporte de pacientes; enfermagem.

## EVALUATION OF CRITICAL PATIENT TRANSPORT: A SYSTEMATIC REVIEW.

**ABSTRACT:** Hospital transportation of critically ill patients is a routine in hospital health units. The study is a systematic review using the PICO strategy with data collection on the exposed theme. Articles were analyzed in relation to facilitators and aggravating factors in the transportation of patients in critical condition. The journals had a cut of 10 years, where the sample was composed of 15 articles. The results show an alignment between the care practice and the literature. Although the findings are concerned with the quality of care, further studies should be encouraged.

**KEYWORDS:** critical care; transportation of patients; nursing.

## INTRODUÇÃO

O transporte hospitalar de pacientes em estado crítico é uma rotina comum nas unidades hospitalares de saúde, justificado pela necessidade de obter melhores condições de tratamento e de diagnóstico.

## OBJETIVO

Avaliar segundo a literatura quais são os principais fatores que são considerados facilitadores e/ou agravantes na realização do transporte de pacientes em estado crítico.

## METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma revisão sistemática realizada em método PICO, através do levantamento de dados sobre a temática exposta, onde as produções científicas foram categorizadas segundo critérios de conformidade e analisadas segundo a literatura em relação aos principais fatores que são considerados facilitadores e agravantes na realização do transporte de pacientes em estado crítico. Os periódicos selecionados compreendiam um espaço temporal nos últimos dez anos, onde 15 periódicos foram selecionados para compor a amostra, baseado nos critérios estabelecidos.

## RESULTADOS

Os resultados relatam que os temas encontrados nesta revisão demonstram um

alinhamento entre a prática assistencial e a literatura, porém para que o transporte seja realizado sem eventos adversos, é necessário que haja união entre a gestão e os profissionais envolvidos.

## CONCLUSÃO

Embora os achados demonstrem uma grande preocupação em relação à qualidade na assistência e no preparo da equipe, os autores acreditam que mais estudos devem ser fomentados uma vez que o trabalho em equipe apesar de ser complexo, é a chave para a realização dos procedimentos com efetividade.

## REFERÊNCIAS

1. JAPIASSÚ AM. Transporte Intra-Hospitalar de Pacientes Graves. Revista Brasileira Terapia Intensiva. São Paulo, SP, V. 17, n. 3, p.217/220, Jul./Set. 2005.
2. PIRES AF et. al. Transporte Seguro de Pacientes Críticos. Revista Acadêmica Rede de Cuidados em Saúde. Rio de Janeiro, RJ, V. 9, n. 2. 2005.
3. NOGUEIRA VO, MARIN HF, CUNHA ICKO. Informações on –line sobre o transporte intra-hospitalar de pacientes críticos adultos. Acta Paul Enferm. V.18, n4, p. 390-396. 2005.
4. CAMARGO FC. et. al. Modelos Par a Implementação da Prática baseada em Evidências na Enfermagem Hospitalar: Revisão Narrativa. Texto Contexto Enferm. Santa Catarina, SC, V. 26, n. 4. 2017.
5. MELO JF. BARBOSA SFF. Cultura de Segurança do paciente em terapia Intensiva: Recomendações da Enfermagem. Rev. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, SC, V. 22, n. 4, p. 1124-33, Out-Dez. 2013. 15
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília – DF. 2014.
7. LOPES ALM, FRACOLLI LA. Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: Considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. REV. Texto Contexto Enferm. Florianópolis – SC, Out-Dez; 17(4): 771-778, 2008.
8. CARNEIRO AT, DUARTE TTP, MAGRO MCS. Transporte de Paciente Crítico: Um Desafio do Século XXI. Rev enferm UFPE on line., Recife, PE, V. 11, n. 1, p.70/77, Jan. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11879/14335> Acesso em 16 nov. 2018.
9. GREGOIRE JN, ALFES CM, REIMER AP, TERHAAR MF. Flying Lessons for Clinicians: Developing System 2 practice. Air Medical Journal 36 (2017) 135-137.
10. ENGSTROM A, SENFTEN J. Critical Care Nurses' Experiences of Helicopter Transfers. British Association of Critical Care Nurses. 20(1): 25- 33, 2015 Jan.
11. PEDREIRA LC, SANTOS IM, FARIAS MA, SAMPAIO ES, BARROS CSMA, COELHO ACC. Conhecimento da Enfermeira sobre o transporte do paciente Crítico. Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2014 jul/ago; 22(4):533-9.

12. DAVES J, BICKELL F, TIBBY SM. Attitudes of Paediatric Intensive Care Nurses to Development of a Nurse Practitioner Role For Critical Care Transport. *J Adv Nurs*; 67(2): 317-26, 2011 Feb.
13. CAVALHEIRO AM, MOURA JUNIOR DF, LOPES AC. Estresse de enfermeiros com atuação em unidade de terapia intensiva. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto , v. 16, n. 1, p. 29-35, Feb. 2008 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692008000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000100005&lng=en&nrm=iso) Acesso em 11 Fev. 2019.
14. ALMEIDA ACG, NEVES ALD, SOUZA CLB, GARCIA JH, LOPES JL, BARROS ALBL. Transporte intra-hospitalar de pacientes adultos em 16 estado crítico: complicações relacionadas à equipe, equipamentos e fatores fisiológicos. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(3):471-6.
15. POMBO CMN, ALMEIDA PC, RODRIGUES JLN. Conhecimento dos profissionais de saúde na Unidade de Terapia Intensiva sobre prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 15, supl. 1, p. 1061-1072, June 2010 Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000700013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700013&lng=en&nrm=iso) . Acesso em 11 jan. 2019.
16. SOUZA E.C., SALES F.R. Dimensionamento da equipe de enfermagem em hospitais privados de Salvador-BA. Universidade Castelo Branco, 2012.
17. SOUSA, V.D. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem. Parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. *Rev Latino-am Enfermagem*, 15(3) maio-jun, 2007.
18. MELO, J.F. BARBOSA, S.F.F. Cultura de Segurança do paciente em terapia Intensiva: Recomendações da Enfermagem. *Rev. Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, SC, V. 22, n. 4, p. 1124-33, Out-Dez. 2013.
19. PEREIRA JÚNIOR, G.A. NUNES, T.L. BASILE-FILHO A. Transporte do paciente crítico. *Revista Medicina. Ribeirão Preto – SP*: n. 34, p.143-153, abr./jun.2001.
20. KUSZAJEWSKI, M.L. O'DONNEK, J.N. PHRAMBUS, P.E. ROBEY, W.C. TUIE, P.K. Airway Management: A Structured Curriculum for Critical Care Transport Providers. *Air Medical Journal* 35 (2016) 138-142.
21. ALFES, C.M. ROWE, A.S. Interprofessional Flight Camp Attracts 29 Graduate Nurses From Perto Rico. *Air Medical Journal* 35 (2016) 70-72
22. WISBORG, T. BJERKAN, B. Air Ambulance Nurses as Expert Supplement to Local Emergency Services. *Air Med J*; 33(1): 40-3, 2014 Jan-Feb.
23. MINNICK, J.M. et al. The Incidence of Fever in US Critical Care Air Transport Team Combat Trauma patients Evacuated From The Theater Between March 2009 and Mach 2010. *J. Emerg Nurs*; 39(6): e101-6, 2013 Nov.
24. MORTON JR, R et al. Casualty Evacuation: An Innovative Role For Emergency Nurses. *J Emerg Nurs*; 39(6): 576-80, 2013 Nov.
25. COFEN (DF). Lei n. 588, de 03 de outubro de 2018. Atualiza e normatiza a atuação da equipe de Enfermagem no processo de transporte de pacientes 17 em ambiente interno aos serviços de saúde. Brasília; 2018. Disponível em [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-588-2018\\_66039.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-588-2018_66039.html) Acesso em 23 out. 2018.
26. PEREIRA JÚNIOR GA, NUNES TL, BASILE-FILHO A. Transporte do paciente crítico. *Revista Medicina. Ribeirão Preto – SP*: n. 34, p.143-153, abr./jun.2001.
27. LACERDA MA, CRUVINEL MGC, SILVA WV. Transporte de pacientes: intra-hospitalar e inter-hospitalar. *FMRP, USP* (2008). Disponível em: <http://www.pilotopolicial.com.br/Documentos/Artigos/Transportehospitalar.p df> ,Acesso em 17 Out. 2018.

28. SILVA R. et. al. Eventos Adversos Durante o Transporte Intra-Hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva. Rev. Enferm. UFPE. Recife, PE, v.10, n.12, p. 4459-65, dez. 2016. Disponível em: file:///D:/TCC%20Unirio/SILVA,%20R%20et.%20al,%202016%20- %20Eventos%20Adversos%20durante%20o%20Tranposrte%20Intra- Hospitalar%20em%20Unidade%20de%20Terapia%20Intensiva.pdf .Acesso em 02 nov. 2018.
29. MANEGUIN S, ALEGRE PHC, LUPPI CHB. Caracterização do Transporte de Pacientes Críticos na Modalidade Intra-hospitalar. Acta Paul. Enferm. São Paulo, SP, v.27, n. 2, p. 115-19, mar. 2014. Disponível em: <http://www2.unifesp.br/acta/pdf/v27/n2/v27n2a5.pdf> Acesso em 02 dez. 2018.

## AUDITORIA DE ENFERMAGEM E A IMPORTÂNCIA DAS ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM: REVISÃO INTEGRATIVA

*Data de aceite: 01/07/2020*

**Natalia de Aviz Lisboa**

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Santo Antônio de Jesus – Bahia/Brasil  
<http://lattes.cnpq.br/4530324622849293>

**Marcus Fernando da Silva Praxedes**

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Santo Antônio de Jesus – Bahia/Brasil  
<http://lattes.cnpq.br/5235446913906852>

**RESUMO:** O objetivo deste estudo foi identificar as produções científicas desenvolvidas sobre a importância da auditoria de enfermagem e das anotações de enfermagem para melhor qualidade na assistência à saúde. Foi realizada uma revisão integrativa de literatura na base de dados Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde (LILACS), utilizou-se os seguintes descritores: “auditoria de enfermagem”, “qualidade assistencial” e “registro de enfermagem”, associando entre si o operador booleano AND. Foram encontrados 77 artigos, totalizando apenas 9 artigos, os quais ofereciam relação direta com o processo de auditoria em enfermagem. Os artigos foram analisados e agrupados em duas categorias temáticas, auditoria e registro de enfermagem

de forma interligada. A auditoria de enfermagem tem como intuito principal certificar como está sendo prestado o serviço ao cliente, no entanto o papel da auditoria não é somente apontar as prováveis falhas do órgão investigado, mas também, assinalar sugestões e soluções para minimizar ou extirpar os problemas. Foram observados vários fatores que interferem de forma negativa na execução das atividades do enfermeiro, entretanto devem-se somar esforços para que seja garantido o registro adequado dos registros do cuidado prestado. Os resultados apresentados poderão contribuir para o enriquecimento das discussões na área em foco e para reforçar a importância da participação dos enfermeiros no processo de auditoria e garantia de uma prática assistencial segura.

**PALAVRAS-CHAVE:** Auditoria de enfermagem. Qualidade assistencial. Registro de enfermagem.

NURSING AUDIT AND THE IMPORTANCE OF NURSING NOTES: INTEGRATIVE REVIEW

**ABSTRACT:** The objective of this study was to identify the scientific productions developed on the importance of nursing auditing and nursing notes for better quality in health care.

An integrative literature review was carried out in the Latin American Health Sciences Literature database (LILACS), using the following descriptors: “nursing audit”, “care quality” and “nursing record”, associating the Boolean operator AND with each other. 77 articles were found, totaling only 9 articles, which offered a direct relation with the nursing audit process. The articles were analyzed and grouped in two thematic categories, audit and nursing record in an interconnected manner. The main purpose of the nursing audit is to certify how the service is being provided to the client, however the role of the audit is not only to point out the probable failures of the investigated organ, but also to point out suggestions and solutions to minimize or extirpate the problems. Several factors were observed that interfere negatively in the execution of the activities of the nurse, however efforts should be added in order to guarantee the adequate record of the care provided. The results presented may contribute to enriching discussions in the area in question and to reinforce the importance of the participation of nurses in the auditing process and ensuring safe care practice.

**KEYWORDS:** Nursing audit. Quality care. Nursing record.

## 1 | INTRODUÇÃO

A auditoria em saúde ao longo dos anos vem mostrando sua relevância, sendo uma importante ferramenta de trabalho para a organização, o planejamento e a gestão dos serviços de saúde. A auditoria é um instrumento de controle de qualidade através das análises de registros, estruturas e processos e tem por objetivo identificar os problemas e criar métodos que possam minimizar ou eliminar os mesmos (SILVA, *et al.*, 2019).

Há variação nos tipos de auditoria executados, em que o objetivo do trabalho é assegurar a qualidade no atendimento nos serviços (LIMA, *et al.*, 2018). Em relação ao serviço prestado pela enfermagem, destaca-se a auditoria em enfermagem (AE). A resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), nº 266/2001, regulamenta as atividades do Enfermeiro Auditor e evidencia que cabe somente a ele realizar auditoria, consultoria e emissão de parecer em enfermagem (COFEN, 2011).

Para Silva *et al.*, (2019), a AE tem como função principal certificar a qualidade do serviço prestado através de critérios de avaliação e revisão dos processos e seus resultados. Para isso, faz-se necessário que o enfermeiro auditor aja dentro dos princípios éticos e legais da profissão, que tenha conhecimento e experiência na área hospitalar, que esteja atualizado sobre os temas médicos e ao desenvolvimento tecnológico.

A AE pode ser dividida em três tipos: Prospectiva, quando se avalia o atendimento antes de sua realização. Concorrente/Operacional, avaliação durante o atendimento do cliente. Retrospectiva, realizada após a alta do paciente, através da avaliação sistemática da qualidade da assistência de enfermagem prestada pela análise das anotações de enfermagem registradas nos prontuários (BARRETO; LIMA; XAVIER, 2016).

Em relação às anotações de enfermagem, tem-se que é uma obrigação da equipe de enfermagem, em que se deve registrar a terapêutica, a progressão do cliente e todos os

procedimentos realizados. É através desse documento que o auditor avalia a qualidade do serviço prestado (LIMA, *et al.*, 2018). Através dos resultados gerados pela auditoria, poderão ser tomadas decisões que nortearão o processo operacional de trabalho e de gestão. Facilitar-se-á, assim, a atuação da gestão através da análise e melhoria dos serviços prestados.

Existem poucos trabalhos científicos com a temática abordada, visto que a auditoria em enfermagem é uma ferramenta importante para o gerenciamento dos serviços de enfermagem e qualidade da assistência prestada. Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi identificar as produções científicas desenvolvidas sobre a importância da auditoria de enfermagem e das anotações de enfermagem para melhor qualidade na assistência à saúde.

## 2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa e descritiva, desenvolvida por meio de uma revisão integrativa de literatura, que permite a discussão de literatura de diferentes abordagens metodológicas, analisados de forma sistemática pelos critérios pré-estabelecidos (SILVA, *et al.*, 2020).

A pesquisa foi desenvolvida por etapas: definição do tema; elaboração da questão da pesquisa; critérios de inclusão e exclusão; posteriormente a busca por produções científicas nas bases de dados; apresentação e discussão dos dados encontrados; seguindo para avaliação, apresentação dos resultados e construção do resumo da pesquisa.

Com vistas a nortear a pesquisa delineou-se a seguinte questão: “Qual a importância da auditoria de enfermagem e das anotações de enfermagem para melhor qualidade na assistência?”. A busca foi realizada na base de dados Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde (LILACS). Utilizou-se os seguintes descritores: “auditoria de enfermagem”, “qualidade assistencial” e “registro de enfermagem”, associando entre si o operador booleano AND. A busca foi realizada em de janeiro de 2020.

Foram utilizados como critérios de inclusão: texto completo disponível na íntegra, período de 2015 a 2020 e no idioma português. Foram excluídos os que não ofereciam relação com o tema em questão, bem como os resultantes de artigos de opinião, estudos de caso ou reflexão, editoriais, documentos ministeriais, capítulos de livro, teses e dissertações.

Inicialmente, dois revisores (R1 e R2) fizeram a leitura e avaliação independente dos títulos e resumos dos artigos elegíveis. Através dos critérios de inclusão/exclusão, os artigos foram selecionados para a etapa seguinte. Posteriormente, os artigos foram lidos na íntegra e realizada a seleção final. Todas as etapas foram realizadas seguindo metodologia preconizada, a inclusão dos estudos foi feita por consenso e diante de

qualquer divergência, um terceiro revisor seria consultado.

### 3 | RESULTADOS

Por meio da busca realizada nas bases de dados, foram encontrados 77 artigos. Os quais foram analisados de forma criteriosa, totalizando apenas 9 artigos, os quais ofereciam relação direta com o processo de AE, compondo assim a amostra final da pesquisa (Figura 1).

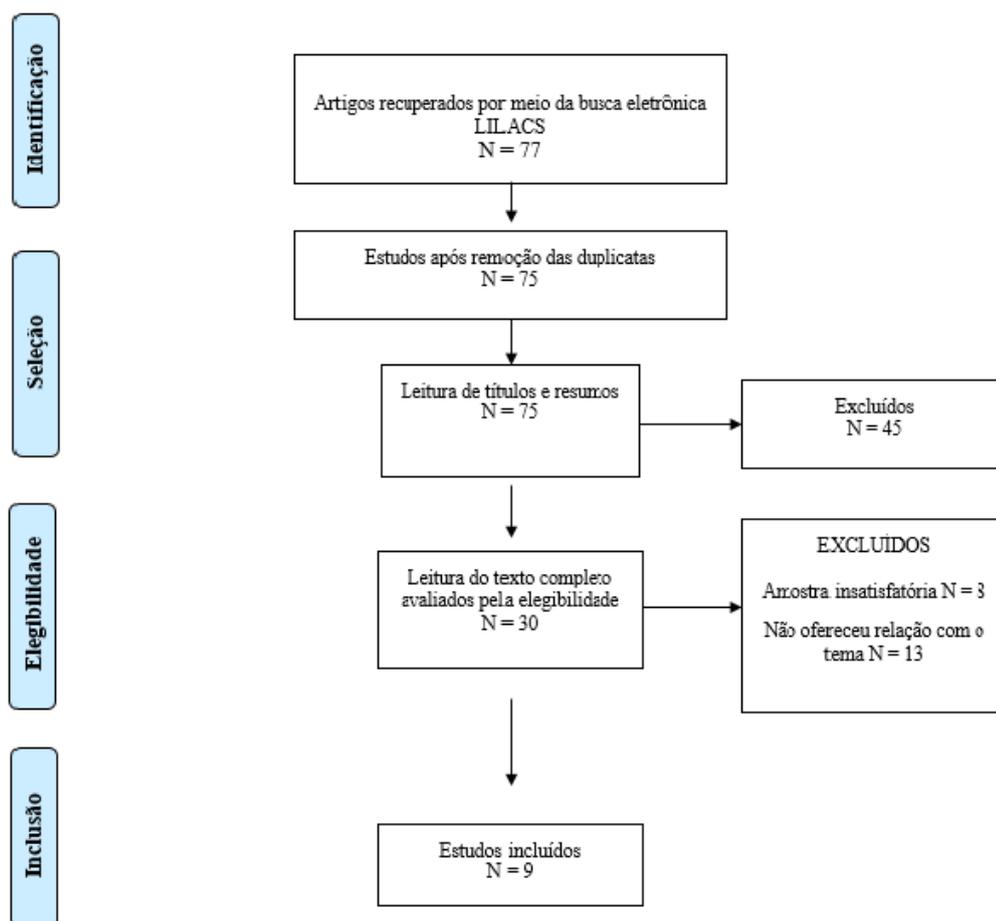


Figura 1 – Fluxograma de seleção dos estudos, adaptado do *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses* (PRISMA, 2009).

Os artigos foram analisados e agrupados em duas categorias temáticas, auditora e registro de enfermagem. Para a sistematização dos dados destes artigos, foi utilizado um instrumento de coleta que contemplou a descrição do título, autores, ano de publicação, periódico, tipo de estudo e os principais resultados. Em relação ao tipo de estudo, seis foram transversais e três revisões integrativas (Quadro 1).

<b>Categoria Temática</b>	<b>Título/Autores/Ano de Publicação</b>	<b>Periódico</b>	<b>Tipo de Estudo</b>	<b>Principais Resultados</b>
Auditora	Auditoria da qualidade dos registros de enfermagem em prontuários em um hospital universitário, SILVA <i>et al.</i> , 2019.	Revista Enfermagem em Foco.	Transversal	Houve fragilidade na checagem das prescrições médica e de enfermagem, assim como na justificativa para a não checagem de itens prescritos.
Auditoria	Avaliação dos registros de enfermagem de pacientes internados na clínica médica de um hospital universitário do norte do estado de minas gerais, FIGUEIREDO <i>et al.</i> , 2019.	Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental.	Transversal	Houve prevalência das conformidades nos registros de enfermagem, sendo estas: leito, anotação descritiva, data e horário, presença de rubrica e carimbo do profissional, admissão, alta e/ou óbito, checagem e letra legível.
Registro de enfermagem	Registros de enfermagem e os desafios de sua execução na prática Assistencial, BARRETO <i>et al.</i> , 2019.	Revista Mineira de Enfermagem	Transversal	Observou-se que a Enfermagem se preocupa com o fazer, em detrimento aos registros sistemáticos de sua assistência.
Registro de enfermagem	Auditoria de enfermagem: revisão integrativa da literatura, LIMA <i>et al.</i> , 2018.	Revista Nursing.	Revisão Integrativa literatura	Quando os registros são realizados corretamente, facilita a auditoria, tanto qualitativa, em que é possível investigar a qualidade da assistência.
Registro de enfermagem	Informações de Enfermagem registradas nos prontuários frente às exigências do Conselho Federal de Enfermagem, CANDIDO; CUNHA; MUNHOZ, 2018.	Revista Paulista de Enfermagem.	Transversal	Constatou-se que dos prontuários auditados, cerca de 88% destes estavam em conformidade.
Auditoria	Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem nos cuidados pós-operatórios imediatos, PEREIRA, 2018.	Revista SOBECC.	Transversal	As três instituições apresentaram bons resultados, como prontuários legíveis e sem a presença de rasuras.
Registro de enfermagem	Registros de enfermagem: uma revisão integrativa da literatura, SILVA; DIAS, 2018.	Revista Nursing.	Revisão integrativa literatura	Foram constatadas falhas na escrita dos registros de enfermagem, seja em aspectos técnicos, éticos e legais, como também no conteúdo destes.

Registros de enfermagem	Inconsistências das anotações de enfermagem no processo de auditoria, BARRETO; LIMA; XAVIER, 2016.	Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro.	Revisão integrativa da literatura	Foi possível identificar falta de atenção da equipe de enfermagem na realização dos registros.
Auditoria	Registros de enfermagem em prontuário e suas implicações na qualidade assistencial segundo os padrões de acreditação hospitalar: um novo olhar da auditoria. MORAIS, <i>et al.</i> , 2015.	Revista Acreditação: ACRED.	Transversal	Esta pesquisa possibilitou identificar os principais problemas nas anotações realizadas pelos profissionais de enfermagem.

Quadro 1 – Síntese dos principais dados referentes às publicações incluídas, 2020.

## 4 | DISCUSSÃO

As abordagens realizadas pelos autores sobre os registros de enfermagem relacionados à auditoria de enfermagem fizeram parte como objetivo principal dos trabalhos apresentados, destacando-se também a importância da avaliação da qualidade assistencial por meio dos registros e as inconsistências das anotações de enfermagem.

Devido ao forte caráter complementar e relação direta das categorias elencadas, que emergiram da leitura dos artigos incluídos nesta revisão integrativa, optou-se pela construção de uma discussão ampliada, contemplando a auditoria e os registros de enfermagem de forma interligada.

### Auditoria

A auditoria é um instrumento fundamental para identificar, traçar, programar e melhorar a qualidade da assistência de enfermagem. Para que se atinjam os resultados, o processo de trabalho da equipe deve estar de acordo com as normas estabelecidas pela instituição. Visa-se a priorização das atribuições sem desvios de função, bem como a atividade privativa do enfermeiro (BARRETO *et al.*, 2019).

A auditoria de enfermagem é responsável pelo processo operacional de tomadas de decisões através da análise de documentos, do controle e da investigação de resultados, detectando problemas, revelando falhas nas anotações referentes ao cuidado. Facilitando assim, a atuação da gestão nos serviços de saúde (BARRETO; LIMA; XAVIER, 2016; SILVA *et al.*, 2019).

O estudo de Moraes *et al.*, (2015), sobre a AE na acreditação hospitalar, sinaliza a importância da auditoria dos registros de enfermagem que é uma ferramenta essencial no processo de acreditação, permitindo a identificação das implicações que interferem na assistência, seguindo os padrões de excelência estabelecidos.

Figueiredo (2019) pontua as competências do enfermeiro auditor, conferindo,

sobretudo, a garantia da qualidade na continuidade do cuidado aos usuários, a realização do levantamento de custos, provisão adequada dos recursos utilizados, utilização correta dos recursos técnicos, viabilizar economicamente a instituição, proporcionar uma relação de confiança e segurança entre o prestador, a empresa e o usuário.

As condições de trabalho interferem diretamente na qualidade da assistência prestada, bem como a sobrecarga de trabalho da equipe de enfermagem, as condições insuficientes de trabalho, ausência de impresso adequado, número insuficiente de profissionais entre outras. São condições que necessitam de melhorias para garantir a continuidade do cuidado (BARRETO *et al.*, 2019; MORAES *et al.*, 2015).

Diante da alta demanda hospitalar e poucos profissionais habilitados, o enfermeiro auditor necessita estar em constante atualização e possuir experiência necessária para a prática assistencial, visto que a auditoria é uma área de permanente renovação. Nesse sentido, deve-se focar nos principais aspectos relacionados à qualidade assistencial (LIMA *et al.*, 2018).

No estudo de Pereira *et al.*, (2018), com a finalidade de avaliar por meio da auditoria a qualidade do serviço através dos registros de enfermagem, observou-se o déficit na realização das anotações pela equipe de enfermagem, dificultando a comprovação das atividades e a ausência de registros de intervenções específicas como exemplo a monitorização hemodinâmica e o índice de recuperação anestésica. Assim, considera-se importante que as instituições de ensino na área de enfermagem trabalhem a disciplina da AE. Por ser uma área em desenvolvimento recente, não há uma devida valorização da sua realização por parte dos enfermeiros (LIMA *et al.*, 2018). Ressalta-se que tal área se constitui um campo de prática promissora devido ao processo de acreditação dos serviços de saúde, em que é preciso o engajamento desses profissionais para que outra categoria profissional não ocupe esse espaço.

O objetivo da auditoria não é evidenciar erros e apontar culpados, o seu real objetivo é levantar os problemas, criar métodos que possam minimizar ou extirpar os mesmos, realizando ações com a equipe por meio da educação permanente e a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) para o fortalecimento das ações da equipe de enfermagem.

### **Registros de enfermagem**

O estudo de Barreto *et al.*, (2019), demonstrou que a inadequação dos registros de enfermagem se dá por meio da falta de profissionais qualificados, desenvolvendo assim, um padrão inferiorizado da assistência de enfermagem. O estudo também reitera o conhecimento superficial da equipe de enfermagem sobre o processo de enfermagem e a SAE. Nesse sentido, tem-se que há uma evolução do nível de qualidade da assistência quando a SAE é implementada no processo de trabalho de forma adequada, demonstrando a melhora da relação com as anotações de enfermagem no processo da auditoria

(BARRETO; LIMA; XAVIER, 2016).

O registro de informações inerentes ao cuidado prestado ao paciente, no prontuário, deve ser feito de forma clara, objetiva, cronológica, legível, completa e sem rasuras (COFEN, 2017). No estudo de Pereira *et al.*, (2018), foram analisados 130 prontuários de três hospitais de referência do Estado de Pernambuco, apresentando um resultado satisfatório de prontuários sem rasuras. Entretanto, no estudo em um hospital de Minas Gerais, verificou-se que dos 189 prontuários analisados, foram encontradas rasuras em 342 registros. Demonstrando uma fragilidade da equipe de enfermagem.

Outro estudo demonstrou que as 66,85% das anotações de enfermagem no prontuário do paciente não estavam dentro dos padrões analisados (FIGUEIREDO *et al.*, 2019). Em um hospital universitário da Bahia, a mesma situação foi observada em 66% dos prontuários (SILVA *et al.*, 2019). Entretanto, estudo de CANDIDO; CUNHA; MUNHOZ (2018) apresentou um resultado em que 13,5% dos prontuários não estavam em conformidades com as exigências legais.

Em relação a isso, a implementação da educação permanente para o aperfeiçoamento das anotações de enfermagem torna-se necessária, bem como a padronização dos registros por meio dos Procedimentos Operacionais Padrão (POP), com intuito de prevenir danos, fraudes e não gerar dúvidas quanto ao cuidado. Um prontuário coerente e bem preenchido é uma ferramenta de trabalho importante nos processos da auditoria em saúde (CANDIDO; CUNHA; MUNHOZ, 2018).

Outro ponto em destaque diz respeito à checagem da prescrição de enfermagem no prontuário do paciente conforme a padronização da instituição. Tal procedimento é um importante indicador de qualidade da assistência na AE, garantindo a comunicação eficiente da equipe de saúde (PEREIRA *et al.*, 2018). Estudo realizado observou que 86,5% dos prontuários continham a checagem correta na prescrição de enfermagem (CANDIDO; CUNHA; MUNHOZ, 2018). Tal resultado demonstra que ainda é necessário um processo de conscientização para o preenchimento adequado dos registros de enfermagem, oferecendo maior segurança ao paciente. Para que esse processo seja contínuo, é necessário o desenvolvimento de programas que envolvam toda a equipe de enfermagem.

Alguns estudos analisados apontam que a equipe de enfermagem embora entenda a importância de se realizar um registro correto, muitas vezes não o executa ou executa de forma inadequada (BARRETO *et al.*, 2019). No estudo de Silva e Dias (2018), observou-se que as anotações realizadas pela equipe de enfermagem no prontuário do paciente são avaliadas de modo incompleto ou que muitos deixam de realizar as anotações dos procedimentos, gerando conflitos e dúvidas na equipe.

Um ponto relevante apontado pelos autores é relacionado à qualidade das anotações de enfermagem, que as mesmas despertam na equipe o interesse de consultá-las, servindo de base para realização e direcionamento das atividades. E que o ambiente de

trabalho adequado e satisfatório contribui positivamente para a qualidade dos serviços de saúde (BARRETO; LIMA; XAVIER, 2016).

O serviço da auditoria nas instituições de saúde é de grande relevância, pois seus resultados são responsáveis pelas tomadas de decisões no processo de trabalho e no planejamento da gestão dos serviços de saúde. A realização adequada dos registros de enfermagem é de extrema importância na programação do cuidado, em pesquisas, processos judiciais, uma vez que as anotações de enfermagem correspondem a cerca de 50% das informações sobre o cuidado e tem papel imprescindível na comunicação entre a equipe de enfermagem e a equipe multiprofissional (SILVA *et al.*, 2019).

O estudo traz algumas limitações. Como foi utilizada somente uma base de dados, estudos relevantes podem ter ficado de fora da amostra. Ademais, os dados de alguns estudos incluídos se basearam em análise de documentos e entrevistas, em que pode ter ocorrido a perda de informações. Acredita-se que tais limitações não tenham comprometido, sobremaneira, as discussões apontadas.

## 5 | CONCLUSÃO

A revisão integrativa evidenciou que a qualidade assistencial está intrinsecamente ligada aos registros de enfermagem e auditoria de enfermagem. Quando esses registros são realizados de forma inadequada consequentemente compromete a assistência prestada ao cliente, interferindo diretamente na auditoria e no resultado final do processo.

Foram observados vários fatores que interferem de forma negativa na execução das atividades do enfermeiro, entretanto devem-se somar esforços para que seja garantido o registro adequado dos registros do cuidado prestado. A auditoria é um instrumento fundamental para a avaliação desses registros e os relatórios gerados devem apontar estratégias de enfrentamento das falhas identificadas.

O presente estudo possibilitou uma visão mais ampla, no que se refere à importância da auditoria de enfermagem e a importância da anotação de enfermagem na qualidade assistencial, no entanto faz-se necessário, mais estudos científicos nessa área que é pouco explorada. Os resultados apresentados poderão contribuir para o enriquecimento das discussões na área em foco e para reforçar a importância da participação dos enfermeiros no processo de auditoria e garantia de uma prática assistencial segura.

## REFERÊNCIAS

CANDIDO, A. S. G.; CUNHA, I. C. K. O.; MUNHOZ, S. **Informações de Enfermagem registradas nos prontuários frente às exigências do Conselho Federal de Enfermagem**. Rev. Paul. Enferm. v. 29, n. 1/3, p.31-38, nov. 2018.

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 266/2001. **Aprova as atividades do Enfermeiro**.

Diário Oficial da União. 2001. Disponível em:<[http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2662001\\_4303.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2662001_4303.html)>. Acessado em 15 de Abril de 2020.

BARRETO, J. A.; LIMA, G. G.; XAVIER, C. F. **Inconsistências das anotações de enfermagem no processo de auditoria.** Rev. Enferm. Cent. O. Min. v. 6, n 1, p. 2081-2093, jan. 2016.

BARRETO, J. de J. S. et al. **Registros de Enfermagem e os desafios de sua execução na prática assistencial.** REME – Rev. Min Enferm. v.23 n. 23, p. 2316-9389, jun. 2019.

FIGUEIREDO, T. et al. **Avaliação dos registros de enfermagem de pacientes internados na clínica médica de um hospital universitário do norte do estado de Minas.** Rev. Pesqui. Cuid. Fundam. v. 11, n. 2, p. 390-396, jan. 2019.

LIMA, R. J. de et al. **Auditoria de enfermagem: revisão integrativa da literatura.** Rev. Nursing. v. 21, n. 247, p. 2531-2534, dez. 2018.

Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, **The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement.** PLoS Med 6(6): e1000097

MORAIS, C. G. X. et al. **Registros de enfermagem em prontuário e suas implicações na qualidade assistencial segundo os padrões de acreditação hospitalar: um novo olhar da auditoria.** Revista Acreditação: ACRED. v. 5, n. 9, p. 64-84, jul. 2015.

PEREIRA, E. B. F. et al. **Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem nos cuidados pós-operatórios imediatos.** Rev. SOBECC. v. 23, n. 1, p. 21-27, jan. 2018.

SILVA, A. G. I.; DIAS, B. R. L. **Registros de enfermagem: uma revisão integrativa da literatura.** Rev. Nursing. v. 21, n. 247, p. 2476-2481, dez. 2018.

SILVA, C. C. da et al. **Acesso e utilização de serviços odontológicos por gestantes: Revisão integrativa de literatura.** Ciênc. Saúde Coletiva. v. 25, n. 3, p. 827-835. mar. 2020.

SILVA, V. A. da et al. **Auditoria da qualidade dos registros de Enfermagem em prontuários em um hospital universitário.** Enferm. Foco. v. 1.10, n. 3, p. 28-33, jul. 2019.

## **SOBRE O ORGANIZADOR**

**MARCUS FERNANDO DA SILVA PRAXEDES** - Possui Pós-Doutorado em Medicamentos e Assistência Farmacêutica pelo Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica (PPGMAF) da Universidade Federal de Minas Gerais (2019). Enfermeiro (2009) e mestre em Saúde, Sociedade e Ambiente (2013) pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Doutor em Medicamentos e Assistência Farmacêutica pelo PPGMAF/UFMG (2015). Líder do Grupo de Pesquisa CNPq - Prática Baseada em Evidência e Segurança do Paciente. Professor Adjunto da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), lotado no colegiado de Enfermagem e Residência em Enfermagem em Cardiologia. Atua como orientador/coorientador de trabalhos de conclusão de curso, iniciação científica, mestrado e doutorado. Revisor de importantes periódicos nacionais e internacionais indexados. Desenvolve pesquisas nas áreas de Segurança do Paciente, Farmacovigilância, Anticoagulantes, Adaptação transcultural e validação de instrumentos em saúde, Teoria de Resposta ao Item e Prática Baseada em Evidências.

## ÍNDICE REMISSIVO

### A

Acesso Vascular 175, 176, 178, 179, 180

Adolescente 108, 110, 160, 161, 163, 165, 166, 167, 168, 169, 171, 172, 173

Assistência ao Paciente 92, 93, 95, 125, 127, 128

Atenção Básica 17, 47, 48, 107, 113, 116, 155, 167, 173, 217, 218, 220, 221

Atenção Primária à Saúde 147, 150, 151, 206, 207, 209, 214, 215

Auditoria de Enfermagem 227, 229, 231, 232, 235, 236

Autocuidado 8, 9, 10, 11, 12, 13, 19, 20, 23, 30, 35, 36, 37, 38, 45, 62, 68, 69, 70

Avaliação 10, 16, 22, 23, 26, 37, 46, 48, 52, 57, 58, 74, 77, 85, 86, 88, 90, 93, 95, 98, 99, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 129, 132, 135, 136, 137, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 147, 149, 150, 152, 156, 157, 159, 166, 182, 184, 186, 187, 192, 194, 196, 197, 198, 200, 203, 204, 205, 210, 214, 221, 222, 228, 229, 231, 232, 235, 236

### C

Cardiologia 24, 27, 42, 48, 237

Cardiomiopatia 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48

Comparação Transcultural 131, 133

Competência Profissional 106, 129

Comunicação 20, 26, 46, 49, 50, 51, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 117, 118, 119, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 157, 169, 188, 189, 190, 196, 199, 200, 202, 208, 212, 213, 218, 220, 221, 234, 235

Cuidado de Enfermagem 1, 5, 15, 17, 26, 41, 75, 77, 78, 82, 85, 86, 88, 90, 93, 95, 101, 116, 150, 187, 218

Cuidado Pré-Natal 106

Cuidados Críticos 53, 95, 223

Cultura de Segurança 188, 189, 190, 191, 193, 194, 195, 196, 198, 199, 201, 202, 203, 204, 205, 207, 208, 209, 213, 214, 224, 225

### D

Diabetes Mellitus 66, 147, 148

Diagnóstico de Enfermagem 12, 16, 19, 26, 35, 45, 48, 63, 104, 149, 154, 219

Drogas 160, 161, 163, 165, 173

### E

Educação em Enfermagem 5, 106

Educação Permanente 85, 105, 106, 107, 115, 116, 201, 217, 218, 219, 220, 221, 233, 234

Enfermagem 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26,

27, 28, 29, 30, 31, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 77, 78, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 100, 101, 102, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 113, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 129, 130, 131, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 154, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 165, 166, 167, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 178, 180, 183, 184, 186, 187, 189, 190, 191, 192, 193, 198, 199, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 214, 215, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237

Erros Médicos 207, 209, 212

estudos de validação 131, 133, 145

Eventos Adversos 57, 177, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 195, 200, 201, 202, 204, 205, 207, 212, 213, 214, 215, 218, 219, 221, 224, 226

## **G**

Gestão da Segurança 195

## **H**

Hemodiálise 175, 176, 177, 178, 179, 181, 182, 183

Hipertensão Arterial Sistêmica 66, 147

## **I**

Insuficiência Cardíaca 24, 25, 27, 28, 29, 30, 37, 38, 40, 41, 42, 43, 44, 45

## **N**

Neonatologia 75

Neoplasias da Próstata 102, 104

## **O**

Obtenção de Tecidos e Órgãos 63

## **P**

Passagem de Plantão 50, 51, 52, 53, 55, 58, 59, 60, 61, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 196

Periparto 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48

Prática 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 11, 12, 16, 17, 18, 24, 26, 36, 37, 44, 57, 62, 64, 71, 72, 75, 77, 82, 85, 86, 88, 97, 100, 102, 107, 108, 115, 122, 124, 126, 129, 133, 147, 148, 149, 157, 158, 159, 162, 172, 177, 180, 181, 182, 186, 219, 221, 223, 224, 227, 231, 233, 235, 236, 237

Prática Clínica Baseada em Evidência 75

Processo de Enfermagem 6, 12, 14, 15, 23, 26, 30, 37, 47, 51, 60, 62, 63, 64, 102, 147, 149, 157, 172, 219, 233

Pronto-Socorro 117, 118, 120, 123, 126

Psicometria 131, 133, 134

## **Q**

Qualidade Assistencial 227, 229, 232, 233, 235, 236

## **R**

Registro de Enfermagem 227, 229, 230, 231

Respiração Artificial 93, 95

## **S**

Saúde Mental 8, 10, 11, 160, 166, 167, 168, 169, 170, 213

Segurança do Paciente 26, 51, 52, 55, 57, 59, 60, 81, 85, 100, 177, 181, 186, 187, 188, 190, 191, 192, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 212, 213, 214, 215, 217, 218, 219, 224, 225

Sistemas de Classificação 14, 15, 17, 22

Sistematização da Assistência de Enfermagem 8, 38, 51, 60, 102, 146, 147, 149, 150, 151, 158, 159, 217, 218, 219, 220, 221, 233

## **T**

Tecnologia 1, 76, 146, 147, 148, 149, 150, 152, 153, 155, 156, 157, 158, 159, 162, 208, 220

Teoria de Enfermagem 8

Terapia Intensiva Neonatal 75, 76, 77, 78, 90, 205

Transferência de Cuidados 50, 51, 54, 55, 58

Transplantes de Órgãos 62, 63, 74

Transporte de Pacientes 223, 225

# A Enfermagem Centrada na Investigação Científica 3

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

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

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

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

**Atena**  
Editora

**Ano 2020**

# A Enfermagem Centrada na Investigação Científica 3

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

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

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

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

Atena  
Editora

Ano 2020