

A Enfermagem e o Gerenciamento do Cuidado Integral 5



Silene Ribeiro Miranda Barbosa
(Organizadora)

**Atena**
Editora
Ano 2020

A Enfermagem e o Gerenciamento do Cuidado Integral 5



Silene Ribeiro Miranda Barbosa
(Organizadora)

**Atena**
Editora
Ano 2020

Editora Chefe
Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Assistentes Editoriais

Natalia Oliveira

Bruno Oliveira

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto Gráfico e Diagramação

Natália Sandrini de Azevedo

Camila Alves de Cremona

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

Imagens da Capa

Shutterstock

Edição de Arte

Luiza Alves Batista

Revisão

Os Autores

2020 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2020 Os autores

Copyright da Edição © 2020 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 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.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná

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. Daniel Richard Sant’Ana – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Dilma Antunes Silva – Universidade Federal de São Paulo
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 – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador
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
Profª Drª Carla Cristina Bauermann Brasil – Universidade Federal de Santa Maria
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
Prof^ª Dr^ª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof^ª Dr^ª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
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
Prof^ª Dr^ª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Prof^ª Dr^ª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof^ª Dr^ª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^ª Dr^ª 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
Prof^ª Dr^ª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
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
Prof^ª Dr^ª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^ª Dr^ª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Prof^ª Dr^ª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Prof^ª Dr^ª Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Prof^ª Dr^ª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Prof^ª Dr^ª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Prof^ª Dr^ª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^ª Dr^ª 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. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás
Prof^ª Dr^ª 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^ª Dr^ª Érica de Melo Azevedo – Instituto Federal do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof^ª Dr^ª Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Prof^ª Dr^ª Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Priscila Tessmer Scaglioni – Universidade Federal de Pelotas
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 Carolina Fernandes da Silva Mandaji – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
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 do Paraná
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. 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
Profª Ma. Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa
Profª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Profª Drª Andrezza Miguel da Silva – Faculdade da Amazônia
Profª Ma. Anelisa Mota Gregoleti – Universidade Estadual de Maringá
Profª Ma. Anne Karynne da Silva Barbosa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais
Prof. Me. Armando Dias Duarte – Universidade Federal de Pernambuco
Profª Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar
Profª 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
Profª Drª Cláudia Taís Siqueira Cagliariari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas
Prof. Me. Clécio Danilo Dias da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Profª Ma. Daniela da Silva Rodrigues – Universidade de Brasília
Profª Ma. Daniela Remião de Macedo – Universidade de Lisboa
Profª 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. Ernane Rosa Martins – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás
Prof. Me. Euvaldo de Sousa Costa Junior – Prefeitura Municipal de São João do Piauí
Profª Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora
Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas
Profª Drª Germana Ponce de Leon Ramírez – Centro Universitário Adventista de São Paulo
Prof. Me. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
Prof. Me. Givanildo de Oliveira Santos – Secretaria da Educação de Goiás
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
Profª Ma. Isabelle Cerqueira Sousa – Universidade de Fortaleza
Profª Ma. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Me. Javier Antonio Alborno – 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. Lillian 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. Dr. 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

Profª Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal

Prof. Me. Robson Lucas Soares da Silva – Universidade Federal da Paraíba

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

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Bibliotecária: Janaina Ramos
Diagramação: Maria Alice Pinheiro
Correção: Mariane Aparecida Freitas
Edição de Arte: Luiza Alves Batista
Revisão: Os Autores
Organizadora: Silene Ribeiro Miranda Barbosa

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

E56 A enfermagem e o gerenciamento do cuidado integral 5 /
Organizadora Silene Ribeiro Miranda Barbosa. – Ponta
Grossa - PR: Atena, 2020.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5706-667-6

DOI 10.22533/at.ed.676201012

1. Enfermagem. 2. Saúde. I. Barbosa, Silene Ribeiro
Miranda (Organizadora). II. Título.

CDD 610.73

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos.

APRESENTAÇÃO

A coleção “Enfermagem e o Gerenciamento do Cuidado Integral 3” retrata em cinco volumes a produção científica sobre as diversas formas de gerenciar o cuidado. As produções apresentam, de forma multidisciplinar, as diferentes questões que envolvem o cuidado, desde o profissional até o cliente.

O objetivo principal foi categorizar os diversos estudos, ações e propostas das diversas instituições de ensino e de assistência do país, a fim de compartilhar as ofertas de cuidado. A condução dos trabalhos contextualizou desde farmacologia, saúde básica, educação sanitária, imunologia, microbiologia até o gerenciamento das áreas correlatas.

A diversificação dos temas organizados em cinco volumes favorecerá a leitura e o estudo permitindo que acadêmicos e mestres que se interessarem por essa viagem científica possam usufruí-la.

O avanço do tema “cuidar” impulsionou a organização deste material diante da situação de saúde a qual vivemos atualmente. Ressalto, contudo a importância do profissional atentar com o comprometimento necessário para que o resultado seja o mais digno possível dentro do processo do cuidar.

A proposta dos cinco volumes resultou nas unificações dos assuntos, sendo divididos: Gerenciamento do Cuidado da Assistência da Atenção Primária, Gerenciamento do Cuidado na Assistência Hospitalar, Gerenciamento do Cuidado com o profissional de saúde, Gerenciando o Processo Educacional na Saúde e por fim, e não menos importante, o Gerenciamento da Gestão do Cuidar. Assim sendo, a diversidade das discussões enfatizam a necessidade de compreender o cuidado como uma ciência, e, portanto, o estudo contínuo se faz necessário para que possamos constantemente ofertar dignos cuidados.

Façamos essa viagem científica buscando aprimorar os conhecimentos em questão.

Silene Ribeiro Miranda Barbosa

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

A CLÍNICA DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA EM BUSCA DA SUA AMPLIAÇÃO QUALIFICADA

Flaviane Albuquerque
Ana Cláudia da Silva Ferreira
Elenivaldo Sampaio da Silva
Jefferson Henrique Brito Lima
Samara de Oliveira Silva Costa
Thais Matias Vicente
Carolina Vasconcelos de Almeida Neves

DOI 10.22533/at.ed.6762010121

CAPÍTULO 2..... 4

A CONTRIBUIÇÃO DA INTELIGÊNCIA EMOCIONAL NA VIDA DE UM PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM

Lucas Siqueira dos Santos
Layane Estefany Siqueira dos Santos
Victória Santos Alves
Raquel Santos Alves
Guilherme Mota da Silva
Herifrania Tourinho Aragão
Rute Nascimento da Silva
Jessy Tawanne Santana
Ana Clara Cruz Santos de Santana

DOI 10.22533/at.ed.6762010122

CAPÍTULO 3..... 15

AMULTIDISCIPLINARIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE FRENTE AO MAL DE PARKINSON

Tâmara Sena Santos
Taciane Oliveira Bet Freitas
Davi da Silva Nascimento
Tarsia dos Santos Souza

DOI 10.22533/at.ed.6762010123

CAPÍTULO 4..... 26

A PRÁTICA DE INTEGRALIDADE DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA

Allan de Moraes Bessa
Thays Cristina Pereira Barbosa
Marla Ariana Silva
Flávia de Oliveira
Fernanda Marcelino de Rezende e Silva
Karla Amaral Nogueira Quadros
Regina Consolação dos Santos
Heber Paulino Pena
Silmara Nunes Andrade

DOI 10.22533/at.ed.6762010124

CAPÍTULO 5..... 36

A PRECAUÇÃO DE CONTATO COMO CONTRIBUIÇÃO PARA UMA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM SEGURA

Marta da Conceição Rosa
Mayara Santos Medeiros da Silva Campos
Sabrina da Costa Machado Duarte
Priscilla Valladares Broca

DOI 10.22533/at.ed.6762010125

CAPÍTULO 6..... 48

ANSIEDADE, ESTRESSE, DEPRESSÃO ENTRE TRABALHADORES DE ENFERMAGEM NO AMBIENTE HOSPITALAR

Durval Veloso da Silva
Maria Cristina de Moura Ferreira
Guilherme Silva de Mendonça
Carla Denari Giuliani
Marcelle Aparecida de Barros Junqueira

DOI 10.22533/at.ed.6762010126

CAPÍTULO 7..... 61

APLICAÇÃO DO MÉTODO APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMAS NO ENSINO DE AUDITORIA EM ENFERMAGEM

Francisco João de Carvalho Neto
Raissy Alves Bernardes da Silva
Lara Rodrigues Lira
Ceres Alice Gomes de Barros Sátiro
João Victor Rodrigues de Azevedo
João Batista de Carvalho Silva
Açucena Leal de Araújo
Dinah Alencar Melo Araújo
Lívia de Araújo Rocha
Mayla Rosa Guimarães
Laelson Rochelle Milanês Sousa
Ana Luiza Negreiros

DOI 10.22533/at.ed.6762010127

CAPÍTULO 8..... 71

AS IMPLICAÇÕES DO TRABALHO EM TERAPIA INTENSIVA NOS ORGANISMOS DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Thiago Quinellato Louro
Lidiane da Fonseca Moura Louro
Carlos Roberto Lyra da Silva
Roberto Carlos Lyra da Silva
Daniel Aragão Machado
Cristiano Bertolossi Marta
Nébia Maria Almeida de Figueiredo

DOI 10.22533/at.ed.6762010128

CAPÍTULO 9..... 85

AVALIAÇÃO DE UM INSTRUMENTO COMPOSTO POR INDICADORES DE QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

Caren Franciele Coelho Dias
Cleide Monteiro Zemolin
Ezequiel da Silva
Caliandra Letiere Coelho Dias
Claudia Monteiro Ramos
Nicole Adrielli Monteiro Zemolin

DOI 10.22533/at.ed.6762010129

CAPÍTULO 10..... 96

CARGA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM: CONTRIBUIÇÕES PARA O GERENCIAMENTO DO CUIDADO INTENSIVO DE PACIENTES COM CÂNCER DE COLO UTERINO

Karla Biancha Silva de Andrade
Eloá Carneiro Carvalho
Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza
Sandra Regina Maciqueira Pereira
Samira Silva Santos Soares
Thereza Christina Mó y Mó Loureiro Varella
Adriana Maria de Oliveira
Natalia Beatriz Lima Pimentel
Vivian Cristina Gama Souza Lima
Vivian Gomes Mazzone
Felipe Cardozo Modesto

DOI 10.22533/at.ed.67620101210

CAPÍTULO 11..... 108

CONCEPÇÕES E EXPERIÊNCIAS DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DA ATENÇÃO PRIMÁRIA SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS

Jéssica Cristini Pires Sant'ana
Erica Toledo de Mendonça
Cynara Christine Ferreira Dutra
Beatriz Santana Caçador
Andyara do Carmo Pinto Coelho Paiva

DOI 10.22533/at.ed.67620101211

CAPÍTULO 12..... 121

DESAFIOS ORGANIZACIONAIS: O PAPEL DA GESTÃO EM UM CENÁRIO DE CONSTANTES MUDANÇAS

Pamela Nery do Lago
Ira Caroline de Carvalho Sipoli
Luciana Moreira Batista
Luciene Maria dos Reis
Marlene Simões e Silva
Maria Fernanda Silveira Scarcella
Regina de Oliveira Benedito

Valdjane Nogueira Noletto Nobre
Aline Francielli Rezende Frões
Liane Medeiros Kanashiro
Marta Luiza da Cruz
Samanntha Lara da Silva Torres Anaisse

DOI 10.22533/at.ed.67620101212

CAPÍTULO 13..... 127

FERRAMENTA TECNOLÓGICA PARA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM DOENÇAS TROPICAIS E INFECTOCONTAGIOSAS

Elieza Guerreiro Menezes
Gabriela Martins Pereira
Rafaela Paixão Sales
Sonia Rejane de Senna Frantz
Maria Luiza Carvalho de Oliveira
Manoel Luiz Neto
Milena Batista de Oliveira
Alessandrina Gomes Dorval
Daniely Bianca Magalhães de Figueiredo Carvalho
Débora Ramos Soares
Taycelli Luiza de Oliveira Dias
Andreza Cardoso Ramires

DOI 10.22533/at.ed.67620101213

CAPÍTULO 14..... 142

HOTELARIA HOSPITALAR E A GESTÃO EM ENFERMAGEM

Clarissa Vasconcelos Silva de Souza

DOI 10.22533/at.ed.67620101214

CAPÍTULO 15..... 152

MULTIDISCIPLINARIDADE NOS TRANSTORNOS ALIMENTARES: ANOREXIA E ORTOREXIA

Ana Clara Lacerda Cervantes de Carvalho
Danielle de Oliveira Brito Cabral
Luana Lima Araújo
Ana Emanuely Matos de Assis
Bruna Farias Viana
Ana Clara Militão Sales
Guilherme Correia Alcantara
Maria Lucilândia de Sousa
Pedro Luciano Martins Cidade
Cícero Damon Carvalho de Alencar
Francisco Jacinto Silva
Maria Elisa Regina Benjamin de Moura

DOI 10.22533/at.ed.67620101215

CAPÍTULO 16..... 163

**NARRATIVAS DAS AÇÕES NACIONAIS DA GERÊNCIA DO CUIDADO DOS
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM E DE SAÚDE NO CONSULTÓRIO NA RUA**

Cláudio José de Souza
Hyago Henriques Soares
Zenith Rosa Silvino
Bárbara Pompeu Christovam
Deise Ferreira de Souza
Cristina Lavoyer Escudeiro
Sonia Regina Belisário dos Santos

DOI 10.22533/at.ed.67620101216

CAPÍTULO 17..... 182

O COMPORTAMENTO HUMANO E SEUS IMPACTOS ORGANIZACIONAIS

Pamela Nery do Lago
Ira Caroline de Carvalho Sipoli
Luciana Moreira Batista
Luciene Maria dos Reis
Marlene Simões e Silva
Maria Fernanda Silveira Scarcella
Regina de Oliveira Benedito
Valdjane Nogueira Noletto Nobre
Aline Francielli Rezende Fróes
Liane Medeiros Kanashiro
Marta Luiza da Cruz
Samantha Lara da Silva Torres Anaisse

DOI 10.22533/at.ed.67620101217

CAPÍTULO 18..... 189

O PAPEL DA COMUNICAÇÃO NAS TECNOLOGIAS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Clarissa Vasconcelos Silva de Souza

DOI 10.22533/at.ed.67620101218

CAPÍTULO 19..... 202

**REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE A SIMULAÇÃO REALÍSTICA COMO FERRAMENTA
DE TREINAMENTO DA REANIMAÇÃO NEONATAL PARA OS PROFISSIONAIS DE
ENFERMAGEM**

Danyella da Silva Barros
Zaqueu Rodrigues Pimentel
Simone Karla Apolônio Duarte
Hudson Pereira Pinto
Leonardo França Vieira

DOI 10.22533/at.ed.67620101219

CAPÍTULO 20.....214

REVOLUCIONANDO AS PRÁTICAS ASSISTÊNCIAIS DE ENFERMAGEM NOS CENTROS PSQUIÁTRICOS ATRAVÉS DE NISE DA SILVEIRA: REVISÃO INTEGRATIVA

Maria Rebeca dos Santos
Anderson Durval Peixoto de Lima
Roberta de Fátima de Lima Ramires Oliveira
Cristiele Maria Silva de Lima
Josineide Conrado da Silva
Camila Correia Firmino
Mauricelia Michiles dos Santos

DOI 10.22533/at.ed.67620101220

CAPÍTULO 21.....223

RISCOS PSICOSSOCIAIS RELACIONADOS AO ENFERMEIRO EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO CLÍNICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ivanilda Alexandre da Silva Santos
Carla Walburga da Silva Braga
Raquel Yurika Tanaka
Simone Selistre de Souza Schmidt
Kelly Cristina Milioni
Lucélia Caroline dos Santos Cardoso
Danielle Paris dos Santos Scheneider
Luzia Teresinha Vianna dos Santos

DOI 10.22533/at.ed.67620101221

CAPÍTULO 22.....232

SUSTENTABILIDADE HOSPITALAR: CONSTRUÇÃO DE AMBIENTES ÉTICOS POR PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Lisa Antunes Carvalho
Edison Luiz Devos Barlem
Diana Cecagno
Adrize Rutz Porto

DOI 10.22533/at.ed.67620101222

CAPÍTULO 23.....244

TECNOLOGIAS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Jamine Bernieri
Arnildo Korb
Leila Zanatta

DOI 10.22533/at.ed.67620101223

CAPÍTULO 24.....255

PLANOS DE TRATAMENTO NO MANEJO DA DOENÇA DIARREICA AGUDA EM SANTA CATARINA ENTRE OS ANOS DE 2014 E 2018

Carlise Krein
Lucimare Ferraz
Arnildo Korb

DOI 10.22533/at.ed.67620101224

SOBRE A ORGANIZADORA.....	267
ÍNDICE REMISSIVO.....	268

CAPÍTULO 1

A CLÍNICA DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA EM BUSCA DA SUA AMPLIAÇÃO QUALIFICADA

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 11/09/2020

Flaviane Albuquerque

Universidade do Vale do Ipojuca- UNIFAVIP
Caruaru, PE.
<http://lattes.cnpq.br/8118535317814452>

Ana Cláudia da Silva Ferreira

Universidade do Vale do Ipojuca- UNIFAVIP
Caruaru, PE.
<http://lattes.cnpq.br/7821861331813264>

Elenivaldo Sampaio da Silva

Universidade Maurício de Nassau-
UNINASSAU
Caruaru, PE.
<http://lattes.cnpq.br/5986863383601471>

Jefferson Henrique Brito Lima

Universidade do Vale do Ipojuca- UNIFAVIP
Santa Cruz do Capibaribe, PE;
<http://lattes.cnpq.br/2060426140708075>

Samara de Oliveira Silva Costa

Universidade do Vale do Ipojuca- UNIFAVIP
Caruaru, PE.
<http://lattes.cnpq.br/4742978149844144>

Thais Matias Vicente

Universidade do Vale do Ipojuca- UNIFAVIP
Garanhuns, PE.
<http://lattes.cnpq.br/4040313817791563>

Carolina Vasconcelos de Almeida Neves

Universidade do Vale do Ipojuca- UNIFAVIP
Recife, PE.
<http://lattes.cnpq.br/7095597346258846>

RESUMO: Introdução: O Ministério da Saúde tem priorizado a execução da gestão pública com base em ações de monitoramento e avaliação dos processos, da estrutura e dos resultados. São muitos os esforços empreendidos ao estabelecimento de iniciativas que garantam a qualidade dos serviços de saúde ofertados à sociedade brasileira, estimulando a ampliação do acesso qualificado nos diversos contextos existentes no país. Dentre essas iniciativas, destaca-se o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), que tem por objetivo assegurar que a Atenção Primária à Saúde (APS) se configure como a porta de acesso preferencial para o sistema de saúde. Na APS, a relevância de estudos sobre as práticas de cuidado realizadas por enfermeiros se torna evidenciada ao identificar que está é considerada, pelo Ministério da Saúde, a instância prioritária e a porta de entrada para o acesso dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Sendo assim, o cuidado e clínica do enfermeiro emergem na interseção de diferentes necessidades, interesses, dificuldades, potencialidades, visões de mundo, concepções de saúde e modos de intervir, recursos disponíveis, entre outros. Entretanto, existem barreiras que dificultam a assistência do enfermeiro na APS, e dessa forma percebe-se que estas limitações caminhavam para um mau desempenho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde e, por causa deste fato, a assistência prestada para a população estava sendo de forma incompleta e insatisfatória. Objetivo: Enumerar e conhecer os possíveis fatores que potencializem e dificultem a prática clínica do

enfermeiro no contexto da Atenção Básica, conforme a literatura científica. Metodologia: Trata-se de um estudo do tipo descritivo, do tipo revisão de literatura, realizado através da busca de artigos nas bases de dados Google Acadêmico; Scielo; utilizando como critérios de inclusão os artigos que davam ênfase a clínica do Enfermeiro na APS, artigos disponíveis em texto completo no idioma de português e artigos entre os anos de 2011 a 2016, como critério de exclusão foram excluídos artigos que só disponibilizavam o resumo, artigos em língua estrangeira, teses, relatos de experiências, dissertações, casos clínicos, notas de revistas e que não retratavam da proposta do estudo. Desenvolvimento: Os resultados destacam uma posição diferenciada do profissional enfermeiro na equipe da APS, apontando para a ampliação dos limites de atuação profissional e agregando as atividades administrativas às práticas da assistência direta ao usuário, confirmando estudos anteriores que apontam para a intensificação e ampliação das atividades do enfermeiro na ESF, tanto na área da assistência e da educação em saúde quanto do gerenciamento dos serviços de saúde. Na perspectiva ampliada do cuidado com a família, o processo de trabalho deve ser estruturado a partir de ações e relações dos profissionais junto às famílias, pois estabelecer e manter relações com a família interfere na qualidade da assistência. Em vista disso, nota-se a necessidade de melhorar o serviço prestado à população pelos profissionais de saúde, tendo como base a qualificação, a capacitação e o aprimoramento de seu desempenho como também avanço nas dificuldades encontradas. Considerações Finais: Encontrou-se como principais fatores potencializadores: prática social do cuidado envolvendo a clínica ampliada a partir de estratégias como o acolhimento e a sistematização da assistência de enfermagem, e enquanto fatores dificultadores: influência do modelo biomédico, condições organizacionais e estruturais inadequadas.

PALAVRAS - CHAVE: Atenção Primária à Saúde, Enfermagem, Saúde Coletiva.

THE NURSE'S CLINIC IN BASIC ATTENTION IN SEARCH OF ITS QUALIFIED ENLARGEMENT

ABSTRACT: Introduction: The Ministry of Health has prioritized the execution of public management based on actions for monitoring and evaluating processes, structure and results. There are many efforts made to establish initiatives that guarantee the quality of health services offered to Brazilian society, stimulating the expansion of qualified access in the various contexts that exist in the country. Among these initiatives, the National Program for the Improvement of Access and Quality of Primary Care (PMAQ) stands out, which aims to ensure that Primary Health Care (PHC) is configured as the preferred access door to the health care system. Cheers. In PHC, the relevance of studies on care practices carried out by nurses becomes evident when identifying that it is considered, by the Ministry of Health, the priority instance and the gateway for users of the Unified Health System (SUS) to access.). Thus, the nurse's care and clinic emerge at the intersection of different needs, interests, difficulties, potentialities, worldviews, health concepts and ways of intervening, available resources, among others. However, there are barriers that hinder the assistance of nurses in PHC, and it is clear that these limitations were leading to a poor performance of nurses in Primary Health Care and, because of this fact, the assistance provided to the population was being incomplete and unsatisfactory form. Objective: List and know the possible factors that enhance and hinder the clinical practice of nurses in the context of Primary Care, according

to the scientific literature. Methodology: This is a descriptive study, a literature review, carried out by searching for articles in the Google Scholar databases; Scielo; using as inclusion criteria the articles that emphasized the nurse's clinic in PHC, articles available in full text in the Portuguese language and articles between the years 2011 to 2016, as exclusion criteria articles that only provided the abstract, articles were excluded in a foreign language, theses, reports of experiences, dissertations, clinical cases, magazine notes and that did not portray the study proposal. Development: The results highlight a differentiated position of the professional nurse in the PHC team, pointing to the expansion of the limits of professional performance and adding administrative activities to the practices of direct assistance to the user, confirming previous studies that point to the intensification and expansion of activities of nurses in the FHS, both in the area of health care and education and in the management of health services. In the broader perspective of family care, the work process must be structured based on actions and relationships of professionals with families, as establishing and maintaining relationships with the family interferes with the quality of care. In view of this, there is a need to improve the service provided to the population by health professionals, based on the qualification, training and improvement of their performance as well as progress in the difficulties encountered. Final Considerations: The main potentializing factors were found: social practice of care involving the expanded clinic based on strategies such as the reception and systematization of nursing care, and as complicating factors: influence of the biomedical model, inadequate organizational and structural conditions.

KEYWORDS: Primary Health Care, Nursing, Collective Health.

CAPÍTULO 2

A CONTRIBUIÇÃO DA INTELIGÊNCIA EMOCIONAL NA VIDA DE UM PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 04/09/2020

Jessy Tawanne Santana

Universidade Tiradentes.

Aracaju – Sergipe

<http://lattes.cnpq.br/1139829176132388>

Lucas Siqueira dos Santos

Universidade Tiradentes.

Aracaju – Sergipe.

<http://lattes.cnpq.br/2661214082050320>

Ana Clara Cruz Santos de Santana

Universidade Tiradentes - UNIT

Aracaju – Sergipe

<http://lattes.cnpq.br/0450151689278547>

Layane Estefany Siqueira dos Santos

Universidade Tiradentes.

Aracaju – Sergipe.

<http://lattes.cnpq.br/1229215367572439>

Victória Santos Alves

Universidade Tiradentes.

Aracaju – Sergipe

<http://lattes.cnpq.br/7655949706833761>

Raquel Santos Alves

Centro Universitário Maurício de Nassau

Aracaju – Sergipe

<http://lattes.cnpq.br/5079283444851031>

Guilherme Mota da Silva

Universidade Tiradentes - UNIT

Aracaju – Sergipe

<http://lattes.cnpq.br/0148300529547406>

Herifrania Tourinho Aragão

Universidade Tiradentes- UNIT

Aracaju – Sergipe

<http://lattes.cnpq.br/3666246003295390>

Rute Nascimento da Silva

Universidade Tiradentes - UNIT

Aracaju – Sergipe

<http://lattes.cnpq.br/5965248224065334>

RESUMO: A Inteligência Emocional (IE) consiste na habilidade profissional em saber lidar com as emoções e relações interpessoais dentro do ambiente de trabalho. O profissional que adquire essa competência é capaz de captar informações a sua volta, interpretá-las e tomar decisões clínicas mais eficientes. A metodologia baseou-se uma pesquisa de revisão integrativa de literatura, seguindo seis etapas: reflexão e construção da pergunta norteadora; seleção e procura de artigos; significação das informações a serem retiradas dos estudos selecionados; avaliação crítica dos trabalhos selecionados; discussão dos resultados; e apresentação da revisão integrativa. Foram selecionados inicialmente 55 artigos, porém de posse dos critérios de inclusão e exclusão, foram contemplados 12 estudos e distribuídos com as informações chaves e organizados de forma qualitativa. A partir da análise dos artigos e, após estabelecer os critérios de elegibilidade, os estudos foram organizados em uma tabela, cuja finalidade é facilitar a visualização dos pontos que se relacionam com a temática em questão e com as perguntas norteadoras. Após isso,

buscou-se estabelecer os critérios de elegibilidade, facilitando a visualização dos pontos que se relacionam com a temática em questão e com as perguntas norteadoras. Isso torna-se necessário tanto no momento da assistência, quanto durante as relações interpessoais entre equipe, além da Inteligência emocional foi visto que ferramentas como a comunicação, e a empatia também são habilidades fundamentais para o exercício da enfermagem. Dessa forma, considera-se que há necessidade especial de formação em inteligência emocional na área da enfermagem. A relevância da produção de programas educacionais pautados na temática da IE, com o intuito de proporcionar subsídios para a melhoria do desempenho profissional, da comunicação/cooperação entre as equipes multidisciplinares, além do aperfeiçoamento das condutas terapêuticas.

PALAVRAS - CHAVE: Saúde Mental. Competência Profissional. Enfermeiros. Enfermagem.

THE CONTRIBUTION OF EMOTIONAL INTELLIGENCE IN THE LIFE OF A NURSING PROFESSIONAL

ABSTRACT: Emotional Intelligence (IE) consists of the professional ability to know how to deal with emotions and interpersonal relationships within the work environment. The professional who acquires this competence is able to capture information around him, interpret it and make more efficient clinical decisions. The methodology was based on an integrative literature review research, following six steps: reflection and construction of the guiding question; selection and search for articles; significance of the information to be taken from the selected studies; critical evaluation of the selected works; discussion of results; and presentation of the integrative review. 55 articles were initially selected, but with the inclusion and exclusion criteria, 12 studies were contemplated and distributed with the key information and organized in a qualitative way. From the analysis of the articles and, after establishing the eligibility criteria, the studies were organized in a table, whose purpose is to facilitate the visualization of the points that are related to the theme in question and to the guiding questions. After that, it was sought to establish the eligibility criteria, facilitating the visualization of the points that are related to the theme in question and to the guiding questions. This becomes necessary both at the time of assistance and during interpersonal relationships between the team, in addition to emotional intelligence, tools such as communication and empathy are also fundamental skills for the exercise of nursing. Thus, it is considered that there is a special need for training in emotional intelligence in the field of nursing. The relevance of the production of educational programs based on the theme of IE, in order to provide subsidies for the improvement of professional performance, communication / cooperation between multidisciplinary teams, in addition to the improvement of therapeutic approaches.

KEYWORDS: Mental Health. Professional Competence. Nurses. Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

A Inteligência Emocional (IE) é a habilidade de um profissional em saber lidar não somente com suas próprias emoções, mas também com as emoções das pessoas ao seu redor. O profissional que adquire essa competência é capaz de captar informações a sua volta, interpretá-las e tomar decisões clínicas mais eficientes. Com isso, sua comunicação,

atendimento, envolvimento com colegas de trabalho, e seu equilíbrio emocional se beneficiam dessa habilidade até então pouco conhecida (MOLERO JURADO *et al.*, 2019).

A IE é indispensável para todos os profissionais, principalmente no que se diz respeito ao profissional da enfermagem, pois esses trabalhadores lidam diariamente com a pressão de familiares, pacientes, gestores e colegas de trabalho. Esse estresse contínuo acaba afetando negativamente o bem-estar físico e psicológico desses enfermeiros. O uso da IE tem como benefício o fato dela não ser individualizada, pois toda estrutura organizacional é beneficiada por aquele profissional emocionalmente inteligente, sendo visível a qualidade do trabalho prestado pelo trabalhador (GIMÉNEZ-ESPERT; PRADO-GASCÓ, 2017).

A IE é primordial para profissionais que lidam com todos os tipos de pacientes, especialmente no que se refere aos pacientes que necessitam de cuidados intensivos. Quando falamos de humanização e cuidados aos pacientes com patologias graves, é esperado que o enfermeiro promova uma assistência satisfatória e humanizada. Suas habilidades não devem ser demonstradas somente tecnicamente, mas também de forma emocional, suprimindo todas às necessidades do cliente. O enfermeiro deve oferecer toda assistência emocional que o seu cliente necessita, sendo um bom ouvinte, promovendo um bom diálogo e conhecendo o seu paciente como um todo. (ESPIÑOZA-VENEGAS; LUENGO-MACHUCA; SANHUEZA-ALVARADO, 2016).

É importante frisar que, o profissional deve ter uma atitude humanizada diante do paciente, lhes ajudando a lidar com as suas emoções, entretanto, o enfermeiro não deve deixar a sua saúde mental e a sua assistência serem afetadas negativamente pela troca de informações emocionais entre ele e o paciente. O trabalho eficaz tem relação direta com as habilidades emocionais que esses trabalhadores possuem. (ESPIÑOZA-VENEGAS; LUENGO-MACHUCA; SANHUEZA-ALVARADO, 2016).

Alcançar a IE têm sido ainda mais difíceis nos dias atuais, pois a pandemia da COVID-19 tem afetado não somente a saúde física dos profissionais da enfermagem, como também a sua saúde mental. A alta responsabilidade, a insegurança e o medo de serem contaminados faz com que os trabalhadores que estão na linha de frente se sintam sufocados e pressionados a desempenharem seu trabalho com ainda mais perfeição, aparentemente esses profissionais não têm margem para erro e seu psicológico acaba sendo o alvo dessa realidade. (AMESTOY, 2020).

Outras situações são recorrentes em meio a uma pandemia, e essas, acabam atingindo o emocional desses profissionais. Entre elas se destacam: o afastamento da família, o aumento da taxa de suicídio, a falta de Equipamento de Proteção Individual (EPI), o isolamento social, a desesperança, as altas jornadas de trabalho, o elevado número de colegas de profissão contaminados, e entre outros fatores que impedem os profissionais exercitarem efetivamente a IE. Diante desse cenário, torna-se evidente a importância do gerenciamento das emoções, devido ao estresse profissional que esses trabalhadores sofrem diariamente. (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Outro ponto que merece destaque é a questão da autonomia, pois ela se tornou uma realidade na maioria das profissões, gerando mais competitividade entre os profissionais, por conseguinte, essa acaba impedindo um ambiente de trabalho harmonioso, comunicativo, solidário e prazeroso. O profissional acaba se sentindo desvalorizado por não se destacar entre os colegas de profissão, sente-se desmotivado, e por vezes, desconta suas frustrações em amigos do trabalho, familiares e até mesmo no paciente. (ALMEIDA; SARTORI, 2018).

Nesse momento, o profissional já não consegue lidar com suas emoções, ocorre um desequilíbrio profissional e pessoal, e o mesmo já não vislumbra o bem-estar psicológico. É importante ressaltar que, um profissional emocionalmente inteligente sabe identificar e controlar as suas emoções com mais facilidade, sabendo assim reconhecer quais são os seus pontos fortes e fracos. Ele consegue administrar às suas emoções, constrói relações saudáveis e conscientes, adquirindo assim uma melhor qualidade de trabalho para toda a sua equipe. (ALMEIDA; SARTORI, 2018). O presente estudo tem como finalidade realizar uma revisão integrativa sobre a importância do uso da IE no ambiente de trabalho e como essa pode contribuir para um trabalho eficaz.

2 | MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de revisão integrativa de literatura. Este tipo de pesquisa é definido como método que permite analisar as informações de um determinado assunto por meio da síntese dos resultados de estudos anteriores (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Para isso, conforme o método seguiu-se as seis etapas: reflexão e construção da pergunta norteadora; seleção e procura de artigos; significação das informações a serem retiradas dos estudos selecionados; avaliação crítica dos trabalhos selecionados; discussão dos resultados; e apresentação da revisão integrativa.

Para a primeira etapa, foram elaboradas as seguintes perguntas norteadoras: “quais os benefícios da inteligência emocional para os profissionais de enfermagem?”, “quais os meios/recursos adotados para equipe de enfermagem como inteligência emocional em situações estressantes?”.

A coleta dos dados ocorreu entre agosto e setembro de 2020, na busca por artigos científicos disponíveis nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); Base de Dados de Enfermagem (BDENF); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Medical *Literature Analysis and Retrieval System* Online (MEDLINE). Logo após, foram consultadas as bases: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e o portal de Periódicos Eletrônicos de Psicologia (PePSIC).

A estratégia de busca do presente estudo incluiu Descritores Boleanos AND e OR: (Inteligência Emocional AND Enfermeiros AND Competência profissional); (Inteligência Emocional AND Enfermeiros OR Competência Profissional); (Inteligência Emocional AND Enfermeiros OR Saúde Mental); (Inteligência Emocional AND Enfermeiros AND Saúde

Mental). Os critérios de inclusão utilizados para a seleção dos artigos foram: ser artigo original, em inglês ou português, datados nos anos de 2014 a 2019, de acesso gratuito, em texto completo, que aborde os descritores delimitados na pesquisa e respondam as questões norteadoras. Foram excluídos os artigos que não tinham relação com o objetivo do estudo e resumos isolados fora do recorte temporal.

Foram selecionados inicialmente 55 artigos, porém de posse dos critérios de inclusão e exclusão, foram contemplados 12 estudos e distribuídos com as informações chaves e organizados de forma qualitativa. Todos os artigos foram lidos simultaneamente pelos autores da pesquisa, com o objetivo de validar as informações extraídas dos estudos.

Primeiramente, os artigos originais selecionados foram submetidos à leitura inicial para compreensão global e identificação quanto ao tipo de artigo e método utilizado no estudo. No segundo momento de leitura, foi realizada uma análise dos dados disponibilizados nos estudos. Para facilitar o entendimento, foi montado o Quadro 1 com os seguintes dados dos estudos: dados de identificação do artigo (ano da publicação, autor, título, periódico); objetivos e desfecho.

Por se tratar de uma pesquisa bibliográfica, os dados obtidos por meio dessa seguiram princípios éticos, segundo a Lei dos Direitos Autorais número 12.853/2013. As informações contidas neste estudo foram citadas de forma fiel, conforme bibliografia selecionada e preconizada pela Associação Brasileira de Normas técnicas (ABNT) NBR 6023 e NBR 10520.

3 | RESULTADOS

A partir da análise dos artigos e, após estabelecer os critérios de elegibilidade, os estudos foram organizados em uma tabela, cuja finalidade é facilitar a visualização dos pontos que se relacionam com a temática em questão e com as perguntas norteadoras. Desse modo, e conforme os critérios metodológicos supracitados, foram selecionados 12 artigos, sendo eles: 5 encontrados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); 2 na Base de Dados de Enfermagem (BDENF); 1 na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e 2 na *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE). 1 na *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e 1 no portal de Periódicos Eletrônicos de Psicologia (PePSIC). Logo abaixo, encontra-se o Quadro 1 contendo as principais informações no que tange aos resultados encontrados.

TÍTULO	AUTOR	ANO DE PUBLICAÇÃO	OBJETIVOS	PERIÓDICO	DESFECHO
Do emergency nurses have enough emotional intelligence?	CODIER, D e CODIER, E.	2015	Descrever a importância das habilidades da IE para enfermeiros de emergência.	Emergency Nurse	Sugere que tais habilidades devem ser consideradas competências essenciais para a profissão.
Emotional competencies in geriatric nursing: empirical evidence from a computer based large scale assessment calibration study.	KARPAR, R e HARTIG, J.	2015	Testar se o cuidado relacionado à emoção precisa ser considerado em situações cotidianas complexas e descrever as diferenças necessárias para dominar tarefas com ou sem interferência dos aspectos emocionais.	Adv in Health Sci Educ	É necessário e possível introduzir o manejo competente das emoções em avaliações padronizadas de competências de enfermagem.
Emotional Intelligence: A Critical Evaluation of the Literature with Implications for Mental Health Nursing Leadership	POWELL, K. R; LINN, J.M e MIXER, S.J.	2015	Examinar as evidências empíricas recentes relacionadas à IE para líderes de enfermagem da saúde mental.	Informa health care	O papel da IE em variáveis como relação enfermeiro-paciente, esgotamento e qualidade de atendimento oferece algumas promessas está em desenvolvimento.
Exploring an Emotional Intelligence Model With Psychiatric Mental Health Nurses.	SIMS, T.T	2017	Comparar as pontuações dos enfermeiros psiquiátricos de saúde mental no teste de inteligência emocional.	Journal of The American Psychiatric Nurses Association	A falta da IE afeta o bem estar pessoal e tem potencial de afetar negativamente os resultados do paciente.
Identifying emotional intelligence skills of Turkish clinical nurses according to sociodemographic and professional variables.	KAHRAMAN, N. e HICDURMAS, D.	2015	Identificar as habilidades de IE de enfermeiras clínicas turcas de acordo com variáveis sociodemográficas e profissionais	Journal of Clinical Nursing	Enfermeiras com o nível de inteligência emocional mais alto oferecem melhor atendimento e profissional.

Inteligência emocional: habilidade relacional para o enfermeiro-líder na linha de frente contra o novo Coronavírus	AMESTOY, S.C.	2020	Tecer reflexões acerca da inteligência emocional enquanto habilidade relacional para o enfermeiro-líder na linha de frente contra o novo Coronavírus	Journal of Nursing and Health	A gestão das emoções pelo enfermeiro-líder poderá colaborar com o enfrentamento do desgaste emocional, com pensamentos positivos, meditação, cuidados com a saúde física e distanciamento de informações, excessivas, sobre a pandemia.
Inteligência emocional em enfermeiros: a escala Trait Meta-Mood Scale	GIMÉNEZ-ESPERT, M.D.C e PRADO-GASCÓ, V.J.	2017	Explorar as propriedades psicométricas da TMMS24 em uma amostra de enfermeiros espanhóis e fornecer alguns percentis para interpretar os níveis de IE em enfermeiros espanhóis.	Acta Paul Enferm.	A avaliação da prática de enfermagem atual, a partir de uma perspectiva de autoavaliação, pode determinar as necessidades de treinamento e avaliar a eficácia da formação e das intervenções para melhorar a IE.
Lêvitude Emocional e as Estratégias da Teoria Cognitivo Comportamental Para o Enfrentamento do COVID-19	OLIVEIRA, M.L.M.C. et. Al.	2020	Realizar uma análise sobre as estratégias de enfrentamento ao Covid-19 para minimizar os danos dessa fase conturbada para a saúde mental, e consequentemente gerar leveza emocional.	Revista de Enfermagem e Saúde Coletiva, Faculdade São Paulo – FSP	A terapia cognitivo-comportamental tem muito a contribuir com situações de crises e tragédias sociais.
Role of Emotional Intelligence in Conflict Management Strategies of Nurses	BASOGUL, C. e OZGUR, G.	2016	Analisar os níveis de IE e estratégias de gerenciamento de enfermeiro e a associação entre elas.	Korean Society of Nursing Science	A IE dos enfermeiros afeta a estratégia de gestão e para usar estratégias eficazes em gestão o enfermeiro deve desenvolver IE.

<p>The relationship between characteristics of nursing performance and years of experience in nurses with high emotional intelligence</p>	<p>FUGINO, Y. et al.</p>	<p>2014</p>	<p>Elucidar as características do desempenho da enfermagem entre enfermeiros com alta IE e examinar a influência de anos de experiência no desempenho da enfermagem e IE.</p>	<p>International Journal of Nursing Practice</p>	<p>O desenvolvimento de programas educacionais relacionados à IE pode facilitar a melhoria do desempenho do enfermeiro e contribuir para a longevidade de sua carreira.</p>
<p>The Role of Emotional Intelligence in Perioperative Nursing and Leadership: Developing Skills for Improved Performance</p>	<p>BEYDLER, K.W.B.</p>	<p>2017</p>	<p>Demonstrar os elementos para o sucesso no desenvolvimento da IE.</p>	<p>Jornal AORN</p>	<p>A IE pode ser adquirida e aprimorada, pode afetar o desempenho dos enfermeiros no ambiente de trabalho e como eles se relacionam com as pessoas ao seu redor, pode proporcionar maior sucesso e construir equipes mais fortes.</p>
<p>Use of Emotional Intelligence to Enhance Advanced Practice Registered Nursing Competencies</p>	<p>COX, K.M.</p>	<p>2018</p>	<p>Demonstrar que a dinâmica interpessoal pode ser aprimorada.</p>	<p>Journal of Nursing Education</p>	<p>Os enfermeiros de prática avançada quando emocionalmente inteligentes, podem melhorar a cooperação em equipes multidisciplinares, promover uma melhor comunicação e demonstrar liderança para melhorar os resultados dos pacientes.</p>

Quadro 1 – Síntese dos resultados com base nos artigos selecionados.

4 | DISCUSSÃO

Os resultados do estudo corroboram com o autor que mencionou a inteligência emocional como fator primordial para subsidiar uma liderança participativa e resolutiva nas instituições de saúde. Parte-se do pressuposto que os indivíduos vivenciam diversas emoções ao longo da vida, no entanto há grande dificuldade por parte de alguns em gerenciar as emoções, isso resulta em alerta no que diz respeito ao aprimoramento de habilidades sociais e emocionais (PREZERAKOS PE, 2018).

Para que haja o desenvolvimento da Inteligência emocional o enfermeiro que possui o papel de líder deverá promover autorreflexão, através dessa ferramenta o profissional irá identificar potencialidades e limitações, para auxiliar nesse processo, os serviços de saúde devem ofertar suporte por meio de programas formais, bem como capacitações com o intuito de aprimorar o desenvolvimento da inteligência emocional (AMESTOY SC, 2020).

A inteligência emocional responde às necessidades emocionais, pessoais e sociais. Visando o desenvolvimento de competências emocionais, como forma de resolver crises. Neste sentido, os programas formais e capacitações ofertarão suporte no desenvolvimento da capacidade em compreender emoções, de modo que os profissionais possam utilizá-las para orientar a sua conduta e processos de pensamento, atingindo assim melhores resultados a nível pessoal e profissional (CODIER, 2015).

Partindo do pressuposto de que um bom líder tem como característica a inteligência emocional bem desenvolvida, bem como, voz ativa, e além do mais a simpatia e percepção que auxiliarão na motivação, companheirismo e conseqüentemente no trabalho em equipe. Desse modo, entende-se que a inteligência emocional se relaciona com o desenvolvimento de habilidades na gestão das emoções e a razão (RODRIGUES, 2018).

Diante do exposto, além da Inteligência emocional foi visto que ferramentas como a comunicação, e a empatia também são habilidades fundamentais para o exercício da enfermagem. Tendo em vista que há diversas variáveis que podem influenciar essas habilidades, dentre elas, as condições trabalhistas. Fator que dificulta o desempenho da Inteligência emocional, é a escassez de cursos de capacitação, o que sugere um investimento por parte dos responsáveis (FOSTER et al, 2015).

5 | CONCLUSÃO

O presente estudo explicitou a complexidade correlacionada às atribuições cotidianas do enfermeiro, sobretudo a capacidade técnica-científica de tomar decisões imediatas, o planejamento, organização, coordenação, execução e a avaliação dos serviços da assistência de Enfermagem. Nessa perspectiva, evidencia-se a necessidade da implementação de estratégias direcionadas a preservação da saúde mental desses profissionais, considerando o caráter desafiador vinculado a esta linha de atuação, singularmente no atual cenário de pandemia da COVID-19.

A Inteligência emocional (IE) configurou-se como uma ferramenta imprescindível na prática do enfermeiro, uma vez que a mesma proporciona a reflexão acerca da percepção das emoções interpessoais e particulares de cada indivíduo. Desse modo contribuirá no desenvolvimento de habilidades referentes ao gerenciamento de conflitos, liderança, estabilidade e controle, as quais são cruciais na constituição do perfil do profissional.

Enfatiza-se a relevância da produção de programas educacionais pautados na temática da IE, com o intuito de proporcionar subsídios para a melhoria do desempenho

profissional, da comunicação/cooperação entre as equipes multidisciplinares, além do aperfeiçoamento das condutas terapêuticas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Caroline BP; SARTORI, Nely Regina. **Inteligência emocional de enfermeiros assistenciais em um hospital escola paulista**. In: II Congresso Internacional de Supervisão Clínica. 2018. p. 107.

AMESTOY, Simone Coelho. **Inteligência emocional: habilidade relacional para o enfermeiro-líder na linha de frente contra o novo Coronavírus/Emotional intelligence: relationship skill for the nurse-leader on the front line against the new Coronavirus**. Journal of Nursing and Health, v. 10, n. 4.

BAŞOĞUL, Ceyda; ÖZGÜR, Gönül. **Role of Emotional Intelligence in Conflict Management Strategies of Nurses**. v. 10, n. 13, p. 228-233, 2016.

BEYDLER, Kathy Williams. **The role of Emotional Intelligence in Perioperative Nursing and Leadership: Developing Skills for Improved Performance**. v. 106, n. 4, p. 317-323, 2017.

CODIER, Estelle; CODIER, David. **Do emergency nurses have enough emotional intelligence**. v. 23, n. 3, p. 26-29, 2015.

COX, Kathleen M. **Uso de inteligência emocional para aprimorar competências de enfermagem registradas em prática avançada**. v. 57, n. 11, p. 648-654, 2018.

ESPINOZA-VENEGAS, Maritza; LUENGO-MACHUCA, Luis; SANHUEZA-ALVARADO, Olivia. **Actitudes en profesionales de enfermería chilenos hacia el cuidado al final de la vida. Análisis multivariado**. Aquichan, v. 16, n. 4, p. 430-446, 2016.

FOSTER K, MC CLOUGHEN A, DELGADO C, KEFALAS C, HARKNESS E. **Emotional intelligence education in preregistration nursing programmes: An integrative review**. Nurse Educ Today. 2015 Mar;35(3):510-7. doi:10.1016/j.nedt.2014.11.009.

FUGINO, Yurico. et. all. **The relationship between characteristics of nursing performance and years of experience in nurses with high emotional intelligence**. v. 1, n. 1, p. 1-6, 2014.

GIMÉNEZ-ESPERT, María del Carmen; PRADO-GASCÓ, Vicente Javier. **Inteligência emocional em enfermeiros: a escala Trait Meta-Mood Scale**. Acta Paulista de Enfermagem, v. 30, n. 2, p. 204-209, 2017.

KAHRAMAN, Nilgün; HIÇDURMAZ, Duygu. **Identifying emotional intelligence skills of Turkish clinical nurses according to sociodemographic and professional variables**. v. 25, n. 1, p. 1006-1015, 2016.

KASPAR, Roman; HARTIG, Johannes. **Emotional competencies in geriatric nursing: empirical evidence from a computer based large scale assessment calibration study**. v. 15, n. 2, p. 1-15, 2015.

MOLERO JURADO, María del Mar et al. **Self-Efficacy and emotional intelligence as predictors of perceived stress in nursing professionals.** *Medicina*, v. 55, n. 6, p. 237, 2019.

OLIVEIRA, Maria Leticia Marcondes Coelho et al. **Lêvitude emocional e as estratégias da Teoria Cognitivo-Comportamental para o enfrentamento do COVID-19.** *Revista Enfermagem e Saúde Coletiva-REVESC*, v. 5, n. 1, p. 3-11, 2020.

POWELL, Kimberly R.; MABRY, Jennifer Lynn; MIXER, Sandra J. **Emotional Intelligence: A Critical Evaluation of the Literature with Implications for Mental Health Nursing Leadership.** v. 36, n. 1, p. 346-356, 2015.

PREZERAKOS, PE. **Nurse managers' emotional intelligence and effective leadership: a review of the current evidence.** *The open nursing journal* [Internet]. 2018[cited 2020 June 17];12:86-92. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5997858/pdf/TONURSJ-12-86.pdf>

RODRIGUES, Fabiana Passos. **Inteligência emocional no cotidiano do enfermeiro.** *Revista Científica UMC*, v. 3, n. 3, 2018.

SANTOS, Lucas Siqueira et al. **A agregação da inteligência emocional no dia a dia de um profissional da enfermagem. Semana de Pesquisa da Universidade Tiradentes-SEMPESq**, n. 21, 2020.

SIMS, Traci T. **Exploring an Emotional Intelligence Model With Psychiatric Mental Health Nurses.** v. 10, n. 1, p. 1-10, 2017.

CAPÍTULO 3

A MULTIDISCIPLINARIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE FRENTE AO MAL DE PARKINSON

Data de aceite: 01/12/2020

Data da submissão: 23/10/2020

Tâmara Sena Santos

Universidade Católica do Salvador
Salvador – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/2737718464038422>

Taciane Oliveira Bet Freitas

Universidade Estadual de Feira de Santana -
Bahia
Salvador - Bahia
<http://lattes.cnpq.br/9449675336415941>

Davi da Silva Nascimento

Universidade Católica do Salvador
Salvador – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/3481499555648959>

Tarsia dos Santos Souza

Universidade Católica do Salvador
Salvador – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/3906941301109503>

RESUMO: A doença de Parkinson (DP), também nomeada como “paralisia agitante”, é uma doença crônica e progressiva, sendo uma das que mais afetam a população. Tem como característica principal déficit de ordem motora e não motora. Trazendo como objetivo compreender os cuidados da equipe multidisciplinar em saúde aos usuários com Mal de Parkinson. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura com etapas: identificação do tema, elaboração da pergunta de investigação e definição do objetivo,

estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão, seleção dos estudos, avaliação dos resultados e análises. A busca se deu através da Biblioteca virtual em Saúde (BVS), por meio dos descritores: Mal de Parkinson; Cuidado; Equipe multidisciplinar; com um recorte temporal de 2008 a 2017, considerando os artigos publicados em inglês, português e francês. A amostra final foi constituída por 07 artigos. É imprescindível que haja uma comunicação efetiva da equipe multiprofissional em saúde, com propósito de desenvolver um plano de cuidados para cada pessoa, de acordo com suas necessidades, garantindo assim a esse indivíduo com DP uma integralidade e qualidade assistencial. Torna-se importante a integração dos profissionais da área de saúde com a família e o portador de DP, direcionando-os e orientando-os visando uma maior compreensão dos processos de evolução da doença e o impacto causado por ela.

PALAVRAS - CHAVE: Mal de Parkinson. Cuidado. Equipe multidisciplinar.

THE MULTIDISCIPLINARITY OF HEALTH CARE IN FRONT OF PARKINSON'S EVIL

ABSTRACT: Parkinson's disease (PD), also known as “agitating paralysis”, is a chronic and progressive disease, being one of the ones that most affect the population. Its main characteristic is motor and non-motor deficits. Bringing as objective to understand the care of the multidisciplinary health team to users with Parkinson's disease. It is an integrative literature review with steps: identification of the theme, elaboration of the research question and definition of the objective, establishment of inclusion and

exclusion criteria, selection of studies, evaluation of results and analyzes. The search was made through the Virtual Health Library (VHL), using the descriptors: Parkinson's disease; Watch out; Multidisciplinary team; with a time frame from 2008 to 2017, considering articles published in English, Portuguese and French. The final sample consisted of 07 articles. It is essential that there is an effective communication from the multiprofessional health team, with the purpose of developing a care plan for each person, according to their needs, thus guaranteeing this integrality and quality of care to this individual with PD. It is important to integrate health professionals with the family and the PD patient, directing and guiding them with a view to a better understanding of the disease evolution processes and the impact caused by it.

KEYWORDS: Parkinson's disease. Watch out. Multidisciplinary team.

1 | INTRODUÇÃO

A mudança de estrutura da pirâmide etária brasileira traz consigo o aumento da expectativa de vida da população que, atrelado a diversos fatores ambientais, sociais e fisiológicos, acarreta uma sucessão de agravos e enfermidades prevalentes com a idade superior a 60 anos. Assim, tem destaque as doenças degenerativas que são comuns na velhice, dentre elas, o mal de Parkinson ou Doença de Parkinson (DP) (NUNES *et al.*, 2012).

A DP, também nomeada como “paralisia agitante”, é uma das doenças crônicas mais comuns nos dias de hoje e que mais afetam a população. Tem como característica principal sintomas de fácil visualização física como a tremulação involuntária dos membros, festinação, projeção do tronco para frente, desencadeando no processo de desenvolvimento da doença mais agravos físicos como quedas frequentes decorrente do déficit de marcha lenta, rigidez muscular, além das características advindas da idade que contribuem nesse processo de degradação física (BRANDÃO *et al.*, 2015).

Atualmente, a DP pode ser considerada a segunda doença neurodegenerativa senil mais comum, acometendo cerca de 1% a 2% da população acima de 65 anos (NAKABAYASHI *et al.*, 2008). No Brasil, estudos recentes mostram que 3,4% da população acima de 64 anos de idade tem DP (AZEVEDO; CARDOSO, 2009).

A equipe interdisciplinar de saúde dentro das áreas que lhes competem, deve desenvolver ações das quais visem à melhoria na qualidade de vida dos indivíduos com DP; É de fundamental importância a elaboração de um planejamento de cuidados individualizado, atendendo assim as necessidades de cada usuário. Permitindo a padronização e integralidade assistencial, a fim de minimizar os desafios de colaboração interprofissional, beneficiando sobretudo os usuários com DP (YAMAGUCHI *et al.*, 2016).

Segundo Tosin & Cols (2015), o paciente portador de DP deve receber um atendimento de uma equipe multidisciplinar de forma a direcionar um plano de cuidados especializados para cada usuário parkinsoniano e suas respectivas famílias, orientando a busca pela independência dos mesmos.

Segundo Freire *et al.*, (2015) a orientação ao enfermo e a família quanto a alimentação, identificação e sinais de depressão, investigação e tratamento de limitações motoras (ataxia), verbais (afasia) se constituem em fatores imprescindíveis no cuidado holístico a pessoa com DP.

Mediante relevância do tema justificou-se esta revisão de literatura pela pretensão de investigar sobre as ações da equipe multidisciplinar na atenção ao paciente e sua família, e como se constitui a assistência a esses indivíduos de forma integral. Uma vez que, algumas instituições muitas vezes recebem a demanda de usuários com DP sem que haja uma estratégia especializada que esteja tornando-a capaz de ofertar atendimento de qualidade para os mesmos, dificultando assim seu diagnóstico precoce e tratamento. Desta forma, esse estudo teve como objetivo compreender os cuidados da equipe multidisciplinar aos usuários com Mal de Parkinson.

2 | DESENVOLVIMENTO E APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

2.1 Metodologia

Trata-se de uma revisão de literatura integrativa, a qual seguiu as seguintes etapas: Identificação do tema e seleção da questão de pesquisa, estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão, identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados, categorização dos estudos selecionados, análise e interpretação dos resultados, apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

A busca bibliográfica foi realizada nos meses de maio e julho de 2019 através da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline), Literatura Latino-americano e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e BDEF.

Para a busca dos artigos foram utilizados descritores selecionados mediante consulta aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e com a combinação de operadores booleanos, definindo as seguintes estratégias de buscas: “mal de Parkinson” AND “cuidado” AND “equipe multidisciplinar”. A partir da junção desses descritores foram localizadas 36 publicações, para seleção dos estudos, o recorte temporal considerado foi de 2008 a 2017, publicados na língua portuguesa, inglesa e francesa, o que resultou em um total (Figura 1).

Realizou-se a leitura do título e resumo das 36 publicações, com o intuito de refinar a amostra por meio dos critérios de elegibilidade e pertinência da pesquisa com a questão norteadora. Foram excluídos 22 artigos por não atenderem os critérios de inclusão. Realizou-se a leitura completa de 14 artigos sendo excluídos 10 artigos por ser revisão de literatura. Realizou-se a leitura completa dos quatro artigos e, com uso da técnica de análise temática de conteúdo, procurou-se identificar aspectos relacionados a temática. Foram excluídos artigos de revisão de literatura, de reflexão, publicações que estavam publicadas em recorte temporal diferente do mencionado e aqueles que não respondiam à pergunta de investigação e/ou estavam duplicados. Foram incluídos também no trabalho

três artigos por busca espontânea a partir das seguintes palavras e combinações: Doença de Parkinson, equipe multidisciplinar e cuidados. Deste modo, de posse dos dados, que totalizaram em sete artigos para análise e discussão do trabalho, foi realizada classificação por autor, ano, título, objetivo, tipo de estudo, principais resultados e revista de publicação, resumido através do quadro resumo (Figura 1).

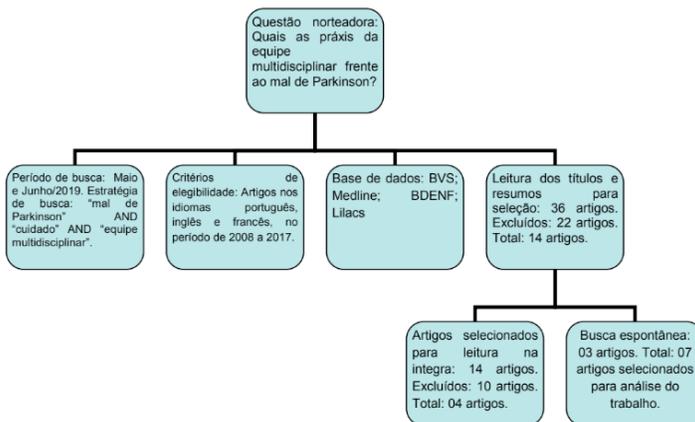


Figura 1. Fluxograma de seleção de artigos incluídos no estudo.

Fonte: Elaborado pelo próprio autor (2019).

2.2 Resultados e Discussão

A análise e discussão foram realizadas com base nos pontos de concordância e discordância entre os autores citados no (Quadro 1), onde constam todos os artigos utilizados, com as seguintes descrições: autores e ano, título, objetivo, tipo de estudo, principais resultados e periódicos.

AUTOR/ ANO	TÍTULO	OBJETIVO	TIPO DE ESTUDO	PRINCIPAIS RESULTADOS	PERIODICOS
Miyasaki <i>et al.</i> , 2012	Os cuidados paliativos para a doença avançada Parkinson: Uma clínica interdisciplinar e nova escala	Os cuidados paliativos fornecem uma abordagem holística para o alívio dos sintomas utilizando uma abordagem de equipe multidisciplinar para melhorar a qualidade de vida ao longo de todo o curso de uma doença em particular. Os conceitos de cuidados paliativos foram aplicados a um grupo de pacientes com doença avançada Parkinson (DP) em uma clínica.	Estudo de avaliação	As pontuações ESAS-PD significativamente melhorada depois de as intervenções (56 e 40, respectivamente, p ¼ 0,0001). Os itens mais melhorados foram obstipação, disfagia, ansiedade, dor e sonolência. pontuações ESASPD não eram significativamente diferentes de pacientes com cancro metastático ' pontuações ESAs.	Elsevier
Ng, J. S. C., 2017	Os cuidados paliativos para a doença do Parkinson	Os cuidados paliativos são uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e suas famílias que enfrentam o problema associado com todas as doenças que ameaçam a vida. Fornecido pela equipe de saúde.	Estudo de avaliação	doença de Parkinson (DP) é uma desordem neurodegenerativa multi-sistema, lentamente progressiva, com nenhum tratamento modificador da doença disponível. A doença está associada com sintomas motores e não-motores que levam à redução da qualidade de vida, invalidez e significativa angústia cuidador.	Ann Med Palliat, v. 7, n. 3, p. 296 – 303
Post <i>et al.</i> , 2011	Atendimento multidisciplinar para a doença de Parkinson	Melhorar o cuidado e auto-gestão de pessoas com diagnóstico de doença de Parkinson e distúrbios do movimento relacionados, melhoria da qualidade de vida dos pacientes, reduzindo a sobrecarga do cuidador, melhorando o conhecimento e a compreensão da doença entre os profissionais de saúde, reduzindo internações desnecessárias.	Estudo de avaliação	Os profissionais de saúde, cuidadores e pacientes validado o importante papel do serviço na melhoria do cuidado a doença de Parkinson e pessoas com outros distúrbios do movimento.	Postgrad Med J, v.87, n. 1031, p. 575 – 578

<p>Thomas, 2017</p>	<p>Como transformamos o atendimento de pessoas com doença de Parkinson</p>	<p>Promover um papel ativo para os pacientes com DP, cuidadores em sua interação com profissionais de saúde. Esse modelo exige uma redefinição do paciente-relacionamento neurologista, mas também uma estratégia focada no enfermeiro em que os doentes, trabalham como parceiros com profissionais de saúde.</p>	<p>Estudo de avaliação</p>	<p>Os resultados principais foram a adesão aos indicadores de qualidade de cuidados da DP.</p>	<p>Nurs Older People, v. 29, n. 4, p. 16 – 17</p>
<p>Tosin, M. H. S; Oliveira, B. G. R. B, 2016</p>	<p>O papel dos enfermeiros na Doença de Parkinson</p>	<p>Descrever o papel dos enfermeiros como membros de equipes multidisciplinares encarregados de tratamento de sintomas motores e não motores e fornecer protocolos de enfermagem para o cuidado dos pacientes com doença de Parkinson.</p>	<p>Descritivo com uso de dados secundário</p>	<p>Os protocolos de enfermagem clínica foram desenvolvidos para orientar o raciocínio clínico de enfermeiros para atendimento integral de pacientes com doença de Parkinson e suas famílias, com base em uma linguagem de enfermagem padronizada de diagnósticos, resultados e intervenções focadas nos sintomas e princípios de reabilitação motora e não motores.</p>	<p>IntechOpen</p>
<p>Yamaguchi <i>et al.</i>, 2016</p>	<p>A multidisciplinaridade na redução da levodopa na pessoa com doença de Parkinson avançada.</p>	<p>Identificar e comparar as pessoas com Doença de Parkinson (DP) que fazem atividades multidisciplinares com aqueles que não fazem.</p>	<p>Estudo de avaliação</p>	<p>Avaliados 49 participantes de ambos os sexos (21 mulheres, 28 homens), destes 17 não participam de terapias multidisciplinares e 32 realizam pelo menos uma atividade interdisciplinar. Não houve diferenças entre os grupos. No entanto, ao estratificar os níveis de HY, percebemos que houve uma diferença estatística no nível de HY mais elevado quanto a dose diária de levodopa prescrita, entre participantes e não participantes de atividades multidisciplinares (P = 0,017).</p>	<p>Acta Fisiatr, v. 23, n. 4, p. 197 – 200,</p>

Welsh, 2008	Desafios de tratamento em Mal de Parkinson	Descrição das complicações relacionadas ao tratamento da doença de Parkinson, implementação de uma estratégia eficaz para o gerenciamento dos sintomas.	Descritivo com abordagem qualitativa	Comunicação profissional e paciente produtivo e eficaz é essencial na gestão de tratamento com levodopa a longo prazo, identificando desgastar fora e complicações associadas, e promover a adesão ao tratamento.	The Nurse Practitioner, vol. 33, No. 7
-------------	--------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------

Quadro 1. Apresenta a análise dos estudos de acordo com o ano, autor, título, objetivo, tipo de estudo, principais resultados e periódicos.

Fonte: Elaborado pelo próprio autor (2019).

Considerando a abordagem dos critérios de elegibilidade, descritos no método, a amostra final compreendeu 7 artigos selecionados. A maioria destes estudos foram publicados nos anos: 2016 e 2017. Após a análise minuciosa dos artigos, a luz da análise temática de conteúdo, emergiram duas categorias na discussão dos resultados: Cuidado Multiprofissional em Saúde dispensado aos indivíduos com a doença de Parkinson (DP) e A importância da boa comunicação da equipe multidisciplinar frente à doença de Parkinson (DP).

2.2.1 Cuidado Multiprofissional em Saúde dispensado aos indivíduos com a doença de Parkinson (DP)

Ng (2018), afirma que compreender o significado do cuidar, no processo do cuidado inclui não somente as atribuições técnicas do profissional, mas a capacidade de perceber e compreender o ser humano, o modo como ele está em seu mundo e como desenvolve sua identidade e constrói a sua própria história de vida. O cuidado deve ser uma ação planejada, deliberada resultante de sua percepção, observação e análise de comportamento, situação ou condição do ser humano (NG, 2018).

Devido ao alto índice entre a população tida como terceira idade, a diversidade de formas para o diagnóstico diferencial da doença e pelo fato de afetar sistemas motores cruciais do corpo humano, faz com que a atenção por parte dos profissionais de saúde seja redobrada (WELSH, 2008; TOSIN, 2016).

Para Thomas (2017) e Yamaguchi & Co/s (2016), as instituições de referência para pessoas portadoras de DP constituem uma porta de acesso da população de suma importância aos serviços de atendimento em enfermagem, atendimento em Grupo, atendimento psicossociais em geral, atendimento terapia ocupacional, oficina terapêutica, educação continuada, geriatria, ambulatório de apoio.

A ausência de uma rede específica e a execução de atividades integradas faz

com que os profissionais de saúde não prestem serviços centrados na DP, sem conhecer também os locais disponíveis para esses atendimentos especialidades sendo capaz de colaborar com o aumento de crises nesses indivíduos, por não atender suas necessidades primordiais (POST *et al.*, 2011).

Segundo Miyasaki *et al.*, (2012) e Welsh (2008), por ser uma fase de adaptações e mudanças na vida desses indivíduos, a atuação da equipe multidisciplinar é indispensável em projetos educacionais que sejam concentrados a esta etapa conflituosa e abalada, que vai desde o diagnóstico da doença até a suas complicações.

Mediante Thomas (2017) dentre o plano de ações que deve ser elaborado pela equipe de saúde, tendo um seguimento linear de continuidade, focalizar nas queixas do indivíduo, bem como da importância para o depoimento da família, compõe o primeiro passo para auxiliar no desenvolvimento positivo da doença, buscando os pontos do cotidiano e aptidões funcionais que foram prejudicados. Tendo um olhar atento quanto ao grau de comprometimento sendo analisado no exame físico além dos sintomas relatados pelo usuário com DP e uma avaliação ampla com anamnese que deve ser realizada na primeira consulta de enfermagem (THOMAS, 2017; MIYASAKI *et al.*, 2012).

As responsabilidades de prestar cuidados ao ser humano, no sentido de promover, recuperar e manter a saúde, faz parte das muitas atribuições exercidas pela enfermagem contando com a colaboração de outros profissionais da área de saúde (NG, 2018). Avaliação da mobilidade, juntamente com possível risco de queda, para Post & Cols (2011) e Tosin (2016) é um quesito de extrema importância da avaliação de fragilidade e avaliação de enfermagem aos indivíduos com DP, a inserção a fisioterapia é um elemento crucial do tratamento.

Alguns indivíduos podem apresentar disfagia, dificultando a ingestão de alimentos, que inicialmente devem ser em consistência líquida ou semi pastosa, deve ser assegurado também a ingestão adequada de líquidos, pois a desidratação pode ocasionar em uma salivação mais espessa e tenaz, sendo uma das atribuições da enfermagem juntamente com a nutrição, na qual devem fornecer essas orientações ao indivíduo e seus familiares (YAMAGUCHI *et al.*, 2016; TOSIN, 2016; POST *et al.*, 2011).

2.2.2 A importância da boa comunicação da equipe multidisciplinar frente à doença de Parkinson (DP)

De acordo com Yamaguchi & Cols (2016) e Miyasaki & cols (2012) o nível de progressão da DP e sua intensidade variam em cada paciente; ainda não existem procedimentos específicos para a identificação da doença, sabe-se que ela acomete a capacidade do cérebro em coordenar e controlar o movimento do corpo. Sendo relacionada também a características não motoras, tais como déficit cognitivo, a compreensão das manifestações clínicas é crucial para a identificação da DP, buscando através da identificação de um conjunto de sinais motores cardinais (tremores extrapiramidais, bradicinesia, rigidez com

roda denteada, instabilidades posturais) (YAMAGUCHI *et al.*, 2016; MIYASAKI *et al.*, 2012).

Segundo Tosin & Cols (2016) é imprescindível a implementação e boa comunicação de uma equipe multidisciplinar tanto para abordagem não farmacológica quanto o tratamento farmacológico desses indivíduos, constituídos de profissionais da área de saúde, como os enfermeiros, neurologista, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo entre outros. Para um planejamento eficaz, favorecendo a multidisciplinaridade, a equipe de enfermagem precisa compreender o processo fisiopatológico da DP, sua interação com os sintomas, e como ela é modificada através da adesão do tratamento (WEISH, 2008; TOSIN *et al.*, 2016).

Enfermeiros têm a autonomia para deliberar juntamente com a equipe; discussão com fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais para realização de funções e exercícios que melhor favoreça aos pacientes; unindo-se também a nutricionistas e dietistas especializados para avaliar não apenas a sua capacidade física para alimentar-se, assim como o seu estado geral de saúde afetado pelos sintomas da DP (THOMAS, 2017; POST *et al.*, 2011).

Conforme Yamaguchi & Cols (2016), dentro das habilidades profissionais de cada atividade multidisciplinar são traçados objetivos terapêuticos que complementam o processo de saúde de cada participante, a partir dos domínios encontrados em cada uma das áreas de conhecimento.

Para Thomas (2017) e Post & Cols (2011) a atuação dos enfermeiros no acompanhamento dos usuários com DP em um nível mais minucioso capacita-os como agentes de mudança, pois os tornam aptos a identificar as alterações tênues na função individual do paciente; passando a desenvolver um olhar crítico para emitir feedback e possíveis sugestões para a equipe de saúde sobre as mudanças que auxiliem no seu planejamento, com qual tem como finalidade realizar o planejamento de métodos que possibilitem a possível prevenção, orientação, tratamento e reabilitação de pessoas portadoras de DP, buscando dessa forma minimizar o impacto negativo dessa patologia na vida desses indivíduos.

3 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível perceber que, para uma melhor assistência ao usuário com DP, a equipe de saúde deve está apta a ofertar orientações individuais, medidas sobre terapias multidrogas, mecanismos de adaptação às consequências advindas da doença, propiciar suporte emocional para o paciente e seus familiares durante todo o curso da doença, uma vez que é uma patologia incurável, que modifica progressivamente a qualidade de vida (QV) desses indivíduos.

Além disso, os estudos mostram que uma boa comunicação entre a equipe de saúde para com o usuário de DP e seus familiares, desenvolve um impacto positivo no tratamento do mesmo, dando a oportunidade e autonomia ao individuo de ser ouvido e envolvido

nas decisões relativas ao tratamento, participando da tomada de decisões terapêuticas dentro do possível, acaba por aumentar a disposição desses indivíduos em aderir e dar continuidade ao tratamento, seja de abordagem farmacológica ou não, potencializando assim uma melhor condição de vida a esses usuários com DP.

Como recomendação, torna-se pertinente incremento a sensibilização, capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde, de atuação assistencial, voltado aos usuários com DP. Entende-se que os profissionais de saúde além de serem cuidadores e desempenharem papel assistencialista de fundamental importância, são também educadores em seu cuidar aos usuários e famílias. Desta maneira, há necessidade de fomento nas ações de educação permanente, que possam contribuir para qualificação do cuidado prestado pelas equipes multiprofissionais ao contexto da doença de Parkinson. Torna-se importante a integração dos profissionais da área de saúde com a família e o portador de DP, direcionando-os e orientando-os visando uma maior compreensão dos processos de evolução da doença e o impacto causado por ela.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, L. L.; CARDOSO, F. **Ação da levodopa e sua influência na voz e na fala de indivíduos com doença de Parkinson.** *Rev. soc. bras. fonoaudiol.*, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 136-141, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-80342009000100021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 jun. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-80342009000100021>.

BRANDÃO, R. S.; ARAUJO, G.; COIMBRA, J. **Doença de Parkinson – suas características fisiopatológicas sob as perspectivas dos profissionais da área da saúde,** 2015. Disponível em: <http://nippromove.hospedagemdesites.ws/anais_simposio/arquivos_up/documentos/artigos/6d4e8edcce78666091ae0a216d6acbc6.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2019.

MIYASAKI, J. M et al. **Os cuidados paliativos para a doença avançada Parkinson: Uma clínica interdisciplinar e nova escala.** *Elsevier*, 2012. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/mdl-22867994>>. Acesso em: 01 jul 2019.

NAKABAYASHI, T. I K & cols. **Prevalência de depressão na doença de Parkinson.** *Rev. psiquiatr. clín.*, São Paulo, v. 35, n. 6, p. 219-227, 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832008000600003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 mai. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832008000600003>.

NG, J. S. C. **Os cuidados paliativos para doença de Parkinson.** *Ann Med Palliat*, v. 7, n. 3, p. 296 – 303, 2018. Disponível em:<<http://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/mdl-29307212>> . Acesso em: 01 jul. 2019.

NUNES, M. I. & cols. **Enfermagem em Geriatria e Gerontologia.** ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2012 (pag.4). Acesso em: 01 jul. 2019.

POST, B. et al. **Atendimento multidisciplinar para a doença de Parkinson.** *Postgrad Med J*, v.87, n. 1031, p. 575 – 578, 2011. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/mdl-21862501>>. Acesso em: 29 jun. 2019.

THOMAS, C. **Como transformamos o atendimento de pessoas com doença de Parkinson. Nurs Older People**, v. 29, n. 4, p. 16 – 17, 2017. Disponível em: < <http://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/mdl-28452272>>. Acesso em: 01 jul. 2019.

TOSIN, H. S; OLIVEIRA, B. G. R. B. **O Papel dos Enfermeiros na Doença de Parkinson, Desafios na Doença de Parkinson**, Jolanta Dorszewska e Wojciech Kozubski, **IntechOpen**, 2016. Disponível em: <<https://www.intechopen.com/books/challenges-in-parkinson-s-disease/the-role-of-nurses-in-parkinson-s-disease>>. Acesso em: 15 mai. 2019.

WELSH, M. **Desafios de tratamento em mal de Parkinson. The Nurse Practitioner**, v. 33, n. 7, 2008. Disponível em:< <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-18600170> >. Acesso em: 30 jun. 2019.

YAMAGUCHI, B; FERREIRA, M. P; ISRAEL, V. L. **A multidisciplinaridade na redução da levodopa na pessoa com doença de Parkinson avançada. Acta Fisiatr**, v. 23, n. 4, p. 197 – 200, 2016. Disponível em: < <http://www.revistas.usp.br/actafisiatr/article/view/137672>>. Acesso em: 04 jul. 2019.

CAPÍTULO 4

A PRÁTICA DE INTEGRALIDADE DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 01/12/2020

Data da submissão: 10/09/2020

Regina Consolação dos Santos

Universidade de Itaúna
Divinópolis - Minas Gerais – Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-7393-3210>

Allan de Moraes Bessa

Universidade do Estado de Minas Gerais –
Unidade Divinópolis
Divinópolis - Minas Gerais - Brasil
<https://orcid.org/0000-0001-6969-7537>

Heber Paulino Pena

Universidade de Itaúna
Itaúna - Minas Gerais – Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-9122-6827>

Thays Cristina Pereira Barbosa

Universidade do Estado de Minas Gerais –
Unidade Divinópolis
Divinópolis - Minas Gerais - Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-1816-0662>

Silmara Nunes Andrade

Universidade do Estado de Minas Gerais –
Unidade Divinópolis
Itaúna - Minas Gerais – Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-1975-0827>

Marla Ariana Silva

Universidade do Estado de Minas Gerais –
Unidade Divinópolis
Divinópolis - Minas Gerais - Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-0136-7122>

Flávia de Oliveira

Universidade Federal de São João del Rei –
Campus Centro Oeste Dona Lindu
Divinópolis - Minas Gerais - Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-9044-6588>

Fernanda Marcelino de Rezende e Silva

Universidade do Estado de Minas Gerais –
Unidade Divinópolis
Divinópolis - Minas Gerais – Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-2236-7009>

Karla Amaral Nogueira Quadros

Universidade do Estado de Minas Gerais –
Unidade Divinópolis
Divinópolis - Minas Gerais – Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-3750-4873>

RESUMO: Objetivo: Responder à questão norteadora sobre o atendimento das equipes de enfermagem na atenção básica e a garantia de integralidade aos usuários. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, onde o processo de coleta do material foi realizada de forma sistemática no período de maio a junho de 2019. Para as pesquisas foram utilizadas as bases de dados *Scientific Electronic Library Online* e Biblioteca Virtual em Saúde e também os seguintes materiais: Publicações do Ministério da Saúde e Resoluções de Leis. **Resultados:** Foram encontrados 61 artigos. Dentre os estudos encontrados, o ano de maior frequência de publicações com 3 (25%), foi o de 2018, seguidos dos anos de 2012 (16,67%), 2013 (16,67%), 2014 (16,66%), 2011 (8,34%), 2017 (8,33%) e 2015 (8,33%). **Considerações Finais:** Evidenciou-se que os enfermeiros realizam o atendimento integralizado aos usuários das unidades básicas

de saúde, por meio de ações como: gestão, atenção domiciliar e consultas de enfermagem voltadas para a população. Apesar de realizar atividades que trazem consigo a integralidade, o profissional também perpassa por algumas dificuldades, encontradas principalmente no setor público.

PALAVRAS - CHAVE: Atenção Básica; Enfermagem; Estratégia Saúde da Família; Integralidade.

THE PRACTICE OF INTEGRALITY OF THE NURSING TEAM IN BASIC HEALTH CARE: INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: Objective: To answer the guiding question about the care of nursing teams in primary care and the guarantee of integrality to users. **Method:** This is an integrative literature review, where the material collection process was carried out systematically from May to June 2019. For the research, the Scientific Electronic Library Online and Virtual Library databases were used. Health and also the following materials: Publications from the Ministry of Health and Law Resolutions. **Results:** 61 articles were found. Among the studies found, the year with the highest frequency of publications with 3 (25%) was 2018, followed by the years 2012 (16.67%), 2013 (16.67%), 2014 (16.66%), 2011 (8.34%), 2017 (8.33%) and 2015 (8.33%). **Final Considerations:** It was evidenced that nurses provide comprehensive care to users of basic health units, through actions such as: management, home care and nursing consultations aimed at the population. Despite carrying out activities that bring integrality, the professional also goes through some difficulties, found mainly in the public sector.

KEYWORDS: Basic Attention; Nursing; Family Health Strategy; Integrality.

1 | INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF), proposta pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994, confirma os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) que se encontra organizado na Atenção Básica (AB) à saúde. A ESF tem como propósito ampliar a entrada da sociedade nos serviços de saúde, assegurando a longitudinalidade e integralidade na atenção efetuada à população e grupos populacionais (BRASIL, 1996). O incentivo da participação popular, a criação de parcerias intersetoriais e responsabilização da equipe pelo atendimento integral dos indivíduos e grupos populacionais, trabalha no modelo da vigilância da saúde que faz a responsabilização da equipe de saúde pela população moradora de um determinado território. Buscando orientar todas as condutas de saúde de forma contextualizada, tendo como base educação e promoção da saúde (BRASIL, 1996).

A Atenção Primária à Saúde (APS), é analisada por meio da existência da extensão de algumas características, sendo elas o acesso de primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado; e atributos derivados, a orientação familiar e comunitária e a competência cultural. Alguns estudos mostram que existe uma relação da efetividade e qualidade da atenção ao paciente, quando o cuidado contém essas características (GONÇALVES *et al.*, 2013).

Com isso, o enfermeiro atua na ESF prestando cuidado integral, no sentido de assistir, coordenar as práticas de cuidado, promover e proteger a saúde dos indivíduos, famílias e comunidades. Evidências internacionais acenam para a importância do papel desse profissional na saúde coletiva, tanto no espaço domiciliar quanto no espaço comunitário. A enfermagem atua de forma criativa e autônoma, nos diferentes níveis de atenção à saúde, especialmente na APS (BACKES *et al.*, 2012).

As habilidades dos profissionais enfermeiros que trabalham na AB contemplam ações como: atividades de planejamento, gerenciamento, coordenação, execução e avaliação. Quanto ao gerenciamento de enfermagem, nota-se que as ações gerenciais devem ser adaptadas segundo o trabalho da equipe, originando diversas transformações em prol da qualidade do cuidado integral e da promoção da saúde dos usuários assistidos. Esse profissional deve estar sempre à procura de uma assistência com qualidade e de um ambiente de trabalho apropriado. Quando o enfermeiro está inserido em uma ESF, é exigido que ele possua uma capacidade de liderar de forma a articular estratégias institucionais com enfoque na promoção da saúde e efetivação dos princípios do SUS. (BRONDANI JUNIOR *et al.*, 2011).

Conforme descrita na Lei 8080/90, a integralidade é um princípio norteador do SUS e a sua prática é percebida pelo profissional, como a busca do entendimento das necessidades do usuário em seu contexto familiar e ambiental (MATTOS, 2004), além da importância do encontro entre profissionais e usuários, desenvolvido de forma individual ou em grupo (CAVAGNA & CORRÊA, 2015). A integralidade em saúde, se faz presente no encontro, na conversa, onde a atitude do profissional de saúde busca reconhecer para além das necessidades explícitas da população, as demandas dos cidadãos no que diz respeito a sua saúde (VIANA, 2014).

A integralidade também é um objetivo da atenção à saúde e vai além do consumo ou acesso a determinados serviços como também nos leva a construção de novos saberes e práticas em saúde. Com isso, esse princípio do SUS deve ser resultado do esforço e da confluência dos saberes de uma equipe multiprofissional no espaço concreto e singular dos serviços de saúde, sejam eles um Centro de Saúde ou ESF (CECÍLIO & MERRY, 2003).

Diante da temática em questão, este estudo torna-se relevante por possibilitar reflexões e abertura de caminhos para maiores discussões e análises sobre a atuação do enfermeiro na AB, a qual contribui para garantir a efetivação dos princípios do SUS como a integralidade e tem o potencial de levar os profissionais enfermeiros a repensarem sobre sua prática profissional visto que suas ações refletem diretamente na assistência prestada aos usuários da AB. O objetivo desta revisão é responder à questão norteadora sobre o atendimento das equipes de enfermagem na AB e a garantia de integralidade aos usuários.

2 | MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Buscou-se por meio desta pesquisa realizar uma análise crítica sobre o assunto proposto e com isso responder a seguinte questão problema: “O atendimento das equipes de enfermagem na AB garante integralidade aos usuários?”.

O processo de coleta do material foi realizado de forma sistemática no período de maio a junho de 2019. Para as pesquisas foram utilizadas as bases de dados SCIELO (*Scientific Eletronic Library Online*) e BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) e também os seguintes materiais: Publicações do Ministério da Saúde (MS) e Resoluções de Leis. Os descritores utilizados foram: “Enfermagem” AND “Integralidade” AND “Atenção Básica”, AND “Estratégia Saúde da Família”. Posteriormente, estes materiais encontrados foram lidos na íntegra, categorizados e analisados criticamente.

Foram definidos os seguintes critérios para a inclusão: estudos que discutiam o tema integralidade no atendimento aos usuários da APS. Sendo excluídos artigos incompletos, não disponíveis na íntegra, todos aqueles que não contemplavam o tema em questão, teses e dissertações que não estivessem integralmente *on-line*. Visto isso, os resultados e as discussões foram apresentados, categorizados e analisados criticamente através dos materiais encontrados.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao final da busca, foram encontrados 61 artigos. Dentre os estudos encontrados, o ano de maior frequência de publicações com 3 (25%), foi o de 2018, seguidos dos anos de 2012 (16,67%), 2013 (16,67%), 2014 (16,66%), 2011 (8,34%), 2017 (8,33%) e 2015 (8,33%), conforme demonstrado na Tabela 1.

Autores	Revista	Título	Ano
FACCHINI, Luiz Augusto; Tomasi, Elaine; Dilelio, Alitéia Santiago.	Saúde debate	Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas	2018
FIGUEIRA, Aline Belletti et al.	Rev. Bras. Enferm	Advocacia em saúde por enfermeiros na Estratégia Saúde da Família: barreiras e facilitadores.	2018
WILLRICH, Janaína Quinzen Dariane Lima Portela, Renata Casarin	Rev Enferm Atenção Saúde	Atuação do enfermeiro na atenção básica de saúde: revisão integrativa de literatura	2018

CAVAGNA, Vitor Machado.	Tese em Português	A prática de integralidade desenvolvida pelos enfermeiros na atenção básica no município de Paracambi/RJ	2017
COSTA, Aline do Amaral Zils.	Tese em Português	Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde na perspectiva dos enfermeiros da estratégia saúde da família do município do Rio de Janeiro	2015
WETZEL, Christine et al.	Rev. Gaúcha Enferm.,	A rede de atenção à saúde mental a partir da Estratégia Saúde da Família.	2014
FREITAS, Gustavo Magalhães; Santos, Nayane Sousa Silva.	Rev. enferm. Cent.-Oeste Min	Atuação do enfermeiro na atenção básica de saúde: revisão integrativa de literatura	2014
PELEGRINI, Alisia Helena Weis.	Tese em Português I integralidade, Fiocruz	Produção do cuidado de enfermeiros em atenção primária à saúde no atendimento em situações de urgência	2013
NUNES, Geandra Batista Lima; Barrada, Larissa Portela; Landim, Adriana Ribeiro Eustórgio Paes.	Rev. baiana enferm;	Conceitos e práticas dos enfermeiros da estratégia saúde da família: saúde do homem	2013
CYRINO, Eliana Goldfarb et al.	Rev. bras. educ. med.	Ensino e pesquisa na estratégia de saúde da família: o PET-Saúde da FMB/Unesp.	2012
GAIVA, Maria Aparecida Munhoz; Dias, Naudia da Silva; Siqueira, Valéria de Carvalho Araújo.	Cogitare enferm	Atenção ao neonato na estratégia saúde da família: avanços e desafios para a atenção integral	2012
MACIEL, Luciene Maria; Lage, Ângela Maria Drumond.	Rev. Enferm. Cent.-Oeste Min	O cuidado vivenciado pelo enfermeiro na equipe de saúde da família	2011

Tabela 1 - Distribuição dos artigos utilizados conforme detalhamento quantitativo, autores/ revista, título e ano

Após a leitura dos artigos e materiais levantados, foram definidos 3 eixos temáticos para elaboração da discussão, sendo eles: A política e a prática legal da integralidade; Ações realizadas pelo profissional enfermeiro que garantem integralidade aos usuários e Dificuldades para realização de um atendimento integralizado.

A política e a prática legal da integralidade

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) – em seu anexo IV, descreve que a integralidade expressa-se na AB através da integração de ações programáticas e demanda espontânea, da articulação das ações de promoção da saúde e prevenção de agravos e da

ampliação da autonomia dos usuários e coletividades, o que qualifica a gestão do cuidado integral ao usuário e coordena o conjunto da rede de atenção (BRASIL, 2012).

Sob a ótica de Brasil (2012), conforme relatado na PNAB, o enfermeiro possui as seguintes atribuições específicas:

I - Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade; II - Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços; III - Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; IV - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe; V - Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe; VI - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Com isso, os profissionais enfermeiros atuantes na APS devem buscar conhecimentos e constituir uma prática baseada nos dispositivos legais da atenção integral que demandam uma qualificação técnica e científica na identificação dos riscos, percepção sobre os determinantes sociais de saúde e identificação da dinâmica familiar como orientadora do cuidado e de trabalho em equipe (TAVARES; MENDONÇA; ROCHA, 2009).

Com a criação da ESF, o profissional enfermeiro teve que ampliar o seu processo de trabalho, o que possibilitou uma maior adequação na AB e conseqüentemente trouxe um maior entendimento sobre as necessidades dos indivíduos adscritos no território. Visto isso, o profissional que atende na ESF acaba sendo analisado por suas aptidões em realizar uma assistência integralizada, de modo a identificar e compreender o paciente de forma integral (BACKES *et al.*, 2012).

Para que a integralidade seja conquistada são necessários meios para a resolutividade dos impasses e uma responsabilização por parte dos usuários, dos profissionais de saúde e do Estado. Sabe-se que uma inadequada forma de capacitação dos trabalhadores envolvidos na operacionalização de uma ESF colabora com a escassa resolutividade das necessidades de saúde dos usuários. Desta forma, há uma demanda por parte dos profissionais atuantes no sistema, conhecimentos das várias dimensões teóricas e práticas no desempenho de suas funções. Com a insuficiente resolutividade do sistema da ESF, a população desamparada acaba buscando por serviços de urgência e emergência para solucionar os problemas de saúde (GOMES, 2007).

Ações realizadas pelo profissional enfermeiro que garantem integralidade aos usuários

Destarte fica claro que o profissional de enfermagem realiza ações voltadas para consulta individualizada do usuário. Consultas essas caracterizadas por um atendimento concentrado na integralidade e na continuidade dos cuidados prestados, envolvendo uma visão que abrange as necessidades de saúde dos pacientes, o processo saúde doença e em suas singularidades de vida (FREITAS & SANTOS, 2004).

Dentre essas ações foi constatado que a gestão e o processo de organização que é executado pelo enfermeiro, referem-se a um acolhimento integralizado. Na realização desse processo o profissional consegue prestar uma assistência em distintos grupos populacionais, levando em consideração seus aspectos individuais e suas demandas específicas (CAVAGNA & CORRÊA, 2015).

Outra atividade que pode ser destacada refere-se à atenção domiciliar, uma das atribuições do enfermeiro de acordo com a RESOLUÇÃO COFEN N° 0464/2014. Atenção essa que engloba um composto de atividades a serem realizadas por profissionais enfermeiros, sendo reconhecida por estar concentrada no espaço domiciliar dos usuários. No que tange a integralidade, essa função permite que o cliente seja acolhido em seus diferentes aspectos, como estrutura familiar, infraestrutura domiciliar, entre outros (BRASIL, 2017).

Dificuldades para realização de um atendimento integralizado

Dentre o processo da realização do atendimento integralizado o profissional passa por algumas dificuldades, entre elas pode-se observar problemas econômicos que trazem maior precariedade aos serviços públicos. Essa precarização resulta em um risco na perda da qualidade da assistência para um atendimento integral das carências da população, havendo um crescimento em problemas de saúde por falta de estratégias e programas qualificados. Gerando como consequência ideias negativas do então funcionamento das unidades básicas de saúde (FACCHINI; TOMASI; DILELIO, 2018).

Alguns desses desafios identificados pelas ESF na rotina de trabalho interferem diretamente na qualidade das ações assistenciais desenvolvidas e podem estar vinculadas à maneira mecanizada e técnica na realização do acolhimento, relacionada somente com a triagem de classificação de procedimentos e consultas. Assim, a população não se sente acolhida, o que reflete na insatisfação e falta de adesão ao atendimento. Ressalta-se que a capacitação dos profissionais é uma forma de minimizar esses desafios. Afinal, quando a equipe é constituída por profissionais preparados e capazes de desenvolver um acolhimento adequado, com diálogo e escuta qualificada, as dificuldades de acesso dos usuários aos serviços de saúde são minimizadas (VIEGAS & PENNA, 2012).

O profissional enfermeiro que atua dentro da ESF nem sempre tem vivências que correspondem às atribuições previstas nas leis, e muitas vezes esse profissional acaba

assumindo responsabilidades e funções que vão além dos seus recursos. Com isso, eles acabam por acumular tarefas, o que conseqüentemente interfere na qualidade do serviço prestado a comunidade e no desenvolvimento das atividades (CAMARGOS; ANJOS; AMARAL, 2003; BESEN *et al.*, 2007; CARVALHO *et al.*, 2011).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após leitura e análise bibliográfica sobre a temática em questão, é notório que o enfermeiro realiza o atendimento integralizado aos usuários das unidades básicas de saúde, por meio de ações como: gestão, atenção domiciliar e consultas de enfermagem voltadas para a população. Apesar de realizar atividades que trazem consigo a integralidade, o profissional também perpassa por algumas dificuldades encontradas principalmente no setor público.

Dentro do limite desta revisão integrativa, foi possível compreender as ações realizadas pelos profissionais enfermeiros e suas dificuldades enfrentadas. Com isso, faz-se necessário uma reflexão dos profissionais para que os mesmos encontrem estratégias e caminhos que modifiquem o cenário atual, para que se faça um cuidado integralizado para todos os usuários da AB.

REFERÊNCIAS

BACKES, Dirce Stein *et al.* **O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, p. 223-230, 2012.

BESEN, Candice Boppré *et al.* **A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde.** *Saúde e Sociedade*, v.16, n.1, p. 57-68, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica. Série E. Legislação em Saúde.** Brasília, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 04/09/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ações e programas. Serviço de Atenção Domiciliar: Atenção Domiciliar.** Brasília, 2017. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/melhor-em-casa-servico-de-atencao-domiciliar/atencao-domiciliar>. Acesso em 23/03/2020.

BRASIL. **Relatório da X Conferência Nacional de Saúde.** Brasília, set. 1996. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_10.pdf. Acesso em: 05/09/2020.

BRASÍLIA. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução Cofen nº0464/2014, de 20/03/2014, normatiza a atuação da equipe de enfermagem na atenção domiciliar.** Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04642014_27457.html#:~:text=1%C2%BA%20Para%20os%20efeitos%20desta,reeab%20e%20nos%20cuidados%20paliativos. Acesso em: 05/09/2020.

BRONDANI JUNIOR, Davi Antonio; HECK, Rita Maria; CEOLIN, Teila. **Atividades gerenciais do enfermeiro na estratégia de saúde da família.** Revista de Enfermagem da UFSM, v. 1, n. 1, p. 41-50, 2011.

CAMARGO, Rosangela Andrade Aukar de; ANJOS, Flávia Roberta dos; AMARAL, Maronita Ferreira do. **Estratégia saúde da família nas ações primárias de saúde ao portador de hipertensão arterial sistêmica.** Revista Mineira de Enfermagem, v. 17, n. 4, p. 864-881, 2003.

CARVALHO, Anthonia Katilianna Maciel de *et al.* **Consulta de enfermagem na percepção dos portadores de hipertensão atendidos na estratégia saúde da família.** Revista Mineira de Enfermagem, v. 15, n. 3, p. 341-347, 2011.

CAVAGNA, Vitor Machado, CORRÊA, Vanessa de Almeida Ferreira. **A prática de integralidade desenvolvida por enfermeiros da atenção primária à saúde: uma revisão integrativa de literatura.** Dissertação (Trabalho de Conclusão de Curso de Pós-Graduação em Moldes de Residência de Enfermagem em Saúde Pública) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira; MERHY, Emerson Elias. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar.** Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde, v. 1, p. 197-210, 2003.

FACCHINI, Luiz Augusto; TOMASI, Elaine; DILÉLIO, Alitéia Santiago. **Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas.** Saúde em Debate, v. 42, p. 208-223, 2018.

FREITAS, Gustavo Magalhães; SANTOS, Nayane Sousa Silva. **Atuação do enfermeiro na atenção básica de saúde: revisão integrativa de literatura.** Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, 2014.

GOMES, Rodney; JORDÃO, Neuza; NETO, Gotardo Lopes. **Descentralizando o atendimento ao usuário do sistema de saúde do município de Volta Redonda-RJ como forma de melhorar a resolutividade da atenção básica.** Volta Redonda: Secretaria Municipal de Saúde, 2007.

GONÇALVES, Marcelo Rodrigues *et al.* **A qualidade da atenção primária e o manejo do diabetes mellitus.** Revista brasileira de medicina de família e comunidade, v. 8, n. 29, p. 235-243, 2013.

MATTOS, Ruben Araújo de. **A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade).** Cadernos de Saúde Pública, v. 20, p. 1411-1416, 2004.

ROTHER, Edna Terezinha. **Revisão sistemática X revisão narrativa.** Acta Paulista de Enfermagem, v.20, n.2, 2007.

TAVARES, Maria de Fátima Lobato; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; ROCHA, Rosa Maria da. **Práticas em saúde no contexto de reorientação da atenção primária no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, na visão das usuárias e dos profissionais de saúde.** Cadernos de Saúde Pública, v. 25, n. 5, p. 1054-1062, 2009.

VIANA, Pinheiro Viana. **A integralidade como modo de pensar e fazer enfermagem: um metassintese qualitativa.** Dissertação de Mestrado (Programa de Pós-Graduação e Ciências do Cuidado em Saúde) - Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2014.

VIEGAS, Selma Maria da Fonseca; DE MATTOS PENNA, Cláudia Maria. **O vínculo como diretriz para a construção da integralidade na Estratégia Saúde da Família.** Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, v. 13, n. 2, p. 375-385, 2012.

CAPÍTULO 5

A PRECAUÇÃO DE CONTATO COMO CONTRIBUIÇÃO PARA UMA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM SEGURA

Data de aceite: 01/12/2020

Marta da Conceição Rosa

Universidade Federal do Rio de Janeiro.
ORCID <https://orcid.org/0000-0001-9666-0561>.
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9319602126311466>

Mayara Santos Medeiros da Silva Campos

Universidade Federal do Rio de Janeiro.
ORCID <https://orcid.org/0000-0002-8017-9877>.
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7927170984910064>.

Sabrina da Costa Machado Duarte

Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5967-6337>.
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0925406081744367>

Priscilla Valladares Broca

Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3392-910X>.
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1910775440114086>

RESUMO: Introdução: A Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS) é considerada uma das causas de morbimortalidade para os pacientes hospitalizados, gerando sofrimento familiar, aumento dos custos e impacto social importante, sendo fundamental a participação do paciente no processo de prevenção. **Objetivo:** Compreender de acordo com a literatura científica, a precaução de contato na perspectiva de profissionais e pacientes; Discutir a precaução de contato como contribuição para a segurança do paciente. **Metodologia:** Estudo de revisão integrativa de literatura com abordagem qualitativa

e descritiva, dos últimos 5 anos (2013 a 2017), tendo como objeto de pesquisa: “A importância do uso de precaução padrão da precaução de contato na assistência de enfermagem”. Critérios de inclusão: artigos dos últimos 5 anos (2013 a 2017), em inglês, português e/ou espanhol, nas bases de dados LILACS, BDNF, CINAHL e MEDLINE. Os critérios de exclusão foram: artigos indisponíveis, duplicados e teses. Inicialmente, foram selecionados 16 artigos, e destes 10 permaneceram na pesquisa por estarem de acordo com os critérios anteriores. **Resultados:** 1. Fatores contribuintes para infecções relacionadas à assistência em saúde e suas consequências; 2. Conhecimento dos profissionais da equipe de enfermagem sobre o uso das precauções de contato; 3. A importância do paciente para a precaução de contato. **Conclusão:** As IRAS ainda representam grande impacto na saúde. É necessário comprometimento da gestão hospitalar, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e inserção de boas práticas em saúde, em especial da equipe de enfermagem, para melhoria do atual cenário.

PALAVRAS - CHAVE: Controle de infecção; Cuidados de Enfermagem; Precauções universais.

ABSTRACT: Health Care-Related Infection (HAI) is considered one of the causes of morbidity and mortality for hospitalized patients, generating family suffering, increased costs and important social impact, and patient participation in the prevention process is essential. Objective: To understand, according to the literature, the precaution of contact by the nursing team, with

a view to patient safety. Method: Study of integrative literature review with a qualitative and descriptive approach, from the last 5 years (2015 to 2020), having as research object: “The importance of using standard precautions for contact precautions in nursing care”. Results: The data were analyzed according to the thematic content analysis methodology (BARDIN, 2011), with the following categories emerging: 1. The contributing factors for infections related to health care and its consequences; 2. The knowledge of the nursing team professionals about the use of contact precautions; 3. The importance of the patient for contact precaution. Conclusion: HAIs still have a major impact on health. Hospital management commitment, Hospital Infection Control Commission and the insertion of good health practices, especially from the nursing team, are necessary to improve the current scenario.

KEYWORDS: Infection control; Nursing care; Universal precautions.

INTRODUÇÃO

Historicamente, a preocupação com a ocorrência de danos surgiu através de Hipócrates em 460 a.C. tendo cunhado a célebre frase: “Primeiro não cause dano”. Posteriormente, em 1818, o médico obstetra Ignaz Semmelweis correlacionou as mortes das parturientes por infecção à ausência de higienização das mãos pelos profissionais médicos, que dissecavam cadáveres e, logo após, seguiam com seus procedimentos. A partir dessa evidência, propondo-se as devidas intervenções, reduziu-se os casos de infecção cruzada (SILVA e MATTOS, 2015).

Já em 1820, Florence Nightingale, pioneira da enfermagem moderna, contribuiu com a qualidade do cuidado em saúde com a criação do gráfico setorial. Através deste instrumento, pôde evidenciar o impacto das infecções relacionadas ao ambiente com as mortes dos pacientes nas enfermarias. Dessa forma, contribuiu com a Teoria Ambientalista, que apresenta o ambiente como foco principal, traduzido como todas as condições e influências externas que acometem a vida e desenvolvimento de um organismo, capazes de prevenir, suprimir ou contribuir para a doença e a morte (MEDEIROS, ENDERS e LIRA, 2015).

Outros marcos históricos são o cirurgião Ernest Amory Codman, 1869, e o médico libanês Avedis Donabedian, 1919. Ernest contribuiu com a proposta do Resultado Final, na qual apresentou a necessidade de acompanhamento dos pacientes e de tornar público o prognóstico deles. Já Donabedian criou o modelo de avaliação da pesquisa sobre qualidade do cuidado de saúde, baseado na estrutura, no processo e no resultado (PINTO, 2016).

Posteriormente, em 1999, houve a publicação do relatório *To Err is Human*, do *Institute of Medicine*, que deu relevância mundial à segurança do paciente. Esse relatório evidenciou que aproximadamente 100 mil pessoas morreram em hospitais a cada ano, vítimas de eventos adversos nos Estados Unidos da América, número este maior do que os comparativos de mortes por HIV positivo, cânceres e atropelamentos na época. Dessa forma, constatou-se que o tempo de internação dos pacientes favorecia a ocorrência de eventos adversos e, conseqüentemente, gerava grandes prejuízos financeiros (BRASIL,

2014).

Por conseguinte, em 2004 a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, definindo como eixo central o estabelecimento de Desafios Globais para a Segurança do Paciente. O primeiro desafio global foi sobre as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS).

Segundo o relatório Critérios Diagnósticos de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (ANVISA, 2017), a identificação, a prevenção e o controle das IRAS representam fundamentos para a intervenção sobre o risco em serviços de saúde, antes que o dano alcance o paciente.

De acordo com a ANVISA (2013), medidas de precaução de contato são indicadas quando há infecção ou colonização por microrganismo multirresistente, varicela, infecções de pele e tecidos moles com secreções não contidas no curativo, impetigo, herpes zoster disseminado ou em imunossuprimido, entre outros.

Importante ressaltar que o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), através do eixo 2 – “O envolvimento do cidadão na sua segurança”, discute a necessidade de envolver o paciente nas responsabilidades sobre o seu cuidado, o que é aplicável ao paciente hospitalizado e em precaução de contato. Ainda há poucos estudos que abordem o paciente no centro dos seus cuidados na precaução de contato (BRASIL, 2014).

A visão do paciente sobre si é mais ampla e completa e, por isso, deve ser empoderado como parte da equipe de saúde, envolvendo-se nos seus cuidados. A percepção de danos por parte do paciente segue todo o processo de relação com o sistema de saúde, não apenas em um dado momento, o que acentua a ocorrência de dano psicológico (VINCENT e AMALBERTI, 2016). A participação do paciente no processo do seu cuidado contribui para uma visão mais completa da equipe na sua assistência, reduzindo a ocorrência de erros nesse processo.

OBJETIVO DO ESTUDO

- Compreender de acordo com a literatura científica, a precaução de contato na perspectiva de profissionais e pacientes.
- Discutir a precaução de contato como contribuição para a segurança do paciente.

METODOLOGIA

Estudo de revisão integrativa de literatura com abordagem qualitativa e descritiva, dos últimos 5 anos (2013 a 2017), tendo como objeto de pesquisa: “A importância do uso de precaução padrão da precaução de contato na assistência de enfermagem”.

A pesquisa foi realizada através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com os seguintes descritores: controle de infecção, precauções universais e cuidados de

enfermagem, cujas localizações foram através do DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), sendo permutados com o auxílio do operador booleano AND, tendo: Controle de infecção AND cuidados de Enfermagem; Controle de infecção AND precauções universais; Precauções universais AND Cuidados de Enfermagem; e Controle de infecção AND precauções universais AND cuidados de enfermagem.

Considera-se os seguintes critérios de inclusão: artigos dos últimos 5 anos (2013 a 2017), em inglês, português e/ou espanhol, nas bases de dados LILACS, BDEF, CINAHL e MEDLINE. Os critérios de exclusão foram: artigos indisponíveis, duplicados e teses. Inicialmente, foram selecionados 16 artigos, e destes 10 permaneceram na pesquisa por estarem de acordo com os critérios anteriores. e com o objeto de pesquisa.

Os dados foram analisados de acordo com a metodologia de análise de conteúdo temática (BARDIN, 2011), emergindo as seguintes categorias: 1. Os fatores contribuintes para infecções relacionadas à assistência em saúde e suas consequências; 2. O conhecimento dos profissionais da equipe de enfermagem sobre o uso das precauções de contato; 3. A importância do paciente para a precaução de contato.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

1. Os fatores contribuintes para infecções relacionadas à assistência em saúde e suas consequências

No que se refere à prevalência de microorganismos multirresistentes, o *Staphylococcus Aureus* resistente à metilina (MRSA) está em maior evidência no âmbito hospitalar, sendo fator preditor o tempo de internação em UTI. Consequentemente, evidencia-se o aumento do tempo de hospitalização, reinternações, sequelas, incapacidade para o trabalho, aumento do custo e óbito. Além da baixa adesão dos profissionais ao uso das precauções de contato, a demora no diagnóstico clínico da infecção favorece a disseminação dos microrganismos multirresistentes (MORAES et al, 2013).

Concomitantemente, Sousa et al (2016) também estudou a prevalência de MRSA e fatores associados em UTI, resultado, todos os artigos evidenciaram a prevalência de MRSA em UTI, elencando os procedimentos invasivos como principais fatores de risco, seguido da exposição prévia a antibióticos, predisposição do paciente, imunossupressão, contaminação endógena do paciente e dos profissionais, além do tempo de internação. Fatores associados ao agente de risco são: a facilidade de disseminação desse agente, aquisição de resistência a múltiplos antibióticos disponíveis na atualidade e a característica de ser um patógeno emergente, em infecções sistêmicas e cutâneas.

A multirresistência bacteriana é compreendida como um problema mundial de saúde pública e categorizada como importante ameaça à vida humana (BLAIR et al, 2015). Além disso, trata-se de um dos desafios a ser enfrentado pelos profissionais de saúde, considerando o restrito espectro de tratamento de infecções causadas por esses

microorganismos multirresistentes (OLIVEIRA E PAULA, 2012).

Diante disso, o *Staphylococcus Aureus* é percebido como o microorganismo de importância no cenário das IRAS, e estudos vêm apresentando recentemente a presença de um clone do MRSA na comunidade, causando infecções diversas, além de ser esse agente o mais encontrado nos hospitais brasileiros (VELOSO et al, 2016)

Considerando esse cenário, é preciso que as estratégias de enfrentamento, prevenção e combate das infecções sejam planejadas de forma multiprofissional, tendo em vista a natureza dos procedimentos infecciosos, os procedimentos farmacoterapêuticos disponíveis, os fatores ambientais, políticos e socioeconômicos relacionados à situação, e, portanto, a magnitude com que os microorganismos se desenvolvem e adquirem resistência (COSTA e JUNIOR, 2017).

2. O conhecimento dos profissionais da equipe de enfermagem sobre o uso das precauções de contato

Bottaro et al (2016), estudo de revisão integrativa de literatura sobre “Adesão às precauções padrão pelos profissionais de enfermagem”, contemplou uma amostra no período de 1990 a 2012, sendo selecionados 11 artigos, com 8 publicados em português e 3 em inglês, das bases de dados LILACS, Scopus, Web of Science, Medline e Scielo. Destes, 10 artigos apresentaram nível de evidência 4 e um não apresentou nível de evidência. Nove artigos são do campo da enfermagem e dois são multiprofissionais. Como resultado, apontam que no exterior, a exemplo da China, metade das enfermeiras tem conhecimento sobre as medidas de precaução de contato. Quanto à população dos estudos encontrados, a maioria é composta por mulheres, o que é semelhante à característica da enfermagem brasileira, citam.

Alvim e Gazzinelli (2017), estudo de campo com a temática “Conhecimento dos profissionais de enfermagem em relação às medidas de prevenção de infecções”, descritivo, de abordagem quantitativa, realizado em hospital particular de BH, contemplou amostra de 84 profissionais de enfermagem, atuantes nas unidades de internação e de terapia intensiva (UTI). Coleta de dados realizada no período de novembro e dezembro de 2015. A característica da amostra é prevalente no sexo feminino, estado civil solteiro, renda familiar maior que 1500 reais e cor parda, com perfil profissional prevalente de técnicos de enfermagem. Identificou-se também que, dos 31 enfermeiros, mais da metade possui ao menos uma pós-graduação, dado este que evidencia não ser apenas a falta de conhecimento um fator para a baixa adesão às medidas adequadas de precaução de contato.

Dutra et al (2015), estudo de revisão integrativa referente ao “Controle de infecção hospitalar: função do enfermeiro”, com amostra constituída de 22 artigos publicados entre os anos de 2006 a 2011, extraídos das bases de dados Scielo, LILACS e BDEFN, também evidenciou a falta de adesão às medidas de precaução pela equipe de enfermagem. Estes

foram distribuídos em duas categorias: conhecimento sobre infecção hospitalar e o uso da precaução de contato pela equipe de enfermagem, e o papel do enfermeiro no controle de infecção hospitalar e estratégias adotadas. Ressalta-se que, atualmente, o Ministério da Saúde adota atualmente o termo Infecção Relacionada à Assistência à Saúde - IRAS -, partindo do princípio que as infecções são inerentes ao processo de saúde-doença, não limitam-se ao ambiente hospitalar. Concluem que o enfermeiro tem importante papel para a prevenção e controle de infecções, e que o cuidado que presta é reflexo do seu comprometimento junto à equipe.

Outro estudo, abordando “Luvas e adesão de profissionais de enfermagem às precauções de contato”, de Padilha, Sá e Silvino (2017), com caráter de revisão integrativa de literatura, selecionou 15 artigos publicados entre 2007 e 2013, através das bases de dados LILACS e Medline. Os resultados apontam que 80% dos artigos tratam do conhecimento e comportamento dos profissionais frente à precaução de contato e 20% dos estudos ressaltam a educação permanente como uma necessidade da equipe.

Por fim, Porto e Marzlale (2016) estudaram na literatura, por meio do método de revisão integrativa, os “Motivos e consequências da baixa adesão às precauções padrão pela equipe de enfermagem”. A amostra compõe-se de 30 artigos, dispostos nas bases de dados Medline/PubMed, LILACS, WOS/ISI, Scopus, CINAHL, Schielo e COCHRANE. Os dados subdividiram-se na análise do comportamento dos profissionais de enfermagem, contando com 14 artigos, e dos profissionais de saúde em geral (médicos, acadêmicos de enfermagem, professores enfermeiros, pessoal responsável pelo transporte de pacientes e trabalhadores de enfermagem, inclusive), com 16. Os resultados evidenciaram que todos os artigos que tratam da adesão às precauções padrão destacam a inadequação dos profissionais de enfermagem às medidas, incluindo a falta de uso e de descarte adequados, e déficit de conhecimento acerca do assunto. Os motivos para tal foram: organização e excesso de trabalho, duplas jornadas, equipes reduzidas, urgências, questões individuais (esquecimento e não concordância), escassez de recursos materiais, não percepção da situação de risco, entre outros.

A equipe de enfermagem no exercício de suas funções necessita ter o conhecimento acerca do uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI). Este está disposto na Norma Regulamentadora nº6 (NR6) da portaria 3.214, a qual dispõe os princípios da biossegurança nos serviços de saúde, tornando possível que o profissional promova a própria segurança e a dos pacientes com o mínimo de riscos possíveis.

A partir disso, percebeu-se através da literatura que o conhecimento sobre as IRAS por parte dos profissionais de saúde mostra-se insatisfatório. Há necessidade de atualização profissional e comprometimento do enfermeiro quanto às infecções hospitalares, pois este detém de uma grande responsabilidade como educador e disseminador de bons hábitos para a equipe que supervisiona (DUTRA et al, 2015).

Alguns fatores são paralelos ao conhecimento ineficaz das precauções padrão e

de contato, tais como idade (maior que 30 anos) e tempo de formação profissional. Estes fatores contribuem para a confiança excessiva nas práticas em saúde, desatualização e inadequação com as medidas de precaução. Há carência de educação permanente por parte das instituições para que promovam a reciclagem do conhecimento (ALVIM e GAZZINELLI, 2017).

Quanto a adesão às medidas de precaução de contato, Padilha et al (2017) também apresentam como causas a falta de conhecimento e o comportamento inadequado da equipe de enfermagem, que podem ou não estar correlacionados. Reforça que ter o conhecimento não implica na adequação às medidas ideais.

Além das causas relacionadas aos profissionais, percebe-se a interferência das condições de trabalho na adesão às precauções. Dentre elas, destacam-se treinamentos, percepção da segurança a nível organizacional, cuidado a um menor número de pacientes, porte do estabelecimento, comissões de controle de infecção atuantes, percepção dos obstáculos por parte dos trabalhadores para aderir às precauções e autoeficácia percebida pelo uso de práticas seguras. A baixa adesão resulta em consequências aos trabalhadores, pacientes e instituições, tais como acidentes ocupacionais, infecções nosocomiais e prejuízos institucionais (PORTO e MARZIALE, 2016).

Essa realidade também é perceptível em âmbito mundial. Estudos internacionais indicam, ainda, a baixa compreensão dos profissionais de saúde, especialmente da equipe de enfermagem, sobre o conceito de precauções padrão, o que reflete no comportamento de risco prevalente na equipe. Os dados coletados no estudo de Bottaro et al (2016), com caráter de revisão integrativa, compõem uma amostra de 11 artigos de diferentes países, com um perfil prevalente do sexo feminino, tempo de formação com mais de 10 anos e idade acima de 30 anos, corroborando com os fatos causais citados pelo estudo de Alvim e Gazzinelli (2017). Condições como baixa percepção de risco, conflitos entre ofertar um cuidado seguro e expor-se, ambiente com pouca segurança, e crenças pessoais sobre adoção de práticas seguras são destaques para a baixa cultura de segurança identificada na literatura.

É possível concluir que o conhecimento dos profissionais da equipe de enfermagem sobre as precauções, em especial de contato, é questionável e os expõe às práticas inseguras, que podem resultar em danos para si, para pacientes e familiares, como também para a própria instituição. Há de se frisar a interferência de fatores intrínsecos e extrínsecos no autoconhecimento e comportamento adotado, além da transversalidade da problemática. Existe, portanto, um impacto dessas ações sobre o cenário atual brasileiro que dificulta o controle das IRAS, mantendo-na como problema grave de saúde pública, tendo em vista a sua magnitude.

Adotar as medidas de prevenção disponíveis torna-se importante para controle microbiológico e de suas consequências. Ações como uso controlado de antimicrobianos, higienização das mãos adequada, a cultura de vigilância microbiológica, a educação

continuada de acordo com a necessidade da equipe, e a manutenção dos bancos de dados são algumas das estratégias citadas na literatura para enfrentamento desse problema (PAIM e LORENZINI, 2014).

3. A importância do paciente para a precaução de contato

Essa categoria conta com três artigos publicados nos anos de 2013 e 2016, este com destaque de dois estudos. De todos os artigos, dois estão em português e um em inglês. As abordagens metodológicas são: estudo de coorte prospectivo em hospital Dia, estudo metodológico em dois hospitais (público e privado) e estudo descritivo, exploratório de abordagem de revisão narrativa de trabalhos.

As revistas de publicação foram NIH Public Access, revista de Enfermagem UFPE e Cogitare Enfermagem. Os autores dos estudos distribuem-se entre enfermeiras mestre e mestranda, e doutora docente em enfermagem e profissionais norte-americanos identificados pelas universidades.

O estudo de Mehrotra et al (2016) sobre “Efeitos da precaução de contato na percepção de cuidado do paciente e satisfação: um estudo de coorte prospectivo”, teve abordagem de corte prospectivo, avaliando 528 pacientes de um hospital Dia. Os dados foram coletados no período de 11 de janeiro a 17 de novembro de 2010, coletados de pacientes que foram internados em todos os serviços médicos e cirúrgicos gerais nas 36 horas antes dos procedimentos. Os resultados apontaram que 238 pacientes já estavam em precaução de contato na admissão hospitalar, e todos identificaram 135 problemas encontrados no cuidado prestado pela equipe. Dentre eles, citaram falta de coordenação entre a equipe na assistência e desinteresse pela preferência dos pacientes.

Juskevicius e Padoveze (2016) estudaram as “Precauções específicas para evitar a transmissão de microrganismos: desenvolvimento e validação de roteiro educacional, através de estudo metodológico realizado em dois hospitais (público e privado) na cidade de São Paulo, no percurso entre maio a julho de 2015. A população da amostra contou com 39 pacientes, sendo 32 em precaução de contato, representando a maioria. Como resultado da aplicação do roteiro educativo sobre Vulnerabilidade, realizado em três etapas, constatou-se que 20 dos pacientes identificaram que o profissionais sempre fazem o uso do avental e 20 sobre o uso de luvas durante o cuidado, e 22 deles relataram que os mesmos nunca fazem o uso de máscara comum, e 32 afirmaram o mesmo para a N-95. Além disso, quanto às informações sobre o conhecimento do uso de EPIs pelos pacientes, 15 sabem o que usar e como usar, 10 deles quando usar e 18 sabem o que acontece caso não seja usado. Quanto aos profissionais que fornecem essa orientação, 18 pacientes relataram ser o enfermeiro, 10 que foram técnicos/auxiliarem e outros 10 serem os médicos. Sobre o momento das orientações, 12 pacientes afirmaram ser no momento da internação, sendo que 24 pacientes afirmaram ser de forma falada e apenas 2 relataram ser de forma ilustrativa, com uso de placas ou impressos.

Outro estudo, também de Juskevicius e Padoveze (2016) pesquisou sobre a “Vulnerabilidade dos pacientes quanto às precauções específicas para doenças infecciosas”, com abordagem descritiva, exploratória, de revisão narrativa de trabalhos. Os artigos foram buscados nas bases de dados eletrônicas Medline, LILACS e biblioteca virtual Scielo, sem período de coorte das publicações, realizada entre maio e dezembro de 2013.

Apesar da necessidade de se obter o conhecimento do paciente para seu cuidado, a literatura aponta para a falta de comunicação enfermeiro-paciente com relação à precaução de contato. É importante compreender que há vulnerabilidades individuais e suas implicações na assistência.

Nesse cenário, há de ressaltar, ainda, que pacientes em precaução de contato possuem duas vezes mais chances de apresentar transtorno de delírio em relação aos que não estão, devido ao perfil desses ser na grande maioria de idosos, tempo de internação prolongado, maiores susceptibilidades, etc. Entender suas peculiaridades pode contribuir com o planejamento de intervenções mais eficientes no controle de infecção, no entanto existem falhas no processo de informação com o paciente e sua família (JUSKEVICIUS e PADOVEZE, 2016). Esse estudo também evidencia a importância das orientações fornecidas pelo enfermeiro e a equipe que coordena, além da forma como tais informações são prestadas, para que haja compreensão do paciente pelo seu cuidado.

Após avaliar o conhecimento do paciente sobre sua internação e sobre o uso de precauções específicas por parte dos profissionais, através de um roteiro de validação, considerando os dados apresentados no estudo anterior, outro estudo, também de Juskevicius e Padoveze (2016), elucida que o paciente tem percepção da assistência em saúde. Conclui-se que há lacunas nas informações prestadas sobre sua assistência, as quais negligenciam a importância do protagonismo do paciente no cuidado de si.

A precaução de contato também pode interferir na satisfação do paciente pelo cuidado profissional. O estudo de Mehrotra et al (2014) relaciona a insatisfação à falta de respeito e incompreensão das necessidades e preferências do paciente. Os sentimentos relatados pelos pacientes em precaução foram de isolamento social, sensação de sujeira e invisibilidade, falta de coordenação da enfermagem com a equipe multidisciplinar, incompreensão das emoções e estresses resultantes da precaução, entre outros.

É notório que o uso das precauções de contato causa danos que afetam o estado psicológico dos pacientes, além das repercussões físicas do isolamento para si e para a família, interferindo na experiência deste com a equipe de enfermagem. Estes são raramente observados e compreendidos entre os profissionais, o que favorece a alienação do cuidado e afastamento do paciente que contribuiria para evitar a disseminação de microrganismos multirresistentes pela enfermagem.

Por conseguinte, torna-se visível a falta de percepção da equipe de enfermagem sobre os benefícios da participação do paciente no centro de seus cuidados. Este, por sua vez, sofre com más experiências resultantes da mecanização da equipe. Assim, é preciso

que se invista na comunicação eficiente entre a equipe de enfermagem com o paciente em precaução, para que seja possível protagonizá-lo na sua segurança. Dessa forma, sua participação será efetiva e auxiliará no controle da disseminação de patógenos potenciais.

Essa necessidade pauta-se no princípio de que a equipe de saúde nunca possuirá um conhecimento satisfatoriamente completo para que implemente um cuidado livre de riscos. Logo, o paciente pode contribuir com o entendimento do que lhe é adequado no cuidado, por meio das próprias experiências vivenciadas com a assistência em saúde, que o atribui uma visão mais ampliada sobre suas necessidades e cuidado (VINCENT e AMALBERTI, 2016).

CONCLUSÃO

As IRAS representam, ainda, uma das preocupações na Segurança do Paciente de grande impacto, que interfere na qualidade do cuidado e resulta em prejuízos ao paciente, à qualidade da assistência e ao país.

Este estudo mostrou a necessidade da equipe de enfermagem de aderir aos padrões de segurança, no uso de EPIs e na disseminação de boas práticas na segurança do paciente em relação à precaução de contato. Entretanto, barreiras como déficits de recursos humanos, sobrecarga de trabalho, desinteresse pela adesão ao uso de EPIs, escassez de educação permanente, dentre outras, são percebidas como falhas que contribuem para que o dano alcance o paciente.

É necessário, portanto, que fatores modificáveis, como treinamento adequado da equipe de saúde, com ênfase na equipe de enfermagem, liderança do enfermeiro para adequação ao uso dos EPIs, atuação efetivas das CCIHs, dentre outros, sejam instituídas para que este cenário possa ser melhorado.

REFERÊNCIAS

1. Alvim, André Luiz Silva; Gazzinelli, Andrea. Conhecimento dos profissionais de enfermagem em relação às medidas de prevenção das infecções / Knowledge of nursing professionals in relation to measures of prevention of infections. Rev. enferm. UFPE on line; 11(1): 18-23, jan.2017. ilus, tab. Artigo em Português | BDEFN - enfermagem (Brasil) | ID: bde-30267
2. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde. Série: Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/junho/Modulo%204%20Medidas%20de%20Prevencao%20de%20IRA%20a%20Saude.pdf>>.
3. Bardin, L.(2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.

4. BOTTARO, Bruna Barsalobres et al. Adherence to standard precautions by nursing professionals: a literature review. *Journal of Nursing UFPE on line* - ISSN: 1981-8963, [S.l.], v. 10, n. 3, p. 1137-1142, feb. 2016. ISSN 1981-8963. Available at: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11068>>. Date accessed: 18 dec. 2018. doi:<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i3a11068p1137-1142-2016>.
5. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Critérios Diagnósticos de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.
7. DA COSTA, Anderson Luiz Pena; SILVA JUNIOR, Antonio Carlos Souza. Resistência bacteriana aos antibióticos e Saúde Pública: uma breve revisão de literatura. *Estação Científica (UNIFAP)*, [S.l.], v. 7, n. 2, p. 45-57, ago. 2017. ISSN 2179-1902. Disponível em: <<https://periodicos.unifap.br/index.php/estacao/article/view/2555>>. Acesso em: 18 dez. 2018. doi:<http://dx.doi.org/10.18468/estcien.2017v7n2.p45-57>.
8. DA SILVA, Marcos Rodrigues; MATTOS, A. de M. Ignaz Semmelweis e a febre puerperal: algumas razões para a não aceitação de sua hipótese. **Filosofia e História da Biologia**, v. 10, n. 1, p. 85-98, 2015.
9. Garcia Dutra, Gelson, Pereira da Costa, Mônica, Ott Bosenbecker, Eliel, Moura de Lima, Lílian, Heckler de Siqueira, Hedi Crescência, Cecagno, Diana, Controle da infecção hospitalar: função do enfermeiro. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online [en linea]* 2015, 7 (Enero-Marzo) : [Fecha de consulta: 18 de diciembre de 2018] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750945033>> ISSN.
10. JUSKEVICIUS, Luize Fábrega; PADOVEZE, Maria Clara. Vulnerabilidade dos pacientes quanto às precauções específicas para doenças infecciosas. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 3688-3693, 2016.
11. MEDEIROS, Ana Beatriz de Almeida; ENDERS, Bertha Cruz; LIRA, Ana Luisa Brandão De Carvalho. Teoria Ambientalista de Florence Nightingale: Uma Análise Crítica. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 3, p. 518-524, Sept. 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000300518&lng=en&nrm=iso>. access on 18 Dec. 2018. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150069>
12. Mehrotra, P., Croft, L., Day, H., Perencevich, E., Pineles, L., Harris, A., . . . Morgan, D. (2013). Effects of Contact Precautions on Patient Perception of Care and Satisfaction: A Prospective Cohort Study. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 34(10), 1087-1093. doi:10.1086/673143.
13. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº. 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. *Diário Oficial da União* 1 abr 2013 [acesso em 23 de julho de 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html.
14. MORAES, Graciana Maria de et al. Infecção ou colonização por micro-organismos resistentes: identificação de preditores. **Acta paulista de Enfermagem**, v. 26, n. 2, p. 185-191, 2013.

15. BRASIL. Portaria nº 3.214, de 8 de junho de 1978. Aprova as Normas Regulamentadoras – NR – do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho. Disponível em: <<http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/63/mte/1978/3214.htm>> Acesso em: 18 jun. 2013.
16. Oliveira AC, Paula AO. Infecções relacionadas ao cuidar em saúde no contexto da segurança do paciente: passado, presente e futuro. *Rev Min Enferm* 2013;17(1):216- 20. <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20130018>
17. Padilha, Joviria Marcia Ferreira de Oliveira; Sá, Selma Petra Chaves; Silvino, Zenith Rosa. Luvas e adesão de profissionais de enfermagem às precauções de contato: uma revisão integrativa / Gloves and nursing professionals adherence to contact precautions: an integrating review. *Rev. enferm. UFPE on line*; 11(2): 667-674, fev. 2017. ilus, tab. Artigo em Português | BDEFN - Enfermagem | ID: bde-30522.
18. PAIM, Roberta Soldatelli Pagno; LORENZINI, Elisiane. Estratégias para prevenção da resistência bacteriana: contribuições para a segurança do paciente. **Revista Cuidarte**, v. 5, n. 2, p. 757-764, 2014.
19. Pinto, Selma de Almeida. Fatores que influenciam a participação dos pacientes na adesão à higienização das mãos entre profissionais de saúde / nursing. *Belo Horizonte*; s.n; 2016. 135 p. ilus, tab, graf. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDEFN&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=28916&indexSearch=ID>
20. PORTO, Janete Silva; MARZIALE, Maria Helena Palucci. Motivos e consequências da baixa adesão às precauções padrão pela equipe de enfermagem. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre , v. 37, n. 2, e57395, 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000200501&lng=en&nrm=iso>. access on 18 Dec. 2018. Epub May 31, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.57395>.
21. SOUSA, Daniele Martins de et al. Infecção por staphylococcus aureus resistente em unidades de terapia intensiva: revisão integrativa. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 1315-1323, 2016.
22. VELOSO, Jéssica De Oliveira et al. Prevalência e tipagem molecular de Staphylococcus aureus isolados de uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital escola do município de Goiânia, Goiás. 2016.
23. Vincent C, Amalberti R. Cuidado de saúde mais seguro: estratégias para o cotidiano do cuidado. Rio de Janeiro: Proqualis; 2016.

CAPÍTULO 6

ANSIEDADE, ESTRESSE, DEPRESSÃO ENTRE TRABALHADORES DE ENFERMAGEM NO AMBIENTE HOSPITALAR

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 16/10/2020

Durval Veloso da Silva

Mestrado em Saúde Ambiental e Saúde do
Trabalhador.
<https://orcid.org/0000-0001-5940-6783>

Maria Cristina de Moura Ferreira

Universidade Federal de Uberlândia.
<https://orcid.org/0000-0002-2390-8607>

Guilherme Silva de Mendonça

Universidade Federal de Uberlândia.
Enfermeiro do Hospital de Clínicas de
Uberlândia.
<https://orcid.org/0000-0002-9552-977X>.

Carla Denari Giuliani

Universidade Federal de Uberlândia.
<https://orcid.org/0000-0001-5598-2230>

Marcelle Aparecida de Barros Junqueira

Universidade de São Paulo.
Universidade Federal de Uberlândia.
<https://orcid.org/0000-0002-2920-1194>

RESUMO: As atividades de Enfermagem no ambiente hospitalar apresentam um cenário de práticas conflituosas e competitivas. Corroboram com o adoecimento dos trabalhadores, os fatores relacionados à deficiência de infraestrutura, a carga horária exaustiva, a baixa remuneração, o lidar com o sofrimento do outro e, muitas vezes, com a morte. **OBJETIVOS** - Analisar os níveis de problemas de saúde mental,

como estresse, ansiedade e depressão entre profissionais de Enfermagem do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

METODOLOGIA - Pesquisa quantitativa, descritiva, transversal. Foram utilizados o questionário DASS, que avalia níveis de depressão, estresse e ansiedade. A análise dos dados se deu por meio de utilização de estatística descritiva e exploratória. O nível de significância estabelecido foi de $p > 0,005$. **RESULTADOS** - A população do estudo foi de 1.152 trabalhadores, com uma amostra de 416 participantes. Observou-se predominância do sexo feminino (85,2%), estado civil casado (69,5%), religião católica (44,1%), nível superior de escolaridade – graduação (63,8%), faixa etária foi maior que 80 anos (39,7%), e tempo de exercício na Enfermagem entre de 6 e 10 anos (22,1%). Sobre a presença de níveis de transtornos mentais, 27,4% apresentaram algum nível de depressão, 25,7% de estresse e 28,4% de ansiedade. Foram encontradas correlações positivas entre as características sociodemográficas com a depressão, a ansiedade e o estresse. **CONCLUSÃO** - O acompanhamento das condições de saúde mental nos trabalhadores de Enfermagem é imprescindível, uma vez que depressão, estresse e ansiedade contribui para o surgimento de doenças psíquicas e dependência química na população estudada.

PALAVRAS - CHAVE: Enfermagem. Trabalho. Saúde.

ABSTRACT: Nursing activities in the hospital environment present a scenario of conflicting and competitive practices. They corroborate with the

illness of the workers, the factors related to the deficiency of infrastructure, the exhaustive workload, the low pay, the dealing with the suffering of the other and, often, with death. **OBJECTIVES** - To analyze the levels of mental health problems, such as stress, anxiety and depression among nursing professionals at the Hospital de Clínicas, Universidade Federal de Uberlândia. **METHODOLOGY** - Quantitative, descriptive, transversal research. The DASS questionnaire was used, which assesses levels of depression, stress and anxiety. Data analysis was performed using descriptive and exploratory statistics. The level of significance was set at $p > 0.005$. **RESULTS** - The study population was 1,152 workers, with a sample of 416 participants. There was a predominance of females (85.2%), married marital status (69.5%), Catholic religion (44.1%), higher education level - graduation (63.8%), age group was higher than 80 years (39.7%), and time spent in nursing between 6 and 10 years (22.1%). Regarding the presence of levels of mental disorders, 27.4% had some level of depression, 25.7% of stress and 28.4% of anxiety. Positive correlations were found between sociodemographic characteristics with depression, anxiety and stress. **CONCLUSION** - Monitoring of mental health conditions in nursing workers is essential, since depression, stress and anxiety contribute to the emergence of mental illness and chemical dependency in the population studied.

KEYWORDS: Nursing. Work. Health.

1 | INTRODUÇÃO

A Enfermagem compõe o grupo dos trabalhadores da saúde que, em geral, tem contato direto com os pacientes e, em consequência, com sangue e/ou outros fluidos orgânicos, roupas, instrumentos e aparelhos utilizados em procedimentos diagnósticos ou terapêuticos. O ambiente em que o profissional de Enfermagem desenvolve suas atividades varia e nem sempre pode ser controlado (ALMEIDA *et al.*, 2013).

Além de ser considerada uma profissão de grande destaque em função da representatividade numérica no conjunto de trabalhadores da área de saúde (BORGES; MORAIS, 2007), é subdividida em categorias, a saber: enfermeiros (as), técnicos (as) de Enfermagem e auxiliares de Enfermagem. No Brasil, no ano de 2011, a quantidade de inscrições de profissionais de Enfermagem era de 1.535.568 profissionais em todo país. Desse total, 314.127 inscrições correspondiam a categoria de enfermeiros (20,46% do total), 698.697 inscrições a categoria de técnicos de Enfermagem (45,50%), 508.182 inscrições a categoria de auxiliares de Enfermagem (33,09%), 14.275 inscrições a atendentes (0,93% do total), duas inscrições a parteiras (0,0001%) e 285 inscrições a categorias não informadas (0,02%) (COFEN, 2010).

A preocupação com as condições laborais das equipes de Enfermagem em hospitais vem aumentando nas últimas décadas, devido aos riscos que o ambiente oferece e devido aos aspectos penosos das atividades peculiares à assistência (MUROFUSE; MARZIALE, 2005). O ambiente de trabalho possui a capacidade de provocar danos específicos e não específicos à saúde de quem trabalha, em razão da multiplicidade de fatores de riscos

ocupacionais, mesmo existindo medidas que permitam evitar e/ou reduzir esses riscos (ALMEIDA *et al.*, 2013).

De uma forma geral, os riscos relacionados ao trabalho dependem do tipo de atividade profissional e das condições em que esta é desempenhada. Assim, os serviços de saúde de modo particular os hospitais, proporcionam aos seus trabalhadores condições laborais reconhecidamente piores que as constatadas na maioria dos outros setores de atividade (MARZIALE; ROBAZZI, 2000). Ou seja, os profissionais de saúde, especialmente os das unidades hospitalares, submetem-se a um número maior de riscos ocupacionais que trabalhadores de outras categorias (CAVALCANTE *et al.*, 2006).

Os profissionais de Enfermagem, que têm como essência de trabalho o cuidado, são predispostos à exposição aos riscos ocupacionais, o que pode causar danos a sua integridade física, mental ou social (HIPOLITO *et al.*, 2011), em virtude do quantitativo de pessoal, do contato direto durante a assistência aos pacientes e da exposição aos ambientes insalubres. Além das condições de trabalho precárias, associadas à baixa qualidade de vida, estão em contato com os riscos biológicos, químicos, ergonômicos, físicos, mecânicos, psicológicos e sociais (CAVALCANTE *et al.*, 2006). No âmbito das práticas laborais dos profissionais da saúde, as questões referentes a risco e/ou vulnerabilidade estão ainda mais presentes, uma vez que esses profissionais se expõem rotineiramente a múltiplos e variados riscos, como fatores desencadeantes de doenças (BAGGIO; MONTICELLI; ERDMANN, 2009).

Os trabalhadores de Enfermagem enfrentam, rotineiramente, situações como: o aumento constante do conhecimento teórico e prático exigido na área da saúde; a especialidade do trabalho; a hierarquização e a dificuldade de circulação de informações; o ritmo de trabalho e o ambiente físico; o estresse e o contato com o paciente; a dor e a morte. Todos esses elementos intensificam a carga de trabalho, ocasionando riscos à saúde física e mental dos profissionais (MARZIALE; ROBAZZI, 2000).

Poucos estudos abordam a associação entre a natureza do trabalho de Enfermagem e o estado de saúde dos profissionais da área, apesar da conexão lógica entre satisfação do funcionário e qualidade do trabalho executado, e entre interrupção ou abandono do serviço e questões de saúde. Atualmente, para muitos trabalhadores da Enfermagem, o trabalho é uma parte estressante de suas vidas (MC NEELY, 2005).

Ao revisar a literatura científica entre os anos de 1995 e 2005, sobre a saúde mental dos profissionais de Enfermagem, Marnetti e Marziale (2007) constataram que as doenças psíquicas têm acometido frequentemente esses trabalhadores. Dentre os fatores que desencadeiam essas doenças, cita-se: os setores de atuação profissional, o turno de trabalho, o relacionamento interpessoal, a sobrecarga de atividade, o serviço desempenhado, os problemas na escala de trabalho, a autonomia na execução de tarefas, a assistência aos pacientes, o desgaste cotidiano, o suporte social, a insegurança com o trabalho e o conflito de interesses entre os membros das equipes de saúde.

A ansiedade enquanto resposta funcional corresponde à ativação do organismo como um todo, frente a certas circunstâncias ambientais, tal qual na reação de luta e fuga dos animais. Mudanças fisiológicas e comportamentais ocorrem simultaneamente no indivíduo e diferentes reações do organismo se manifestam em conjunto e com o mesmo padrão de resposta (NODARI; DAL BÓ; CAMARGO, 2009)

As características níveltológicas de um episódio depressivo maior, segundo o DSM-IV-TR, podem ser resumidas em humor deprimido, perda de interesse ou prazer, problemas psicomotores, de concentração, sono, apetite, fadiga, sentimento de inutilidade ou culpa (CUNHA, 2001). Em relação à epidemiologia, a depressão prevalece em cerca de 15 a 25% das mulheres e em 5 a 12% em homens, independente do tipo de etnia, nível de escolaridade, aspectos econômicos ou estado civil. Quanto à etiologia, pesquisas neuroanatômicas e genéticas confirmam a hipótese de envolver uma patologia do sistema límbico, gânglios basais e hipotálamo. Em relação aos fatores psicossociais, acontecimentos estressantes frequentemente precedem os transtornos de humor (KAPLAN, *et al.*, 2007).

A depressão é um transtorno psiquiátrico que afeta cerca de 121 milhões de pessoas no mundo inteiro. Estima-se que uma em cada quatro pessoas do mundo sofre, sofreu, ou vai sofrer de depressão. Os custos pessoais e sociais dessa doença são muito elevados, sendo uma das principais causas mundiais de incapacidade laboral. Pode ser diagnosticada e tratada em cuidados de saúde primários, contudo menos de 25% dos que padecem de depressão têm acesso a tratamentos eficazes (WHO, 2009).

O termo estresse advém da Física e, nesse campo de conhecimento, tem como sentido o grau de deformidade que uma estrutura sofre quando é submetida a um esforço (FRANÇA; RODRIGUES, 2012). Atualmente esse termo tem sido utilizado para diferentes situações. O estresse afeta os indivíduos de maneira diferente. A medida do estresse ocupacional e do estresse em geral é uma tarefa complicada, portanto mais pesquisas na área do cuidado à saúde são necessárias para promover a saúde ocupacional e a melhoria da assistência em saúde (KAWAGUCHI, 2007).

A relação entre o estresse ocupacional e a saúde mental do trabalhador vem sendo tema de várias pesquisas nos últimos anos, em nosso meio e em outros países, revelando índices alarmantes de incapacidade temporária ou permanente de trabalho, absenteísmo, aposentadoria precoce e riscos à saúde decorrentes dessa relação (VASCONCELOS; GUIMARÃES, 2009). Causas que levam o trabalhador à condição de estresse são: sobrecarga, fatores inerentes ao posto de trabalho, características ergonômicas insatisfatórias, desenvolvimento de carreira profissional, falta de perspectiva, relações no trabalho, estrutura e atmosfera institucional e função da organização (VASCONCELOS; GUIMARÃES, 2009).

Este estudo teve como objetivo analisar as condições de saúde mental entre os profissionais de Enfermagem das equipes do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, MG.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, do tipo exploratória e transversal, desenvolvido com profissionais de Enfermagem que atuam em um hospital geral, público e universitário. Neste estudo, testou-se a hipótese de que esses profissionais apresentam altos níveis de estresse, ansiedade e depressão e estão associados a um maior consumo de álcool e de outras drogas.

O estudo foi realizado com auxiliares e técnicos em Enfermagem, e com enfermeiros do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia. Atualmente, a equipe de Enfermagem do HCU-UFU é constituída por 1.152 profissionais, sendo 189 enfermeiros e 963 técnicos e auxiliares. A população do estudo englobou todos os profissionais de Enfermagem que integram as equipes dos vários setores do HCU-UFU. Inicialmente, seria feita uma amostragem probabilística do tipo estratificada, considerando um intervalo de confiança de 95%, sendo que o cálculo da amostra foi de 289 participantes. Contudo, decidiu-se que todos os profissionais de Enfermagem do HCU-UFU seriam convidados para participar da pesquisa, buscando dessa forma a maior representatividade possível.

No total, foram obtidos 416 instrumentos de coleta de dados preenchidos, perfazendo, com esse montante, a amostra do estudo. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia (CEP/UFU), conforme número CAAE 47651315.4.0000.5152, número do parecer 1.585.311, em 06/06/2016. O instrumento de coleta de dados foi constituído por questionário estruturado e autoaplicável, dividido em:

- a) Informações sociodemográficas e profissionais;
- b) DASS – 21: *Depression, Anxiety and Stress Scale*, é um instrumento desenvolvido por Levibond e Levibond em 2004 e validado no Brasil por Vignola e Tucci (2014). Avalia níveis de depressão, ansiedade e estresse com 21 itens, utilizando uma escala tipo Likert.

Para a análise das informações, foi elaborado um banco de dados no programa *Statistical Program of Social Science (SPSS) – version 20 for Windows*. A análise descritiva dos dados será apresentada em números, porcentagens, valores mínimos e máximos, médias e desvio padrão. O nível de significância (valor de p) será estabelecido em 0,05 para todas as variáveis. Para a análise bivariada dos dados, e de acordo com Siegel, (1975) foram utilizados os seguintes testes estatísticos não paramétricos: Teste de Coeficiente de Correlação por Postos de Spearman, Teste *t-Student*, Teste Qui-quadrado, Teste Exato de Fischer.

RESULTADOS

A pesquisa foi realizada com as equipes de Enfermagem de todos os setores que compõem o complexo hospitalar do HC-UFU, em Uberlândia- MG, sendo que os questionários foram distribuídos aos enfermeiros, técnicos e auxiliares de Enfermagem. A população estimada para participar da pesquisa era de 1152 profissionais, divididos entre

189 enfermeiros e 963 técnicos e auxiliares de Enfermagem. Inicialmente, seria feita uma amostragem probabilística do tipo estratificada, considerando um intervalo de confiança de 95%, com o cálculo de 289 participantes. Contudo, foi decidido que todos os profissionais de Enfermagem do HC-UFU seriam convidados a participar da pesquisa, buscando desta forma, a maior representatividade possível.

Quanto ao estado civil, 69,5% são casados (N=282) e no aspecto religioso, 44,1% dos entrevistados são católicos (N=177). No item escolaridade, 63,8% do total possuem graduação (N=226). Sobre a faixa etária, os maiores percentuais encontrados foram entre 50 ou mais, 39,7% (N=135). Em relação à distribuição percentual da composição da equipe por cargo, foram encontrados 28,5% de Auxiliares de Enfermagem (N=115), 49,3% de Técnicos de Enfermagem (N=199) e 22,3% de Enfermeiros (N=90). Observa-se, neste caso, que a equipe é composta por 77,8% de Auxiliares e Técnicos de Enfermagem.

As equipes que apresentaram maior participação na pesquisa foram dos seguintes setores: Materno-infantil, com 25,4% de adesão à pesquisa (N=104), Internação Cirúrgica, com 14,7% (N=60) e Pronto-socorro, com 10,8% (N=44). O percentual de respostas por turno de trabalho foi de 40,6% no período da manhã (N=169), 29,6% no período da tarde (N=123) e 24,3% no período noturno (N=101). Quanto ao tempo de exercício na Enfermagem, os maiores percentuais encontrados foram: 22,8% de trabalhadores com relato de 1 a 5 anos de profissão (N=95), e 37% de 6 a 15 anos (N=154). Em relação ao número de vínculos de trabalho, 81,1% dos trabalhadores informaram apenas um vínculo (N=227).

A Tabela 1 indica a presença de ansiedade, estresse e depressão entre os profissionais de Enfermagem, independente da categoria em que atuam.

Variável	Não		Sim		Não respondeu	
	N	%	N	%	N	%
Depressão	249	59,9	114	27,4	53	12,7
Estresse	267	64,2	104	25,7	42	10,1
Ansiedade	254	61,1	118	28,4	44	10,6

Tabela 1. Valores do questionário sobre a presença de ansiedade, depressão e estresse (DASS), independente do nível, nos profissionais de Enfermagem que atuam no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia-MG (N=416)

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Assim, 27,4% (N=114) apresentaram depressão, 25,7% (N=104) estresse e 28,4% (N=118) ansiedade em algum nível.

A tabela 2 indica o nível de estresse, ansiedade e depressão que os profissionais apresentam. Essa tabela também permite detalhar a porcentagem de níveis de gravidade dessas condições.

Variável	Depressão		Estresse		Ansiedade	
	N	%	N	%	N	%
Normal/leve	249	59,9	267	64,2	254	61,1
Mínimo	38	9,1	30	7,2	22	5,3
Moderado	36	8,7	29	7,0	35	8,4
Grave	18	4,3	34	8,2	26	6,3
Muito Grave	22	5,3	14	3,4	35	8,4
Não respondeu	53	12,7	42	10,1	44	10,6

Tabela 2. Valores do questionário sobre os níveis de ansiedade, depressão e estresse (DASS) nos profissionais de Enfermagem que atuam no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia-MG (N=416)

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Sobre a depressão, ao serem somados os resultados encontrados nos níveis grave e muito grave, chegou-se ao percentual de 9,6% (N=40) da população estudada. Isso significa um percentual preocupante de portadores de depressão nos níveis grave e muito grave, entre a população do estudo. No que tange ao estresse, somando-se os resultados encontrados nos níveis grave e muito grave, obteve-se o percentual de 11,6% (N=48), dentre a população estudada. Isso significa que foi encontrado um percentual preocupante de portadores de estresse nos níveis grave e muito grave na população do estudo. Quanto à ansiedade, ao serem somados os resultados encontrados nos níveis grave e muito grave, chegou-se ao percentual de 14,7% (N=61) da população estudada. Isso significa que também encontramos um percentual preocupante de portadores de ansiedade nos níveis grave e muito grave na população do estudo.

O estudo mostra a associação de depressão ($p=0,015$), estresse ($p=0,008$) e ansiedade ($p=0,005$) com o sexo feminino. A depressão esteve associada com o trabalho no setor de internação clínica ($p=0,001$). Quanto ao estresse, além da associação com o sexo feminino, foram feitas associações com o estado civil solteiro ($p=0,045$) e com a faixa etária de 20 a 29 anos ($p=0,007$). Já a ansiedade associou-se ao trabalho no setor internação cirúrgica ($p=0,000$) e com o tempo de serviço na Enfermagem entre 6 a 10 anos ($p=0,023$).

DISCUSSÃO

Uma das limitações observada na coleta de dados deste trabalho foi a dificuldade de devolução do instrumento de pesquisa respondido. Na nossa avaliação, essa dificuldade ocorreu pela dinâmica do trabalho de Enfermagem no hospital, pelos rodízios de turnos e talvez, pela desmotivação para o preenchimento dos questionários. Obteve-se um percentual de 36,1% (equivalente ao N=416) de participantes da pesquisa, a partir de uma população total de 1152 trabalhadores.

De acordo com a amostragem probalística do tipo estratificada e considerando um intervalo de confiança de 95%, sendo o cálculo inicial da amostra de 289 participantes, o percentual de resposta foi 30,6% superior à amostra necessária. Foram encontradas algumas dificuldades no retorno dos questionários preenchidos em diferentes setores, entre eles, destacam-se os setores de Unidade de Terapia Intensiva Adulto, Clínica Médica, Oncologia e Centro Cirúrgico.

Ponderou-se que as dificuldades podem ter sido inerentes à dinâmica do trabalho, à alternância de turnos de serviço, ao rodízio de trabalhadores nesses setores (cobertura com plantonistas externos) e ao número de pesquisas realizadas nessas unidades, que exigem tempo e dedicação para serem respondidas e podem se acumular com as atividades assistenciais.

Em relação às informações sociodemográficas (Tabela 1), observou-se uma preponderância na proporção de mulheres sobre homens, pois 82,2% - (N=350) dos profissionais são do sexo feminino, corroborando, dessa maneira, com diversos estudos que têm evidenciado a feminização da área da saúde (MACHADO; OLIVEIRA; MOYSES, 2011; CARREIRO, 2010).

No Censo de 2000 foi verificado que 90,4% dos profissionais que compõem as equipes de Enfermagem são do sexo feminino, proporção inferior apenas à profissão de nutricionista (COSTA; DURÃES; ABREU, 2010; MATOS; TOASSI; OLIVEIRA, 2013). Já o Censo de 2010 evidenciou que o sexo feminino correspondia a 83,75% dos enfermeiros e 83,89% dos profissionais de Enfermagem de nível médio (IBGE, 2010). Assim, apesar do aumento de mulheres entre as profissões da saúde já ser um processo bem marcado, a área de Enfermagem parece estar despontando entre as mais femininas, mesmo com a redução observada entre os censos de 2000 e 2010.

Apesar de menos expressiva, a feminização da profissão pode ser percebida desde a graduação, em que as mulheres ocupam mais da metade das vagas ofertadas para cursos universitários na área da saúde (COSTA, DURÃES, ABREU, 2010; MATSUMOTO *et al.*, 2005; SAWICKI; ROLIM, 2004).

A faixa etária em que se concentraram a maior parte dos profissionais foi maior que 50 anos (Tabela 1). A religião mais frequente foi a católica (44,1%), seguida da evangélica (29,9%). Já o estado civil mais observado foi o de casado (69,5%), o que é um dado

interessante para o estudo das doenças mentais, uma vez que tal fato revela a possibilidade de suporte social ao doente, mas pode, também, estar relacionado ao aumento do trabalho doméstico.

Na caracterização ocupacional, observou-se que 17,1% (**N=48**) da amostra do atual estudo (Tabela 1) possuem mais que um vínculo empregatício, sendo este um fator preocupante. Sousa e Araújo (2015) observaram que 52,5% dos profissionais de uma instituição de ensino superior estavam em condição semelhante. Fernandes e outros (2012) constataram que, na análise dos profissionais de Enfermagem dos municípios mineiros da Macrorregião Triângulo Sul, 33% dos trabalhadores tinham mais de um vínculo trabalhista e que isso interferia negativamente sobre a qualidade de vida dos mesmos.

Em relação ao estresse, no presente estudo foi observado que 25,7% (N=104) dos profissionais de Enfermagem do HC possuem algum grau da doença (Tabela 2). Essa condição é comum entre os profissionais de saúde e está relacionada a diversos fatores, como lidar cotidianamente com dor, morte, sofrimento, desespero, incompreensão, irritabilidade e tantos outros sentimentos, assim como reações desencadeadas pelas situações de adoecimento dos pacientes sob sua responsabilidade (BATISTA, 2011).

Velasco (2014) afirma que os profissionais de Enfermagem, por acumularem grande número de funções, percebem o seu trabalho como desestimulante, tedioso ou desinteressante, incluindo o fato de que a maioria desses trabalhadores apresenta elevado risco para o desenvolvimento de distúrbios psicológicos ou doenças físicas, baixo apoio social e possibilidade de estresse ocupacional.

Trindade e Lautert (2010) avaliaram o estresse entre os trabalhadores de equipes de saúde no Rio Grande do Sul. Os autores perceberam que o estresse crônico, ou Síndrome de *Burnout*, ocorre entre os trabalhadores mais jovens (entre 20 e 40 anos). Esses trabalhadores obtiveram escores significativos de desgaste emocional e despersonalização.

Outro estudo sobre o mesmo tópico, feito entre os profissionais de Enfermagem de Belo Horizonte - MG, que trabalham nos níveis primário e secundário de atenção à saúde, mostrou que 19,4% desses profissionais apresentam estresse no trabalho em função da alta exigência para cumprir suas tarefas (PIMENTA; ASSUNÇÃO, 2016).

Sousa e Araújo (2015) desenvolveram um estudo sobre estresse e resiliência entre profissionais de instituição de ensino superior situada na região Centro-Oeste do Brasil. O estudo revelou que os técnicos de Enfermagem representam a categoria mais vulnerável. Quanto à resiliência diante do estresse, a satisfação no trabalho, a competência emocional, a empatia, a tenacidade e a inovação foram os fatores de destaque. Por fim, o estudo evidenciou que os profissionais de Enfermagem são os que apresentam menores escores de resiliência.

Quanto à depressão, os resultados deste estudo evidenciaram que 27,4% dos profissionais de Enfermagem do HC-UFU (Tabela 3) apresentam algum grau da doença.

Um estudo de Schmidt, Dantas e Marziale (2011), com profissionais de Enfermagem

de unidades cirúrgicas de hospitais de Londrina (Paraná), evidenciou uma frequência de depressão em 24,2% desses profissionais. Queiroz (2008) observou que entre os trabalhadores de Enfermagem que atuam com pacientes oncológicos, a depressão foi provocada pelo trabalho em 33,3% e agravada em 22,2% dos casos, também em função do trabalho.

Já Barbosa (2010) observou que 18,5% dos enfermeiros e 12,1% dos técnicos de Enfermagem da maternidade tiveram seus estados depressivos agravados pelo trabalho. De forma similar, Carreiro (2010), ao estudar a saúde do trabalhador na Atenção Básica, mostrou que, dentre os trabalhadores que adoeceram, 13,7% apresentaram quadro depressivo. Observa-se que a depressão entre os profissionais de Enfermagem do HC-UFU foi superior ao constatado por Schmidt, Dantas e Marziale (2011) em unidades cirúrgicas e por Queiroz (2008) em profissionais de Enfermagem que atuam com pacientes oncológicos.

A depressão aumentada em ambientes hospitalares pode estar relacionada às próprias condições do local de trabalho, onde a tristeza, a doença e a morte são frequentes. Por outro lado, acredita-se que os resultados levemente superiores que foram observados nos profissionais de Enfermagem do HC-UFU podem estar relacionados ao acúmulo das funções gerenciais, assistenciais e de cuidados complexos, tradicionalmente ligados à Enfermagem no contexto hospitalar.

De acordo com a revisão de literatura realizada por Ferreira e Ferreira (2015), a depressão é uma condição de saúde mental que tem acometido os trabalhadores de Enfermagem. Os autores observaram, também, que há uma escassez de estudos publicados na última década sobre essa relação.

Quanto à ansiedade, o estudo atual mostrou que 28,4% (N=118) dos profissionais de Enfermagem do HC-UFU apresentam algum grau dessa morbidade, sendo essa a condição de saúde mental mais frequente (Tabela 2). O estresse, a depressão e a ansiedade ocupacional presentes no modo de vida contemporânea tornou-se uma fonte importante de preocupação e de reconhecimento como causadores de riscos ao bem-estar psicossocial do indivíduo. Várias pesquisas descrevem a complexidade do tema e existe a necessidade de realizar estudos sobre a etiologia do problema. O estresse, a depressão e a ansiedade estão relacionados ao trabalho, causam riscos à saúde dos trabalhadores e têm como consequência o desempenho ruim, o baixo moral, a alta rotatividade de profissionais, o absenteísmo e a violência no local de trabalho (ROSSI, 2005).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo mostrou que mais de um quarto dos participantes apresentou, em algum nível, depressão, estresse ou ansiedade. O acompanhamento das condições de saúde mental dos trabalhadores de Enfermagem é imprescindível. Em alguns casos, a depressão,

o estresse e a ansiedade apareceram simultaneamente. Esse fato demonstrou, portanto, a possibilidade da ocorrência de comorbidades psiquiátricas nessa população, o que agrava ainda mais o quadro de saúde geral desses profissionais. Verificou-se que é necessário o desenvolvimento de mais estudos em relação à saúde dos profissionais de Enfermagem hospitalar, em especial, estudos relacionados àqueles profissionais que se dedicam tanto ao cuidado assistencial como à coordenação das equipes.

As instituições de saúde, atualmente, vêm passando por sérias dificuldades e as condições de trabalho surgem como fatores que trazem sérios transtornos ao profissional no desenvolvimento de suas atividades, o que podem levar o trabalhador à insatisfação, à ansiedade, ao estresse e à depressão. Os sinais de estresse se manifestam de maneira que o indivíduo passa a usar/abusar de drogas, na tentativa de aliviar as tensões. Por fim, acredita-se que este estudo apresentou questões de saúde mental que podem subsidiar o planejamento e acompanhamento de intervenções em saúde do trabalhador, contribuindo, assim, para a gestão do trabalho na atenção hospitalar.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L. M. W. S., et. al.. **Atuação do Enfermeiro na Saúde do Trabalhador**. Programa de Atualização em Enfermagem: Saúde do Adulto (PROENF). Porto Alegre: Artmed, Ciclo 7, v. 4, 2013.

BAGGIO, M. A.; MONTICELLI, M.; ERDMANN, A. L. Cuidando de si, do outro e “do nós” na perspectiva da complexidade. **Rev Bras Enferm.**; v. 62, n. 4, p. 627-31, 2009.

BARBOSA, J. L. S. **Condições de trabalho e problemas de saúde em enfermagem na maternidade de um hospital universitário**. 2010. 116 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

BATISTA, K. M. **Stress e Hardiness entre enfermeiros hospitalares**. São Paulo, 2011. 239 p.

BORGES, R. R.; MORAIS, S. B. O. B.. Perfil dos afastamentos entre profissionais de enfermagem – O caso maternidade Climério de Oliveira. In: Encontro Nordeste de higiene Ocupacional. Salvador-BA, **Anais Eletrônicos**. 2007

CARREIRO, G. S. P. **O impacto do trabalho na saúde mental dos profissionais da estratégia saúde da família**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2010.

CAVALCANTE, C. A. A.; ENDERS, B. C.; MENEZES, R. M. P.; MEDEIROS, S. M.. Riscos ocupacionais do trabalho em enfermagem: uma análise contextual. **Cienc Cuid Saúde**, v. 5, n. 1, p. 88-97, 2006.

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. **Total de Profissionais de Enfermagem no Brasil**, 2010. [internet]. Disponível em <www.portaldafenfermagem.com.br/estatisticas.asp>. Acesso em [20 ago 2015]

COSTA, S. M.; DURAES, S. J. A.; ABREU, M. H. N. G. Feminização do curso de odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros. **Ciênc Saúde Col**, v. 15, n. 1, p. 1865-1873, 2010.

CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das Escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2001.

FERNANDES, J. S.; MIRANZI, S. S. C.; IWAMOTO, H. H.; TAVARES, D. M. S.; SANTOS, C. B. The effects of professional factors on the quality of life of family health team nurses. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 46, n. 2, 2012.

FERREIRA, L. A. L.; FERREIRA, L. L. Depression in nursing work: a systematic review. **Universitas: Ciências da Saúde**, v. 13, n. 1, p. 41-48, 2015.

FRANÇA, A. C. L.; RODRIGUES, A. L.. **Stress e trabalho. Uma abordagem psicossomática**. 4 ed., São Paulo: Atlas, 2012.

HIPOLITO, R. L. et. al.. Riscos ocupacionais e suas interfaces com a saúde da equipe de enfermagem intensivista no município de Campos dos Goytacazes. **R. pesq. Cuid. Fundam.**, v. 3, n. 2, p. 1947-58, 2011.

IBGE. **Censo Demográfico 2010: trabalho e rendimento**. Brasília, DF: Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão, 2010.

KAPLAN, H.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. **Compêndio de Psiquiatria: Ciências do comportamento e Psiquiatria clínica**. Porto Alegre: Artmed. 7 ed., 1997.

KAWAGUCHI, Y. *et al.*. Measuring job stress among hospital nurses: na attempt to identify biological markers. **Fukuoka Acta Med.**, v. 98, n. 2, p. 48-55, 2007.

MACHADO, M. H.; OLIVEIRA, E. S. de; MOYSES, M. N. M. Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil. In: POZ, C. P. M. R.; FRANÇA, T. (Org.). **O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas**. 1..ed. Rio de Janeiro: CEPESC,UERJ, 2011, v. 1, p. 103-116.

MATOS, I. B.; TOASSI, F. R. C.; OLIVEIRA, M. C. Profissões e ocupações de saúde e o processo de feminização: tendências e implicações. **Athenea digital**, v. 13, n. 2, p. 239-244, 2013.

MC NEELY, E.. The consequences of job stress for nurses' health: time for a check-up. **Nurs Outlook**, v. 53, n. 6, p. 291-9, 2005.

MARZIALE, M. H. P.; ROBAZZI, M. L. C. C.. O Trabalho de Enfermagem e a Ergonomia. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 124-1247, 2000.

MATSUMOTO, K. S.; CRAVEIRO, M. F.; ROCHA, P. R.; LOPES, G. T. O uso do tabaco entre os universitários de enfermagem da Universidade do estado do Rio de Janeiro (UERJ). **SMAD**, v.1, n.2, 2005.

MUROFUSE, N. T.; MARZIALE, M. H. P.. Doenças do sistema osteomuscular em trabalhadores de enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 364-373, 2005.

NODARI, C. H.; DAL BÓ, G.; CAMARGO, M. E. **Turnover e satisfação no trabalho em uma empresa multinacional: um estudo de caso**. Disponível em: http://sobrapo.org.br/simposios/XLI2009/XLI_SBP0_2009_artigos/artigos/55983.pdf. Acesso em 16 fev 2016.

PIMENTA, A. M.; ASSUNÇÃO, A. A. Estresse no trabalho e hipertensão arterial em profissionais de enfermagem da rede municipal de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Rev. bras. saúde ocup.**, v. 41, 2016.

QUEIROZ, S. G. de. **Condições de Trabalho e Saúde do Enfermeiros em Oncologia**. 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2008

ROSSI, A.M. Estressores Ocupacionais e diferentes gêneros. In: ROSSI, A.M; PERREWÉ, P.L; SAUTER, S.L. **Stress e qualidade de vida no trabalho: perspectivas atuais da saúde ocupacional**. São Paulo: Atlas, p.9-18, 2005.

SAWIICKI, W. C.; ROLIN, M. A. Nursing undergraduate students and their relationship with tobaccoism. **Rev Esc Enferm USP**, v. 38, n. 2, p. 181-189, 2004.

SCHMIDT, D. R. C.; DANTAS, R. A. S.; MARZIALE, M. H. P. Ansiedad y depresión entre profesionales de enfermería que actúan en sectores quirúrgicos. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 45, n. 2, 2011.

SIEGEL, Sidney. **Estatística Não-paramétrica Para as Ciências do Comportamento**. São Paulo: McGraw-Hill, 1975.

SOUSA, V. F. S.; ARAÚJO, T. C. C. F. de. Estresse Ocupacional e Resiliência Entre Profissionais de Saúde. **Psicol. cienc. prof.**, v.35, n. 3, p. 900-915, 2015.

TRINDADE, L. L.; LAUTERT, L. Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 2, p. 274-279, 2010.

VASCONCELOS, E. F.; GUIMARÃES, L. A. M.. Esforço e recompensa no trabalho de uma amostra de profissionais de enfermagem. **Psicólogo informação**, v. 13, n. 13, p. 11-36, 2009

VELASCO, A. R. **O estresse laboral dos trabalhadores de enfermagem das equipes de saúde da família**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014

VIGNOLA, R.C.B.; TUCCI, M. C. Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. **Journal Affective Disorders**. v. 155, p. 1404-109. 2014.

WHO - World Health Organization. **Implementation manual WHO surgical safety checklist 2009, Safe surgery saves lives**. France, 2009. ISBN 978.92.4.159859.0

CAPÍTULO 7

APLICAÇÃO DO MÉTODO APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMAS NO ENSINO DE AUDITORIA EM ENFERMAGEM

Data de aceite: 01/12/2020

Francisco João de Carvalho Neto

Universidade Federal do Piauí – UFPI.
Graduando do Departamento de Enfermagem.
Picos – Piauí.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4688-0336>

Raissy Alves Bernardes da Silva

Universidade Federal do Piauí – UFPI.
Graduanda do Departamento de Enfermagem,
Picos – Piauí.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0054-357X>

Lara Rodrigues Lira

Universidade Federal do Piauí – UFPI.
Graduando do Departamento de Enfermagem,
Picos – Piauí.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8176-7817>

Ceres Alice Gomes de Barros Sátiro

Universidade Federal do Piauí – UFPI.
Graduanda do Departamento de Enfermagem,
Picos – Piauí.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2801-8950>

João Victor Rodrigues de Azevedo

Universidade Federal do Piauí – UFPI.
Graduanda do Departamento de Enfermagem,
Picos – Piauí.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1070-8240>

João Batista de Carvalho Silva

Universidade Federal do Piauí – UFPI.
Graduando do Departamento de Enfermagem,
Picos – Piauí.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7042-1458>

Açucena Leal de Araújo

Universidade Estadual do Ceará - UECE.
Enfermeira. Mestranda em Cuidados Clínicos
em Enfermagem e Saúde. Fortaleza, Ceará.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0100-0147>

Dinah Alencar Melo Araújo

Universidade Federal do Piauí – UFPI.
Enfermeira. Mestranda do Departamento de
Ciências e Saúde. Teresina – Piauí.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0922-349X>

Lívia de Araújo Rocha

Universidade Federal do Piauí – UFPI.
Nutricionista. Mestranda do Departamento de
Ciências e Saúde. Teresina – Piauí.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4595-410X>

Mayla Rosa Guimarães

Universidade Federal do Piauí – UFPI.
Enfermeira. Doutoranda do Departamento de
Enfermagem. Teresina-PI.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6501-7853>

Laelson Rochelle Milanês Sousa

Universidade Federal do Piauí – UFPI.
Enfermeiro. Mestre. Professor do Departamento
de Enfermagem, Picos – Piauí.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6018-5439>

Ana Luiza Negreiros

Universidade Federal do Piauí – UFPI.
Enfermeira. Mestre. Professora do
Departamento de Enfermagem da UFPI. Picos
– Piauí.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8313-0403>

RESUMO: A metodologia ativa no processo de formação solidifica a autonomia dos alunos, tornando-os protagonistas da própria ação, despertando, ainda, curiosidade e valorização do conhecimento prévio. Esta metodologia surge como uma forma de complementar e inovar a didática, bem como o ensino em sala de aula, destacando a centralidade no estudante, no qual o mesmo se configura como protagonista da própria educação. O presente estudo objetiva relatar a experiência de graduandos de enfermagem frente à aplicação da metodologia da problematização no ensino de auditoria em Enfermagem. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, mediante vivência de graduandos de Enfermagem em instituição pública de ensino superior, localizada no interior do Nordeste brasileiro, em Janeiro de 2020. Participaram do grupo tutorial uma docente (tutora) e 27 acadêmicos de enfermagem, divididos igualmente em 3 grupos. Constatou-se que a utilização da metodologia Aprendizagem Baseada em Problemas foi de extrema relevância ao desenvolvimento de habilidades, a exemplo da condução do trabalho em equipe, da capacidade de tomada de decisões compartilhada, capacidade de gestão, disseminação e descentralização de informações, em que são atividades inerentes ao enfermeiro e indispensáveis à qualidade do seu trabalho. Foi evidenciada a importância, por parte dos discentes, da utilização da metodologia ativa em questão, uma vez que é uma ferramenta de aquisição e construção de conhecimento de forma coletiva e democrática. Assim, constituiu-se uma experiência exitosa, uma vez que pode-se perceber o quanto a metodologia enriquece e oportuniza o aprendizado, tornando-o mais fácil de ser assimilado, especialmente na disciplina de Auditoria, que, por vezes, é vista sob uma ótica de maior complexidade.

PALAVRAS - CHAVE: Aprendizagem Baseada em Problemas; Educação permanente; Auditoria de Enfermagem; Ensino; Educação em Enfermagem.

APPLICATION OF THE PROBLEMS-BASED LEARNING METHOD IN NURSING AUDIT TEACHING

ABSTRACT: The active methodology in the training process solidifies the students' autonomy, making them protagonists of the action itself, also arousing curiosity and valuing prior knowledge. This methodology appears as a way to complement and innovate didactics, as well as teaching in the classroom, highlighting the centrality in the student, in which he is configured as the protagonist of education itself. This study aims to report the experience of undergraduate nursing students regarding the application of the problematization methodology in the teaching of audit in Nursing. This is a descriptive study, of the experience report type, through the experience of undergraduate nursing students in a public institution of higher education, located in the Northeast of Brazil, in January 2020. A teacher (tutor) and 27 participated in the tutorial group. nursing students, equally divided into 3 groups. It was found that the use of the Problem-Based Learning methodology was extremely relevant to the development of skills, such as conducting teamwork, shared decision-making ability, management capacity, dissemination and decentralization of information, in which they are activities inherent to nurses and indispensable to the quality of their work. The importance of the use of the active methodology in question was evidenced by the students, since it is a tool for the acquisition and construction of knowledge in a collective and democratic way. Thus, it was a successful experience, since it can be perceived how much the methodology enriches and provides opportunities for learning, making it easier to assimilate, especially in the Audit

discipline, which is sometimes seen under a more complex optics.

KEYWORDS: Problem-Based Learning; Permanent Education; Nursing Audit; Teaching; Nursing Education.

1 | INTRODUÇÃO

O processo de ensino tem se tornado uma temática importante a ser abordada, pois esse influencia diretamente na formação de pessoas e posteriormente profissionais, que atuarão como protagonistas na resolução de problemas. É preciso salientar que em relação à formação de profissionais que atuarão na área da saúde, há a necessidade de romper e transcender as metodologias tradicionais de ensino-aprendizagem envolvidas nesse processo, onde são centradas em aplicações de provas e sistematizadas na transferência passiva do conhecimento (PEREIRA *et al.*, 2018).

O atual mercado profissional tem se mostrado cada vez mais demandante de trabalhistas que possuem um perfil crítico-reflexivo e humanístico, com competências para atuar de forma eficaz e eficiente em todo e qualquer nível de assistência em saúde, pautado no conhecimento técnico-científico. Logo, é necessário que se aplique estratégias de ensino inovadoras, desvinculando-se e reestruturando as práticas pedagógicas vigentes (LEAL *et al.*, 2018).

Deste modo, pensando em acompanhar as mudanças sofridas no perfil do profissional de saúde, em ultrapassar a competência unicamente técnica e científica, em unir teoria e prática, ensino e serviço, as universidades e graduações em saúde vivem atualmente em constante mudança, superando o modelo onde o docente ocupa papel central expondo todo o conteúdo e o aluno recebendo e o memorizando (GOSSENHEIMER, 2015).

A metodologia ativa surge como uma forma de complementar e inovar a didática, bem como o ensino em sala de aula, destacando a centralidade no estudante, no qual ele se configura como protagonista da própria educação. Isso por meio de uma postura mais proativa na realização de atividades, simulando problemáticas em situações reais que obriguem o discente a ensaiar uma solução e agir como se fossem profissionais de saúde atuantes no serviço (PAIVA, 2016). Sendo assim, esse método busca fomentar a autonomia e a absorção do conhecimento de forma mais participativa.

Dentre os tipos de metodologias ativas, destaca-se a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), nela o professor inicialmente apresenta uma causa-problema e os alunos então são instigados a desenhar possíveis soluções. O docente age apenas como condutor da didática, facilitando o ensino e a discussão entre os discentes, para que eles possam chegar a resultados, e assim terem a oportunidade de desencadear seu pensamento reflexivo e soltar sua capacitação sociopolítica, se adequando ao quadro realístico problematizado (MARTINS, 2018).

No contexto da formação acadêmica em Enfermagem, ainda há uma prevalência da

forma tradicional de ensino. Embora a ABP idealizada por Howard Barrows na década de 1960 ainda venha sendo adotada em várias partes do mundo, principalmente em cursos de medicina, com inúmeras contribuições para o pensamento crítico e criativo na formação profissional, sua implementação em cursos de Graduação em Enfermagem, em sua grande maioria, tem se dado de maneira experimental, restrita muitas vezes a um tema, módulo ou disciplina específica (SANTOS, 2019).

A auditoria em enfermagem tem como atributo, entre outras coisas, a avaliação e a revisão da assistência de assistência em enfermagem e seus resultados, dispondo-se, para isso, de aspectos legais, técnicos e éticos (SILVA, 2019). Nesse sentido, a ABP emprega na formação profissional aspectos intrínsecos, não só a figura do enfermeiro auditor, como também da equipe de Enfermagem em geral que atua colaborativamente possibilitando a excelência dos serviços prestados ao paciente.

Pressupõe-se que quando empregada no âmbito da disciplina de auditoria em enfermagem, a ABP oportuniza o preenchimento parcial da lacuna deixada pela dicotomia entre teoria e prática, ao passo que confere ao acadêmico uma nova hermenêutica da realidade concreta em que ele está ou venha a se inserir. Frente ao exposto, o objetivo deste artigo é relatar a experiência de graduandos de enfermagem frente à aplicação da metodologia da problematização no ensino de Auditoria em Enfermagem.

2 | MÉTODO

Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, fruto da aprendizagem baseada em problemas – ABP – que consiste em uma proposta pedagógica centrada no estudante e tem como base a resolução de problemas propostos (PAIVA, 2016). Elaborado no âmbito da disciplina de Auditoria em Enfermagem, foi conduzido em uma instituição pública de ensino superior, localizada no interior do Nordeste brasileiro, em janeiro de 2020.

Participaram do grupo tutorial uma docente (tutora) e 27 acadêmicos de enfermagem, em diferentes etapas de sua formação, divididos igualmente em 3 grupos. Para cada grupo foram eleitos um Coordenador e um Relator com papéis pré-definidos conforme cada função. As atividades sucederam-se em dois encontros, respectivamente, no período da manhã e tarde.

Como objeto de reflexão, buscou-se trabalhar o tema acreditação hospitalar e o papel do enfermeiro auditor neste contexto. Para isso, foi disposto de uma situação motivadora, perpassando cenário semelhante ao encontrado por o profissional na realidade do serviço de saúde, juntamente com 8 problemas interligados ela.

Os problemas foram sorteados por meio de amostragem aleatória simples, de modo que garantisse a imparcialidade quanto a escolha do tema por grupo. A atividade esteve dividida em sete etapas: 1- Leitura do problema, identificação e esclarecimento de termos desconhecido; 2- Identificação dos problemas propostos; 3- Formulação de hipóteses

("brainstorming"); 4- Resumo das hipóteses; 5- Formulação dos objetivos de aprendizagem; 6- Estudo individual dos objetivos de aprendizagem; e 7- Rediscussão do problema frente aos novos conhecimentos adquiridos (MARTINS, 2018). As atividades desenvolvidas em cada etapa são apresentadas no quadro 1.

3 I RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi evidenciada a importância, por parte dos discentes, da utilização da metodologia ativa em questão, uma vez que é uma ferramenta de aquisição e construção de conhecimento de forma coletiva e democrática. Para isso, foram seguidas as etapas do PB, conforme quadro 1.

ETAPAS	ATIVIDADES REALIZADAS
1- Leitura do problema, identificação e esclarecimento de termos desconhecido;	Observação crítica e reflexiva, de forma geral, da situação e problemas proposta ao grupo tutorial, aonde se foi colocado em diálogo os conhecimentos prévios acerca do assunto e os questionamentos quanto a novos termos encontrados.
2- Identificação dos problemas propostos;	A partir da identificação da situação proposta, e da verificação dos problemas inerentes a ela, buscou-se a formulação de hipóteses ("brainstorming").
3- Formulação de hipóteses ("brainstorming");	Foram apresentadas explicações, pontuais e rápidas, para as questões com base no conhecimento prévio que o grupo possuía sobre o assunto.
4- Resumo das hipóteses;	Síntese e organização de forma coesa e coerente das hipóteses levantadas na etapa anterior.
5- Formulação dos objetivos de aprendizagem;	Período no qual os discentes estabeleceram os objetivos de aprendizagem que levaram os membros do grupo ao aprofundamento e complementação destas explicações. Nessa etapa, os discentes elaboraram objetivos para solucionar a problemática apresentada.
6- Estudo individual dos objetivos de aprendizagem;	Análise da literatura científica, possibilitando a concretização das metas traçadas, servindo como base para enfrentamento da rediscussão em grupo.
7- Rediscussão do problema frente aos novos conhecimentos adquiridos	Compartilhamento e diálogo dos novos conhecimentos adquiridos, junto ao grupo tutorial, concomitantemente com a solução da situação problemática antes apresentada.

Quadro 1: Etapas e suas respectivas atividade. Picos, 2020.

Fonte: adaptado> Berbel, 1998.

Inicialmente a turma foi dividida em grupos e elegeu-se dentro do grupo um coordenador e um secretário/relator. Ao discente coordenador, incumbiam as funções

de: respeitar posições individuais e garantir que estas sejam discutidas pelo grupo com seriedade, e que tenham representação nos objetivos de aprendizado sempre que o grupo não conseguir refutá-las adequadamente; Resumir as discussões quando pertinentes; exigir que os objetivos de aprendizado sejam apresentados pelo grupo de forma clara e objetiva e compreensível para todos e que sejam específicos e não amplos e generalizados; e solicitar auxílio do tutor quando pertinente.

Ao discente relator, coube: anotar em quadro, de forma legível e compreensível, as discussões e os eventos ocorridos no grupo tutorial de modo a facilitar uma boa visão dos trabalhos pelos envolvidos; ser claro e conciso em suas anotações e fiel às discussões ocorridas, solicitando ajuda do coordenador dos trabalhos; respeitar as opiniões do grupo e evitar privilegiar suas próprias opiniões; anotar com rigor os objetivos de aprendizagem apontados pelo grupo; deve anotar as discussões posteriores e classificá-las segundo os objetivos de aprendizado anteriormente apontados.

Após isso, foram sorteadas as situações-problema para cada um, na qual os participantes tiveram que fazer uma leitura pormenorizada do texto a fim de identificar o problema e esclarecer os termos desconhecidos, constituindo a primeira etapa do processo. A situação problema fictícia trazida foi a de um hospital, Santa Madalena, que está pleiteando receber o selo de acreditação por meio da metodologia ONA. O primeiro passo dado pela instituição foi buscar uma avaliação primária de uma Instituição Acreditora Credenciada (IAC). Ao receber o relatório da avaliação primária foram destacadas algumas fragilidades, a saber: ausência de instalações voltadas para a prática da pesquisa e educação permanente em Saúde.

A segunda etapa consistiu em identificar as questões de dimensão biológica, psicológica e social propostas pelo enunciado. No terceiro momento, lançou-se mão da técnica do Brainstorm, na qual foram apresentadas explicações para as questões com base no conhecimento prévio que o grupo possuía sobre o assunto. O brainstorming é uma ferramenta associada à criatividade e utilizada, geralmente, na fase de planejamento de um projeto, na busca de soluções para um determinado problema. O método foi criado em 1939, por Alex Osborn (1987), o qual define o termo brainstorm como o ato de “usar o cérebro para tumultuar um problema” (SANTOS, 2019).

Posteriormente, houve o período no qual os discentes estabeleceram os objetivos de aprendizagem que levaram os membros do grupo ao aprofundamento e complementação destas explicações. Nessa etapa, os discentes elaboraram objetivos para solucionar a problemática apresentada.

O primeiro objetivo proposto foi conscientizar a gestão hospitalar acerca da indispensabilidade de se implantar um núcleo de educação permanente dentro do serviço. Para endossar a discussão, foi apresentada a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), cujas diretrizes foram implementadas pela portaria nº 1.996 no ano de 2007. Tem como finalidade transformar as práticas do trabalho, com base em reflexões

críticas, propondo o encontro entre os mundos da formação e do trabalho, através da interseção entre o aprender e o ensinar na realidade dos serviços (SILVA *et al.*, 2019).

Elencou-se que a falta de conhecimento acerca da importância da pesquisa científica estava relacionada diretamente com a problemática exibida, compondo assim a lista de fatos que explicam a ocorrência do problema. Com isso, o objetivo era explanar para o gestor a importância da pesquisa científica como fator de melhoria da assistência que é prestada pela equipe de enfermagem.

Com base na busca de um referencial teórico que sustentasse a explicação supracitada, encontrou-se Lemos (2015), que fala da dificuldade enfrentada pelos profissionais de saúde em aplicar os conhecimentos possuídos por eles e solucionar as problemáticas da realidade concreta em meio a dinâmica diária do serviço. Neste sentido, o autor discorre que por intermédio da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, o Ministério da Saúde estimula a criação de rodas de conversa permanente entre os profissionais, onde os mesmos a partir de pesquisas científicas teriam fundamentos para produzir soluções criativas, não só eficazes, mas também eficientes, que melhorassem a assistência local prestada ao paciente.

Se trata de transformar a pesquisa em saúde em pesquisa para a saúde, tendo como alvo atender as necessidades pessoais de cada paciente. Além disso, os profissionais teriam a oportunidade de configurar a pesquisa científica em uma forma de transformar a realidade ocupacional e solucionar os casos e problemas mais vivenciados no exercício do trabalho. Sendo assim, compõe-se uma oportunidade de que o gestor compreenda a importância da responsabilização com a educação profissional da equipe de enfermagem, que garante uma assistência qualificada e pautada em embasamento científico.

O terceiro objetivo constituiu na solicitação de prestação de contas à gestão hospitalar. Segundo Paim (2007) e Castilho *et al.* (2011), a auditoria em saúde pode ser desenvolvida em vários setores e por diferentes profissionais com destaque para médicos e enfermeiros auditores que, apesar de atuarem em áreas específicas, em prol de garantir assistência de qualidade ao cliente, evitar desperdícios e controlar os custos. Vale salientar que a elevação dos custos tem chamado atenção por parte dos gestores hospitalares, profissionais de saúde e das fontes pagadoras da assistência, seja o serviços públicos ou privados.

Sabendo que a qualidade da assistência pode estar relacionada com o investimento a ela direcionada, vale ressaltar a necessidade de verbas direcionadas ao setor da saúde. De acordo com as auditorias realizadas, é possível analisar, identificar, concluir e redirecionar os custos das instituições de saúde.

Um estudo de Rosa (2012), caracteriza o auditor enquanto agente de promoção da qualidade da assistência por meio de variáveis previamente estabelecidas, atuando em programas de educação permanente, bem como em ações de diagnóstico de desempenho de seus processos, incluindo as atividades de cuidado direto ao paciente e aquelas de

natureza administrativa que estão presentes nas instituições de saúde.

No quarto objetivo foi proposto apresentar à gestão modelos nos quais demonstrem os benefícios da Educação Permanente em Saúde no contexto de uma instituição de saúde. Como suporte teórico científico teve-se a pesquisa de Lavich (2017), em que os resultados apontaram que a instalação do Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPE) revelou-se um dispositivo para o desencadeamento das ações de educação permanente pelos enfermeiros dos hospitais de ensino. Dentre estratégias potentes que os enfermeiros facilitadores vem desenvolvendo, destacam-se a flexibilidade para os encontros, autonomia, as reuniões possibilitadas pelo NEPE, as consultas de enfermagem e a progressão profissional.

O último objetivo consistiu em compreender os impactos que a ausência da Educação Continuada causam na qualidade da assistência de Enfermagem do hospital. Sabe-se que diante da desqualificação do componente pedagógico adotado pelas equipes de saúde e da fragilidade na formação e capacitação é necessário implantar ações no cotidiano dos profissionais, mostrando-se fundamental que os trabalhadores da área de saúde e todos os atores diretamente ligados à prestação nos serviços de saúde procurem conhecer mais sobre a proposta da educação permanente enquanto estratégia de reorientação de recursos humanos e práticas de saúde (LEMOS, 2015).

Seguiu-se com o estudo individual respeitando os objetivos a serem alcançados, a rediscussão no grupo tutorial dos avanços do conhecimento obtidos e apresentação à sala se constituíram as últimas etapas. Tais etapas proporcionaram aos estudantes a elucidação da temática em estudo no ensino da Auditoria em Enfermagem, a Educação Permanente em Saúde.

Essas discussões foram fundamentais no estudo de Sampaio *et al.* (2018), nas quais notou-se que constituíram momentos de reflexão e aprofundamento do saber, essenciais à formação de enfermeiros, que devem atender às necessidades de saúde da população. No entanto, professores e alunos, na realidade, distanciam-se do diálogo, da compreensão das dificuldades do outro, da integralidade nas relações estabelecidas no processo de formação.

No presente estudo, o método de aprendizado empregado, PBL, foi de extrema relevância ao desenvolvimento de habilidades, a exemplo da condução do trabalho em equipe, da capacidade de tomada de decisões compartilhada, capacidade de gestão, disseminação e descentralização de informações, em que são atividades inerentes ao enfermeiro e indispensáveis à qualidade do seu trabalho.

Segundo o estudo de Zagarra & Canastra (2014), constatou que as potencialidades do método PBL estão associadas a um processo de aprendizagem centrado na autonomia e na responsabilidade de cada estudante, na pesquisa e na resolução dos problemas identificados. Esse tipo de metodologia privilegia um modelo formativo baseado em competências, especificamente as transversais, ou seja, aprender a aprender um ofício

enquanto profissão que se constrói no quadro da trajetória formativas e profissionais.

4 | CONCLUSÃO

O estudo em questão enfatizou e descreveu a experiência de graduandos de Enfermagem na aplicação da ABP no contexto da disciplina de Auditoria em Enfermagem. Constituiu-se uma experiência exitosa, uma vez que pode-se perceber o quanto a metodologia enriquece e oportuniza o aprendizado, tornando-o mais fácil de ser assimilado, especialmente na disciplina de Auditoria, que, por vezes, é vista sob uma ótica de maior complexidade.

É indiscutível o benefício da aplicabilidade da ABP em grupos tutoriais, principalmente quando refere-se a estudantes de graduação de nível superior, pelo fato de torná-los protagonistas da resolutividade objetivada, visto que é uma ferramenta de aquisição e construção de conhecimento de forma coletiva e democrática.

Conclui-se que, a ABP permite uma experiência positiva em amplo aspecto, pois permite que inicialmente os participantes individualmente expressem seus pontos de vista para formar um conhecimento geral do grupo, o que proporciona o desenvolvimento de habilidades, capacidade de tomada de decisões, de gestão, disseminação e descentralização de informações, os quais são quesitos indispensáveis ao enfermeiro e à qualidade do trabalho do mesmo.

REFERÊNCIAS

BERBEL, N. A. N. "Problematization" and Problem-Based Learning: different words or different ways?. **Revista Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, v. 2, n. 2, 2019.

BORGES, M. C.; CHACHÁ, S. G. F.; QUINTANA, S. M.; FREITAS, L. C. C.; RODRIGUES, M. L. V. Aprendizado Baseado em Problemas. **Revista de Medicina da USP**, Ribeirão Preto, v. 47, n. 3, p. 301-7, 2014.

BRASIL. Ministério da saúde. **Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS)**. Brasília, DF, 2017.

CASTILHO, V.; CASTRO, L. C.; COUTO, A. T.; MAIA, F. O. M.; SASAKI, N. Y.; NOMURA, F. H. *et al.* Survey of the major sources of waste in the health care units of a teaching hospital. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n.12, p. 1713-1620, 2011.

GOSENHEIMER, N. A.; CARNEIRO, M. L. F.; CASTRO, M. S. Estudo comparativo da metodologia ativa "gincana" nas modalidades presencial e à distância em curso de graduação de Farmácia. **ABCS Health Sciences**, v. 40, n. 3, p. 234-40, 2015.

LAVICH, C. R. P.; TERRA, M. G.; MELLO, A. L.; RODATZ, M.; ARNEMANN, C. T. Ações de educação permanente dos enfermeiros facilitadores de um núcleo de educação em enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 1, p. 62261, 2017.

LEAL, L. B. *et al.* Problematização ativa de métodos como estratégia para treinamento em saúde: método ativador de métodos como uma estratégia de capacitação. **Revista de enfermagem da UFPE on line**, v. 4, n. 12, p. 1139- 43, 2018.

LEMOS, C. L. S. Educação permanente em saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente?. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 913, 2015.

MARTINS, J. D. M.; SILVA, M. D. O. P.; MARTINS, A. M. A percepção de discentes sobre uma prática didática- pedagógica de Problem- Based Learning. 1º **Congresso de Iniciação Científica CCGunB**[©]. Brasília DF, 2018.

OSBORN, A. **O Poder Criador da Mente: princípios e processos do pensamento criador e do “brainstorming”**. Traduzido por E. Jacy Monteiro. São Paulo: Ibrasaeditora, 1987.

PAIM, C. R. P.; CICONELLI, I. R. M. Audit to assess the quality of health care services. **Revista de Administração em Saúde**, v. 9, n. 36, p. 85-91, 2017.

PAIVA, M. R. F.; PARENTE, J. R. F. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem: revisão integrativa. **Revista de Políticas Públicas**, v.15, n. 2, p. 145-153, 2016.

PEREIRA, L. D'Á. *et al.* Educação Permanente em Saúde: uma prática possível. **Revista de enfermagem da UFPE online**, Recife, p. 1470, 2018.

ROSA, V. L. A Evolução da auditoria em saúde no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, p. 1613-1620, 2011.

SAMPAIO, C. L.; NERI, M. F. S.; ARAÚJO, M. A. M.; CAETANO, J. A.; ELOIA, S. M.

C.; SOUZA, A. M. A. Aprendizagem baseada em problemas no ensino da tanatologia, no curso de graduação em enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 22, n. 3, 2018.

SANTOS, M. Z. *et al.* Graduação em enfermagem: ensino por aprendizagem baseada em problemas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 4, p. 1128- 35, 2019.

SANTOS, S. S. A integração do ciclo básico com o profissional no Curso de Graduação em Medicina: uma resistência exemplar. Rio de Janeiro: **Papel & Virtual**; Teresópolis: FESO; 2005.

SILVA, V. A. *et al.* Auditoria da qualidade dos registros de enfermagem em prontuários em um hospital universitário. **Revista de enfermagem em Foco**, v. 3, n. 10, p. 28- 33, 2019.

ZEGARRA, G.; CANASTRA, F. O método problembased (pbl) no contexto da formação de futuro(as) enfermeiros(as). O relato de experiência. **Revista saúde e desenvolvimento humano**, v. 2, n. 2, p. 105-114, 2014.

CAPÍTULO 8

AS IMPLICAÇÕES DO TRABALHO EM TERAPIA INTENSIVA NOS ORGANISMOS DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 06/10/2020

Thiago Quinellato Louro

Universidade Federal Fluminense,
Departamento de Enfermagem
Rio das Ostras – Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/6498481950803164>

Lidiane da Fonseca Moura Louro

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Biociências
Rio de Janeiro – Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/6146669826821003>

Carlos Roberto Lyra da Silva

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Departamento de Enfermagem Fundamental
Rio de Janeiro – Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/5699679119049526>

Roberto Carlos Lyra da Silva

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Departamento de Enfermagem Fundamental
Rio de Janeiro – Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/3110045515852703>

Daniel Aragão Machado

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Departamento de Enfermagem Fundamental
Rio de Janeiro – Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/8870198588168407>

Cristiano Bertolossi Marta

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Enfermagem
Rio de Janeiro – Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/0832187936569731>

Nébia Maria Almeida de Figueiredo

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto
Rio de Janeiro – Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/8601378296411619>

RESUMO: O objetivo do estudo foi avaliar as repercussões das condições vivenciadas no trabalho, nos organismos dos profissionais de enfermagem atuantes em Centro de Terapia Intensiva (CTI). Como método se tratou de um estudo do tipo antes e depois. O cenário foi um CTI municipal, situado na região dos Lagos do Estado do Rio de Janeiro. Os sujeitos foram 17 indivíduos da equipe de enfermagem. O procedimento de coleta de dados foi desenvolvido em 3 etapas: pré-plantão (questionário informativo e dados fisiológicos: frequência cardíaca, pressão arterial, teste audiométrico digital e o tempo total do teste de trilhas; Inventário de Estresse em Enfermeiros), decorrer do plantão (níveis de ruído ambiental, tempo estímulo resposta) e pós-plantão (frequência cardíaca, pressão arterial e teste de atenção). A análise foi pautada em: estatística descritiva, teste Shapiro-Wilk, Teste de Wilcoxon, Correlação de Pearson e Spearman. Os resultados apontaram que as repercussões se fizeram presentes através das variáveis frequência cardíaca, pressão arterial sistólica, diastólica, ocasionando o aumento significativo

no decorrer do estudo. Houve influência da mesma forma no nível de atenção dos sujeitos, explicitando o estado de vigilância e excitação motora, ao mesmo tempo que apresentam déficit na execução de atividades complexas. Ao final foi possível concluir que tanto os sujeitos do estudo quanto os indivíduos aos quais são cuidados por eles se encontram vulneráveis às condições vivenciadas nos CTIs. Os dados obtidos neste estudo nos apontaram que o ruído ambiental é um problema presente no cenário estudado. O presente estudo propiciou verificar que em comparação a outros estudos, o mesmo problema também é encontrado em outras unidades assistenciais de alta complexidade, o que nos permite inferir a possibilidade da existência de uma “Síndrome” em profissionais de enfermagem atuantes em CTIs, que se encontram vulneráveis nesse contexto.

PALAVRAS - CHAVE: Enfermagem, Cuidados críticos, Saúde do trabalhador.

THE IMPLICATIONS OF WORK IN INTENSIVE CARE IN THE ORGANISMS OF NURSING PROFESSIONALS

ABSTRACT: The objective of the study was to evaluate the repercussions of the conditions experienced at work, in the bodies of nursing professionals working in the Intensive Care Center (ICU). As a method it was a study of the type before and after. The scenario was a municipal CTI, located in the Lagos region of the State of Rio de Janeiro. The subjects were 17 individuals from the nursing team. The data collection procedure was developed in 3 stages: pre-shift (information questionnaire and physiological data: heart rate, blood pressure, digital audiometric test and the total time of the trail test; Stress Inventory in Nurses), during the shift (environmental noise levels, stimulus response time) and post-shift (heart rate, blood pressure and attention test). The analysis was based on: descriptive statistics, Shapiro-Wilk test, Wilcoxon test, Pearson’s correlation and Spearman. The results showed that the repercussions were present through the variables heart rate, systolic, diastolic blood pressure, causing a significant increase during the study. There was also an influence on the level of attention of the subjects, explaining the state of vigilance and motor excitement, at the same time that they present a deficit in the execution of complex activities. In the end it was possible to conclude that both the study subjects and the individuals they are cared for are vulnerable to the conditions experienced in the ICUs. The data obtained in this study pointed out that environmental noise is a problem present in the studied scenario. The present study allowed us to verify that, in comparison with other studies, the same problem is also found in other care units of high complexity, which allows us to infer the possibility of the existence of a “Syndrome” in nursing professionals working in ICUs, which find themselves vulnerable in that context.

KEYWORDS: Nursing, Critical Care, Occupational Health.

1 | INTRODUÇÃO

A utilização de tecnologias no setor saúde tem sido nos últimos anos, cada vez mais, objeto de investigação entre os profissionais desta área, e no tocante à enfermagem não poderia ser diferente. O uso das mesmas no ambiente do cuidado, e as implicações dos ruídos oriundos destas, como fator de stress em toda a equipe, mas principalmente

nos profissionais de enfermagem que assistem aos clientes encontrados nas unidades de terapia intensiva (UTI) constitui-se em um tema bem atual e urgente de investigação voltada para a saúde do trabalhador de enfermagem.

Os constantes avanços tecnológicos e a incorporação e apropriação de tecnologias na terapia intensiva, sobretudo aquelas voltadas para o suporte avançado de vida, tem trazido para os profissionais de enfermagem alguns desafios, questionamentos e reflexões, sobretudo no que diz respeito ao modo como cuidamos e assistimos esses doentes, e como nos relacionamos não só com máquinas, mas com todo o ambiente e seus ruídos.

Além das tecnologias como aquelas que se encerram nos sistemas de monitorização multiparâmetros, o destaque neste estudo foi para o corpo do profissional que recebe através do canal auditivo, ruídos do ambiente capazes de irritar, adoecer, considerando o redimensionamento de tecnologias em relação ao corpo humano, podemos afirmar que o sistema auditivo pode ser considerado um instrumento/tecnologia do corpo que contribui para o pleno funcionamento do corpo humano de uma maneira geral, onde uma possível lesão comprometerá o seu todo (SILVA, 2006).

O desenvolvimento tecnológico dos equipamentos eletromédicos, medicamentos, exames diagnósticos, entre outros, possibilitou avanços no cuidado ao doente grave, e conseqüentemente, contribuiu para a recuperação de sua saúde. Sendo assim, essas tecnologias tornaram-se fundamentais na prestação de cuidados aos doentes graves.

Os sistemas de monitorização multiparâmetros, seja por métodos invasivos ou não, permitiram a medição frequente, contínua e precisa das variáveis fisiológicas e vitais utilizadas frequentemente para o diagnóstico clínico e orientação da terapêutica, contribuindo dessa forma, não só para a melhora do prognóstico do doente grave, mas também da segurança do doente, uma vez que dispõem de sistemas de alarmes que alertam os profissionais de saúde acerca de possíveis alterações nos parâmetros vitais, potencialmente fatais (NISHIDE e CINTRA, 2000).

O uso das tecnologias no assistir prestado em unidades de terapia intensiva é alvo constante de pesquisadores que as investigam, tanto do ponto de vista de sua indicação, eficiência, resolubilidade, ou como possíveis fatores iatrogênicos (SILVA e LOURO, 2010). Neste sentido, os ruídos emitidos não só por tais equipamentos também se tornaram objetos de investigação para a comunidade científica, não somente a de enfermagem, mas na área da saúde de maneira geral.

Em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), dentre outros, o nível de ruído provocado pelo funcionamento e disparo de alarmes de equipamentos eletromédicos, tais como os de bombas de infusão, monitores multiparamétricos, ventiladores mecânicos, oxímetros de pulso, dentre outros, precisam ser considerados pelos profissionais de saúde como algo que poderá ser desconfortante para o doente e da mesma forma para a equipe, tornando-os vulneráveis aos efeitos da poluição sonora, uma vez que a mesma se constitui em um importante fator de stress tanto para os clientes, quanto para os profissionais, o que tem

sido um a preocupação a mais, nos dias de hoje.

Em estudo multidisciplinar Korniewicz, Clarke e David (2008) realizaram o levantamento da efetividade dos alarmes clínicos. O estudo foi desenvolvido para determinar junto aos hospitais e profissionais de saúde problemas associados a alarmes. O levantamento on-line foi desenvolvido por uma força-tarefa de 16 membros representada por engenheiros, enfermeiras, tecnólogos clínicos, entre outros, para avaliar as razões por que profissionais de saúde não respondem a alarmes clínicos.

De um total de 1.327 pessoas que responderam ao levantamento, 51% eram enfermeiras, 31% trabalhavam em terapia intensiva. Mais de 90% dos entrevistados concordaram com a afirmação do estudo de que é necessário priorizar os alarmes e poder diferenciá-los facilmente de forma visual e auditiva.

Da mesma maneira, muitos entrevistados identificaram os alarmes como um aborrecimento e tal fato como problemático; 77% dos entrevistados afirmaram que a frequência dos alarmes interrompe o cuidado ao doente e 78% dos entrevistados afirmam que a frequência dos alarmes diminui a confiança de sua veracidade e leva a equipe a desabilitá-los.

A premissa do presente estudo foi acreditar que existe uma síndrome nos profissionais que é causada por ruídos dentro do CTI, estas com possíveis implicações fisiológicas, cognitivas e técnico comportamentais.

Para discutir acerca de síndrome, nos pautamos no discurso de Nascimento E Souza (2001) que descreveu a Síndrome da Assistência de Enfermagem, e a conceituou da seguinte maneira: “conjunto de lesões, danos, ou ainda, sensações que podem ser observadas durante a assistência de enfermagem, quer seja a partir dessa própria assistência, quer seja pela condição conjuntural do momento em que a mesma é prestada”.

Em um primeiro momento parece semelhante a abordagem de síndrome deste estudo com os preceitos de Nascimento, a diferença se dá no momento em que a mesma afirma que as síndromes da assistência de enfermagem, advêm de um dano que fere o corpo, ou ainda de uma sensação provocada pela mudança estrutural e funcional dos tecidos, causada ao cliente durante a assistência de enfermagem. Conforme informamos anteriormente, nosso foco foi a saúde do profissional de enfermagem.

Concordamos com Nascimento e Souza (2001) quando afirmou que as síndromes da assistência de enfermagem se caracterizam por estarem incorporadas ao cotidiano desta assistência, sendo praticada de forma repetitiva e institucionalizada.

Tal consideração pode ser feita em relação aos ruídos, pelo fato do mesmo já se encontrar impregnado e institucionalizado no ambiente da terapia intensiva, tanto pelos clientes, quanto pelos profissionais, onde normalmente apenas os primeiros apresentam queixas no momento em que pretendem dormir.

O problema se dá exatamente pela institucionalização do ruído, que deste modo se torna imutável, o que não deveria ser o pensamento ideal. Neste sentido afirmamos

que a caracterização da síndrome do ruído ambiental tem o objetivo de evitá-la a partir da elaboração de propostas, o que as diferenciam de uma síndrome clínica, por ser esta, um conjunto de sinais e sintomas que possibilitam um diagnóstico a título de tratamento, podendo através deste ser reversível ou não (BLAKISTON, 1970, apud NASCIMENTO & SOUZA, 2001).

Em razão da relevância do tema, Leitão, Fernandes e Ramos (2008) procederam com um estudo a partir de um levantamento de dados, onde foram abordados os principais riscos ocupacionais a que a equipe de enfermagem está exposta, a fim de obter suporte técnico e científico para implementação de ações de qualidade à assistência da equipe de enfermagem exposta aos riscos.

Estudos no ambiente de terapia intensiva demonstram que altos níveis de ruídos interferem na comunicação, ocasiona perda de atenção, irritabilidade, fadiga, cefaléia, contraturas musculares, elevação da frequência cardíaca e da pressão arterial, além da piora na qualidade do sono, tanto na equipe profissional, quanto nos pacientes. (PEREIRA, TOLEDO, AMARAL, et al., 2003)

Da mesma forma Bulhões (2004) afirma que o treinamento insuficiente, a gerência irresponsável, a insuficiência de comunicação entre os departamentos, a baixa confiabilidade nos equipamentos e, principalmente, a falha humana, contribuem para a ocorrência de acidentes de trabalho em UTIs.

O estudo supracitado evidenciou que os profissionais de enfermagem que trabalham em UTIs estão constantemente expostos a fatores de risco que cooperam para a ocorrência de acidentes ocupacionais e para o surgimento de doenças relacionadas ao trabalho.

Os dados coletados mostraram que os profissionais percebem os riscos, porém acham que são típicos da enfermagem e que a dedicação ao trabalho extenuante e penoso faz parte da vocação para exercer a Enfermagem. Este é o principal motivo pelo qual os agravos relacionados ao trabalho não são notificados (op cit).

Após as explanações anteriormente desenvolvidas parece evidente que embora os alarmes existentes no ambiente do CTI, sejam importantes e salvem vidas, eles também podem comprometer a vida dos doentes e dos profissionais se ignorados, principalmente quando se encontram em excesso e sobrepostos. Assim sendo os ruídos, podem piorar quando as condições de trabalho forem adversas, ou quando o dimensionamento de pessoal for inadequado, podendo causar mais riscos aos clientes e aos profissionais.

Portanto a presente pesquisa se propôs avaliar as repercussões das condições vivenciadas no trabalho, nos organismos dos profissionais de enfermagem atuantes em Centro de Terapia Intensiva (CTI).

2 | MATERIAS E MÉTODOS

No tocante ao delineamento metodológico, a presente pesquisa tratou-se de um

estudo do tipo antes e depois. De acordo com Polit e Beck (2011) estudos com este delineamento, implicam na realização de uma intervenção, entretanto, diferentemente dos estudos experimentais, não exigem a randomização dos sujeitos da pesquisa, não havendo grupo controle. Neste sentido, nos pautamos nas palavras de Hulley et al. (2008) onde os mesmos afirmam que, neste enquadramento metodológico, cada sujeito é o controle de si mesmo, para fins de avaliação da efetividade da intervenção.

O cenário utilizado, foi uma Unidade de Terapia Intensiva de instituição pública municipal de assistência à saúde, situada na região dos Lagos do Estado do Rio de Janeiro. A escolha do referido serviço deu-se pelo fato de ser a única instituição no município a ser desenvolvido à pesquisa, que dispõem de Unidade de Terapia Intensiva. Tal unidade utilizada como cenário dessa propositura possuía uma área coletiva de aproximadamente 46 m², sendo constituída por 6 leitos comuns, todos na mesma área coletiva.

Os sujeitos foram 17 indivíduos da equipe de enfermagem (5 enfermeiros e 12 técnicos de enfermagem), cabe ressaltar que a equipe de enfermagem era composta em sua totalidade por 5 enfermeiros e 15 técnicos de enfermagem. Se faz mister ressaltar que a escala diária de enfermagem do referido setor era de 1 enfermeiro e 3 técnicos de enfermagem, por plantão de 24 horas. O que motivou a escolha da equipe de enfermagem como sujeitos do estudo, deveu-se ao fato desta ser a equipe que efetivamente assiste ao cliente diariamente por 24 horas.

Todos os profissionais atuantes no cenário supracitado foram convidados a participar do estudo, aqueles que autorizaram suas participações, explicitaram tal decisão através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE, coadunando com o discorrido na Resolução 466/2012 de Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Os critérios de inclusão foram: serem profissionais da equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem); executarem atividades assistenciais em UTIs.

Os critérios de exclusão foram: uso de anti-hipertensivos; trabalho por 12 ou 24h imediatamente antes à assinatura do TCLE; possuírem histórico de distúrbios neurológicos ou psiquiátricos; relato de uso excessivo de álcool ou drogas ilícitas.

Vale destacar que esta pesquisa foi cadastrada na Plataforma Brasil, e devidamente apreciada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, sendo aprovado conforme parecer nº: 910.360.

O procedimento de coleta de dados foi desenvolvido em 3 etapas, quais sejam: pré-plantão, decorrer do plantão e pós-plantão, da seguinte maneira:

- Pré-plantão: a partir da aplicação o questionário informativo, onde constavam dados do perfil profissional do indivíduo; seu perfil de saúde e dados fisiológicos: frequência cardíaca, pressão arterial, teste audiométrico digital e o tempo total do teste de trilhas (Trail Making Test), composto de duas partes (Trilhas A e Trilhas B), o referido teste buscou avaliar a atenção, sequenciamento, flexi-

bilidade mental, busca visual e função motora; e o Inventário de Estresse em Enfermeiros (IEE) desenvolvido por STACCIARINI & TRÓCOLLI (2000);

- No decorrer do plantão: foram verificados os Níveis de Ruído Ambiental – NRA ambiental (decibéis ponderados - dBA); e o tempo estímulo resposta dos profissionais da equipe de enfermagem, aos alarmes oriundos dos equipamentos assistenciais (monitores multiparamétricos, ventiladores mecânicos e bombas infusoras).
- Pós plantão: no período pós plantão, foram realizadas mesmas verificações feitas do período pré – plantão.

A coleta dos dados, foi realizada em 5 plantões de enfermagem, não consecutivos, totalizando 40 horas de observação, uma vez que a mesma ocorreu por um período de 8 horas por dia, das 8 às 12 horas e das 16 às 20 horas, entre os meses de setembro e outubro de 2015, conforme descrito anteriormente no método.

Os dados foram compilados e analisados com auxílio do programa Bioestat 5.0, com licença gratuita disponibilizada online. Os mesmos foram apresentados descritivamente, através de média, mediana, desvio padrão, intervalo interquartil, mínimo, máximo e frequência simples.

Para a verificação da normalidade (P) dos dados, foi realizado o teste Shapiro-Wilk, devido ao tamanho da amostra ($n=17$) dos sujeitos da pesquisa.

Para o teste das hipóteses, foi o utilizado o Teste de Wilcoxon, que compara dados obtidos em esquema de pareamento, e usa conceitos estatísticos para rejeitar ou não uma hipótese nula quando a estatística segue uma distribuição não paramétrica.

Para verificar a significância estatística da exposição ambiental aos ruídos existentes nas UTIs e a Síndrome do Ruído Ambiental, foram realizados dois tipos de Análise de Correlação, em virtude dos dados apresentarem tanto padrões paramétricos como não paramétricos. No sentido de contemplar uma maior possibilidade de correlações, foram realizados os seguintes testes: Correlação de Pearson (paramétrico) e Spearman (não paramétrico).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Com a finalidade de apresentar de maneira sucinta as variáveis coletadas, no que tange à descrição do perfil dos sujeitos, cabe destacar que se tratavam de indivíduos jovens, majoritariamente do sexo feminino, casadas, com tempo médio de experiência profissional em UTI de aproximadamente 10 anos, com carga horária semanal de trabalho de aproximadamente 40 horas.

A amostra dos sujeitos manifestou a existência de patologia pregressa, onde apenas 30% dos sujeitos relataram não possuir nenhuma disfunção. O padrão audiométrico não revelou comprometimento auditivo, isto pareceu não comprometer as atividades laborais

destes profissionais. Porém enfatizamos alguns relatos de percepção de zumbido (24%), pelo fato deste sintoma ser um forte indício de desenvolvimento de perda auditiva induzida por ruído, que mereceria um acompanhamento a longo prazo para determinação diagnóstica, e que pode ser apresentada mesmo em pessoas com audiometria normal.

No tocante à variável que caracterizou o perfil ambiental, mereceu destaque o nível de pressão sonora encontrado, que apresentou uma média de $76 \pm 0,6$ decibéis (dba), considerando apenas as médias diárias. Entretanto, encontramos um percentual muito baixo de alarmes atendidos pelos profissionais de enfermagem atuantes no setor, onde somente 60% dos alarmes foram atendidos.

As condições supracitadas demonstraram alterações de comportamento dos profissionais, diante dos alarmes disparados, que podem estar relacionadas ao nível elevado de ruído ambiental, podendo haver sobreposição de ruídos, se consideradas as suas diversas fontes.

As repercussões das condições ambientais do trabalho em CTI na saúde do trabalhador de enfermagem, objetivo do presente estudo, se fizeram presentes através das variáveis frequência cardíaca, pressão arterial sistólica, diastólica, ocasionando o aumento significativo no decorrer do estudo. Conforme poderá ser visualizado nas figuras 1 e 2.

Variáveis	X	S	P
IEE	128,1176	29,1438	0.0128*
FC1 (bpm)	79,1176	7,3219	0.5137
PAS1 (mmHg)	127,0588	9,6726	0.684
PAD1 (mmHg)	83	13,8699	0.379
Trilhas A1 (seg.)	34,8235	9,3824	0.2222
Trilhas B1 (seg.)	115	57,3127	0.0129*
FC2 (bpm)	84,1176	8,2225	0.0356*
PAS2 (mmHg)	129,9412	8,6275	0.99
PAD2 (mmHg)	85,0588	11,9136	0.6094
Trilhas A2 (seg.)	28,7647	15,8805	0.0084*
Trilhas B2 (seg.)	166,0588	108,1766	0,065

Figura 1: Caracterização das variáveis fisiológicas.

Legenda: bpm= batimentos por minuto; mmHg= milímetros de mercúrio; X= média; S= desvio padrão, Md=mediana; AL= desvio interquartil; Mín= valor mínimo; Máx=valor máximo; IEE= Inventário de Estresse em Enfermeiros; FC= frequência cardíaca; PAS= pressão arterial sistólica; PAD= pressão arterial diastólica; $p \leq 0,05$.

Cabe ressaltar que para fins didáticos foram acrescentados na descrição das variáveis mensuradas nos momentos pré e pós-plantão os algarismos 1 e 2 respectivamente.

Em relação à parametrização dos dados, obtivemos como variáveis normais ou paramétricas: IEE (X= 128,1176; S= 29,1438; p= 0.0128), FC2 (X= 84,1176; S= 8,2225; p= 0.0356), Trilhas A2 (X= 28,7647; S= 15,8805; p= 0.0084), Trilhas B1 (X= 115; S= 57,3127; p= 0.0129).

Após a verificação da normalidade e a apresentação descritiva dos dados, identificamos que seria necessário a realização de um teste não paramétrico, para a verificação da diferença estatística entre as variáveis mensuradas nos momentos pré e pós-plantão, com o intuito de mensurar se as condições vivenciadas no decorrer de seu trabalho, implicam de alguma forma no organismo dos profissionais. Neste sentido foi realizado o Teste de Hipótese Não Paramétrico de Wilcoxon, e os resultados obtidos se encontram na figura 2.

Teste de Wilcoxon	P
FC1	
FC2	0.0039*
PAS1	
PAS2	0.2146
PAD1	
PAD2	0.8361
Trilhas A1	
Trilhas A2	0.0437*
Trilhas B1	
Trilhas B2	0.0312*

Figura 2: Teste de Hipótese de Wilcoxon.

Legenda: $p \leq 0,05$.

A figura 2 explicitou diferença significativa em relação às Frequências Cardíacas ($p= 0,0039$), Testes de Trilhas A ($p= 0,0437$) e B ($p= 0,0312$). Ao verificarmos as médias das variáveis de Frequência Cardíaca (FC1 X= 79,1176 \pm 7,3219; FC2 X= 84,1176 \pm 8,2225) e Teste de Trilhas B (B1 X= 115 \pm 57,3127; B2 X= 166.0588 \pm 108.1766) podemos identificar que houve aumento das mesmas, o que demonstram a existência de repercussões

fisiológicas, tanto em níveis circulatórios quanto em níveis cognitivos, do trabalho executado pelos profissionais de enfermagem, no ambiente das UTIs.

Cabe destacar que a média do NPS ambiental no referido ambiente foi de 76dBA, fato conflitante com os níveis preconizados pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), através da determinação nº 10.152/1987, que estabelece os níveis de ruídos permitidos no horário diurno e noturno, respectivamente, em 45 e 35 dBA, assim como a Organização Mundial de Saúde (2003) recomenda o nível médio de 30 dBA à noite e 40 dBA durante o dia.

Em relação ao Teste de Trilhas A o mesmo não ocorreu (Trilhas A1 $X= 34,8235 \pm 9,3824$; Trilhas A2 $X= 28,7647 \pm 15,8805$), havendo uma redução na média de tempo necessário para finalizar o referido teste.

Após a evidência da diferença em relação à execução dos testes de atenção (trilhas A e B), principalmente pelo fato dos sujeitos terem apresentado uma redução no tempo de execução do teste A, se torna necessário descrever as peculiaridades que envolvem cada teste, no intuito de possibilitar um entendimento sobre o fato ocorrido.

O Trail Making Test, ou teste de trilhas avalia a atenção, velocidade e flexibilidade mental, onde na parte A o sujeito deve traçar linhas conectando consecutivamente círculos numerados. Na parte B o sujeito deve traçar linhas conectando alternadamente círculos com números e círculos com letras em uma sequência ordenada (LEZACK et al., 2004).

Enquanto a parte A envolve busca visual simples e velocidade motora, a segunda demanda busca visual complexa em função da alternância de estímulos, avaliando então desempenho das funções executivas (op. cit.).

De acordo com Ble et al. (2005) o teste B exige uma maior flexibilidade cognitiva, esta que permite ao indivíduo lidar com mais de um estímulo ao mesmo tempo, possibilitando uma mudança de curso com uma atividade em andamento. Avalia também função executiva na realização de ações voluntárias independentes e direcionadas a metas específicas. Já o teste A avalia sequenciamento simples, rastreamento visual e função motora.

As funções executivas, de modo geral, são processos cognitivos superiores que permitem a manutenção de um funcionamento mental apropriado para alcançar um objetivo futuro, sendo responsável, em parte, pela capacidade de iniciar ações, planejar e prever meios de solucionar problemas, adiantar consequências e modificar estratégias de forma flexível (LEZAK, 2004). Essas funções permitem ao indivíduo desempenhar, de forma independente e autônoma, atividades dirigidas a um objetivo específico e englobam processos e comportamentos complexos. (ALMEIDA, NOVAES, BRESSAN, & LACERDA, 2008).

Tais afirmações nos permitiram dizer que o teste A mensura o estado de alerta do indivíduo, enquanto o B avalia a capacidade de execução de mais de uma tarefa específica em paralelo, muito semelhante as atividades laborais dos profissionais de enfermagem atuantes em UTIs, uma vez que os mesmos executam diversas atividades ao mesmo

tempo.

Com o intuito de refletir acerca das alterações cognitivas supracitadas, nos pautamos nas palavras de Dias, Cordeiro e Corrente (2006), onde os mesmos afirmaram que dentre as diversas manifestações sistêmicas, que a exposição aos ruídos pode causar nos indivíduos, uma destas é a elevação do nível geral de vigilância. Os autores também ressaltaram que a aceleração da frequência cardíaca e respiratória, alteração da pressão arterial e estresse participam deste grupo.

Parthasarathy (2004) em seu estudo de laboratório do sono, desenvolveu curvas de probabilidade de excitação, e os correlacionou com 14 ruídos tipicamente encontrados em hospitais, o que demonstra que o efeito do ruído enquanto agente agressor ao organismo, induz o mesmo para um estado de alerta.

Blomkvist et al. (2005) afirma que os efeitos psicológicos de ruído podem desencadear alterações comportamentais em adultos saudáveis. Atividades mentais, tais como atenção sustentada para múltiplas tarefas ou análise complexa, são todos diretamente sensíveis ao ruído. Tais fatores predispõem à ocorrência de acidentes, e podem ser indicadores dos efeitos do ruído no desempenho relacionado.

A exposição ao ruído prejudica a realização de tarefas, pois influencia os processos de seletividade na memória e escolha de estratégias para a realização de tarefas (SMITH, 1992 apud STANSFELD E MATHESON, 2003).

Os desfechos não auditivos do ruído na saúde mais investigados e percebidos são: perturbação e incômodo, comprometimento cognitivo, distúrbios do sono e saúde cardiovascular (BASNER et al., 2014).

Os mesmos autores afirmaram que o ruído incômodo pode interferir com as atividades diárias, sentimentos, pensamentos, dormir ou descansar, e pode ser acompanhada de respostas negativas, como raiva, desgosto, cansaço, e por sintomas relacionados ao estresse.

Existem evidências que os efeitos negativos do ruído ambiental na equipe do hospital estão aumentando, e resultando principalmente com redução do desempenho do trabalhador e a diminuição da sensação de bem-estar, particularmente em relação aos enfermeiros (op. cit.).

Conforme apontado na figura 2, também houve diferença significativa em relação à variação da frequência cardíaca quando comparamos os momentos 1 e 2 ($p=0,0039$), com elevação em suas médias. Como apontado anteriormente, o ruído ambiental possui influência sobre o sistema cardiocirculatório dos indivíduos, e embora não tenhamos encontrado diferença estatisticamente significativa em relação aos níveis pressóricos sistólico e diastólico, a avaliação das médias nos apontaram um aumento quanto comparados os momentos pré e pós plantão.

De acordo com Münzel et al. (2014) a exposição a longo prazo a níveis de ruído elevados demonstra ter associação negativo na saúde das pessoas, apresentando

importante impacto na homeostase cardiovascular e autonômica.

A exposição ao ruído provoca uma série de respostas fisiológicas previsíveis a curto prazo, mediadas através do sistema nervoso autônomo. A exposição ao ruído provoca a ativação fisiológica incluindo aumento da frequência cardíaca e pressão arterial, vasoconstrição periférica e, portanto, aumento da resistência vascular periférica (STANSFELD E MATHESON, 2003).

Os ruídos intensos desencadeiam no organismo humano a reação de luta e fuga, com a secreção de adrenalina e noradrenalina, onde os efeitos dessa estimulação simpática, ajudariam o organismo a eliminar o agente de stress, confrontando ativamente o problema ou fugindo dele (MÜNDEL et al., 2014).

Estas mudanças não exigem o envolvimento de estruturas corticais, ou seja, a percepção cognitiva de ruído não é necessária para que os seus efeitos sobre a homeostase cardiovascular para se manifestem. Na verdade, a ativação de reações de luta-fuga e derrota é existem para envolver as regiões subcorticais do cérebro, como o hipotálamo, que têm entradas para o sistema nervoso autônomo, o sistema endócrino e o sistema límbico. Tais respostas de stress, por sua vez, podem resultar em mudanças em uma série de funções fisiológicas e na homeostase de vários órgãos, incluindo pressão arterial, débito cardíaco, perfil lipídico sanguíneo (colesterol, triglicérides, ácidos graxos livres, fosfatídeos), carboidratos (glicose), eletrólitos (magnésio, cálcio), trombose / fibrinólise, e outros (op. cit.).

A exposição crônica pode causar um desequilíbrio na homeostase do organismo, que afeta o metabolismo e o sistema cardiovascular, com o aumento nos fatores de risco de doença cardiovascular estabelecidos, tais como a pressão arterial, concentrações de lipídios no sangue, a viscosidade do sangue, e as concentrações de glicose no sangue. Estas alterações aumentam o risco de hipertensão, aterosclerose, e está relacionada com acontecimentos graves, tais como enfarte do miocárdio e acidente vascular cerebral (BASNER et al., 2014).

4 | CONCLUSÃO

Para iniciar as explanações finais, podemos concluir que o objetivo proposto foi plenamente alcançado, visto que os sujeitos do estudo apresentaram fisiologicamente e também em seus comportamentos, repercussões do trabalho realizado no espaço do CTI, decorrente das condições aos quais se encontram submetidos.

Dessa maneira podemos inferir que tanto eles, quanto os indivíduos aos quais se encontram sob seus cuidados, se encontravam vulneráveis às condições vivenciadas nos CTIs, onde os dados obtidos evidenciaram que o ruído ambiental se configura como um problema presente no cenário estudado.

Os dados encontrados nos permitiram inferir sobre a existência de uma possível

“Síndrome”, relacionada ao trabalho em CTI, que poderá da mesma forma estar afetando os profissionais de enfermagem em outras UTIs.

A problemática do ruído ambiental e suas repercussões no organismo e no comportamento humano, embora amplamente discutida mundialmente, ainda é incipiente no Brasil. Neste sentido destacamos o quão urgente se fazem a adoção de medidas que vislumbrem a redução dos ruídos ambientais no ambiente das UTIs.

Considerando que esse problema nem sempre é percebido, acreditamos que, somente após a explicitação dos danos aos quais os profissionais se encontram expostos, poderemos mobilizá-los nesta batalha pela reversão desse quadro.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P.P.; NOVAES, M.A.F.P.; BRESSAN, R.A.; LACERDA, A.L.T. Revisão: **Funcionamento executivo e uso de maconha**. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(1): 69-76, 2008.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 10152. **Níveis de ruído para conforto acústico**. Rio de Janeiro: ABNT, 1987.

BASNER, M.; BABISCH, W.; DAVIS, A.; BRINK, M.; CLARK, C.; JANSSEN, S.; STANSFELD, S. **Auditory and non-auditory effects of noise on health**. *Lancet*, 383(9925): 1325–1332, 2014.

BLE, A.; VOLPATO, S.; ZULIANI, G.; GURALNIK, J.M.; BANDINELLI, S.; LAURETANI, F.; BARTALI, B.; MARALDI, C.; FELLIN, R.; FERRUCCI, L. **Executive function correlates with walking speed in older persons: the study**. *J Am Geriatr Soc*, 53(3): 410-5, 2005.

BLOMKVIST, V.; ERIKSEN, C.A.; THEORELL, T.; ULRICH, R.; RASMANIS, G. **Acoustics and psychosocial environment in intensive coronary care**. *Occup Environ Med*, 62:e1. 2005

BULHÕES, I. **Riscos do trabalho de Enfermagem**. Rio de Janeiro: *Universitária*, 2004.

CINTRA, E. A.; NISHIDE, V. M.; NUNES, W. A. **Assistência de Enfermagem ao Doente Crítico**. 1ª ed., São Paulo: *Ed. Atheneu*, 2000.

DIAS, A.; CORDEIRO, R.; CORRENTE, J.E.; GONÇALVES, C.G.O. **Associação entre perda auditiva induzida pelo ruído e zumbidos**. *Cad. Saúde Pública*, 22(1): 63-68, 2006.

HULLEY, S. B. et al.. **Delineando a pesquisa clínica**. 3ed. Porto Alegre: *Artmed*, 2008.

KORNIEWICZ, D.M.; CLARK, T.; DAVID, Y. **A national online survey on the effectiveness of clinical alarms**. *American Journal of Critical Care*, 17(1): 36-41, 2008.

LEITÃO, I.M.T.A.; FERNADES, A.L.; RAMOS, I.C. **Saúde ocupacional: analisando os riscos relacionados à equipe de enfermagem numa unidade de terapia intensiva**. *Cienc Cuid Saude*, 7(4): 476-484, 2008.

LEZAK, M.D.; HOWIESON D.B.; LORING D.W. **Neuropsychological assessment**. 4th ed. New York: Oxford University Press, 2004.

MÜNDEL, T.; GORI, T.; BABISCH, W.; BASNER, M. **Cardiovascular effects of environmental noise exposure**. *Eur Heart J*, 35(13): 829–836. 2014.

NASCIMENTO, M.A.L.; SOUZA, E.F. **A síndrome da criança como membro superior imobilizado para infusão venosa – Uma contribuição da semiologia para o cuidado de enfermagem**. Rio de Janeiro; *Papel & Virtual*, 2001.

PARTHASARATHY, S.; TOBIN, M.J. **Sleep in the intensive care unit**. *Intensive Care Med*, 30: 197–206, 2004.

PEREIRA, R.P.; TOLEDO, R.N.; AMARAL, J.L.G.; GUILHERME, A. **Qualificação e quantificação da exposição sonora ambiental em uma unidade de terapia intensiva geral**. *Rev Bras Otorrinolaringol*, 69(6): 766-71, 2003.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**. 7ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

SILVA, R.C.L. **O Significado do Cuidado em Unidades de Terapia Intensiva e a (Des)construção do Discurso de Humanização em Unidades Tecnológicas**. Tese. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, 2006.

SILVA, R.C.L.; LOURO, T.Q. **A incorporação das tecnologias duras no cuidado de enfermagem em terapia intensiva e o desenvolvimento do discurso da humanização**. *Rev enferm UFPE on line*, 4(3): 1557-564, 2010.

STACCIARINI, J.M.R.; TROCCOLI, B.T. **Instrumento para mensurar o estresse ocupacional: Inventário de Estresse em Enfermeiros (IEE)**. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 8(6): 40-49, 2000.

STANSFELD, A.S.; MATHESON, M.P. **Noise pollution: non-auditory effects on health**. *Br Med Bull*, 68(1): 243-257, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Résumé D'orientation Des Directives De l'oms Relatives Au Bruit Dans l'environnemental**, 2003.

AVALIAÇÃO DE UM INSTRUMENTO COMPOSTO POR INDICADORES DE QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

Data de aceite: 01/12/2020

Data da submissão: 23/10/2020

Caren Franciele Coelho Dias

Enfermagem pela Universidade Franciscana
(UFN)
Santa Maria - RS
<http://lattes.cnpq.br/3259327367673605>

Cleide Monteiro Zemolin

Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem
Nova Esperança (FACENE)
Santa Maria - RS
<http://lattes.cnpq.br/4113726884854713>

Ezequiel da Silva

Enfermagem pela Faculdade Integrada de
Santa Maria (FISMA)
Santa Maria - RS
<http://lattes.cnpq.br/9650033772046343>

Caliandra Letiere Coelho Dias

Fisioterapia pela Universidade Franciscana
(UFN)
Santa Maria - RS
<http://lattes.cnpq.br/6913514342475480>

Claudia Monteiro Ramos

Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem
do Belo Jardim (FAEB)
Campo grande - MS
<http://lattes.cnpq.br/8533764995436778>

Nicole Adrielli Monteiro Zemolin

Universidade de Santa Maria
Santa Maria - RS
<http://lattes.cnpq.br/9030815621688612>

RESUMO: Objetivo: avaliar a confiabilidade de um instrumento que utiliza indicadores de qualidade da assistência de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Método: o estudo é uma pesquisa metodológica para adaptar um instrumento denominado “Registro de Busca Ativa”. Os participantes envolvidos foram três enfermeiros atuantes na instituição pesquisada. Foram tabulados e analisados conforme concordância em planilha eletrônica Excel e analisados através do software Statistic Package for Social Sciences. Os dados foram examinados por meio de estatística descritiva, calculando-se as frequências e percentuais de concordância entre os avaliadores. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com CAAE nº: 69979417.4.0000.5346. Resultados: o instrumento utilizado possui 15 indicadores de qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Os resultados alcançaram percentuais de 100% de concordância, em relação a todos os requisitos para os indicadores 6, 7, 9, 10, 12, 13 e 15. Verifica-se que o procedimento com menor média de positividade foi o indicador 8, com 75%. Os demais indicadores apresentaram percentuais de concordância satisfatórios. Discussão: os dados apresentados demonstram evidências de que o instrumento avaliado apresenta confiabilidade para ser aplicado, auxiliando na prática gerencial do enfermeiro. Conclusão: desta forma, pode-se garantir que o instrumento testado neste estudo demonstra atender ao critério de confiabilidade.

PALAVRAS - CHAVE: Enfermagem; Qualidade da assistência à saúde; Indicadores de qualidade em assistência à saúde.

EVALUATION OF AN INSTRUMENT COMPOSED OF QUALITY INDICATORS OF NURSING CARE IN THE PREVENTION OF ADVERSE EVENTS

ABSTRACT: Objective: to evaluate the reliability of an instrument that uses quality indicators of nursing care in the prevention of adverse events. Method: the study is a methodological research to adapt an instrument called “Active Search Register”. The participants involved were three nurses working at the researched institution. They were tabulated and analyzed according to agreement in an Excel spreadsheet and analyzed using the Statistic Package for Social Sciences software. The data were examined using descriptive statistics, calculating the frequencies and percentages of agreement between the evaluators. This research was approved by the Research Ethics Committee with CAAE n°: 69979417.4.0000.5346. Results: the instrument used has 15 indicators of quality of basic nursing care in the prevention of adverse events. The results reached percentages of 100% agreement, in relation to all the requirements for indicators 6, 7, 9, 10, 12, 13 and 15. It appears that the procedure with the lowest average of positivity was indicator 8, with 75%. The other indicators showed satisfactory agreement percentages. Discussion: the data presented show evidence that the evaluated instrument has reliability to be applied, helping in the managerial practice of nurses. Conclusion: in this way, it can be guaranteed that the instrument tested in this study demonstrates meeting the reliability criterion.

KEYWORDS: Nursing; Quality of health care; Quality indicators, health care.

1 | INTRODUÇÃO

Nas organizações de saúde, os profissionais e em especial a enfermagem, esbarram na necessidade de aperfeiçoar o processo de trabalho para a garantia do cuidado com qualidade (VITURI; MATSUDA, 2009). A busca pela qualidade nas instituições é atualmente uma necessidade, inserida na gestão dos serviços entre diversos setores inter-relacionados, para assegurar uma assistência garantida e de excelência (DIAS; MARTINS; HADDAD, 2014).

O desempenho positivo da qualidade assistencial precisa ser visto pelos enfermeiros como um processo dinâmico e árduo de identificação dos fatores integrantes, no processo de trabalho da equipe de enfermagem, exigindo desses profissionais a efetivação de ações e a elaboração de instrumentos que oportunizem a avaliação de maneira sistemática dos níveis de qualidade dos cuidados realizados. O profissional necessita pesquisar os resultados da assistência prestada para (re)definir estratégias gerenciais (GABRIEL et al., 2011).

Os profissionais implicados no processo do cuidado necessitam envolver-se no desenvolvimento e implementação de técnicas avaliativas em razão de comprovar e garantir um melhor comprometimento na busca pela qualidade. Uma metodologia importante para se avaliar o cuidado em saúde são os indicadores de qualidade (VITURI; MATSUDA, 2009).

Deste modo, alguns autores afirmam que avaliar a qualidade do cuidado de enfermagem utilizando indicadores pode ser empregue para reforçar a vontade natural

dos profissionais de saúde em aperfeiçoar o cuidado, ao mesmo tempo em que atua como uma forma de compreender a qualidade deste cuidado. Contudo, não é simples realizar a avaliação dos serviços de saúde, sendo fundamental estabelecer com base em critérios seguros para o alcance de modelos de qualidade preestabelecidos pelo serviço, apresentados de acordo com a realidade e contexto local (VITURI; MATSUDA, 2009).

O indicador pode ser determinado como uma unidade de medida de uma atividade, porém não é uma medida direta de qualidade, apontando divergências com o padrão determinado como desejável e atuam como uma chamada que identifica e conduz a atenção para os pontos-chave do cuidado que necessitam serem revistos (IDVALL; ROOKE; HAMRIN, 1997).

A utilização de indicadores para avaliar a qualidade do cuidado de enfermagem possibilita monitorar estas práticas, identificar a ocorrência de ameaças que possam ser evitadas, contribuindo para o planejamento de intervenções que possam melhorar o atendimento, por meio de ações educativas.

Ao se utilizar indicadores de qualidade do cuidado de enfermagem mensuráveis, precisos, objetivos e úteis, pode-se favorecer a geração de melhorias nos serviços. A construção desses indicadores requer a busca de eixos condutores que indiquem para a necessidade de se refletir a estrutura organizacional, os programas e as propostas de trabalho das instituições, a representação, os recursos humanos, materiais, financeiros e físicos disponíveis e as expectativas dos pacientes atendidos (KURCGANT; TRONCHIN; MELLEIRO, 2006).

Este estudo teve como objetivo avaliar a confiabilidade de um instrumento que utiliza indicadores de qualidade da assistência de enfermagem na prevenção de eventos adversos.

2 | MÉTODO

O estudo é uma pesquisa metodológica e se destaca por ser considerada como método de alcance, organização e análise de dados, por meio da elaboração, validação e avaliação de instrumentos de medida (POLIT; BECK, 2011). Trata-se da adaptação do instrumento validado por Vituri (2013).

A avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem em um hospital pressupõe a utilização de um instrumento desenvolvido originalmente em outro cenário. Sendo necessário, com isso, adaptar o instrumento a língua e/ou cultura onde se pretende utilizar, mediante um processo de adaptação cujo objetivo principal foi o de preservar o conteúdo semântico no uso habitual da linguagem da nova tradução, atingindo assim uma equivalência de significados dos questionários em ambas as culturas (SARRIA, 2007).

A população do estudo foi constituída por três enfermeiros que exercem suas atividades na atenção hospitalar e que concordaram em participar da pesquisa. Utilizou-se

como critérios de inclusão enfermeiros que fizessem parte do quadro de funcionários da instituição e atuassem na assistência direta aos pacientes internados.

O Instrumento utilizado para esta pesquisa denominado “Registro de Busca Ativa”, abrange 15 indicadores de qualidade da assistência de enfermagem relacionados à eventos adversos, validado por Vituri (2013), sofreu modificações, para se adequarem as normas da instituição.

A instituição onde foi realizado o estudo, para guiar-se, utiliza para a realização e execução das ações os procedimentos operacionais padrão (POP). Os POPs são manuais que padronizam rotinas, propiciando maior segurança na realização de procedimentos. O enfermeiro é o responsável e quem deve elaborar juntamente com a equipe, para que se execute e controle os procedimentos assistenciais de enfermagem, propiciando maior segurança a assistência a ser prestada (ALMEIDA et al., 2011).

O instrumento Registro de Busca Ativa, foi construído para avaliar uma realidade institucional semelhante a instituição selecionada. Contudo, optou-se por verificar sua pertinência à realidade institucional a ser investigada.

Para a realização desta pesquisa os enfermeiros, denominados avaliadores, participantes da pesquisa, foram contatados por e-mail, recebendo o convite para participar da pesquisa, e neste foram apresentados os objetivos do estudo. Para a coleta de dados nesta etapa foi agendado dia e horário com os enfermeiros que apresentaram interesse em participar da pesquisa e assim ressaltar e esclarecer os objetivos do estudo, e posterior entrega do material impresso que constituiu-se do instrumento de “Registro de busca ativa” modificado pela pesquisadora e o “Formulário para avaliação do instrumento Registro de busca ativa”, ambos validados por Vituri (2013). Considerando que houve compreensão do método e finalidade do instrumento, a pesquisadora agendou dia e horário para a devolução do material e após 20 dias recebeu retorno de todos os impressos, tal etapa aconteceu no decorrer do mês de setembro 2017. Os participantes que aceitaram fazer parte da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Os dados resultantes da avaliação do instrumento pelos avaliadores foram tabulados e analisados conforme concordância em planilha eletrônica Excel 2013 e analisados através do software *Statistic Package for Social Sciences (SPSS)* versão 2.0.

Utilizou-se a análise de concordância, que segundo Miot (2016) é a capacidade de comparar resultados idênticos, sendo a mesma unidade de medida, deve haver coincidência entre os valores, aplicados ao mesmo fenômeno, sejam eles por instrumentos diferentes, pelo mesmo instrumento, mas em tempos diferentes, por avaliadores diferentes ou por alguma combinação dessas situações.

Esta etapa os dados foram analisados por meio de estatística descritiva, calculando-se as frequências e percentuais de concordância entre os avaliadores, considerando o percentual de 80% como escore de concordância ideal (BERTONCELLO, 2004).

Para realização deste estudo, foram respeitados os aspectos éticos, conforme

a Resolução 466/12 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética de Pesquisa, onde foi aprovada com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº: 69979417.4.0000.5346, aprovado em 01 de agosto de 2017.

3 | RESULTADOS

Como recomendado por Crocker, Llabre e Miller (1988), utilizou-se o mínimo de três avaliadores para análise do instrumento. Segundo Lilford et al. (2003), quanto maior o número de avaliadores, maior a heterogeneidade, portanto, menor a confiabilidade e concordância dos dados.

Para o desenvolvimento desta etapa de avaliação do instrumento de “Registro de busca ativa” utilizou-se para análise do instrumento o “Formulário para avaliação do instrumento Registro de busca ativa”, os avaliadores analisaram os itens de cada um dos quinze indicadores de qualidade dos cuidados básicos de enfermagem na prevenção de evento adverso, e o objetivo foi de captar a concordância ou discordância de cada avaliador em relação aos indicadores. O formulário é composto por uma coluna onde estão enunciados os indicadores de qualidade e oito colunas com os requisitos a serem analisados, subdivididas em duas colunas de respostas dicotômicas “sim” e “não” que foram marcadas com um X.

Os requisitos analisados em cada um dos quinze indicadores segundo Vituri (2013), foram:

1. Comportamental: Permite ação de avaliação clara e precisa.
2. Objetividade: Permite resposta pontual.
3. Simplicidade: Expressa uma única ideia.
4. Clareza: Explicitado de forma clara, simples e inequívoca.
5. Pertinência: Não insinua atributo divergente do definido.
6. Precisão: Cada item de avaliação é distinto dos demais, não se confundem.
7. Variedade: Os termos utilizados, embora parecidos, não se repetem.
8. Credibilidade: Está descrito de maneira que não pareça despropositado.

A seguir são apresentados na Tabela 1 os resultados encontrados.

Ítems	Requisitos dos indicadores de qualidade do cuidado de enfermagem								Média dos requisitos
	Comportamental	Objetividade	Simplicidade	Clareza	Pertinência	Precisão	Variedade	Credibilidade	
1. Identificação do leito do paciente	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	67%	96%
2. Identificação de risco para queda do leito	67%	100%	67%	100%	100%	100%	100%	67%	88%
3. Identificação de acessos venosos periféricos	67%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	67%	92%
4. Verificação de lesões cutâneas pós infiltrativas	100%	100%	100%	67%	100%	100%	100%	67%	92%
5. Identificação de equipes para infusão venosa	100%	100%	100%	67%	100%	100%	100%	100%	96%
6. Identificação de frascos de soro	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
7. Identificação do controle de velocidade de infusão – escala graduada	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
8. Identificação de sondas gástricas – oro e nasogástricas para drenagem	67%	67%	100%	67%	67%	67%	100%	67%	75%
9. Fixação da sonda vesical de demora	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
10. Posicionamento da bolsa coletora de diurese da sonda vesical de demora	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
11. Posicionamento do prolongamento de drenagem distal (spigot) da bolsa coletora de diurese	67%	100%	100%	100%	100%	100%	67%	67%	88%
12. Checagem dos procedimentos na prescrição de enfermagem	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
13. Verificação dos controles de sinais vitais prescritos	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
14. Checagem dos procedimentos de enfermagem na prescrição médica	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	67%	96%
15. Elaboração da prescrição diária e completa pelo enfermeiro	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Média dos itens	91%	98%	98%	93%	98%	98%	98%	84%	95%

Tabela 1 - Avaliação dos requisitos de qualidade do cuidado de enfermagem

Fonte: autora.

Conforme Bertoloncelo (2004), a concordância esperada para as respostas é de 80%.

Após a tabulação dos dados alcançou-se percentuais de 100% de concordância entre os avaliadores, em relação a todos os requisitos para os indicadores 6, 7, 9, 10, 12, 13 e 15, apresentados na Tabela 1.

Observa-se, para o indicador 1, concordância de 67% no requisito credibilidade, apenas um avaliador estabeleceu algum tipo de restrição na sua utilização. Para o indicador 2, os requisitos comportamento, simplicidade e credibilidade apresentaram concordância de 67%.

O indicador 3 de identificação de acessos venosos periféricos tiveram a concordância de 67% nos quesitos comportamento e credibilidade. O percentual de concordância para o indicador 4 foi de 67% nos requisitos, clareza e credibilidade.

De acordo com a Tabela 1, o indicador 5 obteve 67% no requisito clareza. E o indicador 8, identificação de sondas gástricas – oro e nasogástricas para drenagem, alcançou 67% nos requisitos comportamento, objetividade, clareza, pertinência, precisão e credibilidade.

No indicador 11 que avalia o posicionamento do prolongamento de drenagem distal (spigot) da bolsa coletora de diurese, apresentou concordância de 67% nos requisitos comportamento, variedade e credibilidade. Já o indicador 14, evidenciou 67% no requisito credibilidade.

Em relação aos dados apresentados na Tabela 01, verifica-se que o requisito que teve a pior avaliação entre os avaliadores foi a credibilidade, que ficou com uma média 84% de positividade. Quando avaliamos os indicadores referentes a todos os requisitos, verifica-se que o procedimento com menor média de positividade foi a identificação de sondas gástricas – soro e nasogástricas para drenagem, com 75%, seguida da identificação de risco para queda do leito e posicionamento do prolongamento de drenagem distal (spigot) da bolsa coletora de diurese, ambos com 88%.

Considerando o percentual mínimo de concordância de 80% (BERTOLONCELO, 2004), verificou-se que apenas o indicador 8 foi considerado inadequados. Os demais indicadores apresentaram percentuais de concordância satisfatórios.

Os comentários e sugestões dos avaliadores estão apresentados no Quadro 1, a seguir:

Avaliador	Comentários e Sugestões
Avaliador 1	Indicador 1: Não esclarece que condições como UPP, queda, flebite... possam passar a ser risco para o paciente. Indicador 2: O paciente deve sempre sair do leito com supervisão, não necessariamente do acompanhante, este também pode se ausentar e ocorrer acidente, se existe risco, grade elevada. Indicador 3: Avaliar todos os acessos independente de terem origem na unidade. Indicador 8: Não há recomendações para troca, trocar com indicação.
Avaliador 2	Indicador 14: Avaliar prescrição de enfermagem em prescrição médica? Isso é correto? Médico pode prescrever cuidados?
Avaliador 3	Não houve sugestões ou comentários.

Quadro 1 - Comentários e sugestões dos avaliadores em relação ao instrumento reformulado

Fonte: autora.

4 | DISCUSSÃO

Considerando a Tabela 1 pode-se verificar que os indicadores 6, 7, 9, 10, 12, 13 e 15, obtiveram a maior média com 100% de concordância entre os avaliadores em relação aos requisitos. Para o indicador 8 - Identificação de sondas gástricas – oro e nasogástricas para drenagem, ouve uma média de concordância de 75%, sendo abaixo do percentual mínimo indicado.

Em relação aos resultados, tomando por base o comentário do avaliador e o resultado do percentual de concordância, realizou-se reformulação do indicador 8 para: As sondas nasogástricas e orogástricas, de PVC do tipo Levine, devem ser identificadas na sua porção externa, com uma pequena tira de esparadrapo ou similar, com letra legível e conter as seguintes informações: data e hora, rubrica do funcionário responsável. Não

há recomendação para troca, trocar com indicação (obstrução, sujeidade). As sondas de silicone não serão avaliadas.

Uma vez que, alguns autores firmam que a manipulação e os cuidados com relação as sondas são relevantes, pois podem influenciar no tempo de uso e com resultado na sua durabilidade (CARVALHO et al.; 2010). As sondas nasogástricas e orogástricas devem ser utilizadas em menor tempo possível, mesmo tendo observando os cuidados com as mesmas (RIBEIRO et al.; 2011).

No que tange ao indicador 1, um dos avaliadores afirmou que a placa de identificação do paciente não esclarece que condições como UPP, queda, flebite, possam ser risco para o paciente. Segundo Rodrigues (2016) este indicador tem por finalidade garantir a correta identificação do paciente, a fim de reduzir a ocorrência de incidentes. Este processo deve assegurar que o cuidado seja prestado à pessoa para a qual se destina a assistência, quer terapêutica, quer diagnóstica. Para assegurar que todos os pacientes sejam corretamente identificados, é necessário usar pelo menos três identificadores são eles: nome completo, data de nascimento e número de registro na instituição.

Ainda sobre o indicador 1, considerando pelo menos três informações essenciais, o mesmo não foi alterado, pois na avaliação identificou-se que a instituição já tem consolidado os POPs e a placa de identificação do paciente devidamente fixada a beira do leito com os três identificadores sugeridos acima.

Para as inadequações apontadas para o indicador 2 - identificação de risco para queda do leito, o avaliador afirma que há risco de queda dos pacientes se não estiver com a grade elevada mesmo na presença de acompanhantes. A Escala de Morse (2006) avalia o risco de quedas dos pacientes em ambiente hospitalar, pautada no objetivo de se utilizar as escalas para mensurar de modo rápido os pacientes com risco, bem como, para que se realizem estratégias que previnam danos aos doentes.

Assim como descrito no indicador 2, alguns autores consideram o score de Morse maior ou igual a 45, o valor já sugerido pela autora da escala, para utilizar em internamentos de adultos da área médico-cirúrgica e de cuidados continuados e paliativos. A escala de Morse foi submetida a um processo de avaliação adaptação cultural e linguística, ela encontra-se validada para a língua portuguesa (COSTA-DIAS, FERREIRA, 2014).

Por este motivo, a sugestão de um dos avaliadores de modificá-la não foi considerada. Visto que Janice Morse, autora da Escala de Quedas de Morse, iniciou a construção da escala num projeto piloto em 1985, tendo passado por várias fases da construção desta até 1989, quando publica o artigo intitulado “Development of a Scale to Identify the Fall-Prone Patient” (MORSE et al., 1989). Já em 1997 publica o livro “*Preventing Patient Falls*”, o qual sofre uma revisão em 2009. E, atualmente, a escala encontra-se sendo aplicada em nível internacional.

Em relação ao indicador 3, no qual se avalia a identificação de acessos venosos periféricos, um dos avaliadores afirma que devem ser avaliados todos os acessos

independente de terem origem na unidade. Desconsiderou-se a sugestão do avaliador, pois como o instrumento será para avaliar cada uma das unidades em específico, contabilizar de outra unidade seria um viés no estudo.

No indicador 14, onde se avalia a checagem dos procedimentos de enfermagem na prescrição médica, o avaliador questiona que não está correto avaliar prescrição de enfermagem em prescrição médica, sendo que, na instituição quem prescreve cuidados de enfermagem é o enfermeiro.

Há uma analogia positiva entre os registros e a qualidade do cuidado. Assim sendo, podemos avaliar os cuidados de enfermagem por intermédio de registros, que representam a qualidade da assistência, na prescrição de enfermagem. O registro tem como objetivo avaliar, verificar e melhorar a assistência de enfermagem contribuindo para avaliar a qualidade do cuidado prestado. As anotações nos remetem a um fator importante, que é a comunicação entre a equipe de enfermagem e os demais profissionais envolvidos no cuidado (SETZ; D'INNOCENZO, 2009). Desta maneira o indicador foi alterado para: Os horários dos cuidados na prescrição médica devem estar checados com um traço e os cuidados que não forem realizados devem ser circulados, seguindo orientações da instituição de saúde na qual a pesquisa desenvolveu-se.

A contribuição desta pesquisa para a área da saúde, é a divulgação do instrumento de avaliação da qualidade do cuidado de enfermagem que poderá ser utilizado de forma ampla e sistemática pelos profissionais e instituição, fundamentando o planejamento de estratégias voltadas para a qualidade do cuidado.

Os dados apresentados demonstram evidências de que o instrumento avaliado apresenta confiabilidade para ser aplicado, auxiliando na prática gerencial do enfermeiro. Desta forma, pode-se garantir que o instrumento composto por 15 indicadores de qualidade da assistência de enfermagem testado neste estudo demonstra atender ao critério de confiabilidade, segundo Vituri (2013), característica fundamental no processo de validação de medidas avaliativas.

5 | CONCLUSÃO

Com este estudo foi possível verificar que o instrumento utilizado estava adequado para ser aplicado e investigar a qualidade dos cuidados de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Desta forma é possível concluir que após adaptação do instrumento Registro de Busca Ativa, já validado por meio do teste de confiabilidade, que utiliza 15 indicadores de qualidade da assistência de enfermagem, concluiu-se que o instrumento pode ser utilizado para avaliar a qualidade da assistência de enfermagem na instituição onde se realizou esta pesquisa.

Espera-se com o desenvolvimento desta pesquisa que os indicadores possam ser utilizados na instituição de saúde onde se realizou a pesquisa, contribuindo para o

aprimoramento da gestão em enfermagem, na busca da qualidade da assistência e da segurança dos pacientes.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. L. et al. Instrumentos gerenciais utilizados na tomada de decisão do enfermeiro no contexto hospitalar. **Texto Contexto Enfermagem**. v. 20, p. 131-7, 2011.

BERTONCELLO, K. C. G. **Qualidade de vida e a satisfação da comunicação do paciente após laringectomia total**: construção e validação de um instrumento de medida. 2004. 247 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

CARVALHO, A. M. R. et al. Análise da prescrição de pacientes utilizando sonda enteral em um hospital universitário do Ceara. **R. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde**. v.1, n.1, p. 1-24, 2010.

COSTA-DIAS, M. J. M.; FERREIRA, P. L. Escalas de avaliação de risco de quedas. **Rev. Enf. Ref.** n. 2, p. 153-61, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832014000200016&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 30 jun. 2020.

CROCKER, L.; LLABRE, M.; MILLER, M. D. The generalizability of content validity ratings. **Journal of Educational Measurement**, Washington, v. 25, n. 4, p. 287-299, 1988.

DIAS, A. O.; MARTINS, E. A.; HADDAD, M. C. Instrument for assessing the quality of Rapid Response Team at a university public hospital. **Rev Bras Enferm**. v. 67, n. 5, p. 700-7, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n5/0034-7167-reben-67-05-0700.pdf>> Acesso em: 20 jun. 2020.

GABRIEL, C. S. et al. Utilização de indicadores de desempenho em serviço de enfermagem de hospital público **Rev Latino-Am Enfermagem**. v. 19, n. 5, p. 1247-54, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000500024&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 05 out. 2020.

IDVALL, E.; ROOKE, L.; HAMRIN, E. Quality indicators in clinical nursing: a review of the literature. **J Adv Nurs**. n. 25, v. 1, p. 6-17, 1997.

KURCGANT, P.; TRONCHIN, D. M. R.; MELLEIRO, M. M. A construção de indicadores de qualidade para a avaliação de recursos humanos nos serviços de enfermagem: pressupostos teóricos. **Acta Paul Enferm**. v. 19, n. 1, p. 88-91, 2006.

LILFORD, R. J. et al. The measurement of active errors: methodological issues. **Quality & Safety in Health Care**. v. 12, p. 8-12, 2003. Supplement 2. Disponível em: <http://qualitysafety.bmj.com/content/12/suppl_2/ii8.full.pdf+html> Acesso em: 30 abr. 2020.

MIOT, H. A. Análise de concordância em estudos clínicos e experimentais. **J Vasc Bras**. v. 15, n. 2, p. 89-92, 2016.

MORSE, J. M. The safety of safety research: The case of patient fall research. **Canadian Journal of Nursing Research**. v. 38, n. 2, p. 74-88, 2006.

MORSE, J. M. et al. Development of a scale to identify the fall-prone patient. **Canadian Journal on Aging**. v. 8, n. 4, p. 366-377, 1989.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 7. ed. Porto Alegre: The Art of Medication, 2011.

RIBEIRO, M. C. B. et al. Estenose esofágica por uso de sonda nasogástrica - reflexão sobre o uso indiscriminado. **ABCD Arq Bras Cir Dig**. v. 24, n. 3, p. 191-4, 2011.

RODRIGUES, M. K. (org). **POPs gerais de enfermagem** [recurso eletrônico]. Santa Maria, RS: HUSM, 2016.

SARRIA, E. E. **Validação de campo dos questionários de qualidade de vida, PAQLQ e PedsQL 4.0 em crianças asmáticas do Rio Grande do Sul**. 2007. 85p. Tese de doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Porto Alegre, 2007.

SETZ, V. G.; D.INNOCENZO, M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. **Acta Paul Enferm**. v. 22, n. 3, p. 313-7, 2009.

VITURI, D. W.; MATSUDA, L. M. Validação de conteúdo de indicadores de qualidade para avaliação do cuidado de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 43, n. 2, p. 429-37, 2009.

VITURI, D. W. **Avaliação como princípio da Gestão da Qualidade: testando a confiabilidade interavaliadores de indicadores para avaliação da qualidade da assistência de enfermagem**. 2013. 208p. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental), Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2013.

CAPÍTULO 10

CARGA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM: CONTRIBUIÇÕES PARA O GERENCIAMENTO DO CUIDADO INTENSIVO DE PACIENTES COM CÂNCER DE COLO UTERINO

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 09/10/2020

Adriana Maria de Oliveira

Instituto Nacional do Câncer (INCA)

Rio de Janeiro – RJ.

<http://lattes.cnpq.br/6612063509362117>

Karla Biancha Silva de Andrade

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,

Faculdade de Enfermagem

Rio de Janeiro – RJ.

<http://lattes.cnpq.br/8981588528468134>

Natalia Beatriz Lima Pimentel

Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia

Luiz Capriglione

Rio de Janeiro – RJ.

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

Eloá Carneiro Carvalho

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,

Faculdade de Enfermagem

Rio de Janeiro – RJ.

<http://lattes.cnpq.br/4855993214185994>

Vivian Cristina Gama Souza Lima

Instituto Nacional do Câncer (INCA)

Rio de Janeiro – RJ.

<http://lattes.cnpq.br/5866336645264235>

Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,

Faculdade de Enfermagem

Rio de Janeiro – RJ.

<http://lattes.cnpq.br/1202954878696472>

Vivian Gomes Mazzoni

Instituto Nacional do Câncer (INCA)

Rio de Janeiro – RJ.

<http://lattes.cnpq.br/3656012174086159>

Sandra Regina Maciqueira Pereira

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,

Faculdade de Enfermagem

Rio de Janeiro – RJ.

<http://lattes.cnpq.br/1516871169441828>

Felipe Cardozo Modesto

Instituto Nacional do Câncer (INCA)

Rio de Janeiro – RJ.

<http://lattes.cnpq.br/2583209928447917>

Samira Silva Santos Soares

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola

de Enfermagem Anna Nery

Rio de Janeiro – RJ.

<http://lattes.cnpq.br/8268076442070565>

Thereza Christina Mó y Mó Loureiro Varella

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,

Faculdade de Enfermagem

Rio de Janeiro – RJ.

<http://lattes.cnpq.br/0164568840384041>

RESUMO: Apresenta-se como objetivo: avaliar a carga de trabalho da equipe de enfermagem direcionada às pacientes com câncer de colo de útero internadas em uma UTI Oncológica, a partir do *Nursing Active Score*. **Método:** Estudo quantitativo, transversal, que utilizou a técnica documental para a coleta dos dados. O campo foi uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital especializado em oncologia, da rede pública federal, no Estado do Rio de Janeiro, responsável por receber pacientes com câncer do colo de útero, do tecido

ósseo conectivo e de mama. Os dados foram coletados em setembro e outubro de 2020, analisando-se 79 prontuários. Utilizou-se um instrumento de coleta próprio, composto por 07 variáveis sociodemográficas e 23 variáveis relativas aos indicadores mensurados no NAS. O tratamento dos dados ocorreu por meio da estatística descritiva. **Resultado:** Dos 79 prontuários avaliados, a idade média foi de 54 anos, 25 mulheres eram casadas ou viviam em união estável (31,7%), com média de 3,4 filhos e predominância do nível de escolaridade de 1º grau incompleto (36%). O principal motivo de internação foi a sepse, com média de internação de 8,5 dias e NAS médio de 103,2%. **Conclusão:** A carga de trabalho da enfermagem evidenciada por meio do NAS médio de 103,2% aponta para necessidade de uma relação enfermagem/paciente de 1/1, revelando uma assistência altamente complexa e que demanda muitas horas laborais desta equipe.

PALAVRAS - CHAVE: Câncer de colo do útero; Enfermagem de Cuidados Críticos; Carga de Trabalho; Planejamento de Assistência ao Paciente.

NURSING WORKLOAD: CONTRIBUTIONS TO THE MANAGEMENT OF INTENSIVE CARE IN PATIENTS WITH CERVICAL CANCER

ABSTRACT: This study aimed to evaluate the workload of the nursing team directed to patients with cervical cancer admitted to an Oncology ICU, based on the Nursing Activities Score (NAS). **Method:** It was a quantitative cross-sectional study that used the documentary technique for data collection. The research field was an Intensive Care Unit (ICU) of an oncology specialized hospital, of the federal public network, in the State of Rio de Janeiro, Brazil, responsible for treating patients with cervical cancer, bone sarcoma and breast cancer. Data collection occurred in September and October 2020, analyzing 79 medical records. Our own collection instrument was used, consisting of 07 sociodemographic variables and 23 variables related to the indicators measured in the NAS. Data were processed using descriptive statistics. **Results:** Of the 79 medical records evaluated, the average age was 54 years old; 25 women were married or lived in a stable union (31.7%), with an average of 3.4 children, and a prevalence of incomplete primary education (36%). Sepsis was the main reason for hospitalization, with an average hospital stay of 8.5 days and an average NAS of 103.2%. **Conclusion:** The nursing workload evidenced through the average NAS of 103.2% demonstrates the need for a one-to-one nurse-to-patient ratio, revealing a complex assistance that demands many working hours from this team.

KEYWORDS: Uterine Cervical Neoplasms; Critical Care Nursing; Workload; Patient Care Planning.

1 | INTRODUÇÃO

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) podem ser classificadas em geral ou UTI especializada, sendo a segunda destinada aos cuidados de pacientes selecionados a partir do tipo de doença ou intervenção, como cardiológicas, neurológicas e oncológicas (BACKES; ERDMANN; BÜSCHER, 2015). No paciente com câncer, fatores relacionados à doença ou tratamento podem contribuir para a internação na UTI, tais como: grandes cirurgias, complicações infecciosas do próprio procedimento cirúrgico, reações à quimioterapia e à

radioterapia e recidivas do tumor são exemplos de situações que podem tornar o paciente oncológico em paciente crítico (HERCOS, *et al.*, 2014).

É inquestionável que o câncer é um problema de saúde pública, principalmente nos países em desenvolvimento. No Brasil, de acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), estima-se que ocorrerão 625 mil casos novos de câncer para cada ano do triênio 2020-2022, e os mais incidentes serão o câncer de pele não melanoma (177 mil), seguido pelos cânceres de mama e próstata (66 mil cada), cólon e reto (41 mil), pulmão (30 mil) e estômago (21 mil). Nas mulheres, exceto o câncer de pele não melanoma, os cânceres de mama (29,7%), cólon e reto (9,2%), colo do útero (7,4%), pulmão (5,6%) e tireoide (5,4%) serão os principais (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2019).

Apesar da inserção de novas tecnologias direcionadas ao planejamento da assistência ao paciente oncológico, ainda se observam lacunas na detecção e diagnóstico precoces, bem como dificuldades de acessibilidade aos serviços de saúde. Este cenário contribui para o retardo do início do tratamento e, conseqüentemente, avanço no estágio e gravidade da doença, aumentando o número de internações destes pacientes na UTI (HERCOS, *et al.*, 2014; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2019).

Com relação ao câncer do colo do útero (CCU), em que o principal causador é o vírus Papiloma Humano, para cada ano do triênio 2020-2022, serão esperados para o Brasil 16.590 casos novos, com um risco estimado de 15,43 casos a cada 100 mil mulheres, se configurando em um dos mais incidentes cânceres na população feminina. O CCU já ocupa o quarto lugar na escala dos principais cânceres que acometem as mulheres e o sétimo lugar no ranking mundial (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2019; PANOBIANCO *et al.*, 2013).

Neste sentido, torna-se de extrema importância a implementação de ações de conscientização e educação em saúde, para que a prevenção seja mais efetiva e o diagnóstico precoce e tratamento em curto espaço de tempo sejam instituídos (PANOBIANCO *et al.*, 2013). Porém o diagnóstico tardio do câncer de colo uterino pode levar a complicações, colaborando para a internação destas pacientes na UTI, requerendo uma equipe de enfermagem especializada em tempo integral (HERCOS, *et al.*, 2014; PANOBIANCO *et al.*, 2013).

Neste cenário, o cuidado ao paciente deve ser organizado pautado em ações que apoiem a assistência com foco na segurança do paciente. Desta forma, a avaliação da prática através de indicadores e escalas que auxiliam no dimensionamento dos recursos humanos, torna-se indispensável para a gestão do cuidado com foco na qualidade (PINTO; FERREIRA, 2017).

No século XXI, particularmente no ano de 2003, nos Estados Unidos da América (EUA), foi introduzido na prática de enfermagem de terapia intensiva, a escala de mensuração da carga de trabalho de enfermagem, o *Nursing Activities Score* (NAS), com o objetivo de favorecer o dimensionamento ideal de profissionais para a assistência aos

pacientes críticos (CAMUCI *et al.*, 2014; TRINDADE; COELHO AMESTOY; PIRES DE PIRES, 2013).

Esta escala possui 23 indicadores distribuídos em 14 dimensões, as quais estratificam as ações de enfermagem nos planos da gerência, assistência e educação. Através do NAS, a carga de trabalho da enfermagem de enfermagem é calculada através da soma da pontuação atribuída aos indicadores de cada uma das dimensões. O resultado do escore do paciente vai representar a porcentagem de tempo gasto pela equipe de enfermagem na assistência direta, podendo chegar a 176,8%. Desta forma, uma pontuação igual a 100 pontos, significa que o paciente demandou 100% do tempo de um trabalhador de enfermagem no seu cuidado.

Nesta perspectiva, a investigação do NAS na prática da equipe de enfermagem da UTI oncológica torna-se imprescindível, a fim de gerar resultados que possam subsidiar quantitativo adequado de recursos humanos de enfermagem, direcionado às necessidades da clientela e da instituição. Com base em tal entendimento, este estudo delimitou a seguinte questão de pesquisa: Qual a carga de trabalho de enfermagem direcionada ao cuidado da paciente com câncer de colo de útero, internada em uma unidade de terapia intensiva, de um hospital Federal referência em cuidados oncológicos?

A fim de subsidiar melhorias na gestão do cuidado direcionado a essa população, no que tange ao dimensionamento de pessoal de enfermagem, esta pesquisa objetivou avaliar a carga de trabalho da equipe de enfermagem direcionada às pacientes com câncer de colo de útero internadas em uma UTI Oncológica, a partir do *Nursing Active Score*.

A pesquisa pretende contribuir com a prática de enfermagem que atua em UTI, auxiliando no gerenciamento do cuidado ao paciente oncológico crítico, em relação ao dimensionamento de pessoal de enfermagem, colaborando com a melhoria da qualidade dos serviços hospitalares prestados nos sistemas de Saúde, bem como colaborar com a disseminação de conhecimento sobre o paciente crítico oncológico e a carga de trabalho de enfermagem, apoiando debates na área de gestão do cuidado e qualidade assistencial.

2 | MÉTODO

Estudo transversal, com abordagem quantitativa, que utilizou a técnica documental para a coleta dos dados, e aprovado sob o parecer nº 2824910. O cenário foi uma UTI de um Hospital especializado e de referência em oncologia, da rede pública Federal, situado no Estado do Rio de Janeiro, responsável por receber pacientes com câncer do colo de útero, do tecido ósseo conectivo e de mama.

A UTI é composta por 06 leitos, e tem em seu quadro de recursos humanos, 2 enfermeiros, sendo uma plantonista e um diarista, e 3 técnicos de enfermagem, no turno diurno e 1 enfermeiro e 3 técnicos de enfermagem no serviço noturno.

No cenário em questão, é realizado desde 2017 a mensuração do NAS como

indicador e norteador da assistência. Para a avaliação rotineira da carga de trabalho, a equipe da tecnologia de informação institucional, elaborou uma planilha *excel* e inseriu os dados do NAS colocando-a em uma pasta na rede institucional, a fim de facilitar o preenchimento diário pelos enfermeiros e o cálculo dos indicadores, conforme a figura 1.

INDICADORES	Modelo
Monitoração e Controles	Pontos
Sinais vitais horários, cálculos e registro regular do BH	4,5
Presença à beira do leito e observação da atividade contínua por 2 h ou mais em algum plantão por razões de segurança, gravidade ou terapia, tais como: ventilação mecânica não invasiva, desmame, agitação, confusão mental, prona, procedimentos de doação de órgãos, preparo e administração de fluidos ou medicação, auxílios em procedimentos específicos	12,1
Presença à beira do leito e observação da atividade contínua por 4 h ou mais em algum plantão por razões de segurança, gravidade ou terapia, tais como exemplos acima	19,6
Investigações laboratoriais: bioquímica e microbiológica	4,3
Medicação: exceto drogas vasoativas	5,6
Procedimentos de higiene	
Realização de procedimentos de higiene tais como: curativo de feridas e cateteres intravasculares, troca de roupa de cama, higiene corporal do paciente, em situações especiais (incontinência, vômito, queimaduras, feridas com secreção, curativos cirúrgicos complexos com irrigação), procedimentos especiais (ex: isolamento)	4,1
Realização de procedimentos de higiene que durem mais do que duas horas em algum plantão	16,5
Realização de procedimentos de higiene que durem mais do que quatro horas em algum plantão	20
Cuidados com drenos - todos (exceto sonda gástrica)	1,1
Mobilização e posicionamento - incluindo procedimento tais como: mudança de decúbito, mobilização do paciente, transferência da cama para a cadeira, mobilização do paciente em equipe (ex: paciente imóvel, tração, prona)	
Realização dos procedimentos até 3 vezes em 24 horas	5,5
Realização dos procedimentos mais do que 3 vezes em 24 horas ou com dois enfermeiros em qualquer frequência	12,4
Realização dos procedimentos com três ou mais profissionais em qualquer frequência	17
Atividades básicas	
Suporte e cuidados básicos aos familiares e pacientes incluindo procedimentos tais como telefonemas, entrevistas, aconselhamento. Frequentemente, o suporte e cuidado, sejam aos familiares ou aos pacientes, permitem à equipe continuar com outras atividades de enfermagem (ex: comunicação com o paciente durante os procedimentos de higiene, comunicação com os familiares enquanto presente à beira do leito, observando o paciente).	
Suporte e cuidado aos familiares e pacientes que requerem dedicação exclusiva por cerca de uma hora em algum plantão, tais como: explicar condições clínicas, lidar com a dor e angústia, lidar com circunstâncias familiares difíceis	4
Suporte e cuidado aos familiares e pacientes que requerem dedicação exclusiva por três horas em algum plantão, tais como: morte, circunstâncias trabalhosas (ex: grande número de familiares, problemas de linguagem, familiares hosts)	32
Tarefas administrativas e gerenciais	
Realização de tarefas de rotina, tais como: procedimentos de dados clínicos, solicitações de exames, troca de informações profissionais (ex: passagem de plantão, visitas clínicas)	4,2
Realização de tarefas administrativas e gerenciais que requerem dedicação integral por cerca de duas horas em algum plantão, tais como: atividades de pesquisa, aplicação de protocolos, procedimentos de admissão e alta	23,2
Realização de tarefas administrativas e gerenciais que requerem dedicação integral por cerca de quatro horas ou mais de tempo de algum plantão, tais como: morte e procedimentos de doação de órgãos, coordenação com outras disciplinas	30
Suporte Ventilatório	
Suporte ventilatório: qualquer forma de ventilação mecânica/ventilação assistida com ou sem pressão expiratória final positiva, com ou sem relaxamento muscular; respiração espontânea com ou sem pressão respiratória final positiva (ex: CPAP ou BIPAP), com ou sem tubo endotraqueal; oxigênio suplementar por qualquer método	1,4
Cuidados com vias aéreas artificiais. Tubo endotraqueal ou cânula de traqueostomia	1,8
Tratamento para melhora de função pulmonar. Fisioterapia torácica, espirometria estimulada, terapia inalatória, aspiração endotraqueal	4,4
Suporte cardiovascular	
Medicação vasoativa independente do tipo e dose	1,2
Reposição intravenosa de grandes perdas e fluidos maior que 3l/m ² /dia, independente do tipo de fluido administrado	2,5
Monitorização do atrio direito. Cateter arterial pulmonar, com ou sem medida de débito cardíaco.	1,7
Reanimação cardip-respiratória nas últimas 24 horas.	7,1
Suporte renal	
Técnica de hemofiltração e técnicas dialíticas	7,7
Medida quantitativa de débito urinário (sonda vesical de demora, diurese horária)	7
Suporte neurológico	
Medida de pressão intra-craniana	1,6
Suporte metabólico	
Tratamento de acidose/alcalose metabólica complicada	1,3
Hiperalimentação intravenosa	2,8
Alimentação enteral. Através de tubo gástrico ou outra via gastrointestinal (ex: jejunostomia)	1,3
Intervenções específicas	
Intervenções específicas na UTI. Entubação endotraqueal, inserção de marcapasso, cardioversão, endoscopia, cirurgia de emergência no último período de 24 horas, lavagem gástrica. Intervenções de rotina sem consequências diretas para as funções clínicas do paciente, tais como: raios X, ecocardiografia, eletrocardiograma, curativos ou inserção de cateteres venosos ou arteriais não estão incluídos.	2,8
Intervenções específicas fora da UTI. Procedimentos diagnósticos ou cirúrgicos.	1,9

Figura 1 – Indicadores e pontuação conforme o *Nursing Activies Score*. INCA, Rio de Janeiro, 2020.

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Foi realizado uma busca em 123 prontuários de pacientes que estiveram internados na UTI, rastreados a partir dos seguintes critérios: se referirem a pacientes com câncer do colo de útero, hospitalizadas na UTI entre os meses de janeiro a junho de 2020 e que tiveram o NAS preenchido. Foram excluídos os prontuários incompletos ou indisponíveis durante o período de coleta dos dados, que se deu entre os meses de setembro e outubro de 2020, totalizando 79 prontuários selecionados para este estudo.

Os dados foram coletados em um instrumento próprio, composto por 07 variáveis direcionadas às características sociodemográficas, tais como idade, número de filhos, estado civil, escolaridade, motivo de internação, tempo de permanência na UTI e NAS médio durante o período de internação; e 23 variáveis relativas aos indicadores mensurados no NAS, nas suas respectivas dimensões. Posteriormente, os dados foram tratados em conjunto, sob a ótica da estatística descritiva utilizando frequências simples, medidas de tendência central e porcentagem, tabulados por meio do programa *Microsoft Excel*[®] 15.0 (Pacote Office 2013) e apresentados sob a forma de tabela, e, correlacionados e confrontados com a literatura específica.

3 | RESULTADOS

Dos 79 prontuários avaliados, a idade média observada foi de 54 anos, 25 mulheres eram casadas ou viviam em união estável (31,7%), com média de 3,4 filhos e predominância do nível de escolaridade de 1º grau incompleto (36%). O principal motivo de internação foi a síndrome da resposta inflamatória sistêmica (sepse), com média de internação de 8,5 dias e NAS médio de 103,2%. A tabela 1 relaciona os resultados que foram discutidos nesta pesquisa:

Características			Pacientes (n =79)	
	Média	DP	N	%
Idade	54	±16		
Nº de Filhos	3,4	2,1		
Estado Civil	Solteira		37	46,8
	Casada		24	30,4
	União Estável		1	1,3
	Divorciada		8	10,1
	Viúva		9	11,4
Escolaridade	Analfabeto		4	5,1
	Alfabetizado		5	6,3
	1º Grau completo		14	17,7
	1º Grau incompleto		29	36,7
	2º Grau completo		16	20,3
	2º Grau incompleto		6	7,6
	Superior completo		2	2,5
	Superior incompleto		3	3,8
NAS	103,2	12,4		
Tempo de Internação (dias)	8,5	7,3		
Motivo da Internação	IRpA		10	12,7
	IRCA		11	13,9
	SEPSE		17	21,5
	PCR		3	3,8
	IC		3	3,8
	POI		15	19,0
	Outras Clínicas		20	25,3

DP= Desvio Padrão; IRpA= Insuficiência respiratória aguda; IRCA= Insuficiência renal aguda; IC= Insuficiência cardíaca; POI= Pós operatório imediato.

* o valor percentual refere-se à frequência de cada comorbidade no total das pacientes, mas algumas aparecem combinadas

Tabela 1 – Características das pacientes com câncer de colo de útero internadas na UTI. Rio de Janeiro, 2020.

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

4 | DISCUSSÃO

Vários fatores de risco podem aumentar a probabilidade de a mulher desenvolver o câncer do colo de útero, porém o mais significativo é a infecção causada pelo vírus Papiloma Humano, devido a realidade atual de início da atividade sexual cada vez mais precoce, aumentando a exposição a vírus HPV (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2019; PANOBIANCO *et al.*, 2013).

O CCU raramente acomete mulheres com menos de 30 anos de idade, sendo sua maior incidência entre 45 e 50 anos (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2019), como os dados encontrados nesta pesquisa, em que a média de idade foi de 54 anos. Existem muitas condições que podem contribuir para o desenvolvimento do CCU, porém as infecções persistentes pelo vírus Papiloma Humano (HPV) são as mais importantes. Dentre outras condições, podemos destacar a imunossupressão, a baixa condição socioeconômica, a multiparidade, e comorbidades como obesidade e tabagismo, os quais também podem favorecer a infecção pelo vírus (PANOBIANCO *et al.*, 2013).

Na pesquisa em tela, houve predominância de mulheres entre 51 a 60 anos, com representação de 22 (27%) mulheres. O restante dividiu-se entre as faixas etária de 31 a 40 (n:11- 13,9%), 41 a 50 (n:13 – 16,4%), 61 a 70 (n:14-17,8%) e abaixo ou igual a 30 e igual e acima de 70, comportando, respectivamente, 5 (6,3%) e 14 (17,8%) mulheres.

Na UTI estudada, houve um número considerável de mulheres casadas ou em união estável (31%), portadoras de CCU. Esse fato indica que mesmo as mulheres com compromisso conjugal estável podem estar expostas às doenças relacionadas ao vírus HPV, principalmente às doenças infecciosas do trato genital transmitidas por relação sexual, pois muitas vezes essas confiam na fidelidade de seus companheiros e não utilizam nenhum método de prevenção, tornando-as vulneráveis ao desenvolvimento não apenas do CCU, mas também de outras doenças sexualmente transmissíveis, como a hepatite B e C, a síndrome da imunodeficiência adquirida, entre outras (BARRETO *et al.*, 2016; SOUZA; COSTA, 2015).

Paralelo a esse entendimento, mulheres com baixa renda familiar e baixo nível de escolaridade estão mais propensas a não comparecer ao rastreio do colo do útero. A literatura indica que fatores socioeconômicos e educação estão fortemente ligados ao aumento de número de filhos e a baixa adesão aos métodos de rastreamento para o câncer de colo de útero (MBACHU; DIM; EZEOKE, 2017). Nesta pesquisa 5,1% (4) das mulheres eram analfabetas e 36,7% (29) tinham segundo grau incompleto.

O rastreamento para câncer de colo de útero é uma estratégia que permite a detecção precoce da doença, em fase pré - sintomática e no estágio inicial, sendo o exame de Papanicolau o método mais conhecido. Em países desenvolvidos os programas de rastreamento promoveram expressiva redução nas taxas de mortalidade, porém, não se evidenciou tanta eficácia e efetividade nos países de média e baixa renda, como no nosso País (MBACHU; DIM; EZEOKE, 2017).

Essa realidade pode ser explicada com base nas dificuldades de acesso aos serviços de saúde, associada a falta de informação, falta de conhecimento sobre o câncer de colo de útero, além da falta de profissionais treinados para realização do exame com qualidade e pouca infraestrutura para atendimento destas pacientes. Neste sentido, a educação em saúde pode ser uma importante ferramenta para auxiliar na resolução de alguns obstáculos, contribuindo para aumentar o entendimento das mulheres sobre a doença e as formas de

prevenção e detecção precoce (BROBERG *et al.*, 2018).

O principal motivo de internação na Unidade de Terapia Intensiva estudada foi a sepse (21,5% - 17). Estudos apontam que esta síndrome é o principal motivo de internação nas unidades de terapia intensiva e possui altas taxas de mortalidade, correspondendo a um grande problema de saúde pública (AGUIAR-RICARDO; MATEUS; GONCALVES-PEREIRA, 2019; SINGER *et al.*, 2016). Na paciente com câncer de colo de útero, a sepse pode ser advinda de complicações infecciosas pós-cirúrgica, bem como pelo uso terapêutico de medidas que alteram as barreiras de defesa corpórea contra microrganismos, como quimioterapia e radioterapia, além das características do próprio tumor (MURILLO *et al.*, 2016).

Nessa lógica, a implementação de protocolos e a organização de times de reconhecimento precoce dos indicadores de infecção da sepse, tais como febre, taquicardia, taquipneia, hipotensão, bem como a efetivação das intervenções adequadas ao tratamento efetivo, torna-se um árduo desafio para os gestores de enfermagem, a fim de melhorar os resultados do cuidado direcionado a essa clientela (PANTOJA; RÊGO; LIMA, 2020).

Quanto a carga de trabalho direcionada ao cuidado destas pacientes na UTI, a média do NAS foi de 103,2%, traduzindo a complexidade assistencial e a necessidade de quase um profissional de enfermagem para cada paciente.

Esses achados corroboram com os dados da literatura que descrevem que estas unidades são estratégicas no cuidado de pacientes graves e necessitam contar com uma estrutura com tecnologias complexas e recursos humanos especializados, para o desenvolvimento de uma assistência de alta qualidade e com foco na segurança do paciente (MASSAROLI *et al.*, 2015).

Desta forma, é necessário um cuidado integral, com uma equipe multidisciplinar bem treinada e com conhecimento específico, a fim de atender às demandas de cuidado desses indivíduos e sua família. Assim, a carga de trabalho de enfermagem deve ser mensurada e bem discutida, pois tem importância na qualidade da assistência. A sobrecarga de trabalho da equipe de enfermagem devido ao excesso de trabalho, a jornada em regime de plantões são fatores que podem influenciar na segurança dos pacientes, trazendo riscos a esses indivíduos (SILVA; CASTRO; POPIM, 2018).

Desta maneira, a aplicabilidade do NAS, tanto para avaliações em turnos, quanto em 24h é um importante parâmetro e serve como facilitador do gerenciamento do cuidado de enfermagem em cenário de cuidados intensivos, à medida que possibilita um desenho em tempos dos cuidados de enfermagem, por dimensões e por paciente (MACEDO *et al.*, 2016).

O cenário estudado possui seis leitos de terapia intensiva e um quantitativo médio de recursos humanos de enfermagem de 4 por turno, sendo 1 enfermeiro e 3 três técnicos de enfermagem, e média do NAS das pacientes foi de 103,2% traduzindo em uma oportunidade de melhoria no se refere ao dimensionamento, pois pode influenciar

na qualidade do cuidado e na ocorrência de eventos adversos a pacientes críticos. Um quantitativo subestimado mostra-se diretamente relacionado com aumento das taxas de infecção, mortalidade, quedas, pneumonia associada à ventilação mecânica, extubação acidental e tempo de internação em UTI (ORTEGA *et al.*, 2017).

Por este ângulo, compreende-se que a avaliação rotineira do NAS é de extrema importância para mensurar a carga de trabalho de enfermagem e delinear a variabilidade das demandas de enfermagem presentes nos diferentes turnos de trabalho, subsidiando a gestão do cuidado direcionado a essa clientela.

5 | CONCLUSÃO

No estudo prevaleceu o NAS de 103,2%. Por meio de sua aplicação, observou-se que a carga de trabalho da equipe de enfermagem direciona para a necessidade de uma relação enfermagem/paciente de 1/1, revelando uma assistência altamente complexa e que demanda muitas horas deste profissional. Embora os resultados desta pesquisa contribuam para o avanço do conhecimento e tenham atingido o objetivo proposto, entende-se que houve limitações como apresentar uma amostra pequena, e ter sido realizada em apenas um centro, recomendando-se então, o desenvolvimento de pesquisas com amostra maior, com as mesmas características da população estudada, a fim de fortalecer os achados encontrados e preencher as lacunas deixadas por esta investigação. Espera-se assim, nortear gestores e mostrar às instituições que, a aplicação sistematizada do NAS funciona como um bom indicador da carga de trabalho e, conseqüentemente, auxilia no dimensionamento adequado da equipe de enfermagem para a assistência ao paciente.

REFERÊNCIAS

AGUIAR-RICARDO, I.; MATEUS, H.; GONCALVES-PEREIRA, J. Mortalidade oculta em pacientes sépticos após alta da unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 122-128, jun. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbti/v31n2/0103-507X-rbti-20190037.pdf>. Acesso em: 5 out. 2020.

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**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 3, p. 411-418, maio/jun. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n3/pt_0104-1169-rlae-0568-2570.pdf. Acesso em: 27 jun. 2020.

BARRETO, J. A. P. S. *et al.* Percepções de mulheres portadoras do papilomavírus humano acerca da infecção: estudo exploratório. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 15, n. 3, p. 382-392, set. 2016. Disponível em: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5481/pdf_2. Acesso em: 27 jun. 2020.

BROBERG, G. *et al.* Socio-economic and demographic determinants affecting participation in the Swedish cervical screening program: a population-based case-control study. **PloS One**, v. 13, n. 1, p. e0190171, jan. 2018. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0190171>. Acesso em: 27 jun. 2020.

CAMUCI, M. B. *et al.* Nursing Activities Score: carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva de queimados. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 2, p. 325-331, mar./abr. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n2/pt_0104-1169-rlae-22-02-00325.pdf. Acesso em: 27 jun. 2020.

HERCOS, T. M. *et al.* O trabalho dos profissionais de enfermagem em unidades de terapia intensiva na assistência ao paciente oncológico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 60, n. 1, p. 51-58, 2014. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_60/v01/pdf/08-revisao-literatura-o-trabalho-dos-profissionais-de-enfermagem-em-unidades-de-terapia-intensiva-na-assistencia-ao-paciente-oncologico.pdf. Acesso em: 27 jun. 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Estimativa 2020**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2020.

MACEDO, A. P. M. C. *et al.* Validação do Nursing Activities Score em unidades de cuidados intensivos portuguesas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 5, p. 826-832, out. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v69n5/0034-7167-reben-69-05-0881.pdf>. Acesso em: 5 out. 2020.

MASSAROLI, R. *et al.* Trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva e sua interface com a sistematização da assistência. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 252-258, 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127739655008>. Acesso em: 27 jun. 2020.

MBACHU, C.; DIM, C.; EZEOKÉ, U. Effects of peer health education on perception and practice of screening for cervical cancer among urban residential women in south-east Nigeria: a before and after study. **BMC Women's Health**, v. 17, n. 1, p. 41, 2017. Disponível em: <https://bmccwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-017-0399-6>. Acesso em: 27 jun. 2020.

MURILLO, R. *et al.* Cervical cancer in Central and South America: Burden of disease and status of disease control. **Cancer Epidemiology**, v. 44, p. S121–S130, set. 2016. Supl. 1.

ORTEGA, D. B. *et al.* Análise de eventos adversos em pacientes internados em unidade de terapia intensiva. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 168-173, abr. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ape/v30n2/1982-0194-ape-30-02-0168.pdf>. Acesso em: 5 out. 2020.

PANOBIANCO, M. S. *et al.* O conhecimento sobre o HPV entre adolescentes estudantes de graduação em enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 201-207, jan./mar. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_24.pdf. Acesso em: 27 jun. 2020.

PANTOJA, L. C. M.; RÉGO, H. C. L. J.; LIMA, V. L. A. Aplicação de tecnologia educativa na sensibilização do protocolo de sepse em unidade de tocoginecologia. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 12, p. 300-304, jul. 2020. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6731>. Acesso em: 7 out. 2020.

PINTO, V. R. S.; FERREIRA, S. C. M. Indicators for the assessment of the quality of nursing care: a descriptive-exploratory study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 16, n. 1, p. 140-151, mar. 2017. Disponível em: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5481/pdf_2. Acesso em: 27 jun. 2020.

SILVA, T. C. M. S.; CASTRO, M. C. N.; POPIM, R. C. Adaptation of the Nursing Activities Score for oncologic care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 5, p. 2383-2391, out. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v71n5/0034-7167-reben-71-05-2383.pdf>. Acesso em: 5 out. 2020.

SINGER, M. *et al.* The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). **JAMA**, 2016;315(8):801-810. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2492881>. Acesso em: 5 out. 2020.

SOUZA, A. F.; COSTA, L. H. R. Conhecimento de mulheres sobre HPV e câncer do colo do útero após consulta de enfermagem. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 61, n. 4, p. 343-350, 2015. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_61/v04/pdf/05-artigo-conhecimento-de-mulheres-sobre-hpv-e-cancer-do-colo-do-utero-apos-consulta-de-enfermagem.pdf. Acesso em: 5 out. 2020.

TRINDADE, L. L.; COELHO AMESTOY, S.; PIRES DE PIRES, D. E. Revisão da produção teórica latino-americana sobre cargas de trabalho. **Enfermería Global**, v. 12, n. 29, p. 363-372, jan. 2013. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n29/pt_revision3.pdf. Acesso em: 27 jun. 2020.

CAPÍTULO 11

CONCEPÇÕES E EXPERIÊNCIAS DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DA ATENÇÃO PRIMÁRIA SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS

Data de aceite: 01/12/2020

Data da submissão: 04/09/2020

Jéssica Cristini Pires Sant'ana

Instituto Nacional de Câncer José Alencar
Gomes da Silva, Rio de Janeiro, RJ. Oncomed,
Belo Horizonte, MG.
<https://orcid.org/0000-0002-3140-1515>

Erica Toledo de Mendonça

Departamento de Medicina e Enfermagem,
Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, Minas
Gerais. Federal de Viçosa, Minas Gerais, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-3014-1504>

Cynara Christine Ferreira Dutra

Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG.
Hospital Irmã Denise, Caratinga, MG.
<https://orcid.org/0000-0002-7458-6847>

Beatriz Santana Caçador

Departamento de Medicina e Enfermagem,
Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, Minas
Gerais.
<https://orcid.org/0000-0003-4463-3611>

Andyara do Carmo Pinto Coelho Paiva

Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de
Fora, Minas Gerais, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-3567-8466>

28 profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família de um município da Zona da Mata mineira. A coleta de dados ocorreu mediante o uso de um roteiro semiestruturado, aplicado nos locais de trabalho dos participantes. Os dados foram analisados pela técnica de Análise de Conteúdo de Lawrence Bardin. A pesquisa respeitou os aspectos éticos. Resultados: foram elaboradas duas categorias: “Paradoxos teórico-práticos na abordagem dos cuidados paliativos oncológicos na Estratégia de Saúde da Família” e “Dificuldades na abordagem dos Cuidados Paliativos na atenção primária à saúde”, que apontam as dificuldades dos profissionais ao lidar com a terminalidade, ausência de conhecimentos e habilidades sobre os cuidados que devem ser oferecidos a esses pacientes e seus familiares, além de uma dificuldade de comunicação com pacientes e seus familiares. Conclusões: é de extrema importância a realização de capacitações com os profissionais de Enfermagem da Estratégia da Saúde da Família em temas de Oncologia e Cuidados Paliativos, a fim de desmistificar a doença e tornar a prática profissional mais humanizada e holística. A constatação que o indivíduo em Cuidados Paliativos se encaminha para a terminalidade não reduz as possibilidades de cuidado de Enfermagem, e sim as expande.

PALAVRAS - CHAVE: Cuidados Paliativos; Oncologia; Enfermagem; Atenção Primária à Saúde; Experiências; Conhecimento.

RESUMO: Objetivo: compreender as concepções e experiências de profissionais de Enfermagem que atuam na Estratégia de Saúde da Família sobre cuidados paliativos oncológicos. Métodos: pesquisa de natureza qualitativa, realizada com

CONCEPTIONS AND EXPERIENCES OF PRIMARY NURSING NURSING PROFESSIONALS ON PALLIATIVE ONCOLOGICAL CARE

ABSTRACT: Objective: to understand the conceptions and experiences of Nursing professionals who work in the Family Health Strategy on palliative oncology care. Methods: qualitative research, carried out with 28 professionals working in the Family Health Strategy of a municipality in Zona da Mata, Minas Gerais. Data collection took place using a semi-structured script, applied in the participants' workplaces. The data were analyzed using the Lawrence Bardin Content Analysis technique. The research respected the ethical aspects. Results: two categories were elaborated: "Theoretical-practical paradoxes in the approach to palliative oncology care in the Family Health Strategy" and "Difficulties in the approach to Palliative Care in primary health care", which point out the difficulties of professionals when dealing with terminality, lack of knowledge and skills about the care that should be offered to these patients and their families, in addition to a difficulty in communicating with patients and their families. Conclusions: it is extremely important to carry out training with Nursing professionals of the Family Health Strategy on topics of Oncology and Palliative Care, in order to demystify the disease and make professional practice more humanized and holistic. The finding that the individual in Palliative Care is headed for terminality does not reduce the possibilities of nursing care, but expands them.

KEYWORDS: Palliative Care; Oncology; Nursing; Primary Health Care; Experiences; Knowledge.

1 | INTRODUÇÃO

Devido a transição epidemiológica e demográfica no Brasil e no mundo, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) passaram a liderar as causas de morbimortalidade da população, dentre elas o câncer (SILVA, 2014).

No Brasil as neoplasias malignas são a segunda causa de morte no país. Dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA) estimam que em 2030 a carga global de novos casos será de 21,4 milhões de pessoas acometidas; no Brasil, a estimativa para o biênio 2020-2022 aponta a ocorrência de 625 mil novos casos de câncer (INCA, 2019).

Sendo assim, as neoplasias malignas se configuram como um importante problema de saúde pública, devido às altas taxas de morbimortalidade e aos impactos ocasionados pelo diagnóstico de câncer no indivíduo e sua família. Quando o diagnóstico é tardio e o estadiamento do tumor avançado, o paciente oncológico muitas vezes é direcionado aos Cuidados Paliativos (CP), que são as medidas implementadas junto aos pacientes quando há impossibilidade de tratamento modificador da doença (CARVALHO e PARSONS, 2012).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2002), CP podem ser definidos como

"[...] a assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameaça a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento,

da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais”.

Neste contexto, sabe-se que a Estratégia da Saúde da Família (ESF) é considerada como um importante ponto de assistência para a prestação e coordenação dos CP oncológicos a seus usuários, devido à proximidade, facilidade de acesso, vínculo entre a ESF, usuário, familiares e profissionais, entre outras especificidades. Ademais, a visita domiciliar tem um papel preponderante nesse âmbito, pois envolve a família tanto nos cuidados como no amparo afetivo ao paciente, reduz complicações decorrentes de longas internações hospitalares e diminui os custos decorrentes das altas tecnologias dos doentes hospitalizados (SILVA, 2014; QUEIROZ et al, 2013).

No entanto, estudos revelam que muitas vezes o atendimento domiciliar prestado pelos profissionais da ESF aos pacientes com câncer avançado está aquém do preconizado, pois fatores como a falta de capacitação dos mesmos para uma adequada abordagem do paciente em CP e seu núcleo familiar, além dos significados atribuídos ao processo de adoecimento oncológico, terminalidade e luto pelos profissionais representam os principais entraves para esta atuação (SILVA, 2014; PINTO et al, 2011; SANTANA et al, 2012).

Nesse cenário, a Enfermagem torna-se um grande pilar na área de palição oncológica, visto que sua atuação é pautada no cuidado holístico e humanizado ao núcleo familiar adoecido, e precisa ter, além de habilidade técnicas para prestar os cuidados, sensibilidade quanto aos aspectos emocionais envolvidos no processo saúde-doença-adoecimento, pautado na ética e na humanização (PINTO et al, 2011).

A partir destas considerações, as seguintes questões foram indagadas: O que os enfermeiros e técnicos de enfermagem da ESF sabem a respeito dos CP? Quais as maiores dificuldades que eles encontram ao lidar com um paciente em CP? E como eles se sentem ao prestarem atendimento aos pacientes nesta condição?

A identificação e compreensão destas questões torna-se importante pois permitirá o planejamento de ações junto aos profissionais de Enfermagem da ESF na área de CP oncológicos, melhorando assim o acolhimento e atendimento a estes indivíduos. Ademais, poderá contribuir para a melhoria das práticas em saúde, que podem ter como reflexos melhorias na qualidade de vida dos pacientes, através da promoção do conforto, alívio de dor e outros sintomas no decorrer do tratamento e curso da patologia, bem como promover e auxiliar seus familiares/cuidadores durante o processo de terminalidade, morte e luto, tornando estes momentos muitas vezes desgastantes, frágeis, aterrorizantes e difíceis, em ocasiões mais humanas e dignas aos envolvidos.

Desse modo, o objetivo do presente estudo é compreender as concepções e experiências de profissionais de Enfermagem que atuam na Estratégia de Saúde da Família sobre cuidados paliativos oncológicos.

2 | MÉTODOS

Pesquisa de natureza qualitativa, que trabalha com o universo de crenças, valores e atitudes dos sujeitos inseridos em uma dada realidade social. Este tipo de pesquisa contribui para a melhor compreensão da distância entre o conhecimento e a prática, na medida em que auxilia na elucidação dos sentimentos das pessoas, explicitando suas ações diante de um problema em situação (MYNAIO, 2014).

A pesquisa se inseriu nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) de um município da Zona da Mata Mineira. Os participantes da pesquisa foram todos os profissionais de Enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) que atuavam nas ESF e aceitaram participar do estudo, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O contato com os participantes do estudo se deu via UAPS. Em um primeiro momento as pesquisadoras procuraram as unidades de saúde para apresentação da pesquisa ao público alvo do estudo; posteriormente, a partir da manifestação de anuência em participar do estudo, foi agendada com os mesmos uma data, horário e local de sua preferência para realização da coleta de dados.

A coleta de dados foi guiada por um roteiro semiestruturado, contendo as seguintes perguntas abertas: *O que você pensa sobre cuidados paliativos? O que você acha mais difícil na sua lida com os pacientes oncológicos? Como você se sente lidando com pacientes oncológicos fora de possibilidades de cura?* Para preservação do anonimato dos participantes, os mesmos foram identificados com a letra P (profissional) acompanhados pelo número correspondente a ordem de realização da entrevista, a saber: P1, P2, P3...

Para que houvesse o registro na íntegra dos depoimentos dos participantes foi solicitada aos mesmos a permissão para o uso do gravador nas entrevistas.

Para análise qualitativa dos resultados foi realizada a técnica de análise de conteúdo de Lawrence Bardin, que propõe uma sequência para análise baseada nas seguintes etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Inicialmente foi realizada uma leitura flutuante e exaustiva das questões das entrevistas de forma a haver uma familiarização com o texto e obter uma compreensão sobre o que o sujeito buscava transmitir. Em seguida procedeu-se à seleção temática, que consiste em identificar os núcleos de sentido, ou elementos semanticamente semelhantes, para posterior categorização (BARDIN, 2016).

A pesquisa foi desenvolvida respeitando os aspectos éticos conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa, parecer 1.228.058.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Paradoxos teórico-práticos na abordagem dos cuidados paliativos oncológicos na Estratégia de Saúde da Família

Nesta categoria foi possível perceber que os depoimentos dos entrevistados oscilaram entre a compreensão ou compreensão parcial do real significado dos CP. Percebeu-se que muitos têm dificuldades em conceitua-lo, ou de entender seu real papel frente a um paciente que necessite destes cuidados. Revelou ainda que os depoentes apresentaram em suas falas aproximações conceituais e também distanciamentos entre o prescrito e o real, ao afirmarem que o cuidado deve ser o mais humanizado possível quando se lida com pacientes em fase final de vida, e ainda que os pacientes realmente precisam de um cuidado diferenciado, mas não sabem qual e quando fazê-lo.

Quando analisadas as respostas que se aproximam do conceito/prática de CP, observou-se que os participantes entendem que os CP são um atendimento humanizado, uma abordagem diferenciada, que ajudam a reduzir o sofrimento dos pacientes e seus familiares, sendo de extrema importância, conforme evidenciado nas falas que seguem: *“Tem que existir, que é aí que vamos avaliar se o paciente precisa ou não do tratamento” (P01). “Cuidados que a gente faz com o paciente em fase terminal que a gente sabe que não tem mais tratamento e de cura” (P23). “Acho que é uma forma de amenizar o sofrimento, eu acho muito bom ter o cuidado com o paciente, eu acho que ajuda muito no bem estar do paciente” (P06). “Não é cura, mas depois que passa essa a fase mais grave a gente tá dando um suporte pra família, e para o próprio paciente” (P08). “Eu penso que melhora a vida do paciente um pouco mais, prolonga um pouco mais e elimina um pouco o sofrimento também. Eu acho que é muito importante” (P09). “Os cuidados paliativos eu acredito que é aquele que a gente faça pra dar um conforto melhor pro paciente [...] pra ajudar na patologia dele [...] a questão da sobrevivida melhor, um conforto, um cuidado, entendeu? O melhor pra ele” (P10).*

Conforme traz a literatura, grande parte dos profissionais de saúde que trabalham com pacientes em CP enfrentam desafios para tentar promover uma assistência de alta qualidade, sem se esquecer do lado humano do cuidar. Quando se fala em pacientes em fase final de vida, deve ser discutida e praticada a humanização de forma mais veemente, ofertada em todos os níveis de atenção à saúde da RAS, uma vez que a especificidade do “cuidado” que os pacientes em CP necessitam vão além de medidas tecnicistas, se voltando a uma atenção holística tanto para o paciente quanto para familiar/cuidador (SILVA, 2014).

Por outro lado, alguns depoimentos expressaram que os profissionais se distanciam do cuidado holístico por carregarem consigo o pensamento de um cuidado voltado ao modelo biomédico, voltado para técnicas, procedimentos e cura, quando eles dizem repetidamente que “não tem mais nada o que fazer”, e sempre falam da “cura”. De uma forma geral, observou-se que as falas expressaram uma dificuldade de atuação dos

profissionais, além da contradição entre a assistência humanizada e o cuidado focado no modelo biomédico. As falas a seguir representam esta situação: *“Esse sentimento de tudo que a gente fizer não vai ter uma resposta de cura né, porque a gente trabalha pra isso, de não poder dar mais do que a gente pode, e ser só cuidados paliativos”* (P28). *“Eu queria que a medicina estivesse mais avançada (risos), pra poder achar a cura”* (P24). *“[...]como eu vou cuidar de uma pessoa em fase terminal? Qual o meu ajudamento? (P23)”*. *“Eu acho que são cuidados muito difíceis, pois a pessoa (entre aspas) “não tem mais o que fazer” em cuidados médicos, é um trabalho muito difícil”* (P21). *“É quando ele não tem mais nada o que fazer [...]”* (P18).

A partir dessas considerações foi possível identificar que a equipe de Enfermagem se preocupa com as necessidades dos indivíduos que surgem em seu cotidiano; porém, muitas vezes atuam negligenciando a essência inscrita no processo de cuidar, que é a visão integral do ser humano. E mesmo que o conceito humanizado esteja presente nas falas de vários profissionais deste estudo, há fortemente enraizado nos depoimentos o pensamento biomédico, evidenciado nas falas que demonstram que só é considerado um “cuidado” quando o mesmo for levar a cura da doença (SANTANA et al, 2009).

Muitas vezes, não saber como lidar com pacientes em CP ou que tipo de cuidado se deve oferecer reflete a crença de que nenhum procedimento poderá modificar o curso da doença. Ainda assim, há muitos cuidados que podem ser oferecidos para melhorar a qualidade de vida destas pessoas, focados no apoio familiar, manejo de sintomas e melhoria da qualidade de vida dos indivíduos sob palição (DUARTE et al, 2014).

Estudos apontam que o manejo de sintomas psicológicos muitas vezes observados durante todo o tratamento e em CP, melhoram gradativamente a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares/cuidadores, uma vez que a saúde mental destas pessoas são de extrema importância para a recuperação e aceitação da terapêutica proposta, além de melhor compreensão de questões existenciais e humanas que emergem no processo de palição (BARRETO e CASTRO, 2015).

Alguns depoimentos demonstraram, ainda, que os profissionais sabem como devem ser os cuidados, indo além de ações curativas ou de alívio da dor física, preconizando a visão humanizada e holística do outro. Cabe ressaltar que os pacientes em CP, na maior parte das vezes, sentem mais necessidade do apoio emocional, viabilizado pela comunicação verbal e não-verbal. Estudo mostrou que o relacionamento interpessoal (entre profissionais e pacientes) e a comunicação empática foram enfatizados como instrumentos de suporte frente à terminalidade (SANTANA et al, 2009; ALVES, 2013).

Apesar da ESF ser considerada o melhor ponto de assistência para a prestação e coordenação integral destes cuidados a seus usuários, no Brasil, os serviços de CP existentes geralmente são mais conhecidos atrelados à atenção terciária. Esta situação reflete no despreparo dos profissionais da ESF a respeito dos CP (QUEIROZ et al, 2013).

Nesse sentido, a deficiência de conhecimentos sobre CP oncológicos, aliado às

dificuldades de lidar com a terminalidade/morte, que esbarra em processos motivacionais dos profissionais para lidar com pacientes em CP (valores, símbolos, crenças), acabam por acarretar em comprometimento nos cuidados prestados pelos profissionais da ESF, fazendo com que estes pacientes sejam de certo modo esquecidos e até mesmo impedidos de receber cuidados indispensáveis e essenciais, devido a equipe ainda não se responsabilizar pela prestação de assistência a estes indivíduos, acreditando que a responsabilidade do atendimento seja da atenção terciária ou especializada (SILVA, 2014).

Cabe ressaltar que os profissionais de saúde muitas vezes carregam consigo muitas dificuldades, lacunas, contradições, dúvidas e questões acerca dos CP e terminalidade que muitas vezes não são apresentados e/ou discutidos, talvez devido ao paradigma ocidental de se evitar falar sobre a morte, traduzindo-se em sentimentos de incapacidade e frustração no cuidado neste momento peculiar da vida dos pacientes e familiares (SANTANA et al, 2009).

Esse paradigma é fortemente alimentado pelo fato da morte ser algo desconhecido e misterioso, mesmo sendo inevitável, e contrapõe a ideologia dos profissionais de saúde de que para se ter resultados positivos, deve-se preservar e cuidar da vida e promover a cura, esquecendo-se que o processo de morte deve ser cuidado tão veemente como qualquer outro ciclo de nossas vidas. Nessa óptica, a finitude é sinônimo de fracasso, limitação e vulnerabilidade (PERES et al, 2013).

Assim, torna-se fundamental que a formação em saúde prepare os profissionais para o manejo de doenças crônicas e sua evolução, de forma que estejam aptos a cuidar em contextos de singularidades e necessidades biológicas, psicológicas, sociais, espirituais e familiares, em todas as fases da enfermidade.

3.2 Dificuldades na abordagem dos Cuidados Paliativos na atenção primária à saúde

Esta categoria revelou que as maiores dificuldades encontradas pelos participantes da pesquisa ao lidar com os CP oncológicos foram aquelas relacionadas à dimensão da comunicação, relativas a como se comportar, agir, abordar e conversar com o paciente e seus familiares; deficiências na comunicação ligadas ao estado emocional/psicológico dos pacientes; como a falta de capacitação na área dificulta a abordagem ao paciente, aliada à falta de insumos humanos e materiais, além das fragilidades dos fluxos de referência e contrareferência, que dificultam uma adequada abordagem ao paciente e seu núcleo familiar.

Somado a isso, a própria dificuldade emocional e psicológica de lidar com a morte contribui para a dificuldade desses profissionais, expressa nos termos “terminal”, “angústia”, “difícil”, “triste” e “não sei o que fazer”, evidenciada em diversos momentos da entrevista, conforme se pode visualizar nos depoimentos que seguem: *“Meu receio é de como abordar, como tratar, tenho um receio de como estar lidando assim com a situação,*

assim a conversar, falar alguma coisa assim que eu vou deixar o paciente constrangido” (P12). “Eu acho que o mais difícil é essa questão do questionamento que eles às vezes podem fazer [...] às vezes, até pelo fato da gente não saber muito [...] às vezes pode ser uma barreira da gente não dar a resposta e esse questionamento por parte deles” (P08).

Estudo revelou que a comunicação contribui para a criação e fortalecimento do vínculo entre enfermeiro/paciente/família e potencializa a prática humanizada, sendo a ESF um cenário de potência para o desenvolvimento da mesma. Uma comunicação adequada engloba o ambiente, postura, olhar atento e escuta qualificada, pré-requisitos necessários para que a equipe de Enfermagem saiba reconhecer as necessidades da família e do cliente de forma atenciosa, empática e humanizada (ANDRADE, COSTA e LIMEIRA, 2013).

Ademais, a falha da comunicação gera estresse e exaustão tanto para os profissionais quanto para os pacientes e familiares/cuidadores, criando assim barreiras na assistência prestada. Nesse sentido, um dos maiores desafios da equipe de Enfermagem é comunicar/falar sobre o processo de terminalidade/morte, temas de difícil abordagem tanto para a família quanto para o profissional que cuida (FURTADO e LEITE, 2017).

Sendo assim, é de extrema importância que haja a comunicação efetiva entre profissionais, paciente e familiares/cuidadores, já que devido ao seu estado clínico de sofrimento, dor, delírios, perdas entre outros, tanto o paciente quanto o familiar/cuidador por muitas vezes não conseguem entender e/ou assimilar as informações prestadas tanto pelos médicos, quanto pela equipe de Enfermagem. Cabe assim, ao enfermeiro, auxiliar neste processo através de uma comunicação clara e eficiente, e que responda às necessidades dos indivíduos (ANDRADE, COSTA e LIMEIRA, 2013).

A análise dos depoimentos revelou ainda dificuldades de comunicação dos profissionais com o paciente em CP e seus familiares devido a questões de ordem psicológica daqueles, evidenciados por falas que demonstram dificuldades dos profissionais para prestar tal assistência. Esse despreparo pode se relacionar não somente aos aspectos técnicos do cuidado ao indivíduo em CP, mas também aos significados que estes profissionais atribuem ao cuidar em Oncologia. Os trechos a seguir evidenciam estas questões: “[...] porque a gente precisa fazer a visita, a gente tá ali pra ajudar né, aí o paciente vai e pergunta, aí eu acho mais difícil chegar pra ele e falar né”(P08). “[...] O que eu acho mais difícil assim, você vê que a pessoa ‘tá’ pra baixo, ‘ta’ como diz arrasado, você tem que tentar colocar ela pra cima, mesmo que você sabe, da situação dela, sabe que não vai ter mais jeito, mas você tem que colocar ela pra cima, animar ela. Acho que isso é o mais difícil [...] tem dia que a gente não ‘tá’ com aquela vontade de conversar”(P02). “Consolar, o que falar, uma palavra amiga, alguma coisa pra motivar [...] mas é difícil, porque muitas vezes a família não tem estrutura, Sei lá [...] é complicado”(P26). “São pacientes difíceis de lidar né, difícil de você ‘tá’ ali no dia-a-dia [...]. São pacientes normalmente que se isolam, ficam depressivos né, naquela fase negativa, sem querer conversar com ninguém, então a família esconde por muito tempo, e a gente tem dificuldade de chegar até ele” (P05).

Estes fatores podem estar relacionados, em parte, à falta de capacitação dos profissionais acerca da temática, que, muitas vezes, não é abordada nos cenários de formação. Deficiências relativas à formação/capacitação foram identificadas em outro estudo, que demonstrou que no Brasil existem vários desafios referentes à formação de profissionais de saúde no que diz respeito à terminalidade. O mesmo apontou ainda a necessidade de o enfermeiro ter uma visão voltada para a subjetividade e a singularidade do paciente, pressupondo o desenvolvimento de posturas relacionadas ao vínculo, ao acolhimento, à afetividade e ao respeito; aspectos esses necessários à superação de um ensino fragmentado e reducionista (SANTANA et al, 2009). Os trechos que seguem demonstram as deficiências na formação profissional na área de CP expressa pelos participantes da pesquisa: *“A visita domiciliar. É [...] eu acho assim, a gente até faz a consulta, mas assim, fica um pouco limitado, porque assim, eu não tenho especialização nessa área, entendeu? (P01). “Eu acho mais difícil, é que eu, a gente não tem uma capacitação [...] (P04).” “[...] às vezes, até pelo fato da gente não saber muito sobre isso, pode ser uma barreira da gente [...]” (P03).*

Além disso, há o sentimento de ansiedade relacionado à falta de recursos humanos e materiais que auxiliem na comunicação e na melhora do quadro de sintomas destes pacientes, respectivamente, fatores estes que muitas vezes causam sentimento de frustração nos profissionais (PEDROSA, CORREA e MANDU, 2011). Os trechos a seguir ilustram o exposto: *“Eu acho mais difícil, não tem um material adequado pra poder tá ajudando essas pessoas. Eu acho que você lidar com um paciente nessa situação você tem que tá bem preparado [...]” (P03). “A maior dificuldade da gente aqui no serviço é a falta de material pra trabalhar, a falta de material às vezes e a pessoa também não colabora muito [...]. Ah difícil, muito difícil. Porque o paciente às vezes não entende que a gente não tem todo o material, toda capacitação pra cuidar dele [...]” (P04). “Deveria ter uma equipe multiprofissional para auxiliá-los, faz muita falta. Eu sou muito sobrecarregada profissionalmente e queria dar para eles um auxílio maior, se eu tivesse uma equipe multi me ajudaria demais da conta. A gente tenta, mas eu não sou tudo isso” (P09). “Então isso é uma coisa que deixa a gente bem angustiado, porque eu ficava tentando fazer tudo o que eu podia fazer[...] até comprar algumas coisas que a secretaria não fornecia, então eu acho que seria essa falta de insumos né, de equipamentos, para esse tipo de atendimento, porque o município não pensa isso[...]” (P12)*

A deficiência de recursos tanto materiais quanto humanos prejudica a qualidade da assistência, pois a efetivação de um cuidado de qualidade exige processos de trabalho organizados, além de uma adequada estrutura física, insumos de equipamentos e materiais. Especificamente para a Enfermagem, a provisão destes recursos permite o exercício da profissão com mais autonomia e uma melhor articulação de suas ações de forma a garantir um cuidado continuado e que atenda às necessidades dos indivíduos (PEDROSA, CORREA e MANDU, 2011).

Outro fator importante e evidenciado como dificuldade de atuação/comunicação é a fragilidade do sistema de referência e contrarreferência entre o ponto de atenção terciário e a ESF, ocasionando fragmentação e descontinuidade do cuidado, uma vez que limita o conhecimento dos profissionais da APS sobre a real situação de saúde e cuidados que o paciente necessita ter, ferindo a integralidade de seu cuidado. O depoimento a seguir se refere a esta questão: *“Então, eu acho mais difícil é o esclarecimento que os hospitais, os médicos não dão pra gente, não dão uma contra referência e a gente fica perdido, ou a gente liga pra saber ou não sabe de nada, não sabe nem em que fase que tá, a contrarreferência eu acho que é a pior parte”* (P09).

Sobre a Rede de Atenção à Saúde (RAS), sabe-se que a mesma deve funcionar integrando os distintos pontos de atenção, de forma a promover aos usuários acesso contínuo, integral e resolutivo para suas necessidades de saúde. Para a efetivação da RAS, é necessária comunicação entre os profissionais/equipes de distintos pontos, factível por meio de processos de trabalho bem estruturados e integrados à gestão do sistema (MELO e COSTA, 2014).

Quando questionados sobre os sentimentos vivenciados ao cuidar de pacientes em CP, a maioria (92,8%) dos entrevistados disse “impotência”, “tristeza”, “dó”, acham “complicado” e “difícil”. Somado a isso, a própria dificuldade de lidar com a morte contribui para a dificuldade desses profissionais. Os depoimentos a seguir ilustram estas questões: *“Me sinto incapaz (entrevistado suspirou e chorou) (P02). “Me sinto impotente por não conseguir mudar essa situação né” (P04). “Me sinto incapacitada” (P05). “Ah eu me sinto angustiada” (P13). “Eu me sinto impotente, porque eu não posso fazer muito mais do que eu faria e gostaria [...]” (P06). “Nossa [...] não faz isso comigo, vou começar a chorar, ah sei lá. Não consigo responder” (P20).*

A partir do exposto, observa-se que uma questão relevante é a autoconfiança profissional, importante para que a equipe se sinta apta e segura para cuidar de pacientes em CP. Esta segurança poderá ser conquistada por meio de estratégias de capacitação que despertem nesses indivíduos reflexões sobre questões existenciais, o processo de morte e morrer na nossa sociedade, dentre outras questões. Além disso, desenvolver uma competência profissional fundamental para desvincular o sofrimento vivenciado no local de trabalho da vida pessoal, que é a resiliência, capacitando-o a trabalhar com suas próprias questões pessoais e emocionais (PENNBRENT, TOMASZEWSKA, PENTTILÄ, 2015). Dessa maneira, os sentimentos que a equipe de Enfermagem da ESF demonstrou podem funcionar como barreiras à assistência, uma vez que os estigmas criados e reforçados pelo senso comum em relação ao câncer e à terminalidade, e os medos dos profissionais funcionam como empecilhos para uma prática de qualidade, holística e humanizada. O mesmo é encontrado em outros artigos que tratam da temática com diferentes pacientes e níveis de atenção em saúde (SANTANA et al, 2009; GERMANO e MENEGUIM, 2013).

Germano e Meneguim (2013) demonstraram em seus estudos que os sentimentos

de frustração no cuidado ao paciente sem possibilidades de cura ocorrem ainda na graduação, demonstrando a necessidade de reformulação curricular que prepare os futuros profissionais para temas como CP, terminalidade e morte. Ademais, estes temas são estigmatizados pela sociedade, gerando ainda mais dificuldades em sua abordagem teórica e prática.

Por outro lado, alguns profissionais entrevistados relataram não se sentirem frustrados em cuidar de pacientes em CP, fato que evidencia que o lidar com pacientes nesta condição extrapola as questões de capacitação na dimensão técnica/cognitiva; estas falas demonstram que experiências da trajetória profissional, vivências pessoais de familiares com câncer e a própria espiritualidade do profissional podem ter contribuído para que este desse um maior sentido à sua prática profissional, demonstrando assim encarar essa situação de forma mais natural, como evidenciado a seguir: *“Então eu agradeço a Deus quando eu tenho a oportunidade de cuidar de uma pessoa assim [...] é um aprendizado e também Deus está te dando a oportunidade de fazer uma coisa boa pra uma pessoa [...]”* (P12). *“Me sinto tranquilo, eu sou bem, assim, maduro, preparado para esse tipo de situação...eu acho que pra própria profissão, experiência de vida mesmo, por ter tido história [...]”* (P17).

Assim, a análise desta categoria sinaliza para a complexidade de cuidar de pacientes em CP por parte da equipe de Enfermagem que atua na APS, evidenciada pelas dificuldades técnicas, psicológicas e humanas desta, fatores esses que necessitam de uma abordagem nos cenários de formação profissional em saúde e no cotidiano dos serviços.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do presente estudo sinalizam para dificuldades de atuação dos profissionais de Enfermagem que atuam nas ESF em CP oncológicos, referentes principalmente a diferentes dimensões da comunicação: como abordar o paciente, como responder aos seus questionamentos, ausência de capacitação sobre o tema e equipe multidisciplinar que auxilie na abordagem ao paciente e seu núcleo familiar, falta de insumos materiais e ainda deficiências no sistema de referência e contrarreferência que acabam por se distanciar do cuidado integral e holístico e impedir uma comunicação eficaz entre equipes de diferentes pontos de atenção à saúde.

Outros achados apontaram que muitos profissionais de Enfermagem que atuam na ESF compreendem o que são os CP oncológicos, evidenciando que os cuidados nessa fase da vida devem ser holísticos e voltados para alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, apesar de muitas vezes não definirem com clareza seu real papel frente a esses cuidados.

Sendo assim, é de extrema importância que os profissionais de Enfermagem estejam aptos e capacitados para o atendimento desta demanda crescente no país, contribuindo

para que as pessoas enfrentem um processo final de vida com mais dignidade e qualidade de vida. Para tal, faz-se necessário que o processo de formação em saúde contemple disciplinas e/ou módulos temáticos que abordem a terminalidade, morte e CP. Ademais, torna-se primordial a realização de capacitações aos profissionais de Enfermagem da APS em temas de oncologia e CP, que abordem a temática dos CP nas dimensões técnica, humana e existencial, a fim de desmistificar a doença e tornar a prática profissional mais humanizada e holística.

Sugere-se a realização de estudos sobre CP oncológicos com outras categorias da equipe multiprofissional envolvidas no cuidado ao paciente oncológico e seu núcleo familiar.

REREFÊNCIAS

ALVES, E. F. A comunicação da equipe de enfermagem com o paciente em cuidados paliativos. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 34, n. 1, p. 55-62, 2013. Disponível em: DOI: 10.5433/1679-0367.2013v34n1p55

ANDRADE, C. G.; COSTA, S. F. G.; LOPES, M. E. L. Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2523-2530, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900006>.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2016.

BARRETO, S. M.; CASTRO, E. K. Critérios de médicos oncologistas para encaminhamento psicológico em cuidados paliativos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 35, n. 1, p. 69-82, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pcp/v35n1/1414-9893-pcp-35-01-00069.pdf>

CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. **Manual de cuidados paliativos**. Sulina: ANCP, 2ª ed. 2012. Disponível em: <https://paliativo.org.br/download/manual-de-cuidados-paliativos-ancp/>

COSTA, S. M.; FERREIRA, A.; XAVIER, L. R.; GUERRA, P. N. S.; RODRIGUES, C. A. Q. Referência e contrarreferência na saúde da família: percepção dos profissionais de saúde. **Revista de APS**, v. 16, n. 3, P. 287-293, 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/15213-Texto%20do%20artigo-64830-1-10-20140402.pdf>

DUARTE, M. L.; RODRIGUES, T. B.; LUZ, J. A. M.; SILVA, S. O.; LACERDA, R. M. Cuidado humanizado à criança hospitalizada com câncer: um relato de experiência. In: **11º Congresso Internacional da Rede Unida**; 2014. Disponível em: <http://conferencias.redeunida.org.br/ocs/index.php/redeunida/RU11/paper/view/1180>

FURTADO, M. E. M. F.; LEITE, D. M. C. Cuidados paliativos sob a ótica de familiares de pacientes com neoplasia de pulmão. **Interface (Botucatu)**, v. 21, n. 63, p. 969-980, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0582>.

GERMANO, K. S.; MENEGUIN, S. Significados atribuídos por graduandos de enfermagem aos cuidados paliativos. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 26, n. 6, p. 522-528, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000600003>.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. Brasil. **Estimativa 2020/2022: incidência de câncer no Brasil**. Instituto Nacional do Câncer: Rio de Janeiro; 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 17ª ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 2014.

PEDROSA, I. C. F.; DE PAULA CORRÊA AC, MANDU ENT. Influências da infraestrutura de centros de saúde nas práticas profissionais: percepções de enfermeiros. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 10, n. 1, p. 58-65, 2011. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v10i1.13288>

PENBRANT, S.; TOMASZEWSKA, M.; PENTTILÄ, G. L. Nurses' experience of caring for palliative-stage patients in a hospital setting in Sweden. **Clinical Nursing Studies**, v. 3, n. 2, p. 97-108, 2015. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.5430/cns.v3n2p97>

PINTO, M. H.; CRUZ, M. F.; CESARINO, C. B.; PEREIRA, A. P. S.; RIBEIRO, R. C. H. M.; BECCARI, L. M. O cuidado de enfermagem ao paciente oncológico fora de possibilidade de cura: percepção de um grupo de profissionais. **Cogitare Enfermagem**, v. 16, n. 4, p. 647-653, 2011. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v16i4.25433>

QUEIROZ, A. H. A. B.; PONTES, R. J. S.; SOUZA, A. M. A.; RODRIGUES, T. B. Percepção de familiares e profissionais de saúde sobre os cuidados no final da vida no âmbito da atenção primária à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2615-2623, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900016>.

SANTANA, J. C. B.; PAULA, K. F.; CAMPOS, A. C. V.; REZENDE, M. A. E.; BARBOSA, B. D. G.; DUTRA, B. S.; BALDESSARI, C. E. F. Cuidados paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de enfermagem. **Revista Bioethikos**, v. 3, n. 1, p. 77-86, 2009. Disponível em: <https://saocamilo-sp.br/assets/artigo/bioethikos/68/77a86.pdf>

SANTANA, J. C. B.; SILVA, R. C. L.; SOUZA, V. A. G.; GRAÇAS, A. P. R. M.; OLIVEIRA, M. M.; TÁLAMO, C. P. Ética e humanização da assistência em um serviço de atendimento pré-hospitalar: o que pensam os profissionais de saúde. **Revista de Pesquisa O Cuidado é Fundamental Online**, v. 4, n. 4, p. 2744-2754, 2012. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750895006.pdf>

SILVA, M. L. S. R. O papel do profissional da atenção primária à saúde em cuidados paliativos. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 9, n. 30, p. 45-53, 2014. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmf9\(30\)718](https://doi.org/10.5712/rbmf9(30)718)

WHO. World Health Organization. **National cancer control programs: policies and management guidelines**. 2ª ed. Genebra: WHO; 2002. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42494/9241545577.pdf;jsessionid=07132A747711CB7CBD0BA78FA0C1A05A?sequence=1>

CAPÍTULO 12

DESAFIOS ORGANIZACIONAIS: O PAPEL DA GESTÃO EM UM CENÁRIO DE CONSTANTES MUDANÇAS

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 04/11/2020

Pamela Nery do Lago

Universidade Federal de Minas Gerais /
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
(HC-UFMG/EBSERH).
Belo Horizonte – MG
ORCID: 0000-0002-3421-1346

Ira Caroline de Carvalho Sipoli

HC-UFMG/EBSERH.
Belo Horizonte – MG
ORCID: 0000-0002-2004-5404

Luciana Moreira Batista

HC-UFMG/EBSERH.
Belo Horizonte – MG
ORCID: 0000-0001-9649-1198

Luciene Maria dos Reis

HC-UFMG/EBSERH.
Belo Horizonte – MG
ORCID: 0000-0001-9148-2364

Marlene Simões e Silva

HC-UFMG/EBSERH.
Belo Horizonte – MG
ORCID: 0000-0002-1195-493X

Maria Fernanda Silveira Scarcella

HC-UFMG/EBSERH.
Belo Horizonte – MG
ORCID: 0000-0002-3319-1646

Regina de Oliveira Benedito

HC-UFMG/EBSERH.
Belo Horizonte – MG
ORCID: 0000-0002-3164-5165

Valdjane Nogueira Noletto Nobre

HC-UFMG/EBSERH.
Belo Horizonte – MG
ORCID: 0000-0002-3831-5003

Aline Francielly Rezende Fróes

Hospital Universitário Maria Aparecida
Pedrossian da Universidade Federal do Mato
Grosso do Sul (HUMAP-UFMS/EBSERH)
Campo Grande – MS
ORCID: 0000-0003-2962-5859

Liane Medeiros Kanashiro

HUMAP-UFMS/EBSERH
Campo Grande – MS
ORCID: 0000-0001-9945-1597

Marta Luiza da Cruz

HUMAP-UFMS/EBSERH
Campo Grande – MS
ORCID: 0000-0002-8946-2644

Samanntha Lara da Silva Torres Anaisse

HUMAP-UFMS/EBSERH
Campo Grande – MS
ORCID: 0000-0002-8350-5607

RESUMO: Mudanças constantes estão acontecendo e mais do que nunca, nos deparamos com um mundo globalizado e em processo de reinvenção para superar a crise pandêmica imposta pelo novo coronavírus. As organizações possuem muitos desafios a serem superados, entre eles temos a gestão da mudança. Diante disto, esse trabalho tem por objetivo debater sobre os desafios organizacionais no que se refere à gestão das mudanças. Trata-se de uma pesquisa

qualitativa, exploratória, em que foi realizada nos meses de agosto e setembro de 2020, uma revisão bibliográfica dos últimos 10 anos em artigos científicos e demais fontes da *Internet*, utilizando os descritores: gestão da mudança, organizações, desafios e possibilidades. Os relatos analisados apontam que a resistência às mudanças consiste num dos principais desafios a ser vencido. No entanto, buscar superá-lo, engajando os colaboradores, e tendo como exemplo as empresas ligadas a tecnologia é um caminho que se pode seguir para o alcance dos resultados almejados e conseqüentemente o sucesso da organização.

PALAVRAS - CHAVE: Gestão da Mudança. Organizações. Desafios. Possibilidades.

ORGANIZATIONAL CHALLENGES: THE ROLE OF MANAGEMENT IN A SCENARIO OF CONSTANT CHANGES

ABSTRACT: Constant changes are happening and more than ever, we are faced with a globalized world and in a process of reinvention to overcome the pandemic crisis imposed by the new coronavirus. Organizations have many challenges to overcome, including change management. In view of this, this work aims to discuss organizational challenges with regard to change management. It is a qualitative, exploratory research, in which in the months of August and September 2020, a bibliographic review of the last 10 years in scientific articles and other Internet sources was carried out, using the descriptors: change management, organizations, challenges and possibilities. The analyzed reports show that resistance to change is one of the main challenges to be overcome. However, seeking to overcome it, engaging employees, and taking technology-related companies as an example is a path that can be followed to achieve the desired results and consequently the organization's success.

KEYWORDS: Change management. Organizations. Challenges. Possibilities.

1 | INTRODUÇÃO

Mudanças acontecem cotidianamente na vida das pessoas. Entretanto, nossa sociedade é culturalmente resistente a elas e isto não é diferente em empresas e organizações. O medo de enfrentar o novo é inerente à maioria dos indivíduos. Alguns encaram como um desafio a ser superado, já outros percebem as mudanças como algo negativo que vai tirá-los de sua zona de conforto. Neste contexto é que a gestão da mudança se torna crucial, pois é necessário agir positivamente, desmistificando e auxiliando os colaboradores a enfrentarem os processos de mudanças institucionais a serem implementados, objetando acompanhar as transformações constantes fundamentais para o desenvolvimento organizacional.

Para Borges e Marques (2011), “quando uma mudança é proposta no ambiente de trabalho, quase sempre gera uma percepção de ameaça ao *status quo* do indivíduo, que se encontra fundamentalmente organizado e seguro”. Para Bizelli (s.d.) é natural as pessoas desenvolverem resistência a mudanças por acreditam em seus paradigmas e não identificarem nas lideranças os caminhos que abram as portas de um fazer administrativo diferente para alcançar os objetivos organizacionais. Cabe à gestão direcionar sua equipe de forma segura para o futuro.

Faz-se necessário que ajam adaptações a uma nova dinâmica ambiental. A gestão da mudança precisa avistar oportunidades e ameaças e a partir daí transformar essas informações em estratégias que se adequem a realidade da organização.

Diante deste cenário, este trabalho tem por objetivo debater sobre os desafios organizacionais no que se refere a gestão das mudanças.

Esta é uma pesquisa qualitativa, exploratória e de cunho bibliográfico, que busca compreender os percursos a serem cursados para que se obtenha sucesso na gestão das mudanças necessárias a manutenção e desenvolvimento organizacional. Foi realizada uma revisão bibliográfica dos últimos 10 anos em artigos científicos e demais fontes da *Internet*, analisados nos meses de agosto e setembro de 2020, utilizando os seguintes descritores: gestão da mudança, organizações, desafios e possibilidades.

Este trabalho aborda a gestão da mudança e os maiores desafios relatados na literatura pertinente, de que forma as organizações podem superá-los e como alcançam o sucesso dentro de uma realidade globalizada e competitiva. Esse estudo se justifica devido à importância e impacto que esse tema possui dentro das organizações e sem dúvida tão emergente frente ao mundo pandêmico em que vivemos hoje.

A pesquisa tem por finalidade contribuir para os debates sobre a gestão da mudança e seus principais desafios e possibilidades. Diante disto, procura discorrer de maneira sintetizada sobre o assunto, trazendo diálogos relevantes de autores com expertise na temática.

2 | A GESTÃO DA MUDANÇA

As organizações, para sobreviverem a um mercado competitivo, precisam se adaptar a um cenário dinâmico e de transformações. Para tal, é fundamental mudar a postura e ter atitude proativa e até mesmo mais agressiva frente à concorrência. Neste sentido, a gestão da mudança tem um importante papel, que é, sobretudo, de motivar e engajar os seus colaboradores para que estes se envolvam nos processos de mudanças que irão levar ao sucesso empresarial.

Para Borges e Marques (2011,) “a condução de um processo de mudança organizacional leva a uma situação que não é nem tranquila nem segura, com vista ao alcance dos resultados desejados. É muito mais complexa do que indicaria uma visão simplista de planejamento-ação”. É neste ponto que muitas organizações falham, por subestimar a importância de valorizar a gestão da mudança e seu impacto sobre os seus colaboradores.

Corroborando com o autor anterior, Souza e Teixeira (2016) afirma que:

A resistência por parte das organizações e de indivíduos por elas compostas, pode provocar barreiras e dificultar a implantação de mudanças

organizacionais bem-sucedidas, portanto faz-se necessário que a resistência não seja apenas identificada, mas também gerenciada para que a organização consiga alcançar seus objetivos.

Complementando esta ideia PwC (2015), traz que “implementar mudanças estruturais estratégicas, operacionais ou táticas numa empresa está longe de ser tarefa simples. Requer acompanhamento constante e transparência na condução do processo, para que todos os envolvidos sejam capazes de compreendê-lo e se engajar”.

Entender a importância do capital humano é o ponto chave deste contexto, pois ele trará o diferencial para a obtenção de resultados satisfatórios. Muitas empresas não considerando isto, estão fadadas ao fracasso nos processos de mudanças e adaptações institucionais. Nos casos mais graves, em que não se visualiza essa deficiência, pode-se levar a dissolução da organização.

Bregion (2014) aponta que em um mercado globalizado as organizações precisam se reinventar para sobreviver e alcançar o almejado sucesso e, isto depende da forma como estas respondem às mudanças em seu ambiente. É necessário ainda que elas possuam flexibilidade diante da nova realidade.

Celibeli e Merlon (2013) corroboram afirmando que “a incapacidade de transformação torna a organização ineficaz e a condena a extinção”. “Para assegurar a sobrevivência e crescimento da organização é necessário a implementação de um ambiente de inovação que evolua constantemente, aprimorando pessoas, processos, sistemas e a forma de gerenciar” (Bregion, 2014).

3 | DESAFIOS E POSSIBILIDADES

Inovar! Eis o diferencial que se deve buscar quando se fala em gestão da mudança. Stefanovitz e Nagano (2014) afirma que “a matéria-prima da inovação é formada de boas ideias. O ineditismo necessário para haver inovação exige que, haja uma proposta diferente para resolver um problema ou aproveitar uma oportunidade”.

“As organizações utilizam a inovação como instrumento de aumento da competitividade, manutenção e sobrevivência organizacional, fazendo-se necessário a integração de um conjunto de componentes alinhados com cada tipo de ambiente que as fortaleçam e permitam que prosperem” (Silva *et al.*, 2019). Saber perceber os pontos importantes a serem desenvolvidos e procurar meios para torná-los destaques frente à concorrência é fundamental e engajar seus colaboradores nesse processo faz com que estes se sintam parte do todo e importantes para o crescimento da empresa.

Num momento em que o mundo enfrenta a pandemia do coronavírus, uma verdadeira guerra biológica, nos deparamos com mudanças radicais impostas que geraram grandes desafios, inseguranças e, sobretudo, ações imediatas para assegurar a continuidade da economia mundial e consequentemente das empresas. Passamos a nos isolar socialmente, e assim, depender cada vez mais das tecnologias para continuar trabalhando, dito em

trabalho remoto.

Nesta conjuntura, Nogueira (2020) alega que “tornou-se consenso que nossos maiores aliados são as tecnologias emergentes e, por este motivo, as empresas digitais, nascidas de um ambiente ágil e em nuvem, têm tido ampla vantagem em relação às empresas tradicionais, devido à cultura de inovação, flexibilidade e escalabilidade”. Cabem as organizações de uma forma geral, tomar estas primeiras como exemplo e buscar adaptar-se a este novo normal.

Silva Junior (2020) traz dicas de como superar e inovar em tempos de crise pandêmica, situação tão atual que e que exige inovação em todos os cenários globais. Em tempos difíceis como os que vivenciamos é necessário: criar um senso de urgência, ou seja, saber o que realmente é necessário e urgente e focar nisso; estabelecer um time para liderar, perceber quais indivíduos possuem o perfil de liderança interna e utilizar esta característica para influenciar positivamente os demais a favor da instituição; desenvolver uma nova visão estratégica com vistas no futuro que se almeja alcançar; aprimorar o processo interno de comunicação, fazendo com que os colaboradores tenham clareza dos processos organizacionais e se sintam alinhados a estes; remover possíveis barreiras e capacitar as pessoas para lidar com as mudanças; criar vitória no curto prazo, ou seja, estabelecer pequenas metas que gerem sensação de conquistas a cada etapa; não diminuir o ritmo, permanecer com alta *performance* fará com quem os objetivos sejam alcançados; realizar mudança permanecer, de forma a incorporá-la no cerne da organização cotidianamente.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitas são as possibilidades e os desafios que uma organização pode se deparar, o fundamental nesse processo é identificar suas fraquezas e seus pontos fortes, e assim, atuar de forma incisiva a realizar mudanças eficientes que auxiliem na permanência da organização diante do mercado competitivo, diversificado e em constante transformação.

A crise pandêmica nos apontou a necessidade de sermos camaleões, pois a “seleção natural” exige isso a cada passo. Os que estão dispostos e preparados para adaptações sobreviverão, os que não tiverem essa capacidade e flexibilidade estão propensos a extinção.

Superar a resistência e sair da zona de conforto em que muitos se encontram acomodados é o primeiro passo para o sucesso!

REFERÊNCIAS

Bizelli, J. L. **As organizações em constante mudança**. São Paulo: UNESP Corporativa, sd.
Disponível em: <https://acervodigital.unesp.br/bitstream/123456789/47141/6/a1_m01_s03_i06.pdf>.
Acesso em: 28 de ago. de 2020.

Borges, R S. G.; Marques, A. L. Gestão da mudança: uma alternativa para a avaliação do impacto da mudança organizacional. **Revista de Administração Faces Journal**, v. 10, 2011. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/1940/194019752006.pdf>>. Acesso em 30 de ago. de 2020.

Bregion, V. Cultura organizacional: um estudo de caso em uma instituição de ensino superior. **Revista Análise**, v. 22, 2014. Disponível em: <<https://revistas.anchieta.br/index.php/Revistanalise/article/view/82/35>>. Acesso em: 02 de set. de 2020.

Ceribeli, H. B.; Merlon, E. M. Mudança organizacional: um estudo multicascos. **Revista Pensamento Contemporâneo em Administração**, v. 7, n. 2, 2013. Rio de Janeiro. Disponível em: <<https://periodicos.uff.br/pca/article/view/11132/7927>>. Acesso em 04 de set. de 2020.

Nagano, M. S.; Stefanovitz, J. P.; Vick, T. E. Caracterização de processos e desafios de empresas industriais brasileiras na gestão da inovação. **Revista Brasileira de Gestão de Negócios**, v. 16, n. 51, 2014. Disponível em: <<http://www.spell.org.br/documentos/ver/32271/caracterizacao-de-processos-e-desafios-de-empresas-industriais-brasileiras-na-gestao-da-inovacao>>. Acesso em: 03 de set. de 2020.

Nogueira, L. 5 desafios enfrentados pelos CIOS neste momento. **Revista Cobertura**, 2020. Disponível em: <<https://www.revistacobertura.com.br/2020/05/29/5-desafios-enfrentados-pelos-cios-neste-momento/>>. Acesso em 03 de set. de 2020.

PwC. **Gestão da mudança: enfrentando desafios de transformação e avaliando resultados**, 2015. São Paulo: PricewaterhouseCoopers Brasil Ltda. Disponível em: <https://www.pwc.com.br/pt/publicacoes/servicos/assets/consultoria-negocios/gestao_mudanca_15.pdf>. Acesso em: 02 de set. de 2020.

Silva Junior, N. O. **Gestão de mudanças em tempos de pandemia**, 2020. Belo Horizonte: Verde Ghaia. Disponível em: <<https://www.consultoriaiso.org/como-fazer-gestao-de-mudancas/>>. Acesso em: 03 de set. de 2020.

Silva, M. R. R., Santos, A. S. L., Macedo, A. C. M. Inovação, sobrevivência e ecologia organizacional: possibilidades de relação. **Revista Administração em Diálogo**, v. 21, n. 2, 2019. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/rad/article/view/39164/28942>>. Acesso em: 03 de set. de 2020.

Souza, P. T. S.; Teixeira, M. C. Resistência à mudança como fator restritivo ao desenvolvimento organizacional – Estudo de caso em um laboratório de análises clínicas. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, v.8, 2016. Disponível em: <<https://www.nucleodoconhecimento.com.br/administracao/resistencia-a-mudanca>>. Acesso em: 03 de set. de 2020.

CAPÍTULO 13

FERRAMENTA TECNOLÓGICA PARA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM DOENÇAS TROPICAIS E INFECTOCONTAGIOSAS

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 28/09/2020

Elieza Guerreiro Menezes

Universidade do Estado do Amazonas,
Departamento de Enfermagem. Manaus-
Amazonas
<http://lattes.cnpq.br/4807851287574394>

Gabriela Martins Pereira

Centro Universitário Nilton Lins, Departamento
de Enfermagem. Manaus- Amazonas
<http://lattes.cnpq.br/1603696164245692>

Rafaela Paixão Sales

Universidade do Estado do Amazonas,
Departamento de Enfermagem. Manaus-
Amazonas
<http://lattes.cnpq.br/7808685377825826>

Sonia Rejane de Senna Frantz

Universidade do Estado do Amazonas,
Departamento de Enfermagem. Manaus-
Amazonas
<http://lattes.cnpq.br/2654817058533157>

Maria Luiza Carvalho de Oliveira

Universidade do Estado do Amazonas,
Departamento de Enfermagem. Manaus-
Amazonas
<http://lattes.cnpq.br/0358432191223090>

Manoel Luiz Neto

Universidade do Estado do Amazonas,
Departamento de Enfermagem. Manaus-
Amazonas
<http://lattes.cnpq.br/347125111340319>

Milena Batista de Oliveira

Universidade do Estado do Amazonas,
Departamento de Enfermagem. Manaus-
Amazonas
<http://lattes.cnpq.br/9249325664743026>

Alessandrina Gomes Dorval

Universidade do Estado do Amazonas,
Departamento de Enfermagem. Manaus-
Amazonas
<http://lattes.cnpq.br/8252938585314502>

Daniely Bianca Magalhães de Figueiredo Carvalho

Universidade do Estado do Amazonas,
Departamento de Enfermagem. Manaus-
Amazonas
<http://lattes.cnpq.br/3922387497795478>

Débora Ramos Soares

Universidade do Estado do Amazonas,
Departamento de Enfermagem. Manaus-
Amazonas
<http://lattes.cnpq.br/9328111293100028>

Taycelli Luiza de Oliveira Dias

Universidade do Estado do Amazonas,
Departamento de Enfermagem. Manaus-
Amazonas
<http://lattes.cnpq.br/2144835338038152>

Andreza Cardoso Ramires

Universidade do Estado do Amazonas,
Departamento de Enfermagem. Manaus-
Amazonas
<http://lattes.cnpq.br/2842177933323925>

RESUMO: Objetivo: Construir e propor um instrumento de Processo de enfermagem. **Método:** Trata-se de um estudo de campo de natureza descritiva, com abordagem qualitativa com uso do método descritivo. O referido estudo está fundamentado nas diretrizes da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. **Resultados:** Participaram da pesquisa 10 enfermeiros, utilizando como instrumento de coleta de dados um formulário semiestruturado com perguntas abertas e fechadas. **Conclusão:** Diante disso, a tecnologia construída com os profissionais de saúde foi implementada na instituição e mostrou-se como potencial inovador nas práticas a beira leito para mediar o Processo de Enfermagem. **PALAVRAS - CHAVE:** Enfermagem; Infectologia; Doenças Tropicais; Processo de Enfermagem

TECHNOLOGICAL TOOL FOR SYSTEMATIZING NURSING CARE IN TROPICAL AND INFECTOCONTAGIOUS DISEASES

ABSTRAT: Objective: To build and propose an instrument for the nursing process. Method: this is a descriptive field study, with a qualitative approach through the descriptive method. This study is based on the guidelines of Resolution 466/2012 of the National Health Council. Results: 10 nurses participated in the survey, using a semi-structured form with open and closed questions as a data collection instrument. Conclusion: Given this, the technology built with health professionals was implemented in the institution and proved to be an innovative potential in bedside practices to mediate the Nursing Process.

KEYWORDS: Nursing; Infectious diseases; Tropical Diseases; Nursing Process

1 | INTRODUÇÃO

O ato de cuidar empiricamente do ser humano vem sendo executado desde os primórdios. Porém Florence Nightingale tomara um grande passo, abrindo caminho para novas práticas assistenciais prestando cuidados de enfermagem durante a guerra da Criméia firmando assim a profissão de enfermagem, tornando-se uma representante social significativa e exercendo uma relevante influência sobre políticas e reformas da saúde (WIGGERS; DONOSO, 2020).

O Processo de Enfermagem (PE) chegou ao Brasil por meio de Wanda Horta na década de 70, a partir do avanço na enfermagem brasileira, várias pesquisas foram realizadas e sedimentadas, objetivando elaborações de conceitos, metodologias que fundamentavam a execução das etapas do (PE), desde então, essas ferramentas tornaram-se de grande importância para o enfermeiro, seja na prática hospitalar assistindo um único indivíduo bem como a coletividade, fazendo-se presente também no ensino e pesquisa (BERWANGER et al, 2019).

O (PE) é caracterizado por um método para implantar na atividade profissional da equipe de enfermagem, uma teoria de enfermagem, através da escolha da teoria que traçamos o método científico que será aplicado no local a ser trabalhado, trata-se de uma ferramenta que auxilia a classe a estruturar o plano de cuidado e associar o conhecimento

teórico aplicado a prática da enfermagem, com o objetivo de sanar os problemas enfrentados pelos pacientes, fazendo com que o plano assistencial seja mais científico e menos intuitivo (TANNURE; PINHEIRO, 2019).

Baseada na Teoria da motivação humana de Maslow e de João Mohana, Wanda Horta propôs uma metodologia denominada de PE, denominada Necessidades Humanas Básicas (NHB), subdividida em três grandes esferas, as necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais (HORTA, 2005).

Oxigenação
Hidratação
Nutrição
Eliminação
Sono e repouso
Exercício e atividade física
Sexualidade
Abrigo
Mecânica corporal
Motilidade
Cuidado corporal
Integridade cutaneomucosa
Integridade física
Regulação: térmica, hormonal, neurológica, hidrossalina, eletrolítica, imunológica, crescimento celular, vascular.
Locomoção
Percepção: olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa, dolorosa
Ambiente
Terapêutica

Quadro 1 - Classificação das Necessidades Psicobiológicas

Fonte: (HORTA, 2005)

Segurança
Amor
Liberdade
Comunicação
Criatividade
Aprendizagem (educação a saúde)
Gregária
Recreação
Lazer
Espaço
Orientação no tempo e espaço
Aceitação
Auto-realização
Auto-estima
Participação
Auto-imagem
Atenção

Quadro 2- Necessidades Humanas Psicossociais

Fonte: (HORTA, 2005)

Religiosa
Teológica
Ética
Filosofia de vida

Quadro 3 - Necessidades Humanas Psicoespirituais

Fonte: (HORTA, 2005)

Segundo Horta (1979), essa metodologia é mediada por um método científico composto de seis etapas, conforme ilustrada abaixo:

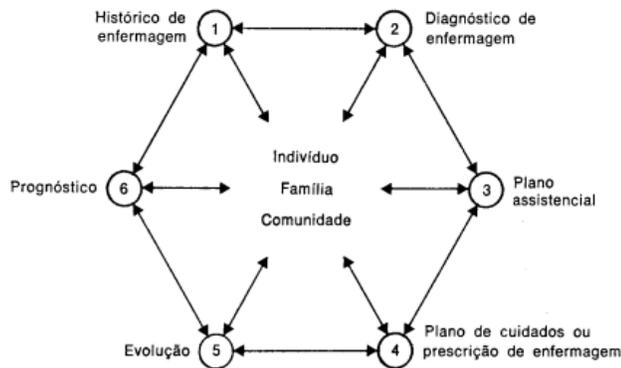


Figura 1: Etapas de Processo de enfermagem segunda Wanda Horta

Fonte: (HORTA, 1979)

A primeira etapa do PE é definida por histórico de enfermagem que é determinada tanto por relato verbal do paciente quanto por informações colhidas de familiares e por informações que já constam no prontuário, a investigação é o primeiro passo a se determinar o estado de saúde geral do paciente assistido no qual está inserido a anamnese e o exame físico, é a coleta de dados relacionadas ao estado de saúde, posteriormente o agrupamentos de dados é efetivado fazendo com que o enfermeiro coloque em prática seu julgamento com base em evidências, o próximo passo é a identificação de padrões que consiste na identificação de fatores que necessitam de mais informações, e por fim, a comunicação e registro de dados, passo que necessitam serem registrados e informados a equipe multidisciplinar para que detectem problemas graves (TANNURE; PINHEIRO, 2019).

Esta etapa é de suma importância e primordial para o enfermeiro, pois é através da observação, sensibilidade do profissional, ambiente familiar e comunidade no qual está

inserido, para que se construa um planejamento de cuidados adequado (HORTA, 2005).

O diagnóstico de enfermagem é a segunda etapa do PE, é caracterizada pela análise e integração dos dados coletados na etapa anterior, reconhecendo assim, as evidências clínicas apresentadas sobre um determinado problema de saúde, associando-as, as NHBs afetadas do paciente e elencando-as de acordo com as prioridades a serem assistidas, a partir das avaliações e julgamento clínico o enfermeiro desenvolverá um planejamento das ações a serem executadas pela equipe de enfermagem (MOLL, 2020).

O Plano assistencial é a terceira etapa do PE, caracteriza-se por determinar a assistência de enfermagem diante dos diagnósticos propostos na etapa anterior, tracejando-o com o objetivo de filtrar os diagnósticos, eliminando-os ou reduzindo-os, fazendo com que as metas propostas sejam alcançadas ou dos resultados até então pre-estabelecidos, as intervenções de enfermagem associadas aos diagnósticos de enfermagem também fazem parte desta etapa (SOUSA et al, 2020).

A quarta etapa do PE, é chamada de plano de cuidados ou prescrição de enfermagem, que é “o roteiro diário (ou aprazado) que coordena a ação da equipe de enfermagem nos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas específicas do ser humano, sendo necessário a organização de forma clara e objetivas de acordo com as prioridades estabelecidas por cada paciente, sempre checando quando realizadas (HORTA, 2005).

A quinta etapa do PE, é a evolução de enfermagem, é relato diário do estado geral do paciente, que nos permite registrar de forma sucinta a implementação das prescrições de enfermagem na etapa anterior, é nesta etapa que analisamos o surgimento de novos problemas e registramos as metas alcançadas, visando melhorar o atendimento e facilitar a continuidade do plano de cuidado para os prestadores de serviço que virão sucessivamente colocar em pratica as prescrições que irão ser estabelecidas (HORTA, 2005).

A sexta e última etapa do PE é conhecida por prognóstico de enfermagem é onde o ser humano apresenta um parecer das suas NHBs após a implementação da terceira etapa associadas a evolução de enfermagem, nessa etapa é possível avaliar todas as fases condensadas, chegando finalizando assim o processo (HORTA, 2005).

2 | SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A resolução COFEN 358/2009 que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do PE no âmbito de atuação do profissional da respectiva área, seja ele em rede pública ou instituições privadas (COFEN, 2009).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) por meio do PE constitui-se de um processo metodológico realizado pelos profissionais enfermeiros que tem a finalidade de prestar cuidados de enfermagem de maneira holística ao paciente, a família e comunidade baseado no conhecimento técnico-científico, é um recurso que o profissional deve utilizar e permite traçar um conjunto de ações específicas pra cada indivíduo

permitindo-o que ponha em práticas seus conhecimentos técnicos e científicos (BRASIL, 2016).

O primeiro passo a ser dado para a implementação da SAE é escolher uma teoria de enfermagem, para que isso ocorra é necessário que o profissional enfermeiro realize um diagnóstico situacional do ambiente de atuação, e que a teoria seja utilizada de acordo com o perfil do cliente e a realidade da unidade, é indispensável que os enfermeiros compreendam e executem cada etapa do PE e que saibam aplicar as classificações de enfermagem, como forma de auxílio para alcançar o êxito da prestação do cuidado, a informatização, a educação permanente, e a ferramenta de gestão tem-se mostrado aliada para o avanço da SAE e conseqüentemente otimizando o serviço dos profissionais, docentes e acadêmicos de enfermagem (TANNURE; PINHEIRO, 2019).

Atualmente a enfermagem tem avançado para adquirir métodos e conhecimento científico e aprimorar a prática da assistência nos atendimentos prestados, essa necessidade de representação e classificação da base do conhecimento, continua sendo uma questão associada a profissão, pensando em facilitar o serviço, surgiu os sistemas de classificações afim de padronizar as linguagens, essa base conhecimento insere três grandes importantes ligações, que são os diagnósticos de enfermagem desenvolvidos pelo *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*, as intervenções de enfermagem encontradas através do *Nursing Interventions Classification (NIC)* e os resultados de enfermagem através do *Nursing Outcomes Classification (NOC)* (JOHNSON et al, 2012).

Em 1970 a linguagem padronizada de enfermagem foi criada por meio das classificações dos diagnósticos da NANDA, e assim determinar as intervenções para alcançar os resultados. Existem três tipos de diagnósticos como foco no problema, diagnóstico de risco, e promoção da saúde, o foco no problema é organizado de acordo com as características definidoras que são definidas por meio dos sinais e sintomas do paciente associada aos fatores relacionados que são as causas, atualmente a NANDA possui 47 classes, 13 domínios e 244 diagnósticos de enfermagem (NANDA, 2015).

Segundo Johnson et al., (2012), no ano de 1987, a NIC foi desenvolvida, mas somente no ano de 1992 teve sua primeira publicação, as intervenções da NIC não estão voltadas somente ao paciente, elas estão interligadas com a família e a comunidade que o mesmo está inserido, uma vez que os fatores podem atrapalhar na assistência prestada se caso o enfermeiro ou até mesmo a equipe multidisciplinar não enxergá-lo de forma holística, a edição de 2016 conta com 542 intervenções e mais de 12.000 atividades como sugestão, as intervenções estão dispostas em 30 classes e 7 domínios.

A NOC está intimamente ligada a NIC, porém somente em 1997 que essa classificação foi publicada pela primeira vez, os resultados tem a finalidade de relatar o estado de saúde do paciente, cada resultado da NOC esta subdivido na sua classificação como um nome de identificação, uma definição, indicadores que serão necessários para a avaliação dos resultados acerca da assistência ao paciente.

Estudos afirmam que o uso de ferramentas tecnológicas demonstra melhor resultados no que tange à processos de educação principalmente nos cuidados em saúde (SILVA, 2017).

Essas tecnologias vêm ganhando espaço na área da saúde, e a enfermagem segue atuando para o melhor conhecimento acerca do assunto, não deixando de lado a compreensão dos demais conceitos já criados sobre tecnologias em saúde. Os enfermeiros continuam a procurar pelo melhor entendimento e tornam-se visíveis os estudos de elaboração de instrumentos para um propósito específico para alcançar a excelência do cuidado (ALMEIDA; FÓFANO, 2016).

São instrumentos que visam mediar e facilitar o processo de educação e aprendizagem. Não se limita a simples transmissão de conhecimento, mas possibilita uma troca de saberes que leva ao aprendizado e aperfeiçoamento de habilidades, bem como ao empowerment em relação ao autocuidado. Tais meios pedagógicos podem ser aplicados em diversos cenários, desde a atenção básica, domicílio, escola, comunidade até o hospital e são amplamente utilizadas para sanar dúvidas quanto a condutas e tratamentos, mudanças de comportamentos (AFIO, et al. 2014).

As ferramentas tecnológicas para o cuidado, as quais são elaboradas e utilizadas com o intuito de expressar o conhecimento técnico-científico em forma de instrumentos materiais capazes de disseminar informações e saberes, e assim garantir a efetividade do processo educativo. Incorporar ações educativas ao cuidado em Enfermagem transforma a prática profissional, portanto é fundamental a inovação em vias de produção e emprego de tecnologias educativas no cuidado em Enfermagem, a fim de fortalecer a relação entre Enfermeiro e gestante/puérpera (BARBOSA, 2016).

3 | MÉTODO

Pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa e uso do método descritivo. A pesquisa foi realizada na Fundação de Medicina Tropical Dr. Heitor Vieira Dourado – FMT-HVD, na cidade de Manaus no período de abril a junho de 2016. A instituição é referência na prevenção de doenças infecciosas e parasitárias, por ser um hospital escola, possui função de gerar, absorver e disseminar conhecimentos na área de atuação do hospital. Atualmente a Instituição dispõe de 111 leitos, sendo 30 na clínica masculina, 14 na clínica feminina, 10 no isolamento, 10 na dermatologia, 10 na Pediatria, 07 na UTI, 14 no Pronto Atendimento e 12 no hospital dia. A equipe total de enfermeiros é formada por 27 profissionais da área, em uma jornada de trabalho de 12 horas.

A Fundação foi escolhida como objeto de estudo, pois durante a vivência dos acadêmicos da Universidade do Estado do Amazonas em aula prática, permitiu analisarmos a necessidade de um instrumento de SAE aos pacientes que recebem cuidados dos profissionais da referida instituição. Participaram do estudo 10 (dez) enfermeiros que atuam

nas clínicas feminina, masculina, PA (pronto atendimento), apoio ao PA e isolamento.

Como critérios de inclusão, foram os enfermeiros estatutários e enfermeiros que atuam por convênio de empresa privada, e ter concordado em participar do estudo por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). E os excluídos foram enfermeiros que prestam serviços voluntários e aqueles que se encontravam de licença ou férias.

Para coleta de dados foram utilizados os formulários semi estruturados com perguntas abertas e fechadas para os enfermeiros realizada em cinco etapas. O tratamento e análise dos dados foi realizado por meio da Análise de Conteúdo de Bardin (1970).

a) **primeira etapa** - caracterizada pelo levantamento de requisitos para estruturação da SAE fundamentada na Teoria de Wanda Horta, que consistiu em um encontro preliminar com a gestão, coleta de dados e análise dos dados colhidos. Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Amazonas (CEP/UEA), nº de parecer 049886/2016, foi realizada uma reunião com a gerência de Enfermagem para apresentar o projeto, e posteriormente coletar os dados em dias previamente agendados com os enfermeiros.

O objetivo da aplicação do questionário teve como principal finalidade ter informações a respeito da necessidade dos pacientes relacionadas a sistematização bem como informações acerca do conhecimento e das dificuldades dos enfermeiros na realização do processo de enfermagem colhidas pela pesquisadora, fazendo com que a elaboração do instrumento de SAE fosse completo e eficiente nas clínicas do referido estudo.

b) **segunda etapa** - caracterizada pela análise dos formulários preenchidos pelos enfermeiros onde foram minuciosamente trabalhados, foi a partir do formulário que o instrumento de SAE foi elaborado pelas pesquisadoras.

c) **terceira etapa** - após a finalização das análises dos dados, o instrumento de sistematização foi feito de acordo com as informações colhidas pelos enfermeiros, levando em consideração sinais e sintomas mais frequentes nas clínicas em estudo associando-os ao conteúdo explanado na sustentação teórica no que diz respeito a doenças infectocontagiosas e tropicais, com isso, elencados diagnósticos de enfermagem baseada no NANDA para os problemas encontrados.

d) **quarta etapa** - foram selecionadas as intervenções de enfermagem de acordo com a NIC pertinente aos diagnósticos, a implementação das prescrições e por fim, a avaliação de enfermagem.

e) **Na quinta etapa** - realizado com base nas sugestões dos enfermeiros, finalizando então as cinco etapas do estudo.

4 | DISCUSSÃO E RESULTADOS

A ferramenta tecnológica desenvolvida constitui de 20 Diagnósticos de Enfermagem

e 100 Intervenções de Enfermagem, avaliando os sete sistemas corporais sendo: Sistema Nervoso Central, sistema respiratório, cardiovascular, gastrointestinal, urinário, músculo esquelético, tegumentar e a partir desses sistemas realizar anamnese e exame físico.

De acordo com os dados do gráfico 1, dentre os 10 profissionais que participaram da pesquisa 8 (80%) eram do sexo feminino e apenas 2 (20%) eram do sexo masculino. É importante destacar que historicamente a enfermagem é formada predominantemente pela classe feminina, porém não devemos que este fato influencie na prestação de serviço ao indivíduo que necessite dos auxílios da classe (MAAS, 2014).

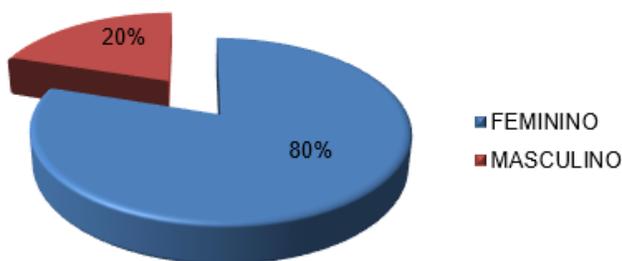


Gráfico 1: Caracterização dos participantes quanto ao sexo

Pesquisa do Conselho Federal de Enfermagem sobre o perfil da Enfermagem brasileira mostrou que essa predominância feminina na enfermagem é visível atualmente embora, seja visível o crescimento no número de profissionais do sexo masculino conforme Tabela 1 (COFEN, 2015).

Quanto ao tempo de exercício da profissão, verifica-se na tabela 1 que o maior percentual foi de participantes que já trabalhavam entre 6 meses a 5 anos (50%) e o menor percentual foi entre 6 a 10 anos (10%).

Tempo de profissão	Número de participantes	%
Entre 6 meses a 5 anos	5	50
Entre 6 anos a 10 anos	1	10
Entre 11 anos a 15 anos	2	20
Há mais de 15 anos	2	20
Total	10	100

Tabela 1: Distribuições dos profissionais quanto ao tempo de profissão

Estes resultados mostram certo equilíbrio entre àqueles profissionais com formação mais recentes e àqueles que tinham mais de 11 anos na profissão, constatando-se um predomínio de profissionais experientes com propostas de trabalho inovadoras devido as informações novas e o avanço da tecnologia acerca da profissão quanto ciência, porém, isso nem sempre significa qualidade na prestação da assistência, haja visto que há necessidade de educação permanente tanto para os profissionais mais recentes quanto para os mais antigos, afirma Sade (2019) em um estudo relacionado a subsídios para a prática profissional de enfermagem.

O gráfico 2, evidencia que 7(70%) afirmaram que trabalhavam mais de 8 horas por dia, enquanto 1 (10%) afirmou trabalhar apenas 8 horas por dia e 2 (20%) trabalhavam 6 horas por dia, configurando-se uma longa jornada de trabalho diária a maioria dos participantes da pesquisa.

Tais jornadas de trabalho para a equipe de enfermagem mas precisamente aos enfermeiros pelo quantitativo de tarefas e muitas das vezes a classe apresentar um dimensionamento inferior a real necessidade do local de trabalho podem levar a um grande quadro de exaustão, o que pode comprometer a qualidade da assistência prestada ao cliente não exercendo sua função devidamente completa ou seja, realizando-os de forma dicotomizada (CARVALHO, 2017).

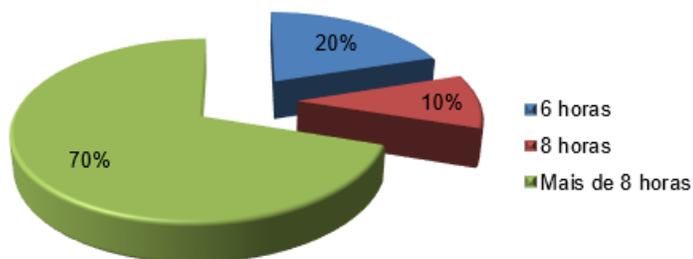


Gráfico 2: Distribuição dos profissionais quanto a jornada de trabalho diária

Nota-se no gráfico 3, que a maior parte dos participantes da pesquisa não realizava a SAE. A não realização da SAE compromete a prestação de serviço eficaz. Estudos comprovaram os benefícios na execução da SAE são de grande valia para o enfermeiro, pois é através da sistematização associado ao raciocínio clínico do profissional que norteará o planejamento adequado para cada paciente (TANNURE; PINHEIRO, 2019).

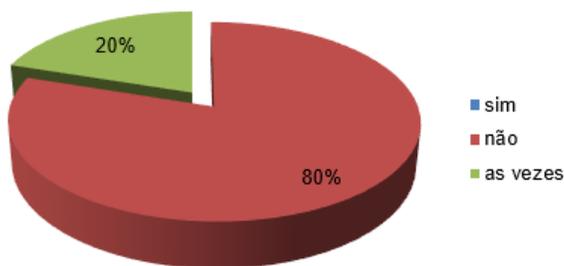


Gráfico 3: Distribuição dos enfermeiros que excutam o SAE na instituição

Devido ao tempo de serviço com atendimento voltado para pacientes com doenças infectocontagiosas e tropicais quando questionados sobre as dificuldades enfrentadas na realização da SAE, todos afirmam que são inúmeros os problemas que envolvem a não prática da sistematização, a maioria culpa a falta de tempo, como relatou **E1**, veja em sua fala:

[...]A gente faz o básico por conta do tempo, nunca dá pra realizar um exame físico completo como diz na literatura, o hospital é sempre cheio, se formos fazer tudo como deve ser feito muitos pacientes ficariam sem atendimento.

Segundo Tannure; Pinheiro (2019), quanto maior o tempo que o profissional passar com o paciente coletando informações verbais e realizando o exame físico, melhor será o plano de cuidado do mesmo, ou seja, quanto maior número de informações colhidas, melhor será o esclarecimento para o enfermeiro raciocinar clinicamente e evitar a construção de planejamento errado.

No que diz respeito ao dimensionamento de pessoal em enfermagem a etapa inicial do processo de provimento de pessoal que tem o objetivo de prever tanto do quantitativo bem como o qualitativo de funcionários para atender direta ou indiretamente, às necessidades de assistência de enfermagem da clientela (BERWANGER, 2019). Em relação ao dimensionamento de pessoal o não cumprimento dos aspectos citados anteriormente implica a problemas citados na fala de **E5**:

[...] O trabalho é árduo devido ao déficit do número de funcionários em enfermagem, e como somos poucos o tempo é curto para realizarmos todo o serviço proposto e cobrado da equipe [...].

Nota-se que o que é preconizado de acordo pelo COFEN não está de comum acordo com a realidade no qual os enfermeiros vivenciam e que de fato os sobrecarregam. De acordo com estudos realizados por Barreto (2020) diz que a inadequação do número insuficiente e qualitativa dos recursos humanos de enfermagem prejudica os receptores do cuidado relacionada a questão de assistência à saúde livre de riscos, o que pode acarretar o comprometimento legal da instituição pelas falhas ocorridas nesse aspecto.

Todos os enfermeiros entrevistados sabem da importância da SAE nas suas práticas e todos possuem dificuldades, no relato de **E9** tal afirmativa fica nítida na fala:

[...] A sistematização é necessária, a gente até tenta executar algumas etapas superficialmente, mas não executamos muitas das vezes por falta de raciocínio clínico, mas é mais por conta do tempo do plantão, porque tem dias que a unidade tá lotada [...].

Segundo Souza et al. (2020), a SAE possibilita a gestão do processo de qualidade, quando realizadas as etapas do PE em sua totalidade e seguindo-as de acordo as ações sistematizadas, trazem consigo inúmeros benefícios tanto para o cuidador quanto para o receptor do cuidado.

Para otimizar o tempo dos enfermeiros e executar ações com precisão, Marinelli et al. (2016), construiu e propôs um instrumento de SAE para o registro da equipe de enfermagem, a utilização de instrumentos está sendo cada mais presente em instituições de saúde. **E4** assim como o autor citado acima, reconhece tal importância como registra em sua fala:

[...] Como trabalhamos bastante não realizamos a SAE, registramos apenas no prontuário as ações executadas, não temos uma folha específica de SAE para nos guiar o que dificulta ainda mais o nosso serviço e como consequência disso a qualidade da assistência fica prejudicada. Seria ótima uma folha de sistematização na nossa Instituição [...].

Nota-se o reconhecimento da participante da pesquisa em relação a necessidade da instituição no que diz respeito a SAE, tal instrumento favorece a identificação de estratégias que facilitem o serviço do profissional de forma que os registros sejam organizados e concisos, melhorando o atendimento dos pacientes e com isso oferecendo-lhes uma qualidade de vida eficaz (MARTINS; CESARINO, 2005).

Para implementar a SAE em instituições que até então não adotam a prática, é necessário que esse profissional esteja atualizando seus conhecimentos para então tornar-se preparado e aplicar no seu cotidiano as informações adquiridas. Para Machado (2014), a educação dos profissionais de enfermagem requer cautela e precisão, preparando-os cada vez mais para desempenharem suas atividades de forma positiva. A fala de **E7** está intimamente ligada à afirmativa acima quando ele diz que:

[...] A educação permanente seria uma boa alternativa, até mesmo com o uso instrumento que tem a finalidade de facilitar nosso trabalho, teríamos que receber aulas que nos ajudassem a preencher por conta das coisas novas, e acaba que por falta de tempo não nos qualificamos melhor [...].

O mesmo autor refere que devemos instigar a busca do conhecimento para contribuição na melhoria do serviço na instituição, levando em consideração sempre que os mesmos dominem as tecnologias propostas, bem como recursos que possibilitem a busca de resolutivas para os problemas que virão a ocorrer eventualmente.

A mesma problemática em relação à falta de atualização e estratégias que viabilizem seus conhecimentos na prática profissional, foram inferidas na fala de **E7** e **E10** abaixo:

[...] Aqui, nós não temos treinamento e aprimoramento da qualificação [...] [...] isso complica a prestação de serviço, porque nem sempre podemos está nos atualizando por conta da jornada de trabalho [...].

Percebeu-se nas falas dos participantes que muitos são as limitações e desafios que a enfermagem enfrenta, a falta de avanço em relação a tecnologia e medidas que facilitem o serviço da classe, o dimensionamento de pessoal associada a estrutura organizacional da instituição, a mão de obra qualificada, incentivo a busca do conhecimento contínuo, para sistematizar o serviço de forma eficiente, é necessário que os profissionais sejam capacitados para o desenvolvimento da SAE.

5 | CONCLUSÃO

O PE deve ser cobrado pelos profissionais nas instituições sejam elas de caráter privado ou sistema público, devem sempre ser considerados os benefícios da utilização desse método nas práticas assistenciais da equipe de enfermagem como um todo. Inúmeras foram as dificuldades explanadas por partes dos enfermeiros a não implementação da SAE, dentre elas a jornada de trabalho excessiva por conta do número insuficiente de profissionais, a falta de propagação e atualização do conhecimento dentro da instituição, a falta de auxílio no que diz respeito a tecnologias que auxiliem o serviço de enfermagem como, por exemplo, um instrumento que viabilize e otimize o tempo, sem que o paciente seja prejudicado.

Acredita-se que a ferramenta tecnológica, ainda necessite de novas atualizações sempre que for necessário, com o intuito de mediar o cuidado a beira leito nas clínicas feminina, masculina, PA (pronto atendimento), apoio ao PA e isolamento e posteriormente será implantado nas demais clínicas.

REFERÊNCIAS

AFIO, A, C, E; BALBINO, A, C; ALVES, M, D S; CARVALHO, L, V; SANTOS, M, C, L; OLIVEIRA, N, R. **Análise do conceito de tecnologia educacional em enfermagem aplicada ao paciente**. Rev Rene. 2014 jan-fev; 15(1):158-65.

Almeida Q, Fófano GA. **Tecnologias leves aplicadas ao cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva: uma revisão de literatura**. HU Revista; 2016. Juiz de Fora, v. 42, n. 3, p. 191-196.

BARRETO, Mayckel da Silva et al . **Sistematização da assistência de enfermagem: a práxis do enfermeiro de hospital de pequeno porte**. Esc. Anna Nery, , v. 24, n. 4, e20200005,

BERWANGER et al. **Processo de enfermagem: vantagens e desvantagens para a prática clínica**

do enfermeiro. Revista Nursing. V. 22, n. 257, p. 3204 – 3208, 2019.

CARVALHO, D.C., et al. **Cargas de trabalho e a saúde do trabalhador de enfermagem: revisão integrativa.** Cogitare enferm. v. 22, n. 1, p. 01-11. 2017.

COFEN. Resolução 358/2009. Conselho Federal de Enfermagem. **Sistematização da assistência de enfermagem – SAE nas Instituições de Saúde Brasileiras.** Rio de Janeiro: COFEN, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). **Perfil da Enfermagem Brasileira, 2015.** Disponível em: www.cofen.com.br. Acesso em 25/04/2015.

HORTA, W.A. **Modelo operacional para determinar a dependência de enfermagem em natureza e extensão.** Ver enf Novas Dimensões. São Paulo, SP, v.2, n.4, 1976 Disponível em: <http://www.scielo.com.br>. Acesso em: 20/03/2016

HORTA, W.A. **Processo de enfermagem.** 16 reimpressão. São Paulo: pedagógica e universitária Ltda, 2005.

JOHNSON, M. et al., Ligações NANDA NOC-NIC: **Condições Clínicas Suporte ao Raciocínio e Assistência de Qualidade.** 3e ed. [et al.; tradução de Soraya Imon de Oliveira... et al.]. – Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

MAAS, L.W.D. **Análise comparativa da base social da Medicina e Enfermagem no Brasil entre os anos de 2000 e 2010.** Cadernos de Saúde Pública [online]. 2018, v. 34, n. 3

MACHADO, L.S.F. et al. **Agravos à saúde referidos pelos trabalhadores de enfermagem em um hospital público da Bahia.** Rev Bras Enferm, Brasília, v.67, n.5, p.684-91, set./out, 2014.

MARINELLI, Natália Pereira; SILVA, Allynne Rosane Almeida; SILVA, Déborah Nayane Oliveira. **Sistematização da assistência de enfermagem: desafios para a implantação.** Revista Enfermagem Contemporânea, v. 4, n. 2, 2016.

MARTINS, M.R.I.; CESARINO C.B. **Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico.** Rev Latinoam Enferm. 2005; 13(5): 670-6

MOLL, M.F, et al. **Diagnósticos de enfermagem após avaliação psíquica.** Rev enferm UFPE on line.; v. 13, 2019.

NANDA. **Diagnostico de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017/NANDA Internacional;** tradução Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artimed, 2015.

OLIVEIRA, M.R. et al. **Sistematização da assistência de enfermagem: percepção e conhecimento da enfermagem Brasileira.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 72, n. 6, p. 1547-1553, 2019.

SADE, P.M.C.S. et al. **Continuous nursing education requirements in a teaching hospital.** Cogitare enferm. 2019.

SILVA, R. S. et al. **Sistematização da Assistência de Enfermagem na perspectiva da equipe.**

Enfermagem em Foco, v. 7, n. 2, 2016.

SILVA, D. M. L.; CARREIRO, F. A; MELLO, R. **Tecnologias Educacionais Na Assistência De Enfermagem Em Educação Em Saúde: Revisão Integrativa.** Rev enferm UFPE on line., Recife, 11(Supl. 2):1044-51, fev., 2017

SOUSA, B.V.N; LIMA, C.F.M.; FÉLIX, N.D.C.; SOUZA, F.O. **Benefícios e limitações da sistematização da assistência de enfermagem na gestão em saúde.** J. nurs. health; v. 10, n. 2, 2020.

SOUZA, V.L.; KOBAYASHU R.M.; SIMONETTI S.H. **Construção de competências do enfermeiro para implantar unidade de terapia intensiva neonatal cardiológica.** Revista Nursing. V. 23, n. 264, p. 3894 – 3899, 2020.

TANNURE, M.C; PINHEIRO, A.M.P. **SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem: guia prático.** 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

WIGGERS, E.; DONOSO, M.T.V. **Discorrendo sobre os períodos pré e pós florence nightingale: a enfermagem e sua historicidade.** Enfer. Foco. V. 11, n. 1, p. 58 – 61, 2020.

Data de aceite: 01/12/2020

Data da submissão: 07/10/2020

Clarissa Vasconcelos Silva de Souza

Universidade Federal de Sergipe

Aracaju-Sergipe

<http://lattes.cnpq.br/9703024398255524>

RESUMO: Trata-se de um levantamento bibliográfico do tipo descritivo que discorre sobre o serviço de hotelaria hospitalar afim de melhor conhecer suas características, levantado o papel da humanização e da organização dos serviços prestados pela enfermagem para a qualidade e efetividade da assistência à saúde a qual acarretará em benefício para a instituição, profissional e usuário. Neste contexto percebe-se as dificuldades da gestão em enfermagem que podem ser amenizadas pelo serviço de hotelaria hospitalar, encontrando no caminho percorrido um elo positivo entre a hotelaria hospitalar e a gestão em enfermagem, que é a organização e humanização na assistência ao paciente. A falhas que correm por falta de profissionais, materiais ou atribuições que fogem a capacidade da equipe. Assim se percebe que para o sucesso de uma instituição ou de um tratamento não basta focar na patologia, tem que envolver a organização da instituição de saúde suprindo as necessidades do paciente de forma individual englobando família e comunidade.

PALAVRA - CHAVE: Hotelaria hospitalar. Gestão em enfermagem. Humanização.

HOSPITALITY MANAGEMENT AND NURSING MANAGEMENT

ABSTRACT: This is a descriptive bibliographic survey that discusses the hospitality hospital service in order to better know its characteristics, raising the role of humanization and the organization of services provided by nursing for the quality and effectiveness of health care which will result for the benefit of the institution, professional and user. In this context, it is possible to perceive the difficulties of nursing management that can be mitigated by the hospital hotel service, finding along the way a positive link between hospital hospitality and nursing management, which is the organization and humanization of patient care. The failures that run due to lack of professionals, materials or assignments that are beyond the capacity of the team. Thus, it is clear that for the success of an institution or treatment, it is not enough to focus on pathology, it has to involve the organization of the health institution meeting the patient's needs individually, including family and community.

KEYWORDS: Hospital hospitality. Nursing management. Humanization.

1 | INTRODUÇÃO

A hotelaria hospitalar faz a ligação do cliente/ paciente com os serviços do hospital, enfermagem, nutrição e clínica respeitando as atribuições de cada um e aliado a isso ela permite conhecer as necessidades do cliente direcionando as ações da instituição (BRASIL, 2007).

O enfermeiro como gestor de sua equipe torna-se responsável pelo sucesso ou fracasso das atividades de enfermagem realizada, mesmo quando algumas atividades ou fatos fogem do seu poder (CELICH,2004).

As atividades de enfermagem estão pautadas em técnicas e rotinas preestabelecidas pela profissão e/ou pela instituição de saúde. Hoje se enfatiza que o cuidado ao paciente deve ser prestado de forma individualizada, de acordo com as necessidades do cliente. Quando isso não acontece os resultados do serviço prestado acarretam em prejuízo para a empresa, usuário e família.

O hospital é uma instituição complexa, com diversos processos realizados por pessoas distintas, em locais diferentes e com objetivos diversos. Cada grupo de especialidades tem sua linguagem própria e comportamentos específicos. No entanto, há uma interdependência entre as diversas áreas onde o produto final é atender as necessidades dos clientes.

Para Nishio; Franco (2011), a missão do hospital é de prestar assistência à saúde é a melhoria permanente da qualidade da sua gestão de tão forma que consiga uma integração harmônica entre todos os setores.

O conceito de hotelaria hospitalar define-se pelo conjunto de serviços da hotelaria clássica adaptada e implantada no ambiente hospitalar para melhorar as condições de estada do paciente. A exploração deste seguimento iniciou na década de 80 quando os convênios começaram a cobrar diferenciais dos hospitais (BRASIL, 2007).

Assim surgiu o seguinte questionamento: como o serviço de hotelaria hospitalar influencia na gestão de enfermagem. Aqui, pretende-se conhecer melhor estrutura organizacional do serviço de hotelaria hospitalar e suas finalidades, buscando relacionar seus benefícios para a gestão de enfermagem na assistência ao paciente, contribuindo na qualidade e efetividade das ações realizadas pelos profissionais. Para isso foi feito um levantamento bibliográfico sobre os assuntos relevantes; nos quais farar-se uma análise qualitativa dos dados coletados; e discussão dos resultados encontrados.

2 | DISCUSSÃO ABORDADA

A metodologia utilizada para chegar ao resultado um levantamento bibliográfico do tipo exploratório e descritivo, o qual segundo Apolinário (2006) é aquele que busca descrever um fato sem interferir nele; proporcionando o aumento do conhecimento teórico sobre o tema. Para amostra utilizaremos livros da área e artigos extraídos da internet, sobre hotelaria hospitalar e gestão de enfermagem. Onde faremos uma análise qualitativa dos dados coletados; para chegarmos nos resultados esperados.

2.1 Hotelaria hospitalar

É saúde a pessoa ser bem hospedada quando está fora de seu domicílio a passeio ou a negócio, e mais importante ainda quando se tornam hóspede de forma involuntária,

devido um problema de saúde. Na prática diária do exercício da profissão bem como nas conversas informais percebe-se que muitas pessoas possuem um tipo de aversão, ou um receio de fazer uso dos serviços de saúde e principalmente de hospedar-se nele.

O mercado hospitalar moderno preocupa-se com o seu cliente e o que ele deseja para manter-se competitivo; busca profissionais competentes para garantir um ambiente seguro e humanizado, ou seja, transformar a hospedagem em ferramenta de fidelização da clientela. (BOEGER,2008).

Tendo a visão de um hotel o paciente é tido como um hóspede enfermo que requer atenção. Une-se então a saúde ao ato de hospedar-se bem. Este geralmente não está sozinho, o acompanhante também necessita de um ambiente acolhedor (BRASIL, 2007).

A hotelaria hospitalar está cada vez mais difundida nas mudanças do mercado consumidor, o paciente passou a ser mais informado sobre seus direitos e cobrar a cura ou tratamento da sua patologia, exigindo qualidade e satisfação no atendimento, se possível sem pagar caro (BOEGER,2008).

Para os especialistas no tema, a hotelaria hospitalar é a reunião de todos os serviços de apoio que associados aos específicos, oferecem a clientes internos e externos conforto, segurança e bem-estar. Deve ser gerenciado por uma equipe multiprofissional que englobe a área de enfermagem e medicina, tendo foco no conforto do usuário e melhoria nas condições de assistência. Pode-se dividir este departamento em alguns setores:

- **Atendimento:** a principal tarefa é recepcionar o cliente através de um telefone ou balcão, podendo haver vários tipos de atendimentos de acordo com o que se destina e conforme o público; os profissionais devem ser treinados em humanização e acolhimento.
- **Governança:** responsável pela limpeza das unidades e áreas sociais, destinação de resíduos infectantes, circulação de perfuro cortantes, uniformes, lavanderia, costura e rouparia.
- **Nutrição e dietética:** responsável pela alimentação dos usuários da instituição.
- **Segurança Patrimonial:** tem sua ação em todas as áreas do hospital, muitos casos sinistros podem ocorrer e uma equipe bem estruturada fará diferença na hora de uma decisão. Seus funcionários devem estar em locais estratégicos como portarias e centrais de atendimentos. Também precisam de treinamento para hospitalidade e humanização.

Diante do exposto o setor de hotelaria deve ser visto como um facilitador da qualidade na prestação do serviço de acolhimento e atendimento. Deve estar intrínseco nos princípios operacionais da gestão hospitalar para ser aceito, entendido e efetivamente exercido por todo corpo hospitalar. Este serviço contribui para a atividade curativa do paciente (MARQUES; PINHEIRO,2009).

- O espaço físico: também faz parte da hotelaria e está atrelado ao atendimento, devido segurança e conforto está intimamente relacionados com a planta física; uma vez que o projeto arquitetônico deverá suprir as necessidades específicas dos clientes e facilitar o trabalho dos profissionais envolvidos. Para organizar o processo de cuidar, o hospital deve projetar cuidadosamente os diversos setores.

Para Boerger (2008) a humanização começa no edifício hospitalar com a elaboração do projeto, desde a escolha do local e do terreno (dimensionamento, possibilidade de acesso, baixo nível de ruído e poluição).

Percebe-se que a hotelaria hospitalar está intimamente ligada a diretrizes da humanização dentre elas o acolhimento e a ambiência. A humanização é a valorização dos usuários, trabalhadores e gestores no processo de produção de saúde. Dando autonomia, e possibilidade de melhorar a realidade em que vivem, através da responsabilidade compartilhada. Ambiência é criar espaços saudáveis, que acolham e respeitem o cliente e o profissional propiciando mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas (BRASIL, 2003)

Celich (2004) relata que para estabelecer um cuidado humanizado, qualificado e técnico são necessários subsídios físicos, materiais e humanos, organizados de maneira a facilitar a construção deste cuidado.

Com um serviço de hotelaria hospitalar organizado, a instituição poderá conhecer melhor seus clientes e descobrir suas necessidades reais e a partir daí direcionar ações para atividades que tenham resultados específicos e efetivos. Assim de forma natural prestará serviço satisfatório para ambos. Servirá de marketing para a instituição, a qual terá diferencial frente a concorrência e desenvolverá de forma mais enfática a humanização do serviço (BRASIL, 2007).

- Gestão de custos: a hotelaria faz a interface com os demais departamentos e equipes de profissionais do hospital, para atingir as metas traçadas pela instituição dentro dos recursos disponíveis, pois atua diretamente no serviço de lavanderia e rouparia, no serviço de higienização, na manutenção dos mobiliários e na fidelização do cliente através do marketing positivo da empresa e dos serviços prestados.

Quando se fala nos custos advindos dos serviços de hotelaria hospitalar, questiona-se que seus resultados não geram receita para a instituição, mas com o decorrer do tempo percebe-se que ela traz consigo resultados substanciais que fidelizam a clientela, representam um diferencial no mercado e contribui para a segurança e conforto dos usuários e funcionários (NISHIO; FRANCO, 2011).

2.2 Gerenciamento em Enfermagem

A gestão realizada por enfermeiros vai um pouco além disso, porque a responsabilidade de uma boa assistência de enfermagem depende dos atributos existentes

neste profissional, aliado as condições do local de trabalho, a integração da equipe e a cooperação do enfermo e familiar (CELICH, 2004).

A equipe de enfermagem na maioria das vezes exerce várias atividades que estão ligadas diretamente ao paciente, com um número de profissionais insuficiente, que leva ao trabalho mecânico e ao desgaste, onde a qualidade perde espaço para a quantidade (CELICH,2004).

A gestão da equipe está sobre a responsabilidade do enfermeiro responsável pelo e que o bem-estar do paciente e sua reabilitação dependem de uma boa assistência prestada por todos os profissionais envolvidos; cabe à gestão de enfermagem as atividades, administrativa, assistencial, preventiva, curativa e reabilitadora, com a finalidade de tornar o paciente o independente da assistência o mais breve possível. “Durante o período em que são oferecidos os cuidados de enfermagem é estabelecido uma relação entre enfermeiro e paciente; esta é chamada de relação terapêutica” (TIMBY, 2001, p.92).

Atualmente a enfermagem tem revisto as formas de atuação na assistência para obtenção de autonomia no trabalho, humanização no atendimento ao indivíduo, competência profissional e segurança para o paciente. (TIMBY, 2001).

É errôneo pensar que os cuidados de enfermagem e a sua gestão seja apenas no uso adequado das técnicas aprendidas e aprimoradas ao longo do tempo. Para Nishio; Franco (2011) algumas características são pertinentes ao enfermeiro: a capacidade de tomar decisões, a confiança em si e na equipe com a qual trabalha conhecimento técnico e científico e a segurança de assumir responsabilidades.

Entende-se por cuidado humano uma atitude imprescindível que será realizada em diferentes situações da vida: na promoção da saúde, na prevenção de doenças, no transcorrer de enfermidades e seus agravos, nas incapacidades e no processo de morrer (CELICH, 2004).

Assim, demonstra-se que o papel da enfermagem é mais que o cuidado técnico relacionado a patologia, ultrapassando a realização de procedimentos eficazmente; já que a ação de cuidar consiste na conservação da integridade humana e engloba a técnica, o conhecimento científico e a sensibilidade humana. (CELICH, 2004).

A Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) determina: “é função privativa do enfermeiro o planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem”, enfim, a supervisão é função inerente ao profissional enfermeiro.

Discorrendo sobre o enfermeiro especificamente, já que é ele o responsável pela gestão da equipe, cabem-lhe muito mais que técnicas, a ele estão incumbidas as funções de planejar, organizar, supervisionar e controlar as ações desenvolvidas pelo grupo. Sem perder o olhar para o cuidado humanizado. (TIMBY, 2001). O enfermeiro pode exercer atividades administrativas, assistenciais e/ou ambas ao mesmo tempo.

No parecer do COFEN (2018), ele discorre sobre isso quando explica que para exercer

a supervisão com efetividade faz-se necessários ferramentas como dados estatísticos, relatórios de serviço, fichas de clientes (avaliação e acompanhamento), manuais, rotinas, mapas e roteiros estão à disposição do enfermeiro para o desenvolvimento da supervisão. Habilidades técnicas (observação, orientação e avaliação das técnicas de assistência) e administrativas (planejamento, organização, coordenação, direção e controle).

Chiavenato (1993) divide em quatro as funções de um administrador:

- Planejamento: planejar se consiste em arquitetar um plano, analisar recursos, criar uma estratégia para realização de um objetivo.

É a primeira função administrativa e serve de base para as demais. Determina quais os objetivos que devem ser atingidos. Detalha os planos necessários para atingir os resultados desejados.

- Organização: este processo se dá logo após o planejamento e se consiste em colocar cada etapa do planejamento em seu devido lugar, ou seja, juntar as informações e colocá-las de forma ordenadas, delegar funções e atribuir responsabilidade e autoridade a pessoas.
- Direção: é a função administrativa que faz as coisas acontecerem, ela aciona e dinamiza a empresa. As pessoas precisam ser treinadas e motivadas para alcançar os resultados desejados pela instituição. Essa função relaciona-se com a maneira pela qual os objetivos devem ser alcançados por meio das atividades das pessoas que compõem a organização. Ela refere-se as relações interpessoais entre a chefia e seus subordinados. Para que o planejamento e a organização sejam, eficazes eles precisam de um coordenador capaz de comunicar-se bem, motivar e liderar.

Para tal função faz-se necessário exercer autoridade e poder por meio da influência” Influência refere-se a qualquer comportamento da parte de uma pessoa que altera o comportamento, atitudes ou sentimentos de outra pessoa. ” (CHIAVENATO,1993, p.260).

O nível de direção relacionada a enfermagem é definido por Chiavenato (1993) como uma direção ao nível operacional, a qual abrange cada grupo de pessoas ou de tarefas. É a chamada supervisão.

No parecer do COFEN (2018), ele discorre sobre isso quando explica que para exercer a supervisão com efetividade faz-se necessárias ferramentas como dados estatísticos, relatórios de serviço, fichas de clientes (avaliação e acompanhamento), manuais, rotinas, mapas e roteiros estão à disposição do enfermeiro para o desenvolvimento da supervisão. Habilidades técnicas (observação, orientação e avaliação das técnicas de assistência) e administrativas (planejamento, organização, coordenação, direção e controle), caso contrário, será mais difícil cumprir os objetivos da supervisão;

- Controle: é a última etapa mencionada por Chiavenato (1993) nele deve-se assegurar que os resultados do que foi planejado organizado e dirigidos se ajustem o máximo possível aos objetivos estabelecidos. A base do controle está

na verificação das atividades ao longo do processo, se estas estão ou não alcançando os objetivos planejados, ou seja, faz-se uma análise do decorrer e da conclusão de uma determinada tarefa.

A Resolução COFEN 358/2009 normatiza o processo de enfermagem, definido 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.

O processo de enfermagem é definido como uma sequência organizada de etapas identificadas como levantamento de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação; utilizado pelos enfermeiros para solucionar os problemas de saúde do paciente (TIMBY, 2001, pg.35).

É um sistema teórico de resolução dos problemas e tomada de decisão; permitindo uma assistência organizada, individualizada, tendo cada paciente como único e que requer atenção constante durante seu processo de tratamento.

Timby (2001) detalhou muito bem sobre as etapas do processo e aqui vão ser colocadas de maneira sucinta:

- Levantamento de dados consiste na etapa inicial onde se coleta as informações particulares do paciente com objetivo de identificar os problemas reais ou potenciais à saúde.
- Diagnóstico é a segunda etapa do processo onde se desenvolve a identificação dos problemas. Essa etapa resulta da análise dos dados coletados e da interpretação dos dados no sentido de eles sugerirem achados normais ou anormais.
- Planejamento é a terceira etapa onde o enfermeiro, prioriza os problemas identificados, observa as metas mensuráveis, seleciona intervenções adequadas e documenta o plano de cuidados, específico para aquele paciente. Plano de cuidados pode ser manuscrito ou computadorizado e deve estar de acordo com o registro médico de cada paciente, oferecendo evidências para as intervenções de enfermagem, planeja para satisfazer as necessidades do cliente. Nele encontram-se as prescrições de enfermagem que são as orientações para os cuidados a serem prestados a um paciente específico. As ordens precisam ser exatas de modo que qualquer membro da equipe compreenda o que deve ser feito.
- A implementação é a quarta etapa onde vai ocorrer a execução do plano de cuidados, o que incluem as prescrições médicas e de enfermagem as quais se completam mutuamente.
- A avaliação do cuidado implantado é feita através da análise da reação do paciente, visando constatar a eficácia do plano de cuidado proposto. Ela é contínua e está inserida em todas as fases do processo, pois visa o sucesso da ação identificando falhas e melhorando o atendimento.

O processo de assistência à saúde sempre ocorre multiprofissional; é de responsabilidade da equipe de enfermagem o gerenciamento do cuidar que deve manter um ambiente saudável tanto para os pacientes e familiares bem como para os profissionais que atuam no local (NISHIO; FRANCO, 2011).

Percebe-se que para o gerenciamento e uma assistência eficaz o enfermeiro necessita de organização no ambiente de trabalho, equipe comprometida, uma interação positiva com os profissionais de outras áreas e condições de trabalho (CELICH, 2004).

O atendimento a saúde deve ser multiprofissional e a assistência exige uma abordagem diversificada em todas as etapas: planejamento, administração, atendimento, agendamento, realização de procedimentos diagnósticos, terapêuticos e reabilitação dentre outros (BOEGER, 2008).

Para um atendimento humanizado faz-se necessário a preocupação com a mão-de-obra, então as unidades devem proporcionar programas permanentes de capacitação técnica e holística. Além da quantidade suficiente de profissionais para a demanda atendida (TREZZA, 2008).

Este autor ressalta um problema muito comum na enfermagem quando lembra que nos hospitais existe a discrepância entre profissionais e quantidade de tarefas exigidas pela rotina do atendimento gerando sobrecarga de trabalho para os servidores, optando por um sub-dimensionamento do número de enfermeiros, e a rotina do atendimento fica nas mãos de auxiliares de enfermagem que muitas vezes tem a boa vontade no fazer, mas acabam falhando na qualidade.

Celich (2004) comenta que o enfermeiro exerce várias funções dentro das unidades que são: planejar, organizar, supervisionar e controlar as ações que são por ele desenvolvidas e pela equipe de enfermagem; sendo assim uma sobrecarga de responsabilidade vai influenciar diretamente o trabalho de muitos.

Em Nishio; Franco (2011) cita-se que os profissionais de enfermagem compõem entre 35% a 40% do quadro pessoal das instituições, mas existem locais que não empregam estes profissionais em quantidade adequada, para diminuir os custos o que leva a uma assistência sem qualidade e também a insatisfação do trabalhador, os quais perdem a motivação no trabalho prestado.

3 | CONCLUSÃO

Geralmente quem acolhe o cliente na sua chegada é a enfermagem, mas a sua preocupação fundamental é com a assistência que deve ser prestada. O enfermeiro que gerencia essa assistência sabe que deve prover uma infraestrutura de recursos humanos e materiais proporcionais a necessidade do cuidar. Uma vez que o ambiente precisa ser livre de riscos e o menos estressante possível para o cliente e para a equipe de saúde; percebe-se a necessidade de uma hotelaria em serviços de saúde como ferramenta de acolhimento,

humanização, proteção ao trabalhador e segurança do paciente, família e comunidade.

Em hospitais sem o departamento de hotelaria hospitalar o serviço pode ser de qualidade, contudo o que se observa é um acúmulo de funções, a área de enfermagem que é mais ligada a parte clínica prioriza o assistencial, porém também fica responsável pela higienização, recepção e lavanderia. (BOEGER,2008).

Para Nishio; Franco (2011), a o departamento de hotelaria passa a ser um diferencial na assistência e no atendimento uma vez que contribui para a segurança e conforto do paciente, usuários e funcionários.

O projeto arquitetônico adequado é um facilitador da assistência prestada ao cliente devido ao suprimento das necessidades daqueles que prestam o serviço;

O serviço de hotelaria hospitalar vem para organizar melhor o hospital, possibilitando que haja uma verdadeira divisão de serviços a serem executados; o que permite aos funcionários um trabalho mais justo e determinado, exercendo sua real função, sem sobrecarga de trabalho.

Este serviço coloca em evidência o usuário e suas reais necessidades; seja ele o paciente, ou o acompanhante; através das suas características de acolhimento e ambiência, fazendo com que os clientes se sintam seguros com maior possibilidade de cura e satisfação no serviço que está sendo adquirido o que pode levar a uma fidelização e a um marketing positivo para a instituição.

Nishio; Franco (2011) explanam que o serviço de hotelaria aliado a uma boa gestão de enfermagem leva a diminuição e controle de custos para a instituição; pois favorecem a qualidade assistencial e a manutenção sustentabilidade financeira e ambiental. Essa é uma afirmação pertinente uma vez que se temos um trabalho organizado, com atribuições bem distribuídas e trabalhadores conscientes e capazes que obedecem às normas e rotinas estabelecidas pela instituição, as perdas serão diminuídas.

Tendo em vista tudo que foi colocado e analisado, na gestão de enfermagem o serviço de hotelaria hospitalar, vem como facilitador para o trabalho dos profissionais, permitindo aos enfermeiros colocar em prática a administração da sua unidade com competência e uma assistência mais específica e individual com realização atividades mais seguras por parte da equipe o que conduz a redução de custos e erros; possibilitando alcançar os resultados desejados de maneira efetiva, trazendo assim benefício para o cliente, a instituição e o profissional; uma vez que o departamento de hotelaria se responsabiliza por áreas que antes ficavam a cargo da enfermagem como a lavanderia e rouparia.

REFERÊNCIAS

APPOLINÁRIO, Fábio. **Metodologia da Ciência: Filosofia e Prática de Pesquisa**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning,2006.

BOEGER, Marcelo A. **Gestão em Hotelaria Hospitalar**. 3ª edição. São Paulo: Editora Atlas, 2008.

BRASIL. Ministério da saúde. Disponível em< <http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/politica-nacional-de-saude-bucal/legislacao/693-acoes-e-programas/40038-humanizausus> >acesso em 19/09/2020.

BRASIL. Ministério do Turismo. **Hotelaria e Hospitalidade- Livro do Professor**. São Paulo: Ministério do Turismo, 2007.

CELICH, Kátia L. S. **Dimensões do Processo de Cuidar**. 1ª edição. Rio de Janeiro: EPUB, 2004.

CHIAVENATO, Idalberto. **Introdução a Teoria Geral da Administração**. 4ª edição. São Paulo: Makron Books, 1993.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Parecer nº 2/2018/COFEN/CTLN. **Organização da enfermagem. Definição da supervisão de enfermagem**. 2018.

Lei 7498 /86, de 25 de junho de 1986. **Lei do exercício profissional da enfermagem**. Disponível em http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html acesso em 22/09/2020.

MARQUES, M.; PINHEIRO, M.T. **A influência da qualidade na hotelaria hospitalar**. São Paulo: Revista Anagrama. Revista Multidisciplinar de Graduação. Ano 02-Ed. 03. março /maio 2009.

NISHIO, Elizabeth A.; FRANCO, Maria Teresa G. **Modelo de Gestão em Enfermagem: qualidade assistencial e segurança do paciente**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

TEZZA, Eder. **Humanização da Atenção à Saúde**. 1ª edição. Petrópolis, RJ: EPUB, 2008.

TIMBY, Barbara K. **Conceitos e Habilidades Fundamentais no Atendimento de Enfermagem**. 6ª edição. Porto Alegre: Editora Artmed, 2001.

CAPÍTULO 15

MULTIDISCIPLINARIDADE NOS TRANSTORNOS ALIMENTARES: ANOREXIA E ORTOREXIA

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 05/10/2020

Ana Clara Lacerda Cervantes de Carvalho

UNIJuazeiro- Centro Universitário de Juazeiro do Norte, Juazeiro do Norte- Ceará
<http://lattes.cnpq.br/9515869396421536>

Danielle de Oliveira Brito Cabral

URCA- Universidade Regional do Cariri, Crato- Ceará
<http://lattes.cnpq.br/4265580867149140>

Luana Lima Araújo

UNIJuazeiro- Centro Universitário de Juazeiro do Norte, Juazeiro do Norte- Ceará
<http://lattes.cnpq.br/6759193991155536>

Ana Emanuely Matos de Assis

UNIJuazeiro- Centro Universitário de Juazeiro do Norte, Juazeiro do Norte- Ceará
<http://lattes.cnpq.br/9934095359761321>

Bruna Farias Viana

UNIJuazeiro- Centro Universitário de Juazeiro do Norte, Juazeiro do Norte- Ceará
<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?metodo=apresentar&id=K2198407H1>

Ana Clara Militão Sales

UNIJuazeiro- Centro Universitário de Juazeiro do Norte, Juazeiro do Norte- Ceará
<http://lattes.cnpq.br/0808017473066734>

Guilherme Correia Alcantara

Centro Universitário de Juazeiro do Norte, Juazeiro do Norte- Ceará
<http://lattes.cnpq.br/8160959444778075>

Maria Lucilândia de Sousa

URCA- Universidade Regional do Cariri, Crato- Ceará
<http://lattes.cnpq.br/9304286001341489>

Pedro Luciano Martins Cidade

UNIJuazeiro- Centro Universitário de Juazeiro do Norte, Juazeiro do Norte- Ceará
<http://lattes.cnpq.br/5401274672433644>

Cícero Damon Carvalho de Alencar

URCA- Universidade Regional do Cariri, Crato- Ceará
<http://lattes.cnpq.br/4625410529093888>

Francisco Jacinto Silva

UNIJuazeiro- Centro Universitário de Juazeiro do Norte, Juazeiro do Norte- Ceará
<http://lattes.cnpq.br/5594424559770631>

Maria Elisa Regina Benjamin de Moura

Centro Universitário de Juazeiro do Norte, Juazeiro do Norte- Ceará
<http://lattes.cnpq.br/9168626015923200>

RESUMO: Os transtornos alimentares são doenças graves com comportamentos obsessivos sobre alimentação, podendo apresentar aspectos semelhantes quanto à sintomatologia, porém, cada um deve possuir abordagens específicas no tratamento. A anorexia nervosa é definida

pela restrição alimentar pela justificativa de perda de peso, proporcionando uma imagem distorcida do corpo e a ortorexia nervosa caracteriza-se pela obsessão alimentar doentia, causando restrições alimentares e uma busca pelo alimento “limpo”. Analisar a atuação da equipe multidisciplinar no tratamento da anorexia e da ortorexia nervosa. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura nas bases de dados LILACS e SCIELO, realizadas durante o mês de Setembro de 2020, utilizando os descritores ao operador booleano (AND): Anorexia. Ortorexia. Tratamento. Os critérios de inclusão foram estudos em português, publicados entre 2010 a 2020. Os pacientes anoréxicos necessitam de uma abordagem nutricional que consiste em recuperação do peso, cessação dos comportamentos compulsivos e desenvolvimento no estado psicológico, devendo realizar a inclusão do tratamento psicodinâmico para ajudar o paciente a entender o significado dos sintomas pela psicoterapia, orientados por psicólogos, na consulta médica é oportunizada o manejo dos sintomas pelas técnicas cognitivo-comportamentais, como o diário alimentar, e a avaliação da necessidade de medicação, com auxílio de enfermeiros na coleta dos dados e administração das dosagens, ocorrendo após a recuperação do peso. A ortorexia nervosa ocasiona uma dieta pobre em nutrientes por causa das restrições, este comportamento obsessivo-patológico exige uma equipe multidisciplinar, devendo existir uma investigação médica e nutricional que favoreça um consenso sobre uma alimentação equilibrada. O psicólogo, enfermeiro e nutricionista devem intervir após a correção dos distúrbios provocados pelos déficits de nutrientes, principalmente de vitaminas e minerais, podendo apresentar complicações que impliquem no internamento. Conclui-se, a atuação do nutricionista juntamente com a equipe multidisciplinar é imprescindível para o tratamento dos transtornos, visando uma abordagem que respeite as particularidades da doença.

PALAVRAS - CHAVE: transtornos alimentares, anorexia, ortorexia, tratamento, multidisciplinar.

MULTIDISCIPLINARITY IN FOOD DISORDERS: ANOREXIA AND ORTHOREXIA

ABSTRACT: Eating disorders are serious diseases with obsessive behaviors about eating, and may present similar aspects as to the symptoms, however, each one must have specific approaches in the treatment. Anorexia nervosa is defined by food restriction by justifying weight loss, providing a distorted image of the body and orthorexia nervosa is characterized by unhealthy food obsession, causing dietary restrictions and a search for “clean” food. Analyze the performance of the multidisciplinary team in the treatment of anorexia and orthorexia nervosa. This is an integrative literature review in the LILACS and SCIELO databases, carried out during September 2020, using the descriptors to the Boolean operator (AND): Anorexia. Orthorexia. Treatment. The inclusion criteria were studies in Portuguese, published between 2010 and 2020. Anorexic patients need a nutritional approach that consists of weight recovery, cessation of compulsive behaviors and development in the psychological state, and should include the inclusion of psychodynamic treatment to help the patient understand the meaning of symptoms by psychotherapy, guided by psychologists, in medical consultation, the management of symptoms by cognitive-behavioral techniques, such as the food diary, and the assessment of the need for medication, with the help of nurses in the collection of data and administration of dosages, occurring after weight recovery, are provided. Orthorexia nervosa causes a diet low in nutrients because of restrictions, this obsessive-pathological behavior requires a multidisciplinary team, and there must be medical and nutritional research

that favors a consensus on a balanced diet. The psychologist, nurse and nutritionist must intervene after the correction of disorders caused by deficits in nutrients, especially vitamins and minerals, and may have complications that involve hospitalization. In conclusion, the performance of the nutritionist together with the multidisciplinary team is essential for the treatment of disorders, aiming at an approach that respects the particularities of the disease.

KEYWORDS: eating disorders, anorexia, orthorexia, treatment, multidisciplinary.

1 | INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares são indicados através de uma perturbação duradoura na alimentação ou no comportamento alimentar. Essa perturbação resulta no consumo ou na absorção inadequada de alimentos, comprometendo assim, a saúde física ou o funcionamento psicossocial do indivíduo (WALSH, 2013).

O comportamento alimentar fora de ordem está associado à insatisfação corporal e baixa autoestima. Etiologicamente falando os transtornos alimentares tem origem multifatorial. Fatores biológicos, sociais e psicológicos, além de sintomas depressivos, podem levar a um transtorno alimentar (XIMENES; COUTO; SOUGEY, 2010).

Dentre os transtornos alimentares destaca-se a anorexia nervosa que é caracterizada pela ingesta calórica restrita em relação às necessidades, observando fatores como saúde física, idade, gênero e trajetória do desenvolvimento, levando a um peso corporal baixo. O indivíduo apresenta medo elevado de engordar ou comportamento persistente que interfere diretamente no aumento de peso, ainda que o peso esteja baixo. Observa-se uma perturbação na maneira como o próprio peso ou a forma corporal são vivenciados. A má influência do peso ou da forma de avaliação do próprio corpo além da ausência de reconhecimento do quão baixo é o peso corporal atual também são observadas (WALSH, 2013).

Em relação à prevalência da anorexia nervosa pouco se sabe sobre o acometimento entre indivíduos do sexo masculino. Todavia o transtorno menos comum nos homens do que nas mulheres. A proporção entre o público feminino e masculino é de aproximadamente 10 para 1 com populações clínicas em geral (WALSH, 2013).

Outro transtorno alimentar vem sendo explorado na comunidade científica. A ortorexia nervosa consiste em uma obsessão alimentar doentia, causando restrições alimentares, evasão extrema de corantes, conservantes, alimentos transgênicos, com muito sal ou muito açúcar, optando sempre pelo alimento “limpo” sem substâncias artificiais. A possível consequência disso é uma dieta pobre em certos nutrientes, gerando vários déficits nutricionais importantes, comprometendo o desempenho no exercício físico, estando relacionado com esportes do tipo resistido para aqueles entre 18 e 40 anos que praticam mais que 150 minutos por semana, apresentando assim, resultados abaixo do esperado. O efeito disso é mais insatisfação pessoal, promovendo um ciclo vicioso (BRESSAN; PUJALS, 2015; BERT, et al, 2019)

A diferença primária entre o comportamento associado à anorexia nervosa e ortorexia é que na AN o indivíduo preocupa-se com a quantidade alimentar ingerida. Já na ortorexia nervosa a ênfase é na qualidade do alimento. Na ortorexia nem sempre os indivíduos estão preocupados com a imagem corporal como no caso da anorexia (SÁNCHE, MORENO, 2007). No que diz respeito às semelhanças, há uma obsessão alimentar observada através dos sentimentos, crenças, comportamentos e pensamentos. Os pontos em comum são a ansiedade, perfeccionismo, necessidade de controlar, seguir regras de autocontrole e o desejo de sentir-se puro (MARTINS, et al, 2011).

A etiologia destes transtornos é multifatorial. Portanto, para o manejo terapêutico adequado, é de suma importância um olhar atento e holístico. Para o enfrentamento dos desafios terapêuticos é necessária uma abordagem multidisciplinar treinada em serviços especializados (PALMA; SANTOS; RIBEIRO, 2013).

Nesse contexto, admite-se que a terapia nutricional funciona como parte fundamental no tratamento dos transtornos relacionados à alimentação. A *American Dietetic Association* aponta que a intervenção e educação nutricional sejam inseridas no processo através do nutricionista que integra a equipe multiprofissional (ALVARENGA; LARINO, 2002).

Além do nutricionista, destaca-se o enfermeiro como integrante da equipe multidisciplinar. A combinação terapêutica entre o enfermeiro e o paciente ajuda na inserção do processo de enfermagem psiquiátrica (TOLEDO, 2004). Os conhecimentos da enfermagem sobre as mudanças apresentadas pelo paciente, no que tange aos pontos imunológicos, psíquicos, endócrinos e neurológicos contribuem positivamente para a recuperação do indivíduo com transtornos alimentares (TOLEDO; RAMOS; WOPEREIS, 2010).

A crescente influência virtual tem gerado uma busca intensa pelo corpo perfeito ou pelo enquadramento pessoal em um determinado estilo de vida, seja ele qual for. Em virtude dessa crescente torna-se necessário aprofundar-se em questões pertinentes ao cuidado adequado e multidisciplinar para com o paciente com algum transtorno alimentar. Dessa forma, subsidiado pelos princípios acima se questiona: qual a importância da multidisciplinaridade nos transtornos alimentares: anorexia e ortorexia?

Levando em consideração a necessidade de cuidados especializados no manejo terapêutico, supõe-se que a atuação multiprofissional seja de alta relevância no tratamento. O objetivo deste estudo é destacar o papel da equipe multidisciplinar nos transtornos alimentares: anorexia e ortorexia.

2 | MÉTODO

Realizou-se uma revisão integrativa de estudos sobre a ação multidisciplinar nos tratamentos da anorexia nervosa e da ortorexia nervosa, tratando de um estudo com coleta de dados realizada a partir de fontes secundárias, por meio de levantamento bibliográfico.

Para tanto, foram adotadas as seis etapas indicadas para a constituição da revisão integrativa da literatura: 1) seleção da pergunta de pesquisa; 2) definição dos critérios de inclusão de estudos e seleção da amostra; 3) representação dos estudos selecionados em formato de tabelas, considerando todas as características em comum; 4) análise crítica dos achados, identificando diferenças e conflitos; 5) interpretação dos resultados e 6) reportar, de forma clara, a evidência encontrada.

A estratégia de identificação e seleção dos estudos na busca virtual foi realizada por publicações indexadas na base de dados: LILACS (*Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde*) e SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*), durante o mês de Setembro de 2020.

No processo de busca virtual de artigos, utilizou-se o operador booleano (AND) na associação dos seguintes descritores: “Anorexia”. “Ortorexia”. “Transtornos” e “Terapia Combinada”, nas bases LILACS e SCIELO.

Adotou-se como critérios para identificação e seleção dos artigos as seguintes categorias: original, reflexão, atualização e relato de experiência; artigos com resumos e textos completos disponíveis, na íntegra, para análise; aqueles publicados nos idiomas português e, principalmente, em inglês, entre os anos 2000 e 2020, sendo que os critérios de exclusão dos artigos foram os artigos duplicados e que não enfatizassem a temática central.

Os resumos dos artigos selecionados foram analisados para verificar se correspondiam os critérios da pesquisa. Do material obtido, teve à leitura minuciosa de cada artigo utilizado para a construção do estudo, destacando aqueles que responderam ao objetivo proposto, a fim de organizar e tabular os dados.

Para a organização dos dados, analisaram os estudos científicos para formar textos e tabelas conectados, expondo as ideias da pesquisa, mostrando o trabalho isolado e conjunto dos profissionais de saúde para tratar esses transtornos, assim como, as condutas que são adotadas, e os dados estatísticos para a comprovação deste estudo, apresentando esses fatos nos dados dos resultados e discussão.

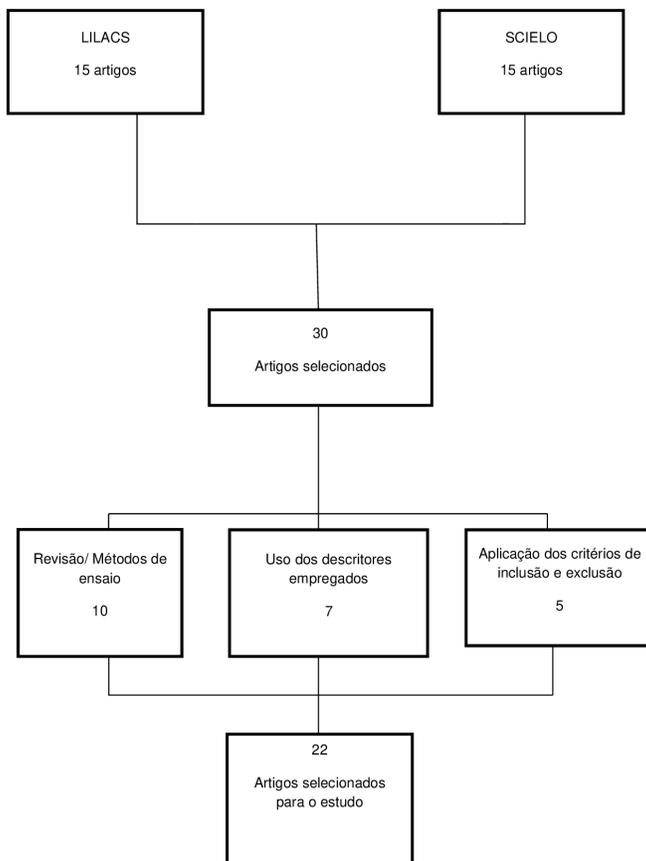


Figura 1: Fluxograma descrevendo as etapas de seleção, inclusão e exclusão dos artigos nas bases de dados.

3 | RESULTADOS

Empregados os descritores mencionados, obteve-se 30 artigos que faziam referência à associação dos termos procurados. Após a avaliação por meio dos critérios previamente estabelecidos, restaram 22 trabalhos que foram selecionados para compor a amostra final. A tabela 1 mostra os 8 principais artigos destes trabalhos para os resultados e discussão, assim como o tipo de estudo.

Autor e ano	Delineamento metodológico	Atuação multiprofissional na anorexia e da ortorexia nervosa	Conclusão	Nível de evidência
SOUSA & PESSA, 2016	Transversal com delineamento quantitativo do tipo comparativo	Proporcionam amplas possibilidades de adesão ao tratamento.	A taxa de abandono do serviço é alta e pacientes nessa condição eram adultos jovens, tinham diagnóstico de anorexia nervosa.	2C
MARTINS, et al, 2011	Revisão da literatura	Abordagem indisciplinar é importante para o tratamento.	Há uma necessidade de mais estudos sobre a temática abordada.	3A
CAMPOS & HAACK, 2012	Revisão da literatura	A complexidade sintomatológica exige atividades de diversas áreas profissionais.	A partir das evidências, é visto que além do tratamento farmacológico, é necessário atual de uma equipe multidisciplinar.	3A
OZIER & HENRY, 2011	Descritivo	Contribuem para cuidados agudos, recuperação e prevenção.	O objetivo tem sido identificar terapias baseadas em evidencia, para melhorar o tratamento dos transtornos alimentares.	2B
SCARFF, 2017	Pesquisa exploratória qualitativa	A atuação da equipe multidisciplinar é realizada em ambulatório e em certos casos a hospitalização, associados a exames físicos e laboratoriais	É um transtorno pouco compreendido, com etiologia incerta e o diagnóstico é feito através do julgamento clínico	2B
SOUSA, 2018	Revisão de literatura de caráter exploratório	Acompanhamento dos pacientes com investigação médica e nutricional com o consenso da equipe multidisciplinar.	Os estudos são escassos, com difícil diagnóstico entre alimentação saudável e Transtorno Alimentar Obsessivo Compulsivo	3A
COELHO, et al, 2016	Pesquisa de caráter bibliográfico	Associação entre terapias Cognitivo-Comportamentais, nutricionais e medicamentosas auxiliam na recuperação da ON.	Por ser ON recente, a falta de informações aumenta os riscos de desenvolver patologias.	3A

OLEJNICZAK, et al, 2017	Pesquisa exploratória qualitativo-quantitativo	Promoção de estratégias associadas a terapias cognitivas	A ON é de difícil diagnóstico pela insuficiência de informações, sendo necessários novos estudos.	2B
-------------------------	------------------------------------------------	----------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Tabela 1. Apresentação dos estudos inclusos na revisão.

Fonte: artigos inclusos no estudo.

4 | DISCUSSÃO

Pelo que foi observado, os transtornos alimentares (TA) são acompanhados de várias complicações clínicas relacionadas ao comprometimento do estado nutricional e às práticas compensatórias inadequadas para o controle do peso. Dentre eles temos a anorexia, na qual é caracterizada pela perda de peso intensa e intencional em decorrência de dietas extremas, buscando incessantemente a magreza, sendo esse transtorno capaz de matar cerca de 0,56% ao ano. Este valor é cerca de 12 vezes maior que a mortalidade das mulheres jovens na população em geral (ASSUMPÇÃO e CABRAL, 2002).

Segundo o DSM-IV e a CID-10, os perfis das pessoas que apresentam anorexia se recusam manter o peso igual ou acima do mínimo normal adequado para altura e idade, possuem um medo intenso de ganhar peso, tendendo a evitar “alimentos que engordam”, possuem perturbação no modo de vivenciar o peso, tamanho ou formas corporais (CORDÀS, 2004). Adolescentes, principalmente do sexo feminino, dentre os 12 aos 18 anos são mais propensas ao desenvolvimento, já que a sociedade acaba por impor um padrão de beleza essencialmente magro (DUNKER e PHILIPPI, 2003; MARTINS, et al, 2010).

Geralmente essas pessoas possuem uma insatisfação com a sua imagem corporal, com a chegada da puberdade inúmeras mudanças ocorrem no corpo, principalmente o das mulheres, ocorrendo um maior acúmulo de gordura, outro fator desencadeante é a própria sociedade que de todas as formas impõe um padrão de magreza, como por exemplo é mais comum ser encontradas calças tamanho 38, mas acima disso é mais difícil, o que acaba desencadeando a baixa-autoestima e o medo mórbido de ganhar peso, sentimento de desesperança e distúrbio de identidade (ABREU e FILHO, 2004).

O tratamento é multidisciplinar, com a presença de um enfermeiro, um nutricionista, um endocrinologista, dentre outros profissionais. Esse tratamento não é somente para o paciente, sendo de extrema importância englobar a família, trazendo-os para encontros e grupos terapêuticos onde serão tratadas de forma individualizada e é onde oferecem informações sobre os transtornos alimentares, o tratamento e outros assuntos igualmente relevantes, como a adolescência (PINZON, et al, 2004).

Além do tratamento com a família também possui o atendimento nutricional e médico, como também os atendimentos psicodinâmico e cognitivo-comportamental no qual

irão ajudar o paciente a desenvolver uma auto-avaliação positiva, ajudando-o a ver sucesso em pequenas atividades e conquistas pessoais, ajudando-o também a ver e entender o significado dos sintomas manifestados (BARBOSA, 2016).

A ortorexia é uma denominação relativamente nova, não é reconhecida como um transtorno alimentar (TA) pelo DSM-5 ou CID-10, portanto não existem critérios estabelecidos para diagnóstico e há uma discussão quanto a sua classificação, pois pode vir a se enquadrar no espectro obsessivo-compulsivo (MARTINS, et al, 2011).

O conhecimento sobre o assunto vem se desenvolvendo, não existindo até então uma grande série de estudos que esclareçam por completo todas suas características. O perfil das pessoas que apresentam comportamentos ortoréxicos tende a serem aquelas que são perfeccionistas, com bom nível socioeconômico e maior grau de escolaridade. O grupo de esportistas, estudantes e profissionais da área da saúde são mais propensos ao seu desenvolvimento (MARTINS, et al, 2011; VITAL et al, 2017).

O prejuízo psicossocial causado pela obsessão e isolamento, que acontece devido ao tempo destinado para o planejamento, compra e preparo das refeições bem como o distanciamento de eventos sociais que envolvam comida, não compete à atuação do nutricionista, assim como o psicólogo não resolve as desordens nutricionais causadas, por isso parece ser ineficaz a intervenção apenas de um profissional no tratamento (VITAL et al, 2017).

Ter uma equipe, que pode vir a incluir nutricionista, psicólogo ou psicoterapeuta e médico, responsável pelo tratamento do paciente com anorexia ou ortorexia faz com que as várias áreas afetadas sejam cuidadas simultaneamente assim como ocorre na doença, objetivando uma melhora efetiva com menor taxa de abandono. O conhecimento de cada especialidade compartilhado entre os profissionais, pacientes e familiares, que normalmente estão incluídos no processo, traz significativo avanço no restabelecimento da saúde (RAMOS; PEDRAO, 2013; SOUZA; SANTOS, 2010).

5 | CONCLUSÃO

De acordo com os resultados, conclui-se que o tratamento dos transtornos alimentares é feito através da presença da equipe multidisciplinar (psiquiatra, psicólogo, enfermeiro e nutricionista), onde o psicólogo e psiquiatra são de suma importância para trabalhar os transtornos alimentares ocasionados pelos fatores externos que tanto influenciam o lado psicológico, emocionais e comportamentais exigidos como a busca do corpo perfeito associados à pressão sociocultural.

O enfermeiro tem importância para detectar indivíduos com transtornos alimentares devidos ser um profissional mais presente nas comunidades desenvolvendo estratégias como atividades preventivas, palestras informativas e esclarecedoras, minimizando os preconceitos tanto em âmbito hospitais como postos de saúde e nas comunidades, para

garantir a promoção da saúde.

O nutricionista tem o papel fundamental de usar estratégias para o monitoramento, reeducação alimentar, dietoterapia, aconselhamento e suplementação que garantam o aporte nutricional necessário para impedir os efeitos da desnutrição causados pelos transtornos alimentares. É imprescindível que o tratamento multidisciplinar com feedback por todas essas especialidades envolvidas, é essencial para a melhora do paciente respeitando a particularidades indivíduo-doença.

REFERÊNCIAS

ABREU, C. N.; CANGELLI FILHO, R. Anorexia nervosa e bulimia nervosa: abordagem cognitivo-construtivista de psicoterapia. **Archives of Clinical Psychiatry** (São Paulo), v. 31, n. 4, p. 177-183, 2004.

ALVARENGA, M.; LARINO, M. A.; Terapia nutricional na anorexia e bulimia nervosas. **Rev Bras Psiquiatr**, São Paulo, v. 24, 2002.

ASSUMPÇÃO, C. L.; CABRAL, M. D. Complicações clínicas da anorexia nervosa e bulimia nervosa. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 24, p. 29-33, 2002.

ASTUDILLO, R. B. El amplio espectro de los trastornos evitativos/restrictivos de la ingestión de alimentos, ortorexia y otros desórdenes (alimentarios). **Rev. chil. neuro-psiquiatr.**, Santiago, v. 58, n. 2, p. 171-185, jun. 2020.

BARBOSA, C. F. Compreendendo A Anorexia Nervosa No Adolescente Com Enfoque Na Prevenção: Revisão Bibliográfica, 2016.

BEHAR, A. R. El amplio espectro de los trastornos evitativos/restrictivos de la ingestión de alimentos, ortorexia y otros desórdenes (alimentarios). **Rev. chil. neuro-psiquiatr.**, Santiago, v. 58, n. 2, p. 171-185, jun. 2020. Disponível em: <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272020000200171&lng=es&nrm=iso>.

BERT, F. et al. Orthorexia Nervosa: A cross-sectional study among athletes competing in endurance sports in Northern Italy. **PLoS ONE**, Turin, v. 14, n. 8, p. 1-12, 2019.

BRESSAN, M. G.; PUJALS, C. Transtornos alimentares modernos: uma comparação entre ortorexia e vigorexia. **UNINGÁ Review**, Maringá, v. 23, n.3, p. 25-30, 2015.

CORDÁS, T. A. Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. **Rev. psiquiatr. clín.**, p. 154-157, 2004.

DUNKER, K. L. L.; PHILIPPI, S. T. Hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa. **Revista de Nutrição**, v. 16, n. 1, p. 51-60, 2003.

MARTINS, M. C. T. et al. Ortorexia nervosa: reflexões sobre um novo conceito. **Rev Nutr**, Campinas, v. 24, n. 2, p. 345-357, 2011.

MARTINS, C. R. et al. Insatisfação com a imagem corporal e relação com estado nutricional, adiposidade corporal e sintomas de anorexia e bulimia em adolescentes. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 32, n. 1, p. 19-23, 2010.

PALMA, R. F. M.; SANTOS, J. E.; RIBEIRO, R. P. P. Hospitalização integral para tratamento dos transtornos alimentares: a experiência de um serviço especializado. **J bras psiquiatr**, Rio de Janeiro, v. 62, n. 1, 2013.

PINZON, V. et al. Peculiaridades do tratamento da anorexia e da bulimia nervosa na adolescência: a experiência do PROTAD. **Archives of Clinical Psychiatry** (São Paulo), v. 31, n. 4, p. 167-169, 2004.

RAMOS, T. M. B.; PEDRAO, L. J. Acolhimento e Vínculo em um Serviço de Assistência a Portadores de Transtornos Alimentares. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 54, p. 113-120, Apr. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2013000100113&lng=en&nrm=iso>.

SÁNCHEZ, R. M.; MORENO, A. M. Ortorexia y vigorexia: ¿nuevos trastornos de La conducta alimentaria?. **Transtornos de la conducta alimentaria**, p. 457-482, 2007.

SOUZA, L. V.; SANTOS, M. A. A participação da família no tratamento dos transtornos alimentares. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 15, n. 2, p. 285-294, June, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722010000200007&lng=en&nrm=iso>.

TOLEDO, V. P. **Sistematização da assistência de enfermagem em um serviço de reabilitação psicossocial**. 2004. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

TOLEDO, V. P.; RAMOS, N. A.; WOPEREIS, F. Processo de Enfermagem para pacientes com Anorexia Nervosa. **REBEn**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 193-197, 2010.

VITAL, A. N. S. et al. Risco para desenvolvimento de ortorexia nervosa e o comportamento alimentar de estudantes universitários. **Saúde e Pesquisa ISSN 2176-9206**, v. 10, n. 1, p. 83-89, 2017. Disponível em: <https://fi-admin.bvsalud.org/document/view/4ggpc>.

XIMENES, R.; COUTO, G.; SOUGEY, E. Eating disorders in adolescents and their repercussions in Oral Health. **International jornal of eating disorders**, Pernambuco, v. 43, n. 1, p. 59-64, 2010.

WALSH, B. T. Transtornos alimentares. American Psychiatric Association (org.). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)**. Arlington: American Psychiatric Association, 2013. p. 329-354.

CAPÍTULO 16

NARRATIVAS DAS AÇÕES NACIONAIS DA GERÊNCIA DO CUIDADO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM E DE SAÚDE NO CONSULTÓRIO NA RUA

Data de aceite: 01/12/2020

Cláudio José de Souza

Universidade Federal Fluminense (UFF).
Faculdade Bezerra de Araújo.
Rio de Janeiro/RJ.
<http://lattes.cnpq.br/5407974351853735>
<https://orcid.org/0000-0001-7866-039X>

Hyago Henriques Soares

Faculdade Bezerra de Araújo.
Rio de Janeiro/RJ.
<http://lattes.cnpq.br/9117943457080688>
<https://orcid.org/0000-0002-7087-3910>

Zenith Rosa Silvino

Universidade Estadual do Rio de Janeiro
(UERJ).
Universidade Federal Fluminense (UFF).
Academia Brasileira de Administração
Hospitalar,
Niterói/RJ.
<http://lattes.cnpq.br/7539582782188269>
<https://orcid.org/0000-0002-2848-9747>

Bárbara Pompeu Christovam

Universidade Federal do Rio de Janeiro
(UFRJ).
Universidade Federal Fluminense
Niterói/RJ.
<http://lattes.cnpq.br/3282956164183598>
<https://orcid.org/0000-0002-9135-8379>

Deise Ferreira de Souza

Universidade Federal Fluminense (UFF).
Universidade Federal Fluminense.
Assistência à Saúde (UFF).
Niterói/RJ.

<http://lattes.cnpq.br/8211712972659161>
<https://orcid.org/0000-0002-4294-9957>

Cristina Lavoyer Escudeiro

Universidade Federal do Rio de Janeiro
(UFRJ).
Universidade Federal Fluminense. (UFF).
Niterói/RJ.
<http://lattes.cnpq.br/8322536789804225>
<https://orcid.org/0000-0001-8920-5245>

Sonia Regina Belisário dos Santos

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio
Arouca – FioCruz.
Instituto de Educação, Ciências e Tecnologia do
Rio de Janeiro.
Niterói/RJ.
<http://lattes.cnpq.br/1162232754162871>
<https://orcid.org/0000-0001-5563-2994>

RESUMO: Trata-se de uma revisão narrativa crítica, que analisa a produção científica nacional a respeito do gerenciamento das práticas de cuidado dos profissionais de enfermagem e de saúde no Consultório na Rua, no período de 2015 a 2019, elencada em três eixos categóricos: 1. Compreensão da sua dinâmica biopsicossocial: promoção e integração dos indivíduos em situação de rua, 2. Gerenciamento das práticas de cuidado direto e indireto pela enfermagem e 3. Gestão do cuidado pautado na perspectiva multiprofissional pelos profissionais de saúde: uma ação transversal aos cuidados em saúde. Com o propósito de atender o objetivo do estudo, foram consultadas as bases de dados: Medline (via Pubmed), Bdenf, Lilacs e Scielo, por compreender que estas últimas três bases

são repositórios das principais publicações nacionais, utilizando os MeSH/descriptores em ciências da saúde: “Organization and Administration”, “Homeless Persons”, “Organização e Administração”, “Pessoas em Situação de Rua”, e as palavras-chave “Gestão em Saúde”, “Gerenciamento do Cuidado” “Consultório na Rua”, e “Saúde Pública”, encontraram-se 175 artigos, dos quais 17 foram selecionados, por se centrarem, especificamente, na implementação de uma ou mais categorias. Analisou-se que nos últimos cinco anos houve um aumento significativo de estudos em relação a esta temática, permitindo olhar a gerência do cuidado sob diversas lentes e com isso melhorando o atendimento a esta clientela.

PALAVRAS - CHAVE: Pessoas em Situação de Rua, Atenção Primária à Saúde, Organização e Administração, Assistência à Saúde.

NARRATIVES OF NATIONAL ACTIONS CARE MANAGEMENT OF NURSING AND HEALTH PROFESSIONALS IN OFFICE IN STREET

ABSTRACT: This is a critical narrative review, which analyzes the national scientific production regarding the management of care practices of nursing and health professionals in the street clinic from 2015 to 2019, listed in three categorical axes: 1. Understanding its biopsychosocial dynamics: promotion and integration of individuals in street situation, 2. Management of direct and indirect care practices by nursing and 3. Management of care based on the multiprofessional perspective by health professionals: a transversal action to health care. In order to meet the objective of the study, the databases were consulted: Medline (via Pubmed), Bdenf, Lilacs and Scielo, as they understand that these last three databases are repositories of the main national publications, using the MeSH/health science writers: “Organization and Administration”, “Homeless Persons”, and the keywords “Health Management”, “Care Management”, “Street Outreach Office”, “Homeless Person”, and “Public Health”, there were 175 articles, of which 17 were selected, as they specifically focused on the implementation of one or more categories. It was analyzed that in the last five years there has been a significant increase in studies in relation to this subject, allowing us to look at the management of care under different lenses and thus improving the service to this clientele.

KEYWORDS: Homeless Persons, Primary Health Care, Organization and Administration, Delivery of Health Care.

INTRODUÇÃO

A população em situação de rua é um grupo singular em crescimento significativo no Brasil, especialmente em centros urbanos, e é expropriado e destituído dos direitos básicos de cidadania, constituindo um enorme desafio para a saúde pública e outros setores da sociedade ¹. Segundo o Decreto n. 7.053 de 23 de dezembro de 2009, em seu artigo 1º - parágrafo único, trás uma menção na qual se caracteriza a população em situação de rua, como um aglomerado heterogêneo de pessoas que possui características comuns que perpassam pela extrema pobreza, os liames familiares rompidos ou fragilizados, a ausência de moradia regular e a utilização logradouros públicos ou áreas degradadas como forma de moradia e sustento, de forma temporária ou permanente, assim como, as

unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória².

A gestão das práticas de saúde voltadas a esses indivíduos são dotadas de peculiaridades e desafios, principalmente no que se refere a garantia dos princípios de integralidade, universalidade e equidade de acesso, respaldados pela Constituição de 1988, pela Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS) de 1990 e reforçados pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o que requer a visibilização desse público por parte dos gestores e profissionais das áreas social e de saúde, levando em consideração a sua vulnerabilidade física e social³⁻⁴.

Em consonância a estes fatos, faz-se necessário que este tipo de clientela esteja assistido pela Política de Assistência Social (PAS) visto que, estes indivíduos encontram-se em situação de vulnerabilidade e riscos, dos quais pode-se destacar: ruptura com a estrutura familiar, estigma pelas condições socioeconômicas, culturais e sexuais, dificuldades aos acessos do serviço em saúde, inserção precária ou não inserção no mercado de trabalho formal e informal; estratégias e alternativas diferenciadas de sobrevivência que podem representar risco pessoal e social⁵. Além disso, esses indivíduos estão mais suscetíveis ao adoecimento e a morte, aonde os agravos a saúde mais encontrados são as doenças de natureza infectocontagiosa, doenças crônicas não transmissíveis, transtornos mentais, violência e uso prejudicial de álcool e outras drogas ilícitas¹.

Devido a necessidade de atender a demanda das ações de cuidado a este grupo vulnerável, o Ministério da Saúde, em consonância com a PNAB e a Política Nacional para População em Situação de Rua (PNPSR), publicou a Portaria n. 122, de 25 de Janeiro de 2011, que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua como porta de entrada deste segmento populacional nos serviços de atenção⁶.

O Consultório na Rua (CnR) é um equipamento clínico que busca atuar frente aos diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua, inclusive na busca ativa e cuidados aos usuários de álcool e drogas. Ele é formado por equipes multiprofissionais que prestam atenção integral à saúde a esses indivíduos *in loco*. As atividades são realizadas de forma itinerante desenvolvendo ações compartilhadas e integradas com às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, quando necessário, também com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial, dos serviços de Urgência e Emergência e outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade de cada usuário^{3,6}.

Reconhece-se que, a assistência a indivíduos em situação de rua se dá direta ou indiretamente em todos os países focando na maioria das vezes, no processo de ressocialização devido ao uso das drogas. Entretanto, aqui no Brasil, esta assistência vai além a esta atividade, integrando em suas ações a prevenção e minimização de danos a esta clientela aos quais está sujeita. Nesse sentido, a iniciativa do CnR configura-se como importante marco na implementação de políticas para a promoção da equidade⁷, e suas ações de saúde são norteadas, principalmente, para a construção de vínculos com os usuários, aonde são utilizados meios que integram a redução de danos e o cuidado

humanizado por meio da promoção, prevenção e cuidados primários em saúde fora dos espaços institucionais ⁴.

Integrado a todo este aparato político, encontra-se o gerenciamento do cuidado, o qual consiste em uma ação articulada das dimensões assistenciais e gerenciais, uma vez que se concebe que essas duas ações estão imbricadas a ponto de uma automaticamente depender da outra ⁸. A gestão do cuidado em saúde voltada a população em situação de rua envolve ações de cuidados direto e indireto, de caráter instrumental e principalmente expressivo, que mobilizam habilidades cognitivas, analíticas, comportamentais e de ação dos profissionais que atuam nos CnR, cujos propósitos principais são atender as necessidades básicas do indivíduo em situação de rua em primeiro lugar e, em segundo, garantir que os objetivos das políticas públicas sejam contemplados por essas ações ⁹.

Posto os fatos, este estudo tem como objetivo analisar a produção científica nacional a respeito do gerenciamento das práticas de cuidado dos profissionais de enfermagem e de saúde no Consultório na Rua.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa crítica que segundo Rother “os artigos de revisão narrativa são publicações amplas apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o ‘estado da arte’ de um determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou conceitual” ¹⁰. O estudo foi orientado pela seguinte pergunta: Quais ações de gestão do cuidado em saúde são desenvolvidas pelos profissionais de saúde que atuam no equipamento clínico CnR?

Com o propósito de responder a pergunta norteadora do estudo, foi sumarizada a produção nacional, visto que a intencionalidade foi identificar pesquisas no campo do CnR voltados a gestão do cuidado e/ou gerenciamento do cuidado. Com fins de se tornar reproduzível a estratégia de busca, a revisão procurou adotar métodos explícitos, informando as bases de dados eletrônicas consultadas, termos utilizados na estratégia de busca, estratégia de rastreamento, critérios de elegibilidade, de extração de dados e abordagem de síntese.

O levantamento bibliográfico, realizado por um revisor (H.H.S), ocorreu no período de julho a dezembro de 2019. Incluiu as bases: MEDLINE (via PubMed), Bases de Dados da Enfermagem (BDENF), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e a literatura cinza por meio do Google Scholar.

Critério de inclusão: artigos científicos disponibilizados na íntegra, escritos na língua portuguesa, inglesa ou espanhola publicados entre 2015 e dezembro de 2019, que abordavam a temática proposta – gestão do cuidado e/ou gerenciamento do cuidado dos profissionais de saúde junto ao CnR, independentemente do método de pesquisa adotado.

Nas estratégias de buscas foram utilizados termos de indexação específicos (Medical Subject Headings – MeSH; Descritores em Ciências da Saúde – DeCS). Para o MEDLINE (via Pubmed) foram utilizados os seguintes termos: “Organization and Administration”, “Homeless Persons”, utilizando o operador booleano “OR”.

Nas bases de dados da BDEFN, LILACS e SciELO foram utilizadas os descritores: “Organização e Administração”, “Pessoas em Situação de Rua” utilizando o operador booleano “OR”. Em ambas, após a busca, selecionou-se o Brasil como o país relativo ao assunto. Para Google Scholar, utilizou-se o sistema de busca específico desta base de dados, utilizando as palavras-chave: “Gestão em Saúde” OR “Gerenciamento do Cuidado” OR “Consultório na Rua” OR “Pessoas em situação de rua” OR “Saúde Pública”.

Foram excluídas publicações no formato de teses e dissertações, artigos relacionados à psicologia, saúde bucal, gestantes e ao ambiente hospitalar, publicações que não se enquadraram no recorte temporal estabelecido, estudos em desacordo com o objeto de pesquisa, duplicados nas bases de dados pesquisas, e artigos cujo link de acesso não se encontrava disponível no momento da pesquisa.

Após o levantamento dos potenciais manuscritos os cinco revisores independentes (C.J.S, B.C.P, S.R.B.S, Z.R.S, e D.F.S) realizaram uma leitura flutuante dos resumos, selecionando os manuscritos potenciais. Para a segunda fase, foram lidos todos os manuscritos selecionados na íntegra. Inicialmente, foram eliminadas todas as publicações que não tratassem de assuntos ligados à saúde. Em seguida, foram excluídas as publicações que tratavam do sistema de saúde, mas de assuntos não relacionados a modalidades de gestão de serviços, como descentralização, planejamento, protocolos clínicos, satisfação e participação de usuários, recursos humanos e processos de trabalho.

A partir da combinação dos MeSH/Descritores e as palavras chave, foram localizados 175 estudos. O fluxograma a seguir apresenta o processo de seleção dos estudos (Figura1).

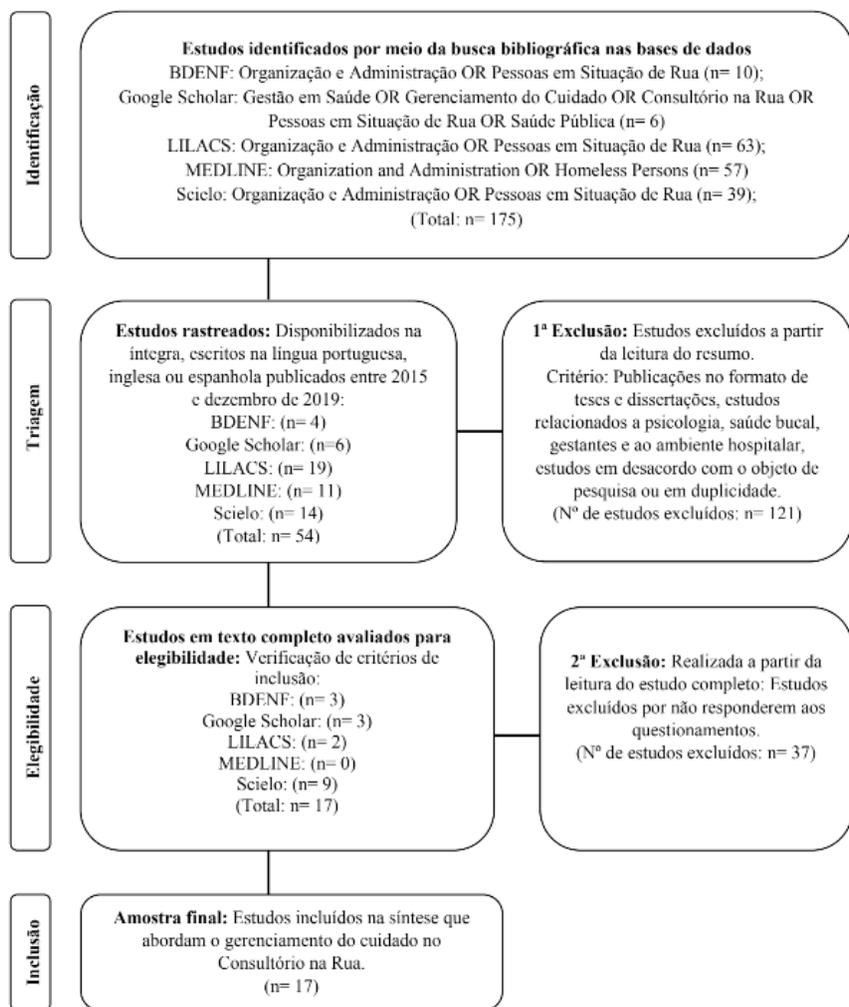


Figura 1 – Diagrama ilustrativo do caminhar metodológico para a identificação dos estudos pré-selecionados e seleção dos estudos a serem incluídos na revisão

RESULTADOS

De acordo com os critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 17 artigos científicos publicados em periódicos nacionais. Estes estudos foram apresentados no Quadro 1, contendo o ano de publicação, título, periódico, tipo de estudo e objetivo.

Em relação ao ano das publicações, percebeu-se que no período escolhido para a análise, três (17,6%) são de 2015, enquanto o ano de 2018 concentrou oito estudos (47%), evidenciando um aumento na frequência de publicações e discussões sobre a temática. A partir da análise dos estudos, emergiram três categorias temáticas: Compreensão da sua dinâmica biopsicossocial: promoção e integração dos indivíduos em situação de rua,

Gerenciamento das práticas de cuidado direto e indireto pela enfermagem e Gestão do cuidado pautado na perspectiva multiprofissional pelos profissionais de saúde: uma ação transversal aos cuidados em saúde.

Ano	Título	Periódico	Tipo de Estudo	Objetivo
2015	Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade	Cadernos de Saúde Pública	Pesquisa Qualitativa	Refletir acerca do cuidado destinado a população em situação de rua numa perspectiva socioantropológica, a partir de observação participante realizada junto a uma equipe de Consultório na Rua.
2015	Desigualdade social em saúde na população em situação de rua na cidade de São Paulo	Revista Saúde e Sociedade	Pesquisa Qualitativa	Descrever as características sociodemográficas, o estado de saúde e o acesso a serviços na população em situação de rua em uma amostra em três albergues do centro da cidade de São Paulo.
2015	Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua	Revista Saúde em Debate	Estudo de Caso	Compreender as práticas de cuidado de um Consultório na Rua, em Manguinhos/RJ, de forma a contribuir com o debate da Atenção Primária à Saúde para populações específicas.
2016	A Implantação do Consultório na Rua na perspectiva do cuidado em saúde.	Revista Brasileira de Enfermagem	Relato de Experiência	Relatar a experiência da implantação de um equipamento clínico de produção de cuidado em saúde à População em Situação de Rua, denominado Consultório na Rua.

2016	Consultório na Rua em uma capital do Nordeste brasileiro: o olhar de pessoas em situação de vulnerabilidade social	Cadernos de Saúde Pública	Pesquisa Qualitativa	Avaliar a estratégia do Consultório na Rua em Maceió, Alagoas, Brasil, com base na perspectiva de seus usuários.
2016	Experiência dos profissionais de saúde no cuidado da pessoa com tuberculose em situação de rua	Revista da Escola de Enfermagem da USP	Pesquisa Qualitativa	Analisar os discursos dos profissionais de saúde do Consultório na Rua em relação ao cuidado à pessoa em situação de rua com tuberculose.
2016	Trabalho no consultório na rua: uso do software IRAMUTEQ no apoio à pesquisa qualitativa	Escola Anna Nery Revista de Enfermagem	Pesquisa Qualitativa Exploratória	Conhecer por meio da lexicografia básica, o vocabulário mais frequente no relato de uma semana típica de trabalho vivenciados pelos profissionais das equipes de Consultório na Rua de um município do sul brasileiro.
2018	A tuberculose na população em situação de rua: desempenho de profissionais da atenção primária	Revista Rene	Pesquisa Avaliativa	Analisar as ações para o controle da tuberculose na População em Situação de Rua.
2018	Contribuições das equipes de Consultório na Rua para o cuidado e a gestão da atenção básica	Revista Panamericana de Saúde Pública	Pesquisa Qualitativa	Traçar um panorama de como as equipes de Consultório na Rua contribuem para reconciliar os demais serviços de Atenção Primária à Saúde com suas diretrizes e sua missão
2018	Desafios e potencialidades do trabalho de Enfermagem em Consultório na Rua	Revista Latino-Americana de Enfermagem	Pesquisa Exploratória	Analisar elementos do processo de enfermagem no Consultório na Rua, evidenciando os desafios e potencialidades do cuidado à pessoa em situação de rua.

2018	Determinantes sociais, equidade e consultório na rua	Revista de Enfermagem UFPE On Line	Relato de Experiência	Apresentar as experiências vividas por uma enfermeira no exercício de suas funções numa equipe de Consultório na Rua.
2018	Necessidades, produção do cuidado e expectativas de pessoas em situação de rua	Revista Brasileira de Enfermagem	Pesquisa Qualitativa	Compreender as necessidades, as expectativas e a produção do cuidado da população em situação de rua.
2018	O controle da tuberculose na ótica de profissionais do Consultório na Rua	Revista Latino-Americana de Enfermagem	Pesquisa Exploratória e Descritiva	Apresentar a percepção de profissionais sobre moradores de rua que realizam o tratamento da tuberculose e identificar ações de controle da doença ofertadas a esta população.
2018	Pessoas que vivenciam situação de rua sob o olhar da saúde	Revista Brasileira de Enfermagem	Revisão Integrativa de Literatura	Conhecer a produção científica brasileira dos últimos dez anos (2007 a 2016) sobre pessoas que vivenciam situação de rua sob o olhar da saúde.
2018	Representações sociais do cuidado em saúde de pessoas em situação de rua	Revista da Escola de Enfermagem da USP	Pesquisa Qualitativa	Identificar e analisar a estrutura e o conteúdo das representações sociais de Pessoas em Situação de Rua sobre cuidados em saúde.
2019	Cuidado em saúde a população em situação de rua pela atenção primária: resultados parciais.	O Conhecimento na Competência da Teoria e da Prática em Enfermagem	Pesquisa Etnográfica	Analisar e discutir as práticas de cuidado a população de rua, desenvolvidas por uma equipe de Consultório na Rua, localizada na zona oeste do município do Rio de Janeiro.

2019	O viver na rua: Revisão integrativa sobre cuidados a moradores de rua	Revista Brasileira de Enfermagem	Revisão Integrativa de Literatura	Identificar elementos essenciais nas práticas de cuidado à População em Situação de Rua, no contexto da Atenção Primária à Saúde e verificar evidências de força de recomendação para tomada de decisão em saúde.
------	--------------------------------------------------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Quadro 1 - Características dos estudos seleccionados, relativos ao ano de publicação, título, periódico, tipo de estudo e objetivo, 2020.

DISCUSSÃO

Compreensão da sua dinâmica biopsicossocial: promoção e integração dos indivíduos em situação de rua

Esta categoria temática procurou destacar o contexto vivenciado pelas pessoas em situação de rua, pois ao se refletir sobre os determinantes sociais de saúde, percebe-se a importância de ir além do cuidado centrado em aspectos biológicos, aonde as políticas públicas devem atentar para todos os fatores sociais que podem estar envolvidos no processo de adoecimento do indivíduo e da população ⁷. Postula-se que a saúde depende da satisfação tanto das necessidades relacionadas à sobrevivência, como alimento, abrigo e segurança, quanto das compreendidas como processos sociais, como proteção, afeto, compreensão, identidade, liberdade, educação e lazer ¹¹.

O risco de adoecimento nesta população é bem maior ao ser comparado com a população em geral, pois as suas condições de vida e a exclusão social os tornam mais vulneráveis. Outrossim, o aumento desse grupo social está relacionado a diversos motivos, tais como: situação de pobreza, desemprego estrutural, migração, dependência química, problemas mentais e orientação sexual ¹²⁻¹³. Além disso, a rua torna-se um local de abrigo, refúgio, libertação e estabelecimento de novas relações ¹⁴. Alguns moradores de rua não desejam voltar ao convívio familiar, e os que intencionam retornar a família enfrentam barreiras para resgatar o vínculo e a confiança, além da existência do preconceito social e familiar, o que aumenta a sua vulnerabilidade social. Há casos de reconciliação familiar em que, embora a pessoa tenha voltado a viver com a família, a decepção das partes envolvidas não permitiu que continuassem juntos ^{12, 15}.

Esses sujeitos possuem diversas necessidades, como a de cuidado, acesso aos serviços de saúde, trabalho, educação, relacionamento, escuta, vínculo com outras pessoas, alimentação, segurança e local adequado para sono, repouso e realização das necessidades fisiológicas. Essas necessidades se tornam objeto de trabalho dos profissionais das equipes de CnR e são características de um ambiente dinâmico e

diferenciado, o que requer instrumentos e formas singulares de estruturação do processo de trabalho da equipe que promove o cuidado nas ruas ^{11, 16}.

A ampla maioria dos moradores de rua sentem-se discriminados por conta das suas condições de higiene, o aspecto físico e a incapacidade física ou mental, ademais, muitos sentem-se inseguros ¹⁷. Além disso, o imediatismo e a dificuldade de se submeter a regras sociais são características bem marcantes desta população, e isso se deve a demanda de respostas rápidas as suas necessidades. Entretanto, algumas pessoas não demonstram interesse de cuidar da saúde e ficam indiferentes a vida ou a possibilidade de serem acometidos por doenças ¹².

Frequentemente seus pertences acabam sendo recolhidos por instituições de limpeza urbana, entre estes, documentos de identificação, carteira de trabalho, medicamentos, fotografias e outros registros particulares. A ausência de documentação dificulta a obtenção de emprego formal, o acesso aos serviços e programas governamentais e o exercício da cidadania, o que reforça cada vez mais a sua condição de invisibilidade social ⁴.

Na grande maioria dos casos, a sua fonte de renda está relacionada a trabalhos informais e insalubres, com destaque para os catadores de materiais para reciclagem. Alguns recebem auxílios do governo e aposentadoria e outros vivem exclusivamente como pedintes. Nota-se que muitos relatam ser necessário cuidar da aparência física para obterem a oportunidade de conseguirem um trabalho, ou até mesmo se manterem em um ^{7,11}.

Os indivíduos em situação de rua constantemente se deslocam, e isso pode estar relacionado aos conflitos entre grupos e pelo fato de os locais de habitação se caracterizarem pelo tipo de droga utilizada. Além do que alguns evitam manter-se por muito tempo em um único local para não serem encontrados pela polícia, pois muitos são foragidos da justiça. Esse hábito nômade dificulta a continuidade do tratamento e cuidado, no entanto, alguns canais de comunicação entre as equipes de saúde de diferentes territórios possibilitam a localização dessas pessoas ¹², e certas vezes, torna-se necessário ampliar o seu campo de atuação, incluindo outros pontos da cidade ⁴.

O território para este grupo em especial não é entendido simplesmente por sua organização física e geografia, mas também por sua organização relacionada a uma dinâmica subjetiva, sendo composto por aspectos visíveis e invisíveis. Os visíveis são aqueles capazes de ser mapeados, como o número de pessoas, a delimitação espacial, os dados epidemiológicos que fornecem subsídios para a avaliação e o acompanhamento das práticas, os agravos a saúde de maior prevalência, as ocorrências de violência, os recursos existentes, a movimentação característica, entre outros. Os invisíveis são apresentados através das dinâmicas relacionais que os usuários estabelecem no território e a sua representatividade, afetiva e simbólica, na vida deles. Tais aspectos devem ser considerados durante a organização do processo de trabalho ¹⁸.

Uma pesquisa qualitativa concluiu que os serviços de saúde mais procurados por

essa população são as unidades básicas de saúde, e dentre os indivíduos que tiveram problemas de saúde, mas não procuraram atendimento, 43% consideraram desnecessário e 22% recorreram a automedicação¹⁷. A condição de morador de rua, associada a percepção da discriminação, a pouca ou nula confiança nas instituições, a falta de documentos de identificação, a deficiência de vínculos sociais e a higiene precária constituem fatores que dificultam o acesso efetivo aos serviços de saúde e aumenta a sua exclusão social^{14, 15, 17}.

Gerenciamento das práticas de cuidado direto e indireto pela enfermagem

O processo de gestão na área da saúde possui particularidades, uma delas é a necessidade de este estar integrado a produção do cuidado. Gerenciar o cuidado é planejar uma prática fundamentada nas especificidades do objeto de cuidado: pessoas e territórios singulares. Assim sendo, as ações das equipes de CnR, especialmente a de enfermagem, se diversificam de acordo com as necessidades de saúde identificadas, das mais pontuais às mais crônicas, situações essas que demandam de um acompanhamento longitudinal¹⁸.

O escopo das atividades dessas equipes também envolve a proteção contra riscos a que essa população está exposta, combinada com a busca da garantia de seus direitos¹⁸. Neste panorama, as equipes têm potencial para produzir meios de romper com os processos de exclusão social destes indivíduos, e cabe aos profissionais de saúde possibilitar o acesso aos serviços de saúde, permitir atendimento à livre demanda, transpor barreiras existentes e fortalecer a cidadania das pessoas em situação de rua, sensibilizando-as para a participação em movimentos sociais como, por exemplo, nos conselhos locais e municipais da saúde e na busca por melhores condições de vida⁷.

A demanda de procedimentos de saúde na rua é constituída, essencialmente, pela avaliação clínica, verificação de sinais vitais e glicemia capilar, curativos, acompanhamento pré-natal, distribuição de insumos, orientação a respeito de serviços assistências e cuidados em saúde, como também, por habilidades que permitam uma escuta qualificada e, conseqüentemente, possibilite um cuidado atento ao bem-estar biopsicossocial. O CnR também abrange atendimento à problemas ou complicações oriundas do uso de álcool e outras drogas, tendo a estratégia de redução de danos como eixo transversal a todas as ações de saúde realizadas^{4, 7, 16, 19}.

O gerenciamento das práticas de cuidado ajustam-se a dinâmica do local, pois cada território apresenta características sociais, econômicas, políticas e culturais que diferem de outros territórios produzindo singularidades na população que vive em situação de rua em cada contexto, logo, a análise das características específicas de cada campo de atuação é essencial para a elaboração de linhas de cuidado que sejam capazes de atender as situações demandadas pela vida na rua e assegurem a autonomia através do potencial descolonizador do cuidado, sendo esta umas formas de desconstrução do olhar estigmatizante^{4, 15}.

Diante de uma política de saúde direcionada a uma população historicamente à

margem dos serviços de saúde, é importante considerar que as incontáveis situações graves apresentadas por ela, associadas a fragmentação do trabalho em rede e a deficiência de retaguarda clínica na atenção secundária e terciária, geram a carência de um espaço para que os profissionais do CnR realizem procedimentos específicos, como curativos e exame citopatológico. Dessa forma, a equipe necessita ter uma sede de referência que tenha porta aberta para os usuários, e que seja organizado como um espaço acolhedor, onde seus fluxos se adequem à rua, como flexibilização e alteração dos horários de funcionamento, dos documentos exigidos para atendimento, dos modos de ouvir, falar e orientar¹⁸. Um relato de experiência narrou que os atendimentos realizados na lógica de agendamento prévio não geraram resultados satisfatórios, pois distanciava estes indivíduos do processo de cuidado e os afastava das possibilidades terapêuticas no atendimento de suas demandas de saúde²⁰.

As práticas desenvolvidas pelos profissionais de saúde, com destaque para os enfermeiros, devem ter em vista o cuidado integral das pessoas em situação de rua e, para isso, a produção do cuidado perpassa por elementos-chaves, como vínculo construído pela escuta qualificada e pelo rompimento do cuidado prescritivo e pontual^{13, 21, 22}. Diante disso, os profissionais das equipes do CnR investem na criatividade e empregam métodos que propiciam a aproximação dos usuários. Dessa forma, ao mesmo em que os profissionais realizam suas atividades com essas pessoas, diálogos são desenvolvidos a respeito de suas predileções, necessidades e meios de sociabilidade. É nessa interação que são estabelecidas as relações de empatia e é elegido qual membro da equipe será referência de cada usuário do serviço⁴.

Um aspecto observado é o potencial transformador do trabalho da equipe de CnR, uma vez que esta é norteadada pelas tecnologias leves, como vínculo, acolhimento, escuta sensível, uso apropriado da linguagem e respeito quando o usuário não quer aproximação. Desse modo, o cuidado é pautado na troca de experiências e nas formas diversas de intervir que levam em consideração a subjetividade e a valorização do outro a fim de propiciar o fortalecimento de sua autoestima e a emancipação para realização autocuidado^{15, 16, 22}.

Outrossim, para esse grupo social, a saúde tem relação com o corpo e com a beleza independentemente do local onde estejam, logo, preocupar-se com a beleza e com o corpo integra as ações voltadas ao processo de cuidado da saúde, revelando a implicação de um cuidado autoatribuído¹⁴. O cuidado emancipador está baseado no reconhecimento da diversidade e autonomia dos sujeitos, permitindo a transformação do sujeito-passivo em agente-participativo do seu processo de saúde, doença e cuidado⁴.

As ações do CnR vão além de questões relacionadas a saúde, pois também buscam suprir as necessidades demandadas pelos usuários. Tais ações são expressas especialmente pela transposição de barreiras de acesso aos serviços de saúde e assistência social, como encaminhamentos de consultas na atenção básica, internações hospitalares, emissão de segunda da Certidão de Nascimento e confecção de cédula de identidade (RG),

cadastro de pessoas físicas (CPF) e Carteira de Trabalho ^{7, 15}. O documento representa o resgate da própria cidadania, e ajuda-los a obtê-lo novamente permeia as ações do cuidado emancipador ²³.

As pessoas em situação de rua são mais vulneráveis a ingesta irregular de medicamentos e ao abandono de tratamentos em casos de doenças que careçam de continuidade, como por exemplo a tuberculose e o vírus da imunodeficiência adquirida ^{12, 24}. Frente a isso, as equipes utilizam de incentivos com o intuito de promover encorajamento e interesse para adesão a tratamentos, bem como, tentativas de ofertar um cuidado mais integral, como lanche, cesta básica, vale-transporte e até mesmo banho na unidade ⁷. Entretanto, o uso de alguns destes benefícios, como a cesta básica, nem sempre é adequada devido à dificuldade em preparar alimentos, e o uso desta como moeda de troca para atender a outras necessidades e desejos ¹².

Algumas questões desafiam as práticas do CnR, uma delas é a sua desarticulação com as Redes de Assistência à Saúde, a qual o usuário encontra dificuldades de acesso quando não se encontra acompanhado pela equipe de CnR, ademais, verifica-se também preconceito dos profissionais de saúde de outros setores da rede em relação às pessoas em situação de rua ¹⁵. Um estudo de cunho exploratório e que buscou analisar elementos do processo de enfermagem no CnR, faz referência também a carência de transporte, insumos e materiais essenciais, e como isso reflete na qualidade do atendimento aos usuários, prejudicando até mesmo a relação de vínculo e confiança construída com eles, além de tornar o processo de cuidado desgastante para os profissionais, uma vez que estes não conseguem executar as atividades planejadas ¹⁶.

A falta de parceria entre as equipes de CnR com as equipes da atenção primária é um problema grave, pois tal parceria aperfeiçoaria as ações de controle de doenças, visto que a atuação das equipes de CnR pode contribuir de forma mais efetiva para o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, ampliando a detecção precoce, o tratamento e o acompanhamento de casos. Uma pesquisa avaliativa realizada em Campina Grande afirma que, apesar desse município possuir equipe de CnR, de forma geral, há o desconhecimento dessa equipe enquanto modalidade de assistência ou existência na região. Além de tudo, o matriciamento entre a equipe CnR e a atenção primária a saúde foi considerado insatisfatório, pois cerca de 80% dos profissionais informaram desconhecer ou não ocorrer essa atividade ²⁵.

Apesar disso, estudos ^{7, 12, 15, 24} afirmam que as ações das equipes de CnR geraram resultados positivos para os moradores de rua, como: mudança de vida, redução de danos sociais, melhoria das condições de saúde, aumento das possibilidades de resgate de papéis familiares e reinserção familiar ou social, facilitação do acesso aos serviços de saúde e equipamentos sociais, e aumento da efetividade do diagnóstico precoce, tratamento, acompanhamento e cura de doentes nos processos de cuidado.

Toda estratégia não deve ser simplesmente criada e implementada, é preciso que

ela também seja avaliada, desta forma, o CnR figura como um serviço analisador, ou seja, que coloca em análise as práticas de saúde. Uma das formas de avaliação é através da escuta dos usuários, tornando-os sujeitos ativos e participativos. Pois é perceptível que eles têm uma visão ampliada sobre suas necessidades, o que lhes dá a faculdade de propor mudanças que considerem necessárias para melhorar a qualidade do CnR para ambos, equipe e usuários ^{15, 18}.

Gestão do cuidado pautado na perspectiva multiprofissional pelos profissionais de saúde: uma ação transversal aos cuidados em saúde

Foi constatado que cerca de um terço da população em situação de rua se sente discriminado nos serviços de saúde ¹⁷. Mesmo existindo a PNPSR e outras políticas setoriais e intersetoriais, nem sempre se consegue garantir que o cuidado seja realizado de forma integral, pois o imaginário social e o despreparo interferem de forma significativa na qualidade das atividades desenvolvidas pelos profissionais das unidades de saúde, fato que é evidenciado através das ações discriminatórias por parte destes que deveriam fornecer o cuidado, criando barreiras no acesso aos serviços de saúde, visto que o usuário tem receio de não ser acolhido nas instituições ^{4, 7, 12, 22}. Esse processo de exclusão desmotiva a equipe de CnR, que empenha-se para obter uma relação de vínculo e confiança com o usuário, por vezes, rompida devido ao despreparo e o prejulgamento dos profissionais de outros pontos da Rede de Assistência à Saúde ¹⁶.

O acolhimento é uma das habilidades mais importantes que os profissionais que atuam com moradores de rua devem exercitar e construir, e é fundamental que estes os atendam como sujeitos de direitos e portadores de uma trajetória de vida singular ^{4, 15}. Apesar de ele ser visto como instrumento que contribui para a reorganização do processo de trabalho e a reconstrução de práticas, ainda existem dificuldades para a incorporação das ideias de longitudinalidade e coordenação do cuidado nas práticas de saúde ²¹.

Outra característica identificada nos profissionais das equipes de CnR é a capacidade de motivar para a mudança e respeitar o tempo e a autonomia do outro. Esses sujeitos encontraram maneiras de construir ferramentas para promover o cuidado através da insistência, da persistência, das orientações em linguagem compreensível e afetiva, do respeito à liberdade de escolha e da oferta de encaminhamentos que melhoram as condições de vida do sujeito. Ademais, destaca-se também a necessidade e a importância de que os profissionais da equipe tenham perfil para formação de vínculo e estejam dispostos a isso ^{15, 24}.

Uma pesquisa etnográfica ²³ que analisou as práticas de cuidado do CnR ressaltou que foi perceptível afeto e amorosidade nos profissionais que trabalham com a população de rua. Tais elementos foram observados nos momentos de olhar nos olhos, sentar ao lado, procurar entender o motivo de não estarem tomando o medicamento, saber como se encontram, o porquê de eles estarem na rua ou de não quererem ir para um abrigo. Não

foi percebido julgamentos ou preconceitos da equipe no desenvolvimento das práticas de cuidado a esse grupo social.

A fragilidade dos profissionais das equipes de CnR é destacada em questões que não perpassam o saber profissional, e sim naquelas calcadas no emocional de cada sujeito e na angústia de se deparar com o cotidiano de miséria humana. Por outro lado, ao conseguirem ajudar esse adoecido a recuperar-se da doença, produzem um significado de salvar um semelhante, ato compreendido como recompensador e gratificante para o sujeito profissional ²⁴.

O trabalho em equipe é considerado elemento potencializador e facilitador do processo de trabalho no CnR, pois focaliza as necessidades dos usuários e objetiva mudanças que impactem no seu processo saúde-doença. Cabe destacar que a formação dos profissionais de saúde para o Sistema Único de Saúde deveria ser dentro de uma lógica pautada na integração de saberes e práticas integrais, pois o trabalho em saúde estabelecido em um panorama multiprofissional e interdisciplinar ajuda a ultrapassar as adversidades encontradas cotidianamente nos logradouros públicos ^{16, 19}.

Contribuições do estudo

Acredita-se que este estudo traz contribuições relevantes para a gestão em saúde, pois proporciona maior visibilidade e fomenta discussões sobre a temática, fato que subsidiará gestores e profissionais de saúde a criarem propostas de práticas e políticas de saúde que busquem aumentar a efetividade, a resolubilidade e abrangência da assistência a população em situação de rua. Outrossim, os achados desse estudo também podem estimular profissionais que trabalham com esse público a refletirem sobre suas práticas acerca da gerência do cuidado.

Limitação do estudo

O estudo apresentou como limitação para a sua realização o fato do recorte temporal adotado para a pesquisa ter sido dos últimos cinco anos e apenas artigos selecionados, com os critérios adotados, entre os anos de 2015 e 2019. Esse fato pode estar relacionado com as bases de dados adotadas para o desenvolvimento do estudo. Outra limitação diz respeito ao número restrito de artigos em bases nacionais, visto que, propositalmente o estudo objetivou analisar a produção científica nacional a respeito do gerenciamento das práticas de cuidado dos profissionais das equipes de CnR, que viessem a contribuir para a discussão do objetivo proposto.

CONCLUSÃO

A presente revisão narrativa possibilitou analisar a produção científica nacional acerca do gerenciamento das práticas de cuidado dos profissionais de saúde das equipes de Consultório na Rua. Identificou-se que o cuidado deve ser pautado no acolhimento e na

humanização, o que contribui para valorização da vida e da saúde, e resgata a cidadania e a dignidade do indivíduo, possibilitando a sua autonomia.

As ações de cuidado a esse grupo são dotadas de diversas particularidades as quais exigem a compreensão do fenômeno de viver na rua e das necessidades apresentadas por esses indivíduos. É necessário que haja a percepção das condições de vulnerabilidade geradoras de agravos à saúde que eles estão submetidos, do seu contexto social e o reconhecimento do território o qual eles se instalam e são promovidas as práticas de saúde.

A articulação das equipes de CnR com a Rede de Atenção à Saúde do território se torna essencial tendo em vista a necessidade de realização de atendimentos mais específicos e a manutenção do cuidado, como também a possibilidade de encaminhamento desse usuário às unidades de saúde de forma menos burocratizada. Entretanto, ainda existem diversos desafios referentes a essa articulação.

Entre as atribuições necessárias para que os profissionais e gestores estabeleçam o contato com essa população destaca-se o perfil para construção de vínculos, que gera confiança para a promoção do cuidado de forma mais efetiva. Observou-se que alguns profissionais de saúde apresentam resistência a atender essas pessoas, principalmente por conta do despreparo, estigmas e preconceito.

Recomenda-se que os gestores das equipes de CnR promovam, periodicamente, reuniões com as equipes a fim de realizar planejamentos, discutir casos, avaliar a resolutividade das ações adotadas pelas equipes, bem como, capacitá-las e reinventar as práticas de cuidado diante das dificuldades encontradas durante a promoção de saúde a esse grupo singular.

REFERÊNCIAS

1. Querioiga Brasil. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Produzindo saúde nas ruas: o trabalho das equipes de Consultório na Rua. Rio de Janeiro, RJ, 2017, 16 p.
2. Brasil. Decreto Presidencial nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Seção 1, 24 dez. 2009.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
4. Hallais JAS, Barros NF. Consultório na rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2015 Jul; 31(7): 1497-504.
5. Cunha, W. Política de assistência social no Brasil: avanços e desafios no pós-constituição de 1988. Qualitas Revista Eletrônica [Internet]. 2017; 18(1): 98-113.

6. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº. 122, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de consultório na rua. Diário Oficial da União. 26 Jan 2012; Seção 1.
7. Pinto AH, Fermo VC, Peiter CC, Fernandes VMB, Heideman ITSB. Determinantes sociais, equidade e consultório na rua. Rev Enferm UFPE on line. 2018 Dez; 12(12): 3513-20.
8. Santos JLG, Lima MA DS. Gerenciamento do cuidado: ações dos enfermeiros em um serviço hospitalar de emergência. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2011 Dez; 32(4): 695-702.
9. Christovam BP, Porto IS, Oliveira DC. Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito. Rev. Esc. Enferm. USP [Internet]. 2012 Jun; 46(3): 734-741.
10. Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. Acta Paul. Enferm. 2007; 20(2): v-vi.
11. Oliveira DM, Expedito AC, Aleixo MT, Carneiro NS, Jesus MCP, Merighi MAB. Necessidades, produção de cuidado e expectativas de pessoas em situação de rua. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018; 71(6): 2849-57.
12. Hino P, Monroe AA, Takahashi RF, Souza KMJ, Figueiredo TMRM, Bertolozzi MR. O controle da tuberculose na ótica de profissionais do consultório na rua. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2018;26:e3095.
13. Hino P, Santos JO, Rosa AS. Pessoas que vivenciam situação de rua sob o olhar da saúde. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018; 71(1): 732-40.
14. Silva ICN, Santos MVS, Campos LCM, Silva DO, Porcino CA, Oliveira JF. Representações sociais do cuidado em saúde de pessoas em situação de rua. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2018; 52.
15. Ferreira CPS, Rozendo CA, Melo GB. Consultório na rua em uma capital do nordeste brasileiro: o olhar de pessoas em situação de vulnerabilidade social. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2016 Ago; 32(8).
16. Cardoso AC, Santos DS, Mishima SM, Anjos DSC, Jorge JS, Santana HP. Desafios e potencialidades do trabalho de enfermagem em consultório na rua. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2018; 26.
17. Barata RB, Carneiro Júnior N, Ribeiro MCSA, Silveira C. Desigualdade social em saúde na população em situação de rua na cidade de São Paulo. Saúde Soc [Internet]. 2015; 24: 219-32.
18. Vargas ER, Macerata I. Contribuições das equipes de consultório na rua para o cuidado e a gestão da atenção básica. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2018; 42.
19. Kami MTM, Larocca LM, Chaves MMN, Lowen IMV, Souza VMP, Goto DYN. Trabalho no consultório na rua: uso do software IRAMUTEQ no apoio à pesquisa qualitativa. Esc Anna Nery [Internet]. 2016; 20(3).
20. Paula HC, Daher DV, Koopmans FF, Faria MGA, Brandão OS, Scoralick GBF. A Implantação do Consultório na Rua na perspectiva do cuidado em saúde. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018; 71(6): 2843-7.

21. Koopmans FF, Daher DV, Acioli S, Sabóia VM, Ribeiro CRB, Silva CSSL. O viver na rua: revisão integrativa sobre cuidados a moradores de rua. Rev Bras Enferm [Internet], 2019; 72(1): 220-29.
22. Silva CC, Cruz MM, Vargas EP. Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do consultório na rua. Saúde Debate [Internet]. 2015 Dez; 39: 246-56.
23. Koopmans FF, Daher DV, Faria MGA, Paula HC, Silva RLD, Silva CSSL. Cuidado em saúde a população em situação de rua pela atenção primária: resultados parciais. O Conhecimento na Competência da Teoria e da Prática em Enfermagem. 2019; 3:124-35.
24. Alecrim TFA, Mitano F, Reis AA, Ross CM, Palha PF, Protti-Zanatta ST. Experiência dos profissionais de saúde no cuidado da pessoa com tuberculose em situação de rua. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2016; 50(5): 809-16.
25. RFP, Sá LD, Gazzinelli A. A tuberculose na população em situação de rua: desempenho de profissionais da atenção primária. Rev Rene [Internet]. 2018; 19.

CAPÍTULO 17

O COMPORTAMENTO HUMANO E SEUS IMPACTOS ORGANIZACIONAIS

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 06/11/2020

Pamela Nery do Lago

Universidade Federal de Minas Gerais /
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
(HC-UFMG/EBSERH).
Belo Horizonte – MG
ORCID: 0000-0002-3421-1346

Ira Caroline de Carvalho Sipoli

HC-UFMG/EBSERH.
Belo Horizonte – MG
ORCID: 0000-0002-2004-5404

Luciana Moreira Batista

HC-UFMG/EBSERH.
Belo Horizonte – MG
ORCID: 0000-0001-9649-1198

Luciene Maria dos Reis

HC-UFMG/EBSERH.
Belo Horizonte – MG
ORCID: 0000-0001-9148-2364

Marlene Simões e Silva

HC-UFMG/EBSERH.
Belo Horizonte – MG
ORCID: 0000-0002-1195-493X

Maria Fernanda Silveira Scarcella

HC-UFMG/EBSERH.
Belo Horizonte – MG
ORCID: 0000-0002-3319-1646

Regina de Oliveira Benedito

HC-UFMG/EBSERH.
Belo Horizonte – MG
ORCID: 0000-0002-3164-5165

Valdjane Nogueira Noletto Nobre

HC-UFMG/EBSERH.
Belo Horizonte – MG
ORCID: 0000-0002-3831-5003

Aline Francielly Rezende Fróes

Hospital Universitário Maria Aparecida
Pedrossian da Universidade Federal do Mato
Grosso do Sul (HUMAP-UFMS/EBSERH)
Campo Grande – MS
ORCID: 0000-0003-2962-5859

Liane Medeiros Kanashiro

HUMAP-UFMS/EBSERH
Campo Grande – MS
ORCID: 0000-0001-9945-1597

Marta Luiza da Cruz

HUMAP-UFMS/EBSERH
Campo Grande – MS
ORCID: 0000-0002-8946-2644

Samanntha Lara da Silva Torres Anaisse

HUMAP-UFMS/EBSERH
Campo Grande – MS
ORCID: 0000-0002-8350-5607

RESUMO: O comportamento humano afeta todas as relações, e no mundo dos negócios não é diferente, ele influencia diretamente o resultado organizacional. Os gestores tem papel ímpar em conduzir seus colaboradores a praticarem a missão, visão e valores da empresa. Muitos são os desafios: gerações diferentes com pensamentos e desejos diversos convivendo nos mesmos espaços, bem como fatores estressores inerentes dessas relações e pressões diárias do

trabalho em si. Nesta pesquisa objetiva-se discutir o comportamento humano organizacional e os principais aspectos que permeiam o tema. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória, em que foi realizada no mês de outubro de 2020, uma revisão bibliográfica dos últimos 12 anos em artigos científicos e demais fontes da *Internet*, utilizando os descritores: comportamento humano organizacional, liderança, gerações, estresse. Percebe-se que o diálogo e a boa comunicação são fatores fundamentais para que os líderes percebam os conflitos e melhor conduzam seus colaboradores aos resultados esperados pela organização. Buscar estratégias de reconhecimento dos perfis de seus colaboradores e de como atuar para a melhoria do clima organizacional é um dos grandes desafios e diferenças para o alcance das metas.

PALAVRAS - CHAVE: Comportamento Humano Organizacional, Liderança, Gerações, Estresse.

HUMAN BEHAVIOR AND ITS ORGANIZATIONAL IMPACTS

ABSTRACT: Human behavior affects all relationships, and in the business world it is no different, it directly influences the organizational result. Managers have a unique role in leading their employees to practice the company's mission, vision and values. There are many challenges: different generations with different thoughts and desires living in the same spaces, as well as stressors inherent in these relationships and daily pressures of the work itself. This research aims to discuss organizational human behavior and the main aspects that permeate the theme. This is a qualitative, exploratory research, in which a bibliographic review of the last 12 years was carried out in October 2020 in scientific articles and other Internet sources, using the descriptors: organizational human behavior, leadership, generations, stress. It is noticed that dialogue and good communication are fundamental factors for leaders to understand conflicts and better guide their employees to the results expected by the organization. Searching for strategies to recognize the profiles of its employees and how to act to improve the organizational climate is one of the great challenges and differences for achieving the goals.

KEYWORDS: Organizational Human Behavior, Leadership, Generations, Stress.

1 | INTRODUÇÃO

Em uma organização por mais que tenhamos regras claras, bem definidas e com normas estruturadas, não é possível moldar a forma de agir de seus colaboradores, pois cada indivíduo traz consigo experiências passadas que formam seu comportamento frente às diversas situações que lhes são apresentadas.

O fato de termos diferentes gerações atuando nos mesmos locais de trabalho, é um fator de pode contribuir para facilitar ou para dificultar as relações, dependendo que como ela se dá. Neste contexto, observa-se a importância singular dos gestores e líderes das empresas, pois são estes que tem a responsabilidade de orientar a equipe e buscar harmonia no cotidiano do trabalho. Consequentemente, melhorando o desempenho do grupo para o alcance dos resultados esperados.

Por todas as exigências que o ambiente corporativo faz sobre os seus colaboradores,

o estresse entra como um importante elemento do comportamento humano organizacional. A IBC Coaching (2018) aponta que “os fatores que mais levam as pessoas a terem estresse no trabalho são o excesso de tarefas, dificuldades em conseguir conciliar vida pessoal com profissional, conflitos com pessoas da equipe ou até mesmo problemas com a política da empresa”.

Diante do contexto apresentado, esta pesquisa tem como objetivo discutir sobre o comportamento humano organizacional e os principais aspectos que permeiam o tema, como a presença de diversas gerações convivendo e atuando em conjunto nas empresas, o estresse gerado por essas relações e como as lideranças podem atuar para minimizar os conflitos gerados.

Esta é uma pesquisa qualitativa, exploratória e de cunho bibliográfico, que investiga as relações que envolvem o comportamento humano no contexto organizacional. Foi realizada uma revisão bibliográfica dos últimos 12 anos em artigos científicos e demais fontes da *Internet*, analisados no mês de outubro de 2020, utilizando os seguintes descritores: comportamento humano organizacional, liderança, gerações, estresse.

A pesquisa justifica-se por abordar uma temática atual e constante no dia a dia das organizações, trazendo a discussão sobre o comportamento humano organizacional, bem como os aspectos que influenciam diretamente nesse contexto, como as diferentes gerações atuando em conjunto, o estresse presente nessas relações e de que forma as lideranças podem atuar para minimizar as possíveis turbulências e caminhar com o grupo rumo ao sucesso empresarial.

2 | O COMPORTAMENTO HUMANO E SUAS RELAÇÕES NO TRABALHO

Por definição entende-se que:

Comportamento organizacional é o estudo sistemático e a aplicação cuidadosa do conhecimento sobre como as pessoas agem dentro das organizações, seja como indivíduos, seja em grupos. Ele busca identificar as formas pelas quais as pessoas podem agir de maneira mais eficaz (Newstrom, 2018).

Para compreender determinadas condutas adotadas pelos colaboradores é importante perceber as motivações humanas e de que forma estas influenciam no ambiente do trabalho.

De acordo com a pirâmide de Maslow, as necessidades humanas são classificadas em 5 categorias, organizadas de forma hierárquica: fisiológicas (respirar, beber, comer e dormir); segurança (emprego, saúde e propriedade); sociais (família, amizade e amor); estima (autoestima, confiança, respeito dos outros) e as de auto realização (crescimento, autocontrole, independência e desafios). As duas primeiras tidas como básicas e as demais secundárias (DOYLE, 2019). A maneira pela qual o indivíduo percebe essas necessidades e de certa forma, possui ambição para alcançar as categorias secundárias é que vai moldar

o seu comportamento perante as situações apresentadas na empresa, visto que é através do trabalho que se pode alcançar muitas das necessidades propostas por essa teoria.

Corroborando com o exposto Doyle (2019) propões que existem 3 fatores que influenciam o comportamento humano nas organizações, a saber:

Valores: são a crenças e os aprendizados adquiridos ao longo do tempo. Motivos: o que motiva cada indivíduo? Quais as necessidades que consideram mais importantes? São as respostas a essas perguntas que movem as pessoas e justificam seus comportamentos. Modelos mentais: cada pessoa constrói um significado diferente para cada experiência. Apesar de duas pessoas passarem por uma mesma situação, elas têm reflexos diferentes sobre elas. Essa é a ideia passada pelos modelos mentais, que podem ser definidos como a base da experiência ou da cultura pessoal de cada um.

Líderes têm por responsabilidade guiar o seu grupo de colaboradores para o alcance do sucesso da empresa. Ele atua sobre o comportamento organizacional garantindo “as condições necessárias para o andamento e desenvolvimento dos trabalhos, fazendo uso de técnicas para motivar e engajar as pessoas em prol de objetivos e resultados pré-determinados” (FIA, 2018). Complementando esta ideia, pode-se dizer que o líder tem o dever de reunir tudo que “é necessário para que o ambiente de trabalho esteja harmonioso e que cada colaborador tenha tranquilidade e segurança para a realização de suas atividades” (FIA, 2018).

O ponto chave nesse contexto é buscar conexões entre os profissionais com vistas à melhoria do clima organizacional que favoreçam o grupo a atuar com motivação, qualidade, produtividade e eficiência.

Quando esse patamar não é atingido, a organização sofre consequências graves como o aumento do número de absenteísmo por adoecimento e/ou faltas injustificadas, baixa retenção de profissionais qualificados e alta rotatividade. Profissionais que passam a ter esse tipo de comportamento são considerados tóxicos e podem influenciar negativamente os demais colaboradores. Sendo então, fundamental os gestores adotarem conduta positiva e imediata frente a essas situações, buscando contorná-las e retomar o eixo de alcance de metas organizacionais.

Complementando o exposto, FIA (2018) aponta que “o desafio, portanto, é definir uma estratégia para que o comportamento organizacional atue em favor da empresa e não contra os seus resultados”.

As estratégias para alcançar os resultados esperados, atualmente contam com o apoio de diversas ferramentas tecnológicas e *softwares* que auxiliam na identificação de perfis comportamentais e apontam a melhor forma de gerir os grupos diante desses dados levantados. Apresentando capacitações e treinamentos que melhor se adequam a cada realidade. Essas ferramentas em conjunto com a expertise e maturidade dos líderes e gestores são poderosas na construção de um ambiente organizacional propício ao sucesso e alcance dos resultados esperados.

31 AS DIVERSAS GERAÇÕES E A SUA RELAÇÃO COM O MERCADO DE TRABALHO

Pode-se definir uma geração como pessoas que nascem e vivem em um mesmo período de tempo. O conceito reúne um grupo impactado pelo mesmo contexto social e econômico, que aprendem os mesmos princípios, passam pelas mesmas mudanças e compartilham dos mesmos ensinamentos (FACULDADE IMPACTA, 2019).

Algo que mudou nos últimos anos o perfil organizacional é a presença de diversas gerações atuando no mesmo ambiente, trabalhando em equipe. A convivência das gerações Y, Z, X e *Baby Boomers* pode desencadear conflitos por pensamentos e anseios divergentes, mas também tem a possibilidade de agregar valor a organização.

Para entender como se dá o envolvimento de cada geração com o mercado de trabalhos e as diferentes tecnologias existentes, a Faculdade Impacta (2019) traz a descrição de cada geração nestes aspectos:

Baby Boomers (1946-1964): profissionais competitivos, leais às empresas, com desejo por estabilidade e segurança.

Geração X (1965-1983): busca o equilíbrio entre vida profissional e pessoal. Considerada bastante independente, com afinidade pelas tecnologias, passou a dominar o uso dos computadores, que foram incorporados à rotina das tarefas profissionais. Um fator importante para a geração X foi a inserção das mulheres no mercado de trabalho e a crescente quebra de paradigmas que atingiram até a relação com o trabalho.

São profissionais que acreditam na recompensa por mérito; apresentam forte respeito pelas hierarquias; enfrentam desafios com bastante coragem; buscam estabilidade financeira, mas tem dificuldade de encarar mudanças.

Geração Y ou *Millennials* (1984-1995): fortemente impactado por avançados tecnológicos. Além da explosão tecnológica ampliou as possibilidades do mercado, houve a prosperidade econômica; novas profissões surgiram, muitas foram assimiladas pela automação de processos, enquanto outras acabaram substituídas. São indivíduos multitarefas.

Com um otimismo contagiante e uma forte vontade de aprender, esses jovens saíram da escola com a sensação de que o crescimento rápido é possível. Por isso, a impaciência e falta de foco foram identificados (FACULDADE IMPACTA, 2019).

Essas características, também trazem outras um tanto negativas presentes nessa geração: dificuldade para receber ordens; superficialidade nos acontecimentos e relacionamentos; competição extremada; individualismo exacerbado.

Geração Z (1996-2010): classificada como nativa digital, desenvolveram habilidades de tolerância e respeito, assim como assimilaram uma vontade constante de melhorar o mundo. Vive em meio a constantes tensões políticas e econômicas com grande impacto no

mercado de trabalho e, conseqüente insegurança profissional.

Tem como característica acreditar na flexibilização das relações profissionais; buscar um trabalho plural; e entendem a *Internet* como parte da carreira. Neste contexto, são empreendedores natos.

“As fronteiras entre as gerações X, Y e Z não estão evidentes e, com o ritmo acelerado das transformações sociais, já não é mais tão simples colocar em caixas grandes grupos de pessoas” (FACULDADE IMPACTA, 2019).

No mercado atual, encontramos todas essas gerações coexistindo e agregando valores às organizações. Os conhecimentos inerentes a cada geração são possibilidades de crescimento e soma no mundo empresarial. Com a intervenção de lideranças fortes pode-se aproveitar o melhor de cada grupo em prol do todo.

4 | O ESTRESSE E SUA INFLUÊNCIA NO CONTEXTO ORGANIZACIONAL

Perceber como o estresse influencia as ações das pessoas e saber contornar as situações apresentadas para que não prejudique o desempenho profissional é fundamental para a saúde do indivíduo e também da organização.

Conflitos podem surgir e são até mesmo salutares para tirar os indivíduos de suas zonas de conforto, buscando assim, um novo modo de perceber as necessidades e satisfação do grupo.

Para IBC Coaching (2018), “uma pessoa que está sofrendo com o estresse no trabalho acaba afetando não só seu rendimento profissional, como principalmente a sua saúde e, conseqüentemente, diminui sua qualidade de vida”.

Os gestores organizacionais, para mitigar o estresse de seus colaboradores necessitam saber quais seus fatores geradores para então atuar sobre eles. Ter uma comunicação eficiente e saber ouvir as pessoas é o primeiro passo e um dos mais importantes na busca da resolução deste problema tão frequente e muitas vezes negligenciado por muitas lideranças.

Caso não seja possível eliminar o fator estressor, é fundamental que as lideranças procurem formas de suavizá-lo, seja através do diálogo, seja mudando a forma de perceber o problema, reduzindo o contato com o agente gerador de estresse, procurando não levar nada para o lado pessoal, tratando de forma imparcial e com equidade os colaboradores, sempre realizando o *feedback* e propondo ajustes se necessário. Utilizar a transparência e clareza nas ações é o ponto chave para o gerenciamento de situações conflituosas e geradora de estresse.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O comportamento humano organizacional influencia diretamente em todas as relações empresariais, visto que são os indivíduos que conduzem uma empresa, seja ao

sucesso ou ao fracasso.

Cada pessoa carrega em si uma bagagem proveniente de suas experiências de vida pessoal e profissional; isso também se diversifica de acordo com a geração a qual pertence. Todos esses fatores são importantes e refletem a forma como ela irá se portar diante de situações apresentadas em seu contexto organizacional.

As lideranças empresariais têm por responsabilidade conduzir seus liderados para o alcance das metas individuais e organizacionais, visto que se o funcionário trabalha com satisfação e realização, certamente irá contribuir de forma mais efetiva para o alcance das metas da instituição para a qual trabalha.

São muitos os desafios: comportamento humano diverso, gerações diferentes atuando em um mesmo ambiente, fatores estressores e pressões cotidianas, relações conflituosas entre outros. Neste interim, o líder tem o papel de saber ouvir, estabelecer uma comunicação eficaz e perceber os pontos que precisam de atenção e atuação estratégica para a melhoria das relações, objetivando, sobretudo o alcance dos resultados esperados.

REFERÊNCIAS

DOYLE, D. **Comportamento humano nas organizações: conheça 3 dicas para melhorar o desempenho da sua equipe**, 2019. São Paulo: Siteware. Disponível em: <<https://www.siteware.com.br/gestao-de-equipe/comportamento-humano-nas-organizacoes/>>. Acesso: em 28 de out. de 2020.

FACULDADE IMPACTA. **Geração Y, X e Z: como se relacionam com o trabalho e a tecnologia?**, 2019. São Paulo. São Paulo: Fundação Instituto de Administração. Disponível em: <<https://www.impacta.edu.br/blog/geracao-y-x-e-z-como-se-relacionam-com-o-trabalho-e-a-tecnologia/>>. Acesso em: 30 de out. de 2020.

FIA. **O Que é Comportamento Organizacional? Guia Definitivo**, 2018. Disponível em: <<https://fia.com.br/blog/o-que-e-comportamento-organizacional/>>. Acesso em: 31 de out. de 2020.

IBC COACHING. **Como Lidar com o Estresse no Trabalho**, 2018. Goiânia: Instituto Brasileiro de Coaching. Disponível em: <<https://www.ibccoaching.com.br/portal/coaching-carreira/como-lidar-estresse-vida-profissional/>>. Acesso em: 30 de out. de 2020.

NEWSTROM, J. N.. **Comportamento Organizacional: o comportamento humano no trabalho**. Porto Alegre: AMGH Editora, 2008.

O PAPEL DA COMUNICAÇÃO NAS TECNOLOGIAS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Data de aceite: 01/12/2020

Data da submissão: 12/11/2020

Clarissa Vasconcelos Silva de Souza

Universidade Federal de Sergipe

Aracaju-Sergipe

<http://lattes.cnpq.br/9703024398255524>

RESUMO: Trata-se de um levantamento bibliográfico do tipo descritivo que discorre sobre os tipos de legislação que normatizam a comunicação da profissão e de livros que tratam o assunto proposto. Explicou-se as etapas do processo de enfermagem, como é estruturada a sistematização da assistência a saúde, com detalhes das cinco etapas deste processo; uma breve explicação sobre as tecnologias da saúde, para se chegar a comunicação, suas variações e de qual maneira ela está inserida no cuidar da enfermagem. A partir deste levantamento, realizou-se a análise das informações coletadas e as relacionou entre as variáveis: processo de enfermagem, tecnologias de saúde e tipos de comunicação; para chegar ao objetivo proposto que foi o levantamento das tecnologias de saúde estão inseridas no processo de enfermagem e qual o papel da comunicação para a efetividade da assistência prestada a partir destas tecnologias de saúde.

PALAVRA - CHAVE: Processo de Enfermagem. Tecnologias de Saúde. Comunicação.

THE ROLE OF COMMUNICATION IN NURSING PROCESS TECHNOLOGIES

ABSTRACT: It is a descriptive bibliographic survey that discusses the types of legislation that standardize the communication of the profession and books that deal with the proposed subject. The stages of the nursing process were explained, how the systematization of health care is structured, with details of the five stages of this process; a brief explanation about health technologies, to reach communication, its variations and how it is inserted in nursing care. From this survey, the analysis of the information collected was carried out and related it between the variables: nursing process, health technologies and types of communication; to reach the proposed objective, which was the survey of health technologies, they are inserted in the nursing process and what is the role of communication for the effectiveness of the assistance provided from these health technologies.

KEYWORDS: Nursing Process. Health Technologies. Communication.

1 | INTRODUÇÃO

Tem-se nesse material o desenvolvimento do processo de enfermagem, a explicação sobre as tecnologias de saúde e a explicação sobre a comunicação com suas variáveis; para que se possa entender o seu papel desta dentro das tecnologias de saúde que compõem a prestação da assistência de enfermagem de acordo com a legislação que normatiza o exercício da profissão.

“A comunicação está para a enfermagem como o ar está para a vida – um não pode existir sem o outro” (VAUGHANS, 2012, pg.56).

A Resolução COFEN 358/2009 normatiza o processo de enfermagem, definindo sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem. (COFEN,2009).

“O processo de enfermagem é definido como uma sequência organizada de etapas identificadas como levantamento de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação; utilizado pelos enfermeiros para solucionar os problemas de saúde do paciente” (TIMBY, 2001, pg.35).

A SAE é uma metodologia científica a ser implementada na prática assistencial, conferindo maior segurança aos pacientes, melhora da qualidade assistencial, e maior autonomia dos profissionais de enfermagem. Ela constitui uma ferramenta que auxilia na gestão do cuidado, no sentido de organizar os recursos e dispositivos para este processo/ação acontecer de forma planejada.

Assim surgiu o seguinte questionamento: quais tecnologias de saúde estão inseridas no processo de enfermagem e qual o papel da comunicação para a efetividade da assistência prestada a partir destas tecnologias de saúde Para isso foi feito um levantamento bibliográfico sobre os assuntos relevantes; nos quais far-se-á uma análise qualitativa dos dados coletados; e uma explanação dos resultados encontrados.

2 I ANÁLISE E DISCURSÃO DOS DADOS

2.1 Processo de enfermagem

A sistematização da assistência de enfermagem organiza o trabalho profissional quanto a método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de enfermagem (GARCIA, 2017).

De acordo com a Lei nº 7.498/86, que regulamenta o exercício profissional da enfermeira, o Art. 11 apresenta as atividades privativas do enfermeiro (a), exercendo todas as atividades de enfermagem e cabendo-lhe privativamente a consulta de enfermagem e a prescrição da assistência de enfermagem (COFEN, 1986).

A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 358/2009 considera que a SAE deve ser realizada de modo deliberado e sua implementação ocorrer em todos os ambientes em que seja realizado o cuidado profissional de enfermagem, seja na atenção primária, secundária e terciária, e desenvolvida em instituição pública ou privada (BRASIL,2009)

No art. 2º dessa Resolução destacam-se as cinco (5) etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, a saber:

I – Coleta de dados de enfermagem (Histórico de enfermagem);

- II – Diagnóstico de enfermagem;
- III – Planejamento de Enfermagem;
- IV – Implementação;
- V – Avaliação de Enfermagem.

No art. 4º da Resolução COFEN n. 358/2009, detalha que ao Enfermeiro, incumbe a liderança na execução e avaliação do Processo de Enfermagem, de modo a alcançar os resultados esperados, cabendo-lhe, privativamente, o diagnóstico de enfermagem a prescrição das ações e as intervenções de enfermagem a serem realizadas. (COFEN, 2009).

Já o art. 6º desta resolução detalha como deve ser a comunicação escrita desse processo de cuidado ao paciente para que seja completo e fidedigno as observações encontradas (COFEN, 2009):

- a. um resumo dos dados coletados sobre a pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença;
- b. os diagnósticos de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença;
- c. as ações ou intervenções de enfermagem realizadas face aos diagnósticos de enfermagem identificados;
- d. os resultados alcançados como consequência das ações ou intervenções de enfermagem realizadas.

É um sistema teórico de resolução dos problemas e tomada de decisão; permitindo uma assistência organizada, individualizada, tendo cada paciente como único e que requer atenção constante durante seu processo de tratamento. Trata -se de um processo que representa desenvolvimento de um estado a outro. Para efetuar a evolução de enfermagem, o enfermeiro necessita reunir dados sobre as condições anterior e atuais do paciente e família para, mediante análise, emitir um julgamento; mudanças para piora ou melhora do quadro, manutenção das situações ou surgimento de novos problemas (COFEN, 2009).

É considerado o instrumento de trabalho do enfermeiro com objetivo de identificação das necessidades do paciente apresentando uma proposta ao seu atendimento e cuidado, direcionando a equipe de enfermagem nas ações a serem realizadas.

O enfermeiro, ao aplicar o Processo de Enfermagem como instrumento para orientar a documentação clínica, busca o desenvolvimento de uma prática sistemática, interrelacionada, organizada com base em passos preestabelecidos e que possibilite prestar cuidado individualizado ao paciente.

A seguir detalhes das etapas do processo de enfermagem:

I. Levantamento e organização de dados consistem na etapa inicial onde se coleta as informações particulares do paciente com objetivo de identificar os problemas reais ou potenciais à saúde. (TIMBY,2001).

Os dados objetivos são os sinais que podem indicar um problema. Eles são

observáveis ou mensuráveis podem ser obtidos através de procedimentos realizados como verificação de pressão arterial ou da temperatura corporal; como também de prontuários, anotações de membros da equipe multidisciplinar, base de conhecimento próprio do enfermeiro e da revisão de literatura. Os dados subjetivos são os sintomas daquele problema levantado. Como o paciente se apresenta a consulta de enfermagem, o relato do paciente sobre os sintomas e como ele vê sua doença. O paciente é a fonte predominante ou primária de informações, familiares e outras pessoas importantes para o cliente apenas serão fonte de informações relevantes, quando o paciente for menor de idade ou mentalmente incapaz de tomar decisões (VAUGHANS,2012).

O levantamento dos dados oferece uma quantidade de informações sobre a saúde física, social, mental e espiritual do cliente. A interpretação é facilitada quando os dados estão agrupados de forma organizada por características em comum. Para fazer esta arrumação das informações os enfermeiros desenvolvem instrumentos de trabalhos embasados em teorias da enfermagem, onde agrupam informações de forma ordenada e dinâmica. (TIMBY,2001).

Deve-se agrupar estes dados organizadamente para ser possível a interpretação da real necessidade do paciente; este processo chama-se validação dos dados, onde será filtrado os dados objetivos e os subjetivos, cruzando os dados mensurados com as observações realizadas; para que o enfermeiro seja capaz de determinar o significado das informações que foram coletadas. Depois faz-se o agrupamento dos dados de forma sistematizada, para traçar claramente os padrões de saúde do cliente.

Exemplo de instrumentos utilizados são formulários e sistemas de gráficos. Para organizar estes instrumentos o enfermeiro pode seguir as orientações de uma teoria; pode-se citar de Maslow (das relações humanas) e a de Dorothea Orem (teoria do autocuidado), mas existem outras. A forma de organização vai depender do tipo de clientela que vai receber o cuidado. Vale lembrar que os dados podem ser reagrupados quando recebe novas informações ou quando a situação muda. É uma atividade dinâmica (VAUGHANS, 2012).

II. Diagnóstico: é a segunda etapa do processo onde se desenvolve a identificação dos problemas. Essa etapa resulta da análise dos dados coletados e da interpretação dos dados no sentido de eles sugerirem achados normais ou anormais. A estes achados damos o nome de diagnósticos de enfermagem.

Assim se pode dizer que diagnóstico de enfermagem é o julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos problemas de saúde reais ou potenciais. Esclarece o âmbito da prática de enfermagem e permite ao enfermeiro ter uma linguagem comum para a comunicação (VAUGHANS, 2012).

Cada diagnóstico de enfermagem descreve a característica da resposta humana identificada no agrupamento de dados relevantes. Para ter uma linguagem universal padronizada criou-se a Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem

(NANDA) e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

A CIPE sistema baseado em uma linguagem unificada, partilhada no âmbito mundial, cujos componentes expressassem os elementos da prática de enfermagem – diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem; uma tecnologia de informação, que proporciona a coleta, o armazenamento e a análise de dados de enfermagem em uma variedade de cenários, linguagens e regiões geográficas no âmbito mundial (GARCIA, 2017).

A NANDA padroniza apenas o diagnóstico de enfermagem e faz necessário outros sistemas de classificação padronizados para as demais fases do processo de enfermagem. A Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) no sentido de construir uma linguagem padronizada para descrever as atividades que as enfermeiras executam quando prestam tratamentos de enfermagem. (BARROS ,2009) e a classificação dos resultados de enfermagem (NOC).

III. Planejamento: é a terceira etapa onde o enfermeiro, prioriza os problemas identificados, observa as metas mensuráveis, seleciona intervenções adequadas e documenta o plano de cuidados, específico para aquele paciente. Plano de cuidados pode ser manuscrito ou computadorizado e deve estar de acordo com o registro médico de cada paciente, oferecendo evidências para as intervenções de enfermagem, planejadas para satisfazer as necessidades do cliente. Nele encontram-se as prescrições de enfermagem que são as orientações para os cuidados a serem prestados a um paciente específico. As ordens precisam ser exatas de modo que qualquer membro da equipe compreenda o que deve ser feito. (TIMBY,2001).

As intervenções de enfermagem são as ações que são realizadas pelo enfermeiro, para atingir os resultados esperados a partir do que foi identificado como um problema para o paciente. As intervenções envolvem a investigação, o ensino, o aconselhamento e os tratamentos efetivos. (VAUGHANS,2012).

As intervenções podem ser independentes, ou seja, iniciadas pela enfermagem e podem ser realizadas sem a necessidade de solicitação de outra categoria profissional.

E as intervenções dependentes requerem a solicitação de um médico ou de outro profissional para que seja implementada pela enfermagem.

Alguns recursos podem ser utilizados para ajudar na definição das intervenções: planos de cuidados padronizados, protocolos e manuais de procedimentos, periódicos e livros didáticos de enfermagem. Quando se faz uso da NANDA para o diagnóstico de enfermagem; usa-se a NIC para as atividades de intervenções e o NOC para os vários resultados esperados (VAUGHANS,2012).

IV.A implementação é a quarta etapa onde vai ocorrer a execução do plano de cuidados, o que incluem as prescrições médicas e de enfermagem as quais se completam mutuamente. Durante a implementação o profissional tem que ter pensamento crítico, habilidades e comunicação; envolve também a avaliação contínua da situação para priorizar as reais necessidades e fazer modificações no plano de cuidados quando preciso.

A comunicação verbal e escrita sobre o desenvolvimento do plano de cuidados permite a continuidade real e efetiva da assistência. Pode-se citar a documentação escrita nas anotações de enfermagem e evolução do enfermeiro no prontuário do paciente. A comunicação verbal, nas passagens de plantão e nas transferências de cuidados do paciente. Exemplos: mudanças de turno e quando o profissional passa o cuidado para outro de outro setor, como o centro de imagens e exames (VAUGHANS, 2012).

V. A avaliação do cuidado implantado é feita através da análise da reação do paciente, visando constatar a eficácia do plano de cuidado proposto. Ela é contínua e está inserida em todas as fases do processo, pois visa o sucesso da ação identificando falhas e melhorando o atendimento (TIMBY, 2001).

O enfermeiro, ao aplicar o Processo de Enfermagem como instrumento para orientar a documentação clínica, busca o desenvolvimento de uma prática sistemática, interrelacionada, organizada com base em passos preestabelecidos e que possibilite prestar cuidado individualizado ao paciente (COREN,2016).

Vale lembrar que a assistência à saúde sempre ocorre multiprofissional; é de responsabilidade da equipe de enfermagem passar informações escritas e orais de forma precisa, clara, objetiva e com detalhes relevantes para o cuidado.

2.2 As tecnologias de saúde e a sistematização da assistência

Franco; Merhy (2012) discorrem sobre tecnologias de saúde do ponto de vista que o trabalho em saúde é subjetivo, se dá sempre por um encontro entre o cuidador e o assistido, sendo mediado pela ética do cuidado. Destacando o ser humano como centro produtor do cuidado. Afirmam que o processo de produção do cuidado vai conter necessariamente as três tecnologias durante o trabalho, que são elas: as leves, leves-duras e duras.

Grabois (2020) fala sobre as tecnologias de saúde segundo a teoria de Merhey:

Tecnologias leve (relações humanas): refere-se às tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar os processos de trabalho.

A relação enfermeiro/paciente vai influenciar no desenvolvimento desta tecnologia. Timby (2001) diz que esta relação pode ser chamada de terapêutica porque o resultado desejado em decorrência dela é propiciar a recuperação da saúde do paciente; e ela pode ser definida como uma relação entre duas pessoas para que sejam oferecidos serviços de enfermagem. Hoje a enfermagem encoraja as pessoas a se envolverem no seu processo de cuidar e faz isso através da comunicação.

A leve dura (conhecimento técnico): são os saberes adquiridos e desenvolvidos, bem estruturados, que estruturam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, as teorias da enfermagem, o taylorismo e o fayolismo.

A dura (instrumentos): uso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais.

Para Franco; Merhy (2012) considerando o modelo assistencial atual que busca um trabalho vivo centrado nas relações humanas, necessita-se de um aprimoramento para a utilização maciça das tecnologias leves com efetividade e de maneira fluida; as tecnologias leves duras e duras devem ser usadas de maneira secundária.

O processo de enfermagem contém todos os tipos de tecnologias de saúde. Para fazer um instrumento padrão a ser utilizado pela enfermeira, possuindo todas as etapas da sistematização da assistência, utiliza-se do conhecimento teórico sobre área específica, uma teoria da enfermagem que embasei a distribuição do conteúdo e o fluxo da entrevista e a relação profissional/paciente para levantamento de dados.

2.3 Comunicação na assistência de enfermagem

2.3.1 Aspectos Gerais

“Sem comunicação não existe trabalho, não existe relacionamento humano e, portanto, não há grupo, organização e sociedade”. ((TAKAHASHI,1991, pg. 181)

Takahashi (1991) definem comunicação como um processo de passar informações de pessoa para pessoa por meio da fala, escrita, gestos e imagens, com objetivo de gerar conhecimento. A comunicação então pode ser vista como um processo de fornecimento ou troca de informações, ideias e sentimentos pela palavra escrita ou oral, sinais e gestos.

Timby (2001) afirma que comunicação é a troca de informações que envolve o envio e a recepção de mensagens entre dois ou mais indivíduos. Tem que haver o feedback para saber se a informação foi entendida de maneira correta ou se precisa de esclarecimentos. Ocorre simultaneamente no nível verbal e não verbal; sendo fundamental que a enfermagem desenvolva a habilidade de uma comunicação terapêutica, para ser efetiva a prática da assistência.

A comunicação é o veículo utilizado pelos enfermeiros para cumprir a meta de prestação de cuidados aos pacientes. As relações interpessoais que são desenvolvidas com o paciente estão dentro do contexto do processo de comunicação (VAUGHANS, 2012).

Elementos que compõem um sistema de informação:

Fonte: É a pessoa que tem a ideia, o pensamento que necessita ser enviado.

Mensagem: é o conteúdo da informação, é constituído pelo uso de sinais, símbolos e pode ser verbal ou não verbal. As verbais são a oral e a escrita e a não verbal são os gestos, as expressões faciais e o silêncio.

Canal: é o instrumento utilizado, pode ser formal, que é estabelecido de forma consciente e deliberada, são designados pela administração da empresa e se relacionam sempre com o trabalho a ser desenvolvido. Informal, são influenciados pelas relações sociais dentro da organização da empresa. Faz-se necessário para dá a oportunidade

das pessoas satisfazem suas necessidades pessoais. Pode ser perigoso de a pessoa que emite a mensagem não souber fazer da maneira correta, podendo não transmitir o que se deseja; apresentando-se de forma distorcida.

Receptor: a pessoa que recebe a informação. Este elemento está sempre presente para que haja uma comunicação.

Decodificação da mensagem: é a tradução de símbolos para entender a mensagem, depende de fatores próprios do receptor, como cultura, condição psicológica, linguagem regional entre outros.

Feedback: é a retroalimentação, como vai ser demonstrado pelo receptor a resposta do que foi entendida na a comunicação transmitida pelo emissor.

Existem algumas dificuldades na assistência à saúde para se estabelecer uma comunicação informal.

A comunicação informal não apresenta fluxo determinado pois surge da interação entre as pessoas e das diversas oportunidades, além da comunicação oral, são comuns as expressões não verbais, são elas:

Linguagens dos sinais: existem sinais que são mundialmente convencionais como as de trânsito e as surdos-mudos.

Linguagem por ações: Que são os movimentos do corpo e o mover das mãos.

Linguagem por objetos: são quando objetos por si só transmitem uma mensagem.

Na assistência a saúde e especificamente na enfermagem, essas linguagens são comuns e bastante utilizadas.

Utilizar um sistema de informação onde esta possa fluir de maneira a propiciar o planejamento da assistência e elementos para a tomada de decisões é primordial para a efetividade e qualidade da assistência. A comunicação em enfermagem pode-se entender como um processo no qual a equipe oferece e recebe informações do cliente/paciente, para planejar, avaliar e executar a assistência. (TAKAHASHI, 1991).

A comunicação constitui um aspecto especial para a prática de enfermagem, pois a maioria das ações ocorrem no contexto das relações interpessoais; sendo um processo de compreender e compartilhar mensagens, considerando que a forma com que ocorre esse intercâmbio exerce influência no comportamento das pessoas envolvidas. (LEÃO, 2010).

2.3.2 Comunicação Verbal Escrita:

Essa comunicação subsidia as ações humanas e, as transformações que essas ações proporcionam. “A comunicação escrita no processo de enfermagem apresenta-se em dois eixos fundamentais: o primeiro diz respeito os preceitos éticos e legais e o segundo a qualidade da assistência”. (LEÃO, 2010, pg.03).

Segundo a Resolução COFEN nº 429/2012, os profissionais da enfermagem registrar, no prontuário do paciente e em outros documentos da categoria, sejam em papel ou

prontuário eletrônico, as informações inerentes ao processo de cuidar e ao gerenciamento dos processos de trabalho, necessárias para a continuidade e da assistência, com qualidade. (COFEN,2012).

Através dos registros de enfermagem é possível conhecer a assistência prestada ao cliente e ter uma continuidade do cuidado implantando novas ações e melhorando as já utilizadas a partir da resposta observada. Por isso os registros devem ser claros, objetivos, verdadeiros, organizados e completos. O código de ética trata nos capítulos 36, 37 e 38 trata dos deveres do profissional de enfermagem quanto ao registro das atividades.

Segundo a Resolução do COFEN Nº 429/2012 o registro de enfermagem deve conter:

- Um resumo dos dados coletados sobre a pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença;
- Os diagnósticos de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença;
- As ações ou intervenções de enfermagem realizadas face aos diagnósticos de enfermagem identificados;
- Os resultados alcançados como consequência das ações ou intervenções de enfermagem realizadas.

Com uma boa comunicação escrita a enfermagem estará conforme a legislação vigente, garantindo um cuidado planejado de acordo com as necessidades do cliente, permitindo a continuidade da assistência por uma equipe multiprofissional; e segurança para o cuidado do paciente.

Tem-se a comunicação verbal escrita também através da emissão de e-mails, relatórios, memorandos, requerem uma linguagem formal, clara e precisa; além da elaboração de manuais de normas, rotinas, protocolos clínicos e assistenciais. (LEÃO, 2010).

Importante frisar que resta evidenciada a responsabilidade dos profissionais de enfermagem sobre seus registros e também sobre os seus reflexos, além da já conhecida responsabilidade sobre seus atos profissionais e pelo sigilo. A responsabilidade do profissional poderá ocorrer no âmbito ético, legal, administrativo, cível e criminal. (COFEN,2016)

Na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). As anotações de enfermagem é fonte de informações essenciais para assegurar a continuidade da assistência. Contribui, ainda, para a identificação das alterações do estado e das condições do paciente, favorecendo a detecção de novos problemas, a avaliação dos cuidados prescritos e, por fim, possibilitando a comparação das respostas do paciente aos cuidados prestados (COFEN,2016).

2.3.3 *Comunicação Verbal Oral*

Na enfermagem é representada principalmente pelo compartilhamento de informações. Na chegada do paciente a ala hospitalar ou ao consultório, a primeira interação é a entrevista para obter dados relevantes que irão compor o histórico de enfermagem e nortear o plano de cuidados. No cuidado diário, a equipe multidisciplinar, faz questionamentos que possibilitem levantar as condições clínicas e a efetividade do plano terapêutico proposto (LEÃO, 2010).

Vale lembrar que os profissionais buscam informações para oferecer um melhor atendimento, um bom cuidado e a ideal proposta terapêutica, o foco do discurso e da escuta é de caráter profissional; para quem necessita de cuidados e até para seus acompanhantes, tudo que é dito e ouvido tem caráter pessoal, já que se trata de uma vida ameaçada, de incerteza e informações recentes pouco agradáveis.

Na assistência em enfermagem a comunicação oral vai além da sua função de investigação; por isso é chamada de terapêutica. Leão (2010) detalha algumas técnicas desta comunicação:

Expressão: descrição da experiência do cliente e expressão dos seus sentimentos (paciente). Para usar a expressão deve-se ter algumas atitudes durante o diálogo, entre elas, usar o silêncio terapêuticamente, verbalizar aceitação e interesse, ouvir reflexivamente, usar frases incompletas e outras.

Clarificação: esclarecimento do conteúdo que foi exposto pelo paciente. Clarear as dúvidas e diminuir anseios; estimulando comparações, solicitando que o paciente descreva o procedimento da forma que entendeu e esclarecendo termos que ficaram sem entendimento por parte do receptor.

Validação: verificar a existência de significação comum entre quem emitiu a mensagem e quem a recebeu. Para isto pede-se que o paciente repita a mensagem que recebeu e o profissional também repetir a mensagem quando for necessário.

2.3.4 *Comunicação Não Verbal*

Segundo Leão (2010), estima-se que 7% dos pensamentos são transmitidos por palavras,

38% por sinais paralinguísticos e 55% por movimentos do corpo. Ela divide a comunicação não verbal em três tipos:

Cinésica: que é o estudo dos movimentos do corpo, sinais da face, posturas do corpo que são adotados quando o emissor está transmitindo a mensagem ao receptor.

Proxêmica: foca em como as pessoas usam e interpretam o espaço físico entre o emissor e o receptor durante a comunicação.

Tacêsica: diz respeito ao toque; que pode ser analisado segundo a intensidade,

a localização, a frequência e a sensação provocada. O toque durante o cuidado pode está associado a uma tarefa, durante a realização de procedimentos ou ser afetivo, para demonstrar preocupação.

Timby (2001), lembra que o toque afetivo pode ter significados diferentes para a pessoa, dependendo de como esta foi educada ou de sua bagagem cultural

Para Leão (2010) a comunicação não verbal tem a finalidade de completar a comunicação verbal, substituí-la, contradizê-la ou demonstrar sentimentos.

2.3.5 Comunicação Terapêutica

A comunicação interpessoal é uma forma de comunicação pessoal que ocorre entre dois indivíduos, embora o enfermeiro possa desenvolver essa comunicação com os membros da equipe multiprofissional, quando ele desenvolve com o paciente, denominamos ela de comunicação terapêutica, a qual é imparcial e centrada no paciente (VAUGHANS, 2012).

Para desenvolver uma comunicação terapêutica Timby (2001) define como uma comunicação não social e empática, onde se usa palavras e gestos para atingir determinado objetivo. A capacidade da enfermeira incentivar a comunicação com o paciente é extremamente importante, para investigar os problemas e encorajar o paciente na expressão dos seus sentimentos. O profissional deve saber ouvir, para o cliente significa dar atenção ao que o paciente diz e permitir que ele se expresse. Por isso o ouvir é tão importante quanto o falar em uma comunicação terapêutica.

O silêncio também desempenha papel importante neste tipo de comunicação; Ele pode ser útil para estimular o diálogo, para aliviar a ansiedade do paciente e para oportunizar um período de tempo no qual o paciente consegue processar uma informação ou responder uma pergunta. (TIMBY, 2001).

Vaughans (2012). Lista as características da comunicação terapêutica:

- a) Confiança e honestidade para não dar falsas esperanças;
- b) Privacidade e confidencialidade durante a interação e fora dela;
- c) Respeito e cortesia;
- d) Empatia mostrando compreensão e aceitação da situação do paciente.

3 | CONCLUSÃO

O processo de enfermagem é uma estruturada organização de saúde para a prestação de cuidados de enfermagem com efetividade e segurança para o paciente; embora cada uma das cinco fases sirvam a um propósito do processo, a interação entre elas permite um plano de cuidados dinâmico em constante avaliação e aberto as mudanças necessária de acordo com as resposta observadas no paciente (VAUGHANS, 2012).

Desenvolver uma comunicação efetiva e terapêutica não é um processo fácil; contudo não se trata de características intrínsecas de uma determinada pessoa, ela requer muita disciplina, foco e atitude: tentar não apenas fazer mas também escutar, perceber, compreender e identificar as necessidades do paciente e só a partir daí planejar as ações. (LEÃO,2010).

Como se sabe escutar não é apenas ouvir, mas também, é ficar em silêncio, utilizar gestos e expressões para que a interação. Perceber não é apenas olhar, mas atentar e identificar as diferentes dimensões do outro: sociais, espirituais, culturais e emocionais. Tudo isso está presente no processo de comunicação terapêutica, a qual nos interessa como meio de efetivação das tecnologias de saúde utilizadas na SAE.

Tem-se na SAE uma metodologia de trabalho construída a partir de bases teóricas da enfermagem, com seu desenvolvimento padronizado por normatizações internacionais também desta profissão, com finalidade de ter uma linguagem escrita comum a todos da área; sendo, portanto, uma tecnologia dura que para atingir um resultado planejado. Ela depende de uma sintonia com todos os tipos de comunicação, para obter o resultado satisfatório no cuidado ao cliente.

A tecnologia leve dura do processo de enfermagem está no saber do profissional, em todo o conhecimento que ele possui para desenvolver um instrumento de trabalho e exercer a assistência de acordo com as exigências da sua legislação profissional.

A tecnologia leve; é o elo de todo o cuidar. Com a base do cuidado centrado no paciente, a maneira de se comunicar faz parte desta tecnologia; como o paciente recebe e sente a mensagem, influencia diretamente no bom andamento da assistência.

Franco; Merhy (2012), definiram as tecnologias leves como aquelas que o trabalho é vivo e está pautado nas relações humanas, a base para a assistência de enfermagem é este trabalho onde a interação enfermeiro/paciente é imprescindível para o sucesso da ação pretendida.

Vê-se comunicação em todo esse processo de cuidar, sendo uma técnica para uma assistência de enfermagem efetiva. Pode-se dizer que a comunicação terapêutica é uma tecnologia leve, que serve além de servir de instrumento para a efetivação das outras tecnologias de saúde do processo de enfermagem; pode interpretada e sentida pelo cliente, família e comunidade como um acolhimento, uma ambiência e porque não como uma humanização em todas as suas características.

REFERÊNCIAS

BARROS, Alba L. **Classificações de diagnóstico e intervenção de enfermagem: NANDA-NIC.** Acta Paulista Enfermagem 2009; pg. 22 In: <https://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe/03.pdf>. Acesso em: 01 de nov.2020.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM Resolução COFEN N°358/2009. **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.** Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 30 out. 2020.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM Resolução COFEN N°429/2012. **Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico.** Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4292012_9263.html. Acesso em: 29 out. 2020.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Lei n° 7.498, de 25 de junho de 1986. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências.** Diário Oficial da União, seção 1, Brasília/DF, 26 de junho de 1986. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7498.htm. Acesso em: 30 nov. 2020.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN N° 0514/2016. **Guia de Recomendações Para Registro De Enfermagem No Prontuário Do Paciente e Outros Documentos De Enfermagem.** Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wpcontent/uploads/2016/06/RESOLU%C3%87%C3%83O-COFEN-N%C2%BA-0514-2016-GUIA-DE-RECOMENDA%C3%87%C3%95ES-vers%C3%A3o-web.pdf>. Acesso em: 01 de nov.2020.

FRANCO, Túlio B. MERHY, Emerson F. **Cartografias do Trabalho e Cuidados em Saúde.** Brasília: Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva Potencialidades e inovações nos processos de trabalho. Vol.06 nº 02. 2012.

GARCIA Telma R. Cipe® E Sistematização da Assistência de Enfermagem. In: 78ª Semana Brasileira de Enfermagem: **Boas Práticas de Enfermagem e a Construção de uma Sociedade Democrática;** 12 a 20 de maio de 2017. Disponível em : <http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2017/11/CIPE-Floripa.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2020.

GRABOIS, Victor. **Gestão do Cuidado.** Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_320215091.pdf. Acesso em: 23 de out.2020.

LEÃO, Eliseth, R. Boas Práticas de comunicação em enfermagem. In: VIANA, Dirce, L. (org.). **Boas Práticas Em Enfermagem.** São Caetano do Sul/SP: Yendis, 2010.

TAKAHASHI, Regina, T. Sistema de Informação em Enfermagem. In: KURCGAT, Paulina, (org.). **Administração em Enfermagem.** São Paulo: EPU,1991.

TIMBY, Barbara K. **Conceitos e Habilidades Fundamentais no Atendimento de Enfermagem.** 6ª edição. Porto alegre: Artmed, 2001.

VAUGHANS, Bennita W. **Fundamentos da Enfermagem Desmistificados.** Porto Alegre: AMGH, 2012.

CAPÍTULO 19

REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE A SIMULAÇÃO REALÍSTICA COMO FERRAMENTA DE TREINAMENTO DA REANIMAÇÃO NEONATAL PARA OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Data de aceite: 01/12/2020

Danyella da Silva Barros

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória –EMESCAM
Vitória-ES
<http://lattes.cnpq.br/3849864859870120>

Zaqueu Rodrigues Pimentel

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória –EMESCAM
Vitória-ES
<http://lattes.cnpq.br/3313383896324576>

Simone Karla Apolônio Duarte

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM
Vitória-ES
<http://lattes.cnpq.br/0461161690108876>

Hudson Pereira Pinto

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória –EMESCAM
Vitória-ES
<http://lattes.cnpq.br/9195841466012745>

Leonardo França Vieira

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória –EMESCAM
Vitória-ES
<http://lattes.cnpq.br/1891008850220174>

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção de grau de Enfermagem.

RESUMO: **Introdução:** Intervenções em neonatos devem ser sempre realizadas com o máximo de cuidado e destreza, por se tratar de uma fisiologia diferente dos adultos precisa-se de conhecimentos específicos voltado para esse público ainda mais quando se trata de reanimação cardiopulmonar onde necessita-se de um protocolo diferenciado. **Objetivo:** Identificar evidências científicas acerca da importância do uso da simulação realística como ferramenta de ensino para os profissionais de enfermagem quanto ao uso das diretrizes de reanimação neonatal. Descrever o uso do método da simulação realística como forma de ensino-aprendizagem e discorrer acerca da simulação realística com a equipe de enfermagem como metodologia de ensino e aprendizagem. **Método:** tratou-se de uma revisão integrativa da literatura, onde foram reunidos estudos relacionados ao tema proposto. **Resultados Esperados:** Ressaltar a importância do uso da simulação realística como ferramenta de ensino-aprendizagem; observar a eficácia do uso da simulação realística como ferramenta de ensino-aprendizagem; oferecer conhecimentos científicos a todos os profissionais envolvidos direta ou indiretamente no atendimento ao recém-nascido. **Conclusão:** concluiu-se por meio deste trabalho que a figura da simulação enquanto metodologia ativa é apropriada para gerar benefícios para o trabalho dos profissionais da saúde, de maneira especial aos enfermeiros nas unidades neonatais e salas de parto, bem como os estudantes da área da saúde.

PALAVRAS - CHAVE: Reanimação cardiopulmonar, educação em saúde, educação

continuada.

ABSTRACT: Introduction: Interventions in neonates should always be carried out with the utmost care and dexterity, as it is a physiology different from adults, specific knowledge is needed for this audience even more when it comes to cardiopulmonary resuscitation where it is needed a differentiated protocol. **Objective:** To identify scientific evidence about the importance of using realistic simulation as a teaching tool for nursing professionals regarding the use of neonatal resuscitation guidelines. Describe the use of the realistic simulation method as a form of teaching-learning and discuss the realistic simulation with the nursing staff as a teaching and learning methodology. **Method:** it was an integrative literature review, where studies related to the proposed theme were gathered. **Expected Results:** Emphasize the importance of using realistic simulation as a teaching-learning tool; observe the effectiveness of using realistic simulation as a teaching-learning tool; offer scientific knowledge to all professionals directly or indirectly involved in newborn care. **Conclusion:** it was concluded through this work that the figure of simulation as an active methodology is appropriate to generate benefits for the work of health professionals, especially nurses in neonatal units and delivery rooms, as well as students in the area of Cheers.

KEYWORDS: Cardiopulmonary resuscitation, health education, continuing education.

1 | INTRODUÇÃO

Durante anos a enfermagem vêm cuidando do indivíduo com o objetivo de proporcionar uma assistência qualificada voltada para a integralidade da pessoa. E com o tempo, o aprimoramento do cuidado ofertado faz-se necessário, favorecendo o acolhimento em diversas situações, tratando de forma imparcial para com a necessidade desse indivíduo (PASCOAL, 2007).

Pensando nisso há a necessidade de uma educação continuada nos processos de trabalho que envolva o ser humano voltado nas intervenções, que devem ser fundamentadas por princípios metodológicos associado às habilidades técnicas e competências, fortalecendo assim o processo de trabalho e o cuidado, possibilitando a transformação profissional e ofertando um serviço de excelência aos que irão usufruí-lo (PASCOAL, 2007).

Neste contexto, a simulação realística é uma estratégia que vem crescendo como ferramenta direcionadora no desenvolvimento do ensino, proporcionando um desempenho maior nas habilidades práticas e tendo uma melhor aceitação e comprometimento com aqueles que estão no processo de aprendizagem (KANECO, 2019; ROHRS, 2017).

Mediante isto, vale ressaltar que as crianças que morrem nos primeiros 28 dias de vida sofrem de condições e doenças associadas à falta de cuidados qualificados ao nascer e/ou falta de tratamentos especializados imediatamente após o nascimento e nos primeiros dias de vida (WORLD, 2019).

Nascimento prematuro, complicações relacionadas ao parto (asfixia ao nascer ou falta de respiração ao nascer), infecções e defeitos congênitos causam a maioria das

mortes neonatais, evidenciando maior índice de morte de uma criança nos primeiros 28 dias de vida é maior (WORLD, 2019).

Globalmente, 2,5 milhões de crianças morreram no primeiro mês de vida em 2017 - aproximadamente 7 mil mortes de recém-nascidos todos os dias, com cerca de 1 milhão de pessoas morrendo no primeiro dia e quase 1 milhão morrendo nos próximos 6 dias (WORLD, 2019).

No Brasil nos anos de 2016 e 2017, registrou-se um total de 12.056 óbitos neonatais, intra-hospitalares, de causas evitáveis. A Grande Vitória representou 29,55% destes óbitos no Espírito Santo. Sendo que, em 2016 tinha um percentual de 28,1% e em 2017 estes índices aumentaram para 31% (DATASUS, 2019).

Acredita-se que um em cada dez RNs necessite de reanimação ao nascer, levando em consideração esse número e que a intervenção precisa de início imediato após ser constatada, torna-se de extrema importância que pelo menos um profissional de saúde esteja capacitado para iniciar o primeiro atendimento de resgate ao RN em cada parto, podendo ser necessário de 2 a 3 profissionais capacitados para o mesmo fim (ERSHAL, 2012; WYCKOFF, 2015; WYLLIE, 2015).

Sendo assim, logo após a saída completa do RN do útero da genitora, faz-se necessário começar a avaliação da respiração, tônus muscular e coloração do RN, podendo esse ser um direcionar de clameamento umbilical precoce, que se caracterizam segundo estudos antes dos primeiros 60 segundos de vida, ou tardio (MCDONALD, 2014).

Se diante dessas avaliações, as respostas forem negativas em pelo menos uma das avaliações, deve-se iniciar de imediato a diretriz de reanimação, promovendo calor ao neonato, através do berço aquecido e secando seu corpo, com o propósito de manter a normotermia desse RN, leve extensão da cabeça e se necessário, aspirar boca e narinas. Essa etapa deve ser executada preferencialmente em no máximo 30 segundos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2016).

Depois de realizado os passos iniciais, que servem como estímulos para a respiração espontânea, deve-se avaliar a respiração por meio de expansão torácica ou choro e frequência cardíaca (FC) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2016).

A avaliação da FC deve ser contabilizada em 6 segundos e multiplicada por 10 segundos, se o valor final for inferior a 100 batimentos por minuto (bpm), ou apresentar irregularidade respiratória, iniciar a ventilação por pressão (VPP), com máscara facial, avaliar saturação e considerar a monitorização cardíaca. Estes passos devem ser adotados em no máximo, 60 segundos, que se caracteriza como o minuto ouro (DAWSON, 2015; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2016).

Após 30 segundos de VPP, se não houver a normalização da FC e retorno de função respiratória espontânea, reavaliar a técnica aplicada permeabilidade das vias aéreas e materiais utilizados no intuito de encontrar falhas, corrigindo o que houver necessidade, a utilização de oxigênio suplementar é avaliada de acordo com a saturação (SatO₂). A

intubação é considerada de acordo com a habilidade do profissional, podendo ser utilizada a máscara laríngea para garantir permeabilidade das vias aéreas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2016).

Considerar insucesso se após 30 segundos não houver melhora o quadro respiratório ou aumento da FC, sendo necessário reavaliar e corrigir os erros. Se FC estiver abaixo de 60bpm, considerar compressões cardíacas que devem ser realizadas com os polegares um sobre o outro de maneira a proporcionar a pressão com a força adequada para o RN, em uma frequência de 3 compressões para 1 ventilação (WYCKOFF, 2015; SOLEVÅG, 2011; HEMWAY, 2013).

Deve-se considerar a reavaliação da técnica se após 30 segundos de reanimação com oferta de oxigênio a 100% a FC se mantiver abaixo de 60bpm, considerando o cateterismo umbilical de urgência e administração de adrenalina (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2016; KAPADIA, 2013).

Visto que, anatomicamente a fisiologia se diferencia conforme a idade, visto que, a abordagem frente aos neonatos em estado de PCR, demanda um atendimento diferenciado, precisando assim de uma abordagem sistematicamente programada. Uma vez que o uso da simulação realística proporciona o aprendizado dinâmico, levantaremos evidências científicas sobre o desempenho dos profissionais de enfermagem que atuam com os recém-nascidos, que nos apontará uma absorção satisfatória com o método de ensino aplicado.

2 | OBJETIVO

2.1 Objetivo Geral

Identificar evidências científicas acerca da importância do uso da simulação realística como ferramenta de ensino para os profissionais de enfermagem quanto ao uso das diretrizes de reanimação neonatal.

2.2 Objetivos Específicos

Descrever o uso do método da simulação realística como forma de ensino-aprendizagem.

Discorrer acerca da simulação realística com a equipe de enfermagem como metodologia de ensino e aprendizagem.

3 | MATERIAIS E MÉTODO

3.1 Tipo de Estudo

Este estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura, onde foi reunido estudos relacionados ao tema proposto. A revisão integrativa de literatura é uma metodologia que

possui como finalidade a sintetização dos resultados adquiridos em pesquisas acerca de determinado tema, de maneira sistemática, ordenada e abrangente.

3.1.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos conteúdos atuais dos últimos cinco anos, publicados nos idiomas: português e inglês, que foram realizados com profissionais da enfermagem e que possuam a temática voltada à presente proposta já apresentada acima.

3.1.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos todos os estudos que não foram publicados a partir de 2016, os que divergirem dos idiomas do critério de inclusão e também estudos que relatam usarem como amostra estudantes ou graduandos dos cursos de enfermagem e/ou medicina.

3.2 Coleta de Dados

Foram coletadas informações em base de dados eletrônicos: SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*), LILACS (*Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde*), Google Acadêmico. Coletados no período de 2009 a 2019.

Os descritores utilizados foram: reanimação cardiopulmonar, educação em saúde, educação continuada. O cruzamento desses descritores ocorreu a partir do operador booleano AND, sendo essa uma combinação.

3.3 Aspectos Éticos e Legais

Em concordância com a resolução no 466/2012, referente a Lei 8.080/90 e a Lei 8.192/90 onde aprova pesquisas envolvendo seres humano, alínea II. 14, onde envolve pesquisas diretas ou indiretas, individuais ou coletivas, envolvendo seres humanos na sua totalidade ou em parte dela, incluindo o manejo de seus dados, alínea III. 1b) - ponderando o mínimo de danos e o máximo de benefícios imediato ou a longo prazo, individuais ou coletivos. O presente estudo não passará pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), por se tratar de revisão de literaturas já publicados e aprovadas por seus respectivos Comitês de Ética em Pesquisa.

4 | RESULTADOS ESPERADOS

4.4 Descrever o Uso do Método da Simulação Realística como Forma de Ensino-Aprendizagem

Historicamente a experiência primária que se assemelha à simulação na prática clínica aconteceu por volta do século XVIII, em Paris, quando os Grégories, pai e filho, confeccionaram um manequim que possuía uma pelve feminina para ser utilizado para

a instrução de técnicas relacionadas a obstetrícia. Esta atuação, por si, derivou em diminuições significativas nas taxas de falecimento materno e infantil (JONES et al., 2015).

Enquanto o primeiro modelo de simulação apareceu na área aeroespacial, com o invento da “Blue Box” no ano de 1929, a qual possuía a capacidade de reproduzir as oscilações e percepções desencadeadas no voo (OKUDA et al., 2009).

A indústria aeroespacial passou a ter amplos acrescentamentos tecnológicos na área de simulação de situações de voo, e por meio disso foi possível reduzir em 50% os acidentes aeroespaciais. De modo similar, no mesmo século, no ano de 1960 Ausmund Laerdal reproduziu um manequim de simulação para aprendizagem da ventilação boca a boca, denominado de Resusci-Anne, o qual permitiu que ocorresse o desenvolvimento e adestramento de técnicas de ressuscitação em modelos (JONES et al., 2015).

Por meio da simulação, é possível afiançar, de tal maneira, a experiência de determinado acontecimento tal como o real, em um ambiente protegido (SO et al., 2019).

Através do ponto de vista dos estudantes, a simulação consente simular conjunturas favoráveis e pôr em prática os conhecimentos com sua amplitude e perfeição, com a probabilidade de pensar acerca de seus respectivos desacertos durante a simulação. Enquanto na perspectiva do paciente é benéfica para o aprimoramento de conhecimentos e qualificações no aluno para sua performance direta com o acamado e afiança uma prática que permita eventuais desacertos que não os acarretam agravos (OKUDA et al., 2009).

A simulação afiança, porquanto, uma atmosfera protegida e controlada, com oportunidade de modificações de conteúdo e de níveis de adversidades, acautelando possíveis riscos aos enfermos, afiançando de tal modo o princípio fundamental de “*primum non nocere*”, equiparado com as indicações internacionais de reestruturação da instrução médica (JONES et al., 2015; SO et al., 2019).

A teoria de aprendizagem do adulto aconselha que têm amplas dessemelhanças entre a pedagogia e a andragogia. É comprovado, por meio desta teoria, que o modelo centralizado no estudante tem confirmado resultados sólidos de aprendizagem, desigualmente das aulas listadas e capítulos prefixados do padrão tradicional (JONES et al., 2015).

Deste modo, constituindo a simulação como um método de ensino centrado no aluno, e facilitador na diminuição dos índices de morbimortalidade, pode ser empregada como instrumento único na arte de ensino-aprendizagem e ainda como uma aporte complementar de diferentes métodos, permitindo uma retenção mais sólida do conteúdo (SO et al., 2019).

A simulação é versátil, sendo possível seu uso nas mais diversas áreas da medicina, tanto clínicas quanto cirúrgicas. A sua construção se dá apoiada no desenvolvimento de três peças-chave sumarizadas em escopo (o conteúdo que será abrangido na simulação), a modalidade (se a simulação se dará por meio de jogos interativos, por meio de manequins ou atores treinados,

por exemplo) e ambiente (os materiais e meios utilizados para aproximar a simulação das situações reais). Essa construção é essencial e não exige altas tecnologias e manequins de alta resposta (OKUDA et al., 2009, p. 78).

O instrutor necessita descrever à atividade de simulação avaliando a “especificidade, mensurabilidade e abrangência da ação, com foco nos resultados a serem atingidos pela atividade e nos elementos requeridos pela atividade” (SO et al., 2019, p. 55).

O *debriefing* é a parte crítica na construção, concretizado no término caracterizando uma ocasião favorável para a contribuição das temáticas abordadas na simulação, conduzindo a um processo de reflexão (JONES et al., 2015).

Para o *debriefing* podem ser utilizados vídeos gravados no decorrer das simulações para rememorar as ações, emprega-los em demais períodos educativos ou ainda no mesmo andamento de *debriefing* (SO et al., 2019).

Consequentemente, a simulação é um instrumento de ensino-aprendizagem que apoia a aquisição e fixação de conteúdo, abonando a segurança do que precisa de atendimento clínico e diminuindo a morbimortalidade pertinente a iatrogenias (OKUDA et al., 2009).

4.5 Discorrer acerca da simulação realística com a equipe de enfermagem como metodologia de ensino e aprendizagem

O processo de simulação tem sido empregado internacionalmente em diversas áreas, inclusive a da saúde, originando evidências científicas de sua eficiência no processo de ensino e aprendizagem. No Brasil, a procura pela excelência e qualidade nos serviços da área de saúde, beneficia um crescente investimento na edificação de Centros de Simulação Realística nos ambientes acadêmicos e nas próprias instituições de saúde (SANINO, 2011).

A utilização de simulação realística, a qual possibilita aos respectivos componentes do treinamento se tornarem representante dos papéis relacionados a vida real, adaptando seu desempenho conforme o cenário, neste caso específico, o ambiente de um hospital (FEITOSA et al. 2010).

Vale ressaltar que a utilização da simulação realística enquanto método de ensino afiança tanto aos estudantes como aos profissionais que adquiram uma vivência riquíssima de aprendizado diferenciado, que exclusivamente o ensino em sala de aula não poderia disponibilizar. Além disso a simulação pode ser empregada como um instrumento avaliativo do processo educativo permitindo que seja reconstruído o conhecimento, colaborando para o adiantamento de habilidades características e fundamentais para a performance profissional (VILELLA et al. 2010).

O emprego da simulação realística no processo educacional dos profissionais de saúde considera a execução de desenvolturas imprescindíveis em uma atmosfera que consente desacertos e desenvolvimento profissional, sem botar em risco a segurança

do acamado. Dessa maneira é admissível, aperfeiçoar habilidades sem que o paciente seja prejudicado ao longo do procedimento de aprendizagem em que o conhecimento é arquitetado por meio de circunstâncias planejadas, simuladas em panoramas resguardados e controlados (SANINO, 2011).

As simulações ainda consentem que o método de ensino e aprendizagem aconteça de maneira interativa, visto que uma das finalidades desta sugestão é estimular o desenvolvimento o passo a passo das técnicas do processo, de tal modo conectando o conhecimento da teoria à prática dos integrantes de enfermagem (FEITOSA et al., 2010).

É admissível verificar fracassos na informação adquirida, dificuldades no implemento dos procedimentos, verificar as precisões de aprendizagem do período, habilitar e revisar as técnicas, adquirindo os saberes através das dúvidas e ponderações que possam surgir ao longo das simulações (SANINO, 2011; VILELLA et al. 2010).

Os ambientes de simulações abonam “experiências cognitivas, psicomotoras e afetivas, contribuindo para a transferência de conhecimento da sala de aula para a prática profissional” (TEIXEIRA et al., 2011, p. 67).

Tais ambientes de simulações contribuem para alcançar a intenção da simulação, ao alocar os participantes adjuntos de circunstâncias reais, as quais permitem um imediato retorno em relação as consequências de suas maneiras, comportamentos, disposições e desempenhos. A técnica além disso incita a reflexão fundamentada na problematização, apadrinhando de tal modo a conexão da equipe, o autoconhecimento através da descontração do período (TEIXEIRA et al., 2011).

Como acrescentamentos, a simulação consente aos participantes desenvolverem a empatia através da aproximação de gerentes com as respectivas equipes de trabalho, aperfeiçoar a comunicação, considerar circunstâncias de desordens, suplantar empecilhos, desenvolver maneiras e desenvolturas características (FEITOSA et al. 2010).

Averigua-se além disso que as simulações permitem aos profissionais de enfermagem adquirirem elevadas segurança e certeza para a concretização dos procedimentos, admitindo a assimilação e a reconstrução de seus comportamentos.

Através da réplica de panoramas e circunstâncias que ocorrem no cotidiano de tais funcionários no ambiente laboral, nota-se que esta metodologia beneficia um ambiente de maior participação e de interatividade entre os integrantes, dando oportunidade aos profissionais a desenvolverem seus pensamentos críticos acerca das suas atuações, procurando o melhoramento continuado dos processos (TEIXEIRA et al., 2011).

5 | DISCUSSÃO

A reanimação neonatal é um método eficaz, que utiliza procedimentos standardizados e desempenhados por profissionais de enfermagem, parteiras, profissionais de fisioterapia e médicos que atuam em maternidades e/ou unidades

neonatais. A simulação em reanimação, com estudante ou profissional, compõe estratégia eficaz para o desenvolvimento da segurança e da competência (LEMOINE; DAIGLE, 2010).

A simulação é metodologia de instrução eficiente para subsidiar à saúde. Na área de Enfermagem, o treinamento embasado em simulação nas atividades de educação continuada permite imergir em circunstâncias da realidade, por meio da reprodução de panoramas relacionados a casos clínicos. Os partícipes de tais cenários têm as conveniências de congregar teoria e prática e de não arriscar o paciente a precipitações provenientes de fracassos no cuidado (LEMOINE; DAIGLE, 2010).

O desempenho humano pode ser analisado através da simulação, na qual sujeito ou a equipe podem ser estudados. A simulação recebe destaque além disso como método benéfico para averiguar questões de complexo estudo em conjunturas da realidade. Exemplarmente, tem-se o cuidado em sala de parto, visto que no nascimento os profissionais podem ser pegos de surpresa com uma parada cardiorrespiratória neonatal (HALAMEK, 2013).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), estudos realizados com a proposta de melhorias globais até o ano de 2025 mostraram que, existem 10 prioridades dentro do campo de pesquisa envolvendo a saúde dos neonatos, dentre eles cinco envolvem a reanimação neonatal e a importância e preocupação em disseminar de forma rápida as intervenções e diretriz associada à reanimação (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2016).

Em um estudo aplicado com a metodologia de simulação realística nos casos de urgência e emergência em neonatos, aponta-se que houve satisfação dos profissionais de enfermagem com melhora no nível de autoconfiança o que influenciou diretamente no atendimento ao paciente e melhora dos hormônios que controlam a ansiedade em momentos estressores. Evidenciado cientificamente que os profissionais de enfermagem conseguem desenvolver melhor o sistema crítico com relação à prática e ao desenvolvimento do trabalho em equipe (MESQUITA, 2019).

Sendo assim, as diretrizes de Reanimação, servem como norteadores de intervenções que deverão ser tomadas assim que se fizerem necessárias. O material para o atendimento ao RN precisa estar disponível, testado e de fácil acesso em todos os nascimentos, pois, quando acontecer o nascimento os profissionais que ali estiverem devem se atentar apenas com o RN, deste modo, a sistematização da checagem do material, bem como a padronização de todo material se faz necessária (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2016; WYCKOFF, 2015).

6 | CONCLUSÃO

A simulação aparece como uma metodologia ativa, que propicia inovações nas modalidades de ensino e aprendizagem, a qual possibilita a criação de cenários de

simulação e a motivação de estudantes e profissionais para vivenciarem atividades, que podem advir no ambiente de prática.

A utilização de manequins de alta fidelidade é apropriada de consentir as respectivas avaliações de sinais vitais e o adestramento de habilidades demasiadamente complicadas, como nos casos de reanimação neonatal.

A formação de profissionais e o treino de habilidades é focado pela simulação, bem como o seu emprego na instrução de graduação, visto que estimula a criticidade e a ponderação dos participantes do panorama.

O *debriefing* também se destaca como uma simulação de elevada fidelidade, e a utilização de vídeos pode colaborar significativamente para o melhoramento da análise dos cenários de simulação.

A reanimação neonatal pode evolucionar abundantemente com o devido aporte da simulação e além disso no ganho de profissionais mais adequados para tal habilidade, por requerer conhecimentos e costumes que são essenciais para o prolongamento da sobrevivência de neonatos de alto risco.

Na área da enfermagem a simulação demonstra-se como estratégia de grande efetividade, porquanto profissionais de enfermagem, alunos e docentes por meio da simulação aperfeiçoam suas habilidades, e passam a desenvolverem um estilo reflexivo acerca de suas ações.

Conclui-se que simulação e o cuidado podem juntamente estimular boas práticas e uma assistência de enfermagem humanizada e assegurada na reanimação neonatal.

Almeja-se que esta temática seja amplamente discutida e difundida nos meios acadêmicos e profissionais, de modo a permitir que a sua boa prática estimule e desenvolva a simulação realística enquanto metodologia apropriada para evitar intercorrências na reanimação neonatal.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos de maneira especial a todos os profissionais da área da saúde que não medem esforços para preservar as vidas de seus pacientes.

REFERÊNCIAS

DATASUS. **Óbitos por causas evitáveis em menores de 5 anos - brasil**. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/evita10uf.def>>. Acesso em: 19 set. 2019.

DAWSON, J. A.; MORLEY, C. J. Monitoring oxygen saturation and heart rate in the early neonatal period. In: **Seminars in Fetal and Neonatal Medicine**. WB Saunders, 2010. p. 203-207.

ERSHAL, H. L.; et al. Early initiation of basic resuscitation interventions including face mask ventilation may reduce birth asphyxia related mortality in low-income countries: a prospective descriptive observational study. **Resuscitation**, v. 83, n. 7, p. 869-873, 2012.

FEITOSA RMM, NOBREGA LLR. **Relato de Experiência acerca do uso da simulação como método de ensino durante disciplina enfermagem na atenção à saúde da mulher, num curso superior de enfermagem em uma universidade privada de Mossoró/RN 2009**. In: 62ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência; 25 a 30 de julho de 2010; Natal (RN). Disponível no site: <http://www.sbpnet.org.br/livro/62ra/resumos/resumos/2082.htm> Acesso em: 22 abr. 2020.

HALAMEK, L. Simulation as a methodology for assessing the performance of healthcare professionals working in the delivery room. **Semin. fetal neonatal med.** v.18, n.6, 2013.

HEMWAY, R. J.; CHRISTMAN, C.; PERLMAN, J. The 3: 1 is superior to a 15: 2 ratio in a newborn manikin model in terms of quality of chest compressions and number of ventilations. **Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition**, v. 98, n. 1, p. F42-F45, 2013.

JONES F, PASSOS-NETO CE, BRAGHIROLI OFM. Simulation in Medical Education: Brief history and methodology. **Princ Pract Clin Res.** v.2, n.1, p.56–63, 2015.

KANEKO, Regina Mayumi Utiyama; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes. Cenário em simulação realística em saúde: o que é relevante para a sua elaboração? **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 53, 2019.

KAPADIA, V. S.; WYCKOFF, M. H.; Drugs during delivery room resuscitation—what, when and why? In: **Seminars in Fetal and Neonatal Medicine**. WB Saunders, p. 357-361, 2013.

LEMOINE, J.; DAIGLE, S. Neonatal Resuscitation Simulation. **Nursing for Women's Health**. v.14, n.2, 2010

MCDONALD, S. J.; et al. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. **Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal**, v. 9, n. 2, p. 303-397, 2014.

MESQUITA, Hanna Clara Teixeira; SANTANA, Breno de Sousa; MAGRO, Marcia Cristina da Silva. Efeito da simulação realista combinada à teoria na autoconfiança e satisfação dos profissionais de enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, e20180270, 2019. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452019000100220&lng=en&nrm=iso Acesso em 04 abr. 2020

OKUDA Y, BRYSON EO, DEMARIA S, JACOBSON L, QUINONES J, SHEN B, i in. The Utility of Simulation in Medical Education: What Is the Evidence? **Mt Sinai J Med A J Transl Pers Med.**; v.76, n.4, p.330–43, 2009. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1002/msj.20127> Acesso em: 22 abr. 2020.

PASCHOAL, Amarílis Schiavon; DE FÁTIMA MANTOVANI, Maria; MÉIER, Marineli Joaquim. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 3, p. 478-484, 2007.

ROHRS, Roseane Mota Santana et al. Impacto da metodologia de simulação realística na graduação de enfermagem. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 11, n. supl. 12, p. 5269-5274, 2017.

SANINO GEC. **Simulação Realística no Ensino de Enfermagem**. São Paulo (SP); 2011.

SANTA CASA DE VITÓRIA. **Unidade Pró-Matre**. Disponível em: <http://www.santacasavitoria.org/pro-matre-2/>. Acesso em: 19 set. 2019.

SO HY, CHEN PP, WONG GKC, CHAN TTN. Simulation in medical education. **J R Coll Physicians Edinb**. v.49, n.1, p.52–7, 2019. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1002/9781118472361.ch13>
Acesso em: 22 abr. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Reanimação do recém-nascido de 34 semanas em sala de parto**: Diretrizes 2016 da Sociedade Brasileira de Pediatria Disponível em: www.sbp.com.br/reanimacao. Acesso em: 1 mai. 2019.

SOLEVÁG, A. L. et al. Return of spontaneous circulation with a compression: ventilation ratio of 15: 2 versus 3: 1 in newborn pigs with cardiac arrest due to asphyxia. **Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition**, v. 96, n. 6, p. F417-F421, 2011.

TEIXEIRA INDO, FELIX JVC. Simulação como estratégia de ensino em enfermagem: revisão de literatura. **Interface [Botucatu]**; v.15, n.39, p.1173-84, 2011.

VILELLA DS, LEITE LM, NASSAR MED. **A simulação realística como estratégia de ensino em atendimento pré-hospitalar**: um relato de experiência. São Paulo (SP): Prefeitura de São Paulo; 2010.

WORLD HEART ORGANIZATION. **Newborns**: reducing mortality <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality> Acesso em: 10 abr. 2019.

WYCKOFF, M. H.; et al. Part 13: neonatal resuscitation: 2015 American Heart Association guidelines update for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. **Circulation** v. 132, n. 18_suppl_2, p. S543-S560, 2015.

WYLLIE, J.; et al. **European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation**: Section 7. Resuscitation and support of transition of babies at birth. 2015.

CAPÍTULO 20

REVOLUCIONANDO AS PRÁTICAS ASSISTÊNCIAIS DE ENFERMAGEM NOS CENTROS PSIQUIÁTRICOS ATRAVÉS DE NISE DA SILVEIRA: REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 14/09/2020

Mauricelia Michiles dos Santos

Faculdade Estácio de Alagoas – FAL

Maceió-AL

<http://lattes.cnpq.br/5507293893012080>

Maria Rebeca dos Santos

Centro Universitário Tiradentes-UNIT

Maceió-AL

<https://drive.google.com/file/d/1IArB1KAtwMIMzBRo1ZSsKf8uk0sLbPwn/view?usp=drivesdk>

Anderson Durval Peixoto de Lima

Centro Universitário Tiradentes-UNIT

Maceió-AL

https://drive.google.com/file/d/1IZM7gDLkAI_Eg43PJ6xMkw92463zmEP_/view?usp=drivesdk

Roberta de Fátima de Lima Ramires Oliveira

Faculdade SEUNE

Maceió-AL

<https://drive.google.com/file/d/1IDTjOwJGMMqkq7Fk5E-n8MN4nCGPz-Dd/view?usp=drivesdk>

Cristiele Maria Silva de Lima

Centro Universitário Tiradentes – UNIT

Maceió-AL

<http://lattes.cnpq.br/9032734126439353>

Josineide Conrado da Silva

Faculdade Estácio de Alagoas – FAL

Maceió-AL

<https://drive.google.com/file/d/1JZozEVZlmTErbBmQ6AXRXyYgrPiLgZ8J/view>

Camila Correia Firmino

Faculdade Integrada Tiradentes – FITS

Maceió-AL

https://drive.google.com/file/d/1J_9k7KtKm4Bh2TIKP4DtoOL4Fp2sp3O/view

RESUMO: O presente trabalho tem como objetivo relatar as práticas assistências de enfermagem realizadas antigamente aos clientes psiquiátricos e o quanto essas práticas traziam malefícios tanto físicos como mentais para os clientes, assim como as mudanças através da revolução causada por Nise da Silveira. Pois ela foi um dos marcos na enfermagem, com um olhar diferente de todos os outros profissionais, a qual enxergou a riqueza de seres humanos que estavam “no meio do caminho”, entre a loucura e a exclusão total, entre o aceitável e o abominável. Para construir esse trabalho foi realizado uma revisão integrativa de literatura, nas bases de dados MEDLINE, LILACS, BDNF, no período do ano 2005 a 2015 a fim de responder à pergunta norteadora: “Qual a contribuição de Nise da Silveira para a enfermagem?”. A literatura destaca que o enfermeiro utilizando das atividades terapêuticas como a música, atividade física, dança e esporte tem permitido fluir relações afetivas entre eles mesmo e entre os familiares que iam visita-los, melhorando também a qualidade de vida destes. Sendo assim, possibilitou-se identificar a importância dessas atividades que são utilizadas até hoje pelos enfermeiros psiquiatras, reabilitando o mesmo para ser inserido na sociedade. Portanto cabe ao enfermeiro analisar cada atividade terapêutica e o benefício de cada uma delas, montar um

plano terapêutico com toda a equipe multidisciplinar.

PALAVRAS - CHAVE: Atividades terapêutica, Enfermagem psiquiátrica, Nise da Silveira.

REVOLUTIONIZING NURSING CARE PRACTICES IN PSYCHIATRIC CENTERS THROUGH NISE DA SILVEIRA: INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: The present work reports and makes us reflect on the practices nursing attendances carried out in the past and how these practices were harmful to clients and how things changed through the revolution caused by Nise da Silveira who was one of the milestones in nursing, who had a different look from all other professionals because she saw the wealth of human beings who were “in the middle of the road”, between madness and total exclusion, between the acceptable and the abominable. To begin this work, a literature review was carried out to understand how the practices were, and to get to know Nise da Silveira and what she brought to nursing and what was the revolution that caused it. It will also highlight some of the therapeutic activities performed by nurses that bring both physical and mental benefits to the lives of psychiatric clients and the importance of these activities to insert the same in society again. Therefore, It is up to the nurse to analyze each therapeutic activity and the benefit of each one, to set up a therapeutic plan with the entire multidisciplinary team.

KEYWORDS: Therapeutic activities, psychiatric nursing, nise da silveira.

INTRODUÇÃO

Na década de 40, Nise da Silveira iniciou seu trabalho no Centro Psiquiátrico Pedro II no Rio de Janeiro. E ao ser convidada pelo diretor do hospital a trabalhar com os recursos disponíveis na época, como eletrochoque, choque insulínico e lobotomia, negou-se a fazê-lo e pediu para ser transferida ao setor de Terapia Ocupacional (TO), o qual direcionava os internos a fazer trabalhos de limpeza e serviços gerais, porém esclareceu de antemão que modificaria o setor (PEREIRA, 2016, p.212)

“Antes os clientes psiquiátricos eram marginalizados, e juntos com deficientes mentais e miseráveis eram excluídos da sociedade e desprovidos de sua autonomia e independência” (ANDRADE; PEDRÃO, 2005 p. 738), os enormes manicômios eram construídos bem distantes da cidade em regime totalmente fechado, para abrigar pessoas que eram consideradas “loucas” (WALTER, 2009).

Os clientes internados nesses manicômios quando não faziam os serviços de limpeza perdiam o direito de saírem aos pátios, ficando por semanas trancados no interior das enfermarias ou eram presos em isolamentos sem banho ou comida. A assistência de enfermagem era de total desrespeito para com os clientes, pois eram desprezados e não tinham tratamento digno, eram punidos e muitas vezes tratados com violência, “pois o foco principal do cuidar era a doença e não o cliente”. Então Nise da Silveira reformulou o ato de cuidar, humanizando e reestruturando o que era considerado para os familiares, amigos e em alguns casos para os médicos perdido (ANDRADE; PEDRÃO, 2005 p. 740).

A reforma nasceu com o objetivo de superar o estigma, a institucionalização e a

cronificação do doente mental. Para isso foi necessário à humanização do atendimento ao psicótico, a territorialização dos dispositivos de atenção e a construção de alternativas diversificadas de atenção (ANDRADE; PEDRÃO, 2005 p. 738).

Com a revolução no ato de cuidar, Nise mostrou aos profissionais que prestavam assistência para aqueles clientes, que através das atividades terapêuticas não agressivas que conhecemos hoje como a música, dança, atividades físicas, pintura e outras atividades que são utilizadas pela equipe multidisciplinar contribuíram de maneira efetiva na reabilitação psicossocial de diversos clientes. “Além de modificar a visão historicamente negativa que recaí sobre o chamado doente mental”, e que os profissionais devem cuidar e tratar os clientes como um todo e não apenas a doença (WALTER, 2009 p. 31).

Durante os 28 anos em que Nise da Silveira dirigiu o Setor de Terapêutica Ocupacional (STO) no Centro Psiquiátrico Pedro II (1946-1974), diversas pesquisas foram desenvolvidas com o intuito, entre outros de: registrar os resultados obtidos com a utilização das atividades terapêuticas; comprovar a eficácia desse tratamento (ELIANE; ELIZABETH, 2007 p. 366).

JUSTIFICATIVA

Durante a análise dos artigos incluídos nessa revisão integrativa, pode-se visualizar que é de grande relevância que o enfermeiro psiquiátrico desenvolva um olhar crítico em relação a assistência prestada, e entenda que a saúde mental de uma pessoa se constrói e se reconstrói nas relações estabelecidas com o meio onde se vive (GUEDES; KAMTORSKI; PEREIRA; CLASEN; LANGE; MUNIZ, 2010).

Então se formos fazer uma retrospectiva na assistência de enfermagem de antes e os métodos usados veremos que as chances de uma pessoa ser reinserida na sociedade são mínimas ou inexistentes, pois todas as potencialidades dos pacientes eram reduzidas até se tornarem incapazes de retornar a viver em sociedade (WALTER, 2009). Sendo assim, segundo ELIANE e ELIZABETH (2007), é necessário abandonar a assistência centrada na doença e adota o enfoque na produção de saúde, no resgate da cidadania e na participação social.

A mudança na assistência em saúde mental que pretende superar o modelo hospitalocêntrico e segregador, traz consigo muitos desafios na implantação dessa forma de cuidar, e o enfermeiro reflita sobre a importância do seu papel no contexto da assistência psiquiátrica, buscando uma atuação assertiva pautada não somente em aspectos administrativo-burocráticos. O vínculo e o acolhimento constituem elementos necessários para uma interação efetiva entre profissional e usuário, o enfermeiro é o profissional que está mais em contato com a pessoa com transtorno mental, e é ele quem realiza o diálogo com os atores sociais a fim de promover a cidadania e autonomia (SANTOS; SOUZA; OLIVEIRA, 2011).

OBJETIVO GERAL

Descrever o local onde os pacientes psiquiátricos eram abrigados, que eram os manicômios e como esses locais funcionavam em relação a assistência de enfermagem aos clientes ali internados e despertar um olhar crítico e holístico nos profissionais de saúde e principalmente no enfermeiro psiquiatra, destacando as diversas atividades terapêuticas que podem ser usadas e os benefícios que essas atividades trazem a vida dos pacientes, tendo consciência de que as práticas assistenciais devem sempre respeitar e acolher as diferenças, potencializando a subjetividade, autoestima, autonomia e a cidadania de cada pessoa para que o mesmo possa ser reinserida na sociedade.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão sistemática do tipo integrativa, segundo GALVÃO (2008) é uma análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, possibilitando a síntese do estado de conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisão ser preenchidos com a realização de novos estudos.

Para a elaboração desse estudo percorreram-se seis etapas. Na primeira foi realizada a escolha no tema e da pergunta de pesquisa; Na segunda foi realizado definição de critérios de inclusão e exclusão dos estudos, o que seria relevante ou não para este estudo; Na terceira teve a classificação dos estudos em categoria; Na quarta, avaliação dos estudos; Na quinta, interpretação dos estudos e por ultimo na sexta, a síntese do estudo (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Foi adotado os seguintes critérios de inclusão: artigos disponíveis na integra nas bases de dados citadas anteriormente, publicados até a data 27 de Maio de 2018, disponíveis na língua portuguesa e que respondesse à pergunta da pesquisa. Os critérios de exclusão foram: cartas ao revisor e repetidos nas bases de dados, artigos que não atendiam ao objetivo da pesquisa e os artigos que não estivessem disponíveis gratuitamente.

Para a pesquisa foram utilizadas as seguintes bases de dados: Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE), Literatura latino-americana e do caribe em ciências da saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF). A busca foi realizada por meio dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Enfermagem psiquiatria; Nise da Silveira; Saúde mental.

Foram adotados como critério de inclusão: artigos nos idiomas inglês e português, publicados no recorte temporal de 2005 a 2015 e que respondessem à pergunta norteadora. Já os artigos que não estavam disponíveis na integra foi considerado o critério de exclusão.

A análise dos níveis de evidência utilizada nos artigos, foi com base em Galvão (2006), conforme descrito: Nível I – Evidência procedente de revisão sistemática e/ou metanálise na qual há inclusão somente de estudos clínicos controlados e randomizados

com delineamento adequado; Nível II – Oriunda de, no mínimo, um estudo clínico controlado e randomizado com delineamento adequado; Nível III – Evidência proveniente de um único estudo controlado e randomizado com delineamento adequado; Nível IV – Evidência oriunda de um estudo de caso – controle ou coorte com delineamento adequado; Nível V – Evidência oriundas de revisão sistemáticas de estudos descritivos e qualitativos com delineamento adequado; Nível VI – Evidência derivada de apenas um estudo descritivo e qualitativo com delineamento adequado; Nível VII – Evidência oriunda de reflexões de autoridades e/ou relatórios elaborados por grupos de especialistas.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A partir da estratégia de busca foram encontrados 2.919 artigos publicados, iniciou-se a leitura de títulos, seguidas pelos resumos e foram excluídos os que não atendiam aos critérios pré-estabelecidos. Por fim, foram lidos os artigos na íntegra e excluídos aos critérios. Assim, 07 artigos compõem este estudo, como consta no Quadro 1, pois atendiam a questões de pesquisa.

Estratégia	Base de dados	Total de artigos encontrados	Após a leitura do título	Após a leitura do resumo	Após a leitura do artigo na íntegra	Total
Enfermagem AND psiquiátrica	SCIELO	444	30	15	6	00
	LILACS	1.011	20	10	5	2
	BDENF	894	20	8	4	1
Nise AND da AND silveira	MEDLINE	2	1	1	1	1
	LILACS	25	10	5	2	00
	BDENF	1	1	1	1	1
Atividade AND terapêutica AND em AND psiquiatria	MEDLINE	225	15	9	4	00
	LILACS	21	10	5	3	1
	SCIELO	295	10	5	4	1
TOTAL DE ARTIGOS						07
TOTAL DE ARTIGOS (SEM REPETIÇÕES)						07

Quadro 01 – Fluxo relativo às etapas de seleção dos artigos - 2018

Fonte: Dados de pesquisa (2018).

Os artigos selecionados para compor a revisão integrativa foram publicados do ano de 2005 a 2015, possuindo nível de evidência científica de VI, sendo sua maioria

(05) artigos de revisão, pertencentes a vários periódicos os quais podem ser encontrados detalhadamente no Quadro 2.

Título do artigo	Ano de publicação	Periódico	Método aplicado	Nível de evidência científica	Autores	Desfecho
Algumas considerações sobre a utilização de modalidades terapêuticas não tradicionais pelo enfermeiro na assistência de enfermagem psiquiátrica.	2005	Rev. Latino – americana de enferm.	Revisão da literatura	VI	Rubia Laine de Paula Andrade; Luiz Jorge Pedrão.	Identificar a descrição de modalidades terapêuticas não tradicionais que o enfermeiro tem possibilidade de usar na sua prática diária de assistência.
Resistência, inovação e clínica no pensar e agir de Nise da Silveira.	2007	INTERFA – COMUNIC, SAÚDE, EDUC.	Revisão bibliográfica	VI	Eliane Dias de Castro; Elizabeth Maria Freire de Araujo Lima.	Desdobramento de estudos históricos e teóricos realizados e atualizados na compreensão de situações clínicas e terapia ocupacional, que são apresentadas na interface da arte e promoção da saúde.
Nise da Silveira e o campo da saúde mental (1944-1952): contribuições, embates e transformações	2009	Departamento de Psicologia Social e Internacional/ UERJ MNEMONISE	Estudo exploratório	VI	Walter Melo.	Revisão dos anos de trabalho da Nise da Silveira entre 1944 – 1952, onde propôs a utilização de atividades expressivas como método não agressivo.
A mudança nas práticas em saúde mental e a desinstitucionalização: uma revisão integrativa.	2010	Rev. Eletrônica de Enfermagem	Revisão integrativa	VI	Ariane da Cruz Guedes; Luciane Prado Kantorski; Patrícia Mirapalheta Pereira; Bianca Neme Clase; Celmira Lange; Rosane Manfrin Muniz.	Identificar e analisar a produção científica do processo de desinstitucionalização no foco da atenção psicossocial, no período de 2004 a junho de 2010.

Reabilitação psicossocial na perspectiva de estudantes e enfermeiros na área de saúde mental	2011	Rev. Eletrônica de Enfermagem	Estudo qualitativo	VI	Juliana Peres dos Santos; Maria Conceição Bernardo de Mello e Silva; Nunila Ferreira Oliveira.	identificar a compreensão da Reabilitação Psicossocial na perspectiva dos estudantes do 4º ano do Curso de Bacharelado em Enfermagem e dos enfermeiros dos serviços onde os estudantes vivenciam a prática profissional.
A assistência de enfermagem em tempo de reforma psiquiátrica.	2015	Rev. Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental	Revisão de literatura	VI	Marcela Muniz; Cláudia Tavares; Ana Abrahão; Ândrea de Souza	Propor uma reflexão a respeito dá assistência de Enfermagem em Saúde Mental e psiquiátrica.
Atividades de ocupação terapêutica – intervenções de enfermagem estruturadas em reabilitação psicossocial.	2014	Rev. Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental	Revisão integrativa	VI	Carlos Melo Dias; Amorim Rosa; Alberto Pinto.	Ensinar e treinar os indivíduos incapacitados pela doença mental para o desempenho das habilidades físicas, emocionais e intelectuais necessárias à sua vida autônoma, num nível superior de bem-estar, e com a menor ajuda possível de profissionais de saúde.

Quadro 02 – Apresentação dos artigos incluídos na revisão integrativa.

Fonte: Dados de pesquisa (2018).

Desde os primórdios da sua existência, a prática de Enfermagem Psiquiátrica esteve marcada pelo modelo controlador e repressor, tendo suas atividades realizadas pelos sujeitos leigos, ex-pacientes, serventes dos hospitais e, posteriormente, desenvolvidas pelas irmãs de caridade. O cuidar significava a sujeição dos internos às barbaridades dos guardas e carcereiros. Os maus tratos, a vigilância, a punição e a repressão eram os tratamentos preconizados e, geralmente, aplicados pelo pessoal de enfermagem, que se ocupava do lugar das religiosas (MUNIZ; TAVARES; ABRAHÃO; SOUZA, 2015 p. 62).

Nise da Silveira abandonou as atividades que eram usualmente praticadas pelos internos do hospital, como varrer o chão, juntar estopa e carregar roupa suja da enfermaria para a lavanderia, e introduziu as atividades expressivas com a intenção de saber o que se passava com aquelas pessoas (WALTER, 2009 p. 45). Com isso entendeu-se que, as famílias deixavam seus parentes nos manicômios para serem tratados e que depois esses

voltariam pra o convívio com seus familiares.

As atividades expressivas, como pintura, modelagem, música, dança, teatro e outras eram as mais se desenvolvidas no setor coordenado por Nise da Silveira, principalmente os ateliês de pintura e de modelagem. Estas são as atividades pelas quais o trabalho de Nise da Silveira foi reconhecido como um dos mais importantes e originais na assistência, pois se coloca no sentido contrário do tratamento centrado nas internações psiquiátricas (WALTER, 2009 p. 47). É para que a reintegração social aconteça é de suma importância que estratégias de cuidado sejam implementadas nos diversos dispositivos que compõem a rede de saúde mental, promovendo atividades fora dos serviços para que caiam as barreiras que separam a loucura da normalidade da sociedade (GUEDES; KAMTORSKI; PEREIRA; CLASEN; LANGE; MUNIZ, 2010)

A reabilitação é entendida como um conjunto de meios, de atividades desenvolvidas para que o sujeito possa ter uma melhor qualidade de vida. É um processo que visa ajudar os indivíduos que tem dificuldades a restaurar sua autonomia, da melhor forma possível para que possam realizar algumas atividades ou funções junto a sua família e comunidade (SANTOS; SOUZA; OLIVEIRA, 2011).

Diante disso o enfermeiro psiquiatra tem a sua disposição as atividades terapêuticas inseridas nos cuidados de enfermagem por Nise da Silveira, onde segundo Andrade e Pedrão (2005) essas devem agradar tanto ao paciente como ao enfermeiro. Devendo assim, esse profissional adotar posição mais democrática, deixando o paciente escolher as atividades que deseja e necessita realizar e sempre repensar as suas práticas e atitudes, avaliando constantemente o que está sendo proposto, pois não adianta utilizar uma alternativa de atuação se essa não faz sentido aos usuários e se a sua ação ainda reproduz as práticas tradicionais e cristalizadoras de assistência.

Ao se reavaliar a prática de Enfermagem, deve-se fazê-lo numa perspectiva humanista, criativa, reflexiva e imaginativa. Pois considerando o cuidar como categoria central da profissão, esse pode ser compreendido como processo dinâmico, mutável e inovador (MUNIZ; TAVARES; ABRAHÃO; SOUZA, 2015 p. 63). É importante também ressaltar que na assistência deve-se sempre respeitar e acolher as diferenças, potencializando a autonomia e a cidadania de cada cliente para que o mesmo possa ser reinserido na sociedade.

CONCLUSÃO

Diante da revisão integrativa possibilitou identificar a importância da utilização das atividades terapêuticas na vida dos clientes psiquiátricos, onde o enfermeiro psiquiatra está cada vez mais atuante e capacitado para fazer uso dessas práticas. Assim fazendo com que os clientes tenham a oportunidade de reiniciar suas vidas ao lado de seus familiares, amigos e sociedade, podendo voltar para suas casas, sendo ressocializados e obtendo

êxito no tratamento.

Cabe ao enfermeiro analisar cada atividade terapêutica e o benefício de cada uma delas, montar um plano terapêutico com toda a equipe multidisciplinar onde o mais importante é o bem-estar do cliente, o prazer que o mesmo tem em realizar aquela atividade e deixa-lo à vontade para expressar seus sentimentos e emoções.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, R. L. P.; PEDRÃO, L. J. Algumas considerações sobre a utilização de modalidades terapêuticas não tradicionais pelo enfermeiro na assistência de enfermagem psiquiátrica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 5, São Paulo, p. 737-742. 2005. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0104-1169219>. Acesso em 10 Maio 2018.

ELIANE, D. C.; ELIZABETH, M. F. A. L. Resistência, inovação e clínica no pensar e agir de Nise da Silveira. **INTERFA – COMUNIC, SAÚDE, EDUC**, v.11, n. 22, São Paulo, p. 365-76. 2007. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/1801/180115441017/>>. Acesso em 10 Maio 2018.

WALTER, M. Nise da Silveira e o campo da saúde mental (1944-1952): contribuições, embates e transformações. **DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA SOCIAL E INTERNACIONAL/UERJ, MNEMONISE**, v. 5, n. 2, p. 30-52.2009. Disponível em: <http://mnemosine.com.br/ojs/index.php/mnemosine/article/view/173/pdf_158>. Acesso em 19 Maio 2018.

GALVÃO, M. C. Níveis de Evidência. **Acta Paul Enferm.**, v. 19, n. 2, p. V, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a01v19n2.pdf>>. Acesso em 25 de Maio 2018.

GUEDES, A. C.; KANTORSKI, L. P.; PEREIRA, P. M.; CLASEN, B. N.; LANGE, C.; MUNIZ, R. M. A mudança nas práticas em saúde mental e a desinstitucionalização: uma revisão integrativa. **Rev. Eletr. Enf.** v. 12, n. 3, p. 547-53. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.8198>>. Acesso em 25 Maio 2018.

SANTOS, J. P.; SOUZA, M. C. B. M.; OLIVEIRA N. F. Reabilitação psicossocial na perspectiva de estudantes e enfermeiros na área da saúde mental. **Rev. Eletr. Enf.** v. 13, n. 1, p. 60-9. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i1.8740>>. Acesso em 25 Maio 2018.

MUNIZ, M.; TAVARES, C.; ABRAHÃO, A.; SOUZA, A. A assistência de enfermagem em tempos de reforma psiquiátrica. **Rev. Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. n. 13, p. 61-65. 2015. Disponível em: <www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n13/n13a08.pdf>. Acesso em 27 Maio 2018.

DIAS, C. M.; ROSA, A.; PINTO, A. Atividades de ocupação terapêutica – intervenções de enfermagem estruturadas em reabilitação psicossocial. **Rev. Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. n. 11, p. 15-23. 2014. Disponível em: <www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n11/n11a03.pdf>. Acesso em 27 Maio 2018.

MENDES, L. M.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 754-64, out/dez. 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>>. Acesso em 25 de Maio 2018.

CAPÍTULO 21

RISCOS PSICOSSOCIAIS RELACIONADOS AO ENFERMEIRO EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO CLÍNICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 09/10/2020

Luza Teresinha Vianna dos Santos

Escola Profissionalizante - Instituto Attivo

Porto Alegre – RS

<http://lattes.cnpq.br/8739688212188481>

Ivanilda Alexandre da Silva Santos

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Porto Alegre – RS

<http://lattes.cnpq.br/4207577872765423>

Carla Walburga da Silva Braga

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Porto Alegre – RS

<http://lattes.cnpq.br/7692134556899833>

Raquel Yurika Tanaka

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Porto Alegre – RS

<https://orcid.org/0000-0002-4591-6050>

Simone Selistre de Souza Schmidt

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Porto Alegre – RS

<http://lattes.cnpq.br/1055176677472833>

Kelly Cristina Milioni

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Porto Alegre – RS

<http://lattes.cnpq.br/616074311733513>

Lucélia Caroline dos Santos Cardoso

Centro Universitário Cenecista - Unicnec

Osório – RS

<http://lattes.cnpq.br/6577245134573450>

Danielle Paris dos Santos Schneider

Faculdade de Direito da UFRGS

Porto Alegre - RS

<http://lattes.cnpq.br/3601537716822649>

RESUMO: O direito a saúde é assegurado pela Constituição Federal de 1988. Mediante a análise desse direito fundamental nota-se a relevância do trabalho dos profissionais da saúde para suprir as necessidades biopsicossociais daqueles que estão aos seus cuidados. A contribuição da equipe de enfermagem transcende a prática assistencial visto que estes profissionais diversas vezes estão envolvidos em situações que transgridem a sua própria segurança o que deveria ser inviolável de acordo com os preceitos de regulamentações vigentes. Na vivência profissional ressaltou-se o comportamento agressivo e o desrespeito aos profissionais de enfermagem na assistência a pacientes ex-apanados, toxicômanos e integrante de facções criminosas, resultando em uma relação de medo, intimidação e insegurança tornando a prática laboral um desafio, transitando entre riscos psicossociais para promover saúde com qualidade e segurança e seguir o princípio da universalidade. Objetivo: Relatar os fatores de riscos psicossociais e violação da segurança da enfermagem na assistência ao paciente com registros antecedentes criminais. Método: Relato de experiência fundamentado a partir da vivência assistencial das enfermeiras no cuidado a pacientes infratores no período de janeiro/2017 a junho/2019 em uma Unidade de Internação Clínica de um Hospital Universitário em POA/RS. Participaram do estudo seis enfermeiras

dos turnos manhã, tarde e noite. Foram realizados encontros para compartilhar os fatores de riscos psicossociais vivenciados na assistência a esse paciente. Resultados: medo de sofrer violência física, preocupações com a segurança física da equipe assistencial e demais pacientes hospitalizados, receio da ocorrência de eventos adversos durante a realização de procedimentos de enfermagem sob pressão, impotência, reflexões sobre o processo saúde-doença dos enfermeiros. Conclusão: desmotivação dos enfermeiros por exposição aos riscos laborais, diminuição da produtividade podendo ter implicações nos procedimentos de enfermagem. Alguns aspectos devem ser fortalecidos pela instituição por meio do acréscimo de ações conjuntas de equipes multiprofissionais visando redução destes fatores estressantes.

PALAVRAS - CHAVE: Assistência de enfermagem; Estresse ocupacional; Riscos ocupacionais; Violência no trabalho.

PSYCHOSOCIAL RISKS RELATED TO NURSES IN A CLINICAL IMPATIENT UNIT: EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: The right to health is guaranteed by the Federal Constitution of 1988. The analysis of this fundamental right brings light to the relevance of the work of health professionals in meeting the biopsychosocial needs of those who are in their care. The contribution of the nursing team transcends care practice since these professionals are sometimes involved in situations that transgress their own safety, which should be inviolable, according to the standard of current regulations. In the professional experience, aggressive behavior and disrespect to nursing professionals in the care of ex-convicted patients, drug addicts and members of criminal factions were experienced, resulting in a relationship of fear, intimidation and insecurity. Events of this kind make the work practice a challenge that moves between psychosocial risks to promote health with quality and safety, and the pursuit of the principle of universality. Objective: reporting psychosocial risk factors and violation of nursing safety in the assistance of patients with criminal records. Method: Experience report based on the practice of nurses attending an offender patient from January/2017 to June/2019 in a Clinical Hospitalization Unit of a University Hospital in Porto Alegre. Six nurses in the morning, afternoon and night shifts participated in the study. Meetings were held to share the psychosocial risk factors experienced in the watch of this patient. Results: fear of physical violence, concerns about the physical safety of the care team and other hospitalized patients, fear of adverse events during the performance of nursing procedures under pressure, impotence and consequences on the health-disease process of nurses. Conclusion: nurses were demotivated due to exposure to occupational risks, the productivity decreased and there were implications on nursing procedures. Some aspects should be strengthened by the institution through the addition of joint actions of multidisciplinary teams aimed at reducing these stressful factors.

KEYWORDS: Nursing care, occupational stress, Occupational risks, Violence at work.

1 | INTRODUÇÃO

Os enfermeiros assistenciais são confrontados com situações que exigem agilidade, conhecimento técnico científico, autocontrole e competências para enfrentar situações

extremas e imprevisíveis durante a assistência aos pacientes (FERREIRA *et al.*, 2016; SANTANA; FERREIRA; SANTANA, 2020).

Estes profissionais, em sua maioria, exercem a profissão no ambiente hospitalar, cenário permeado pelos possíveis agentes estressores proporcionados pelos riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e psicossociais (CHIODI; MARZIALE; ROBAZZI, 2007; SILVA; VALENTE; CAMACHO, 2020).

Os riscos psicossociais estão relacionados a estrutura organizacional, processo de trabalho e as relações humanas. Com isso, podem desencadear estresse, adoecimento físico e mental, trazendo assim, consequências negativas para sua saúde (PEREIRA *et al.*, 2020).

A ocorrência do estresse ocupacional em profissionais de saúde constitui um importante fator determinante dos transtornos depressivos e de outras doenças, tais como síndrome metabólica, síndrome da fadiga crônica, distúrbios do sono, diabetes e a síndrome de Burnout (MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005; TRINIDADE *et al.*, 2019).

Observa-se a importância do apontamento dos estressores ocupacionais para subsidiar o gerenciamento de riscos ocupacionais, a fim de evitar ou minimizar o adoecimento e a desmotivação profissional relacionados ao estresse (SILVA; VALENTE; CAMACHO, 2020).

Este estudo buscou destacar o estresse laboral relacionado aos riscos psicossociais por estarem presentes no exercício das atividades laborais dos enfermeiros. Evidenciado assim, pelo comportamento agressivo, prepotente e desrespeitoso dos pacientes expenados, toxicômano e com envolvimento com organizações criminosas.

Por diversas vezes estes pacientes expuseram os profissionais à violência verbal e riscos de violência física durante a jornada de trabalho resultando em uma relação de medo, intimidação e insegurança.

Há a percepção de que as enfermeiras em seu ambiente de trabalho estiveram sujeitas ao estresse laboral que contribuiu para a ocorrência dos riscos ocupacionais durante a assistência à saúde. A conduta destes profissionais demonstrou a constante busca pela garantia do princípio da universalidade e direito à saúde conforme a Constituição Federal de 1988, sem fazer acepção de pessoas.

Neste contexto observou-se o envolvimento desses trabalhadores em situações que transgrediram a sua própria segurança o que deveria ser inviolável de acordo com os preceitos de regulamentações vigentes. Desta forma este estudo tem como objetivo relatar os fatores de riscos psicossociais e violação da segurança de enfermeiros durante a assistência ao paciente com registros antecedentes criminais e dependentes químicos em uma Unidade de Internação Clínica e Oncológica.

2 | METODOLOGIA

Relato de experiência, descritivo, narrativo fundamentado a partir da vivência profissional de seis enfermeiros que desempenham suas funções laborais nos turnos manhã, tarde e noite no cuidado assistencial aos pacientes infratores durante o período de janeiro/2017 a junho/2019. Estudo foi desenvolvido em uma Unidade de Internação Clínica e Oncológica de um Hospital Universitário de Porto Alegre/RS.

A pesquisa descritiva apenas registra e descreve os fatos sem manipulá-los, procurando descobrir a frequência com que um fato ocorre, sua natureza, suas características, causas, relações com outros fato (PRODANOV; FREITAS, 2013).

Foram realizados quatro encontros na modalidade rodadas de conversa com duração de uma hora na sala de passagem de plantão da Unidade de Internação, entre os meses de março a maio de 2019. Durante as rodadas foi considerado as situações relacionadas a temática vivenciadas nos últimos 3 anos, como os riscos psicossociais que conduziram a percepção de violação da segurança dos profissionais durante a assistência aos pacientes que estiveram reclusos da sociedade por crimes cometidos, usuários de drogas ilícitas e envolvimento com facções criminosas.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

As rodas de conversas proporcionaram oportunidade do compartilhamento dos desafios encontrados durante a assistência relacionado à percepção de comportamento agressivo, prepotente e desrespeitoso destes pacientes.

Foram relatadas pelos enfermeiros situações que causaram medo de sofrerem violência física; impotência mediante ao comportamento inadequado desses pacientes; preocupações com a segurança física da equipe assistencial e demais pacientes hospitalizados; dificuldade de concentração para realizar suas atividades assistenciais; gerenciais e burocráticas e apreensão da ocorrência de eventos adversos durante a realização de procedimentos de enfermagem.

Discutiu-se sobre o processo saúde-doença dos participantes deste estudo relacionado à exposição aos riscos ocupacionais. Foi relatado pelos profissionais a percepção ao término do plantão de sintomas físicos relativo à exaustão e dificuldade de se desvincular do ambiente laboral após a jornada de trabalho. Esses sentimentos e percepções estão associados às situações de estresse durante execução dessas atividades, o que ao longo do tempo terá consequências biopsicossociais.

A temática em torno da hostilidade contra os profissionais de saúde é relevante e desafiadora, devendo ser cada vez mais discutida e estudada. Durante muitos anos não se deu importância ao tema envolvendo violência na prática ocupacional ocasionadas por pacientes e familiares e também as repercussões biopsicossociais que afetam a saúde do trabalhador.

A ofensa muitas vezes, pode ocorrer em diversos cenários da prática assistencial, podendo sua ocorrência estar relacionada também ao aumento da violência urbana. Muitos serviços de saúde acabam absorvendo as demandas e problemas de saúde decorrentes dessa violência (ALMEIDA; BEZERRA FILHO; MARQUES, 2017).

No Brasil, mais da metade dos profissionais de saúde pertence à área da enfermagem, mais de quinhentos mil deles são enfermeiros e vinte e sete mil atuam no Rio Grande do Sul (MARINHO *et al.*, 2019; CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2020).

Estudo realizado pela Fiocruz e pelo Conselho Federal de Enfermagem sobre violência no trabalho em enfermagem apontou que 23,9% dos enfermeiros sofreram algum tipo de violência, com maior índice na violência psicológica (65,2%), sendo que os principais agressores são os pacientes e seus acompanhantes (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2020; FREITAS *et al.*, 2017; EDWARD *et al.*, 2014).

As equipes de enfermagem acabam sendo dentre os profissionais de saúde mais estudados em relação a temática, por permanecerem maior tempo ao lado dos pacientes e familiares e assim, estando mais expostos a todos os tipos de violência (ALMEIDA; BEZERRA FILHO; MARQUES, 2017; DAL PAI *et al.*, 2018).

A enfermagem depara-se com situações limítrofes entre o cuidar e como cuidar, pois de forma inconsciente os valores morais adquiridos como ser humano em algum momento, podem conflitar com os valores ditados pela profissão (BARBOSA; SILVA, 2007).

Os enfermeiros estão expostos a uma diversidade de riscos, somando-se a estes o lidar com o desconhecido, o adaptar-se ao novo sem um suporte psicológico adequado e contínuo que garanta a sua segurança e dos pacientes que estão aos seus cuidados.

Durante o período de hospitalização pacientes e acompanhantes se deparam com regras e normas institucionais e necessitam se adequarem a estes protocolos. A assistência hospitalar é gerenciada e executada por profissionais de saúde e mediante ao desacordo ou desrespeitado as normas, conseqüentemente entram em conflito com a equipe de saúde. (ALMEIDA BEZERRA FILHO; MARQUES, 2017).

Assim os profissionais podem se deparar com situações de ameaça, agressão verbal ou física, alterando seu comportamento por alguma situação ligada também a disfunção orgânica relacionada a doença, recebimento de uma má notícia, falta de informação, esclarecimentos médicos, abuso de álcool e de outras drogas (DAL PAI *et al.*, 2018).

O consumo de drogas e a criminalidade caminham lado a lado. A probabilidade de um indivíduo praticar ações violentas eleva mediante substâncias ilícitas. A possibilidade de uma postura agressiva aumenta perante a síndrome de abstinência. (CAPISTRANO *et al.*, 2013).

Associada a essas questões, poderá ocorrer a frustração do paciente relacionada a alguma demora no atendimento, estresse, queixas algícas e/ou estado emocional, ansiedade, angústia e sofrimento, e esses podem intensificar sentimentos de revolta contra profissionais que prestam esse atendimento. (ALMEIDA; BEZERRA FILHO; MARQUES,

2017).

A experiência compartilhada pelos enfermeiros no presente estudo permitiu reflexões acerca da vivência dessas situações de estresse e do uso das estratégias de enfrentamento, a fim de minimizar os efeitos da situação hostil ou adversa com os pacientes.

Pode-se verificar que as ações prestadas pela equipe de enfermagem alteram de acordo com os usuários, havendo relação entre o tipo de crime cometido, o grau de empatia estabelecido com o sujeito e a repercussão na qualidade da assistência. (SILVA *et al.*, 2020).

Há a necessidade de abordagem e visibilidade sobre a temática para discussões dentro das instituições, favorecendo a elaboração e planejamento de ações por gestores de saúde junto saúde do trabalhador. (FREITAS *et al.*, 2017).

A implementação de estratégias para prevenir e reduzir agressões a profissionais de enfermagem são evidentes em países como o Canadá, onde os índices de violência envolvendo estes profissionais são menores, devido ao emprego de variadas estratégias dentre elas o desenvolvimento de habilidades interpessoais específicas associadas às técnicas de gestão comportamental para intervenções em situações adversas (PEREIRA *et al.*, 2019).

No Brasil há orientações relevantes do conselho desta categoria para o amparo ao funcionário mediante a ocorrência de situações de agressões verbais ou físicas. A notificação junto a instituição para a análise da gravidade do fato, solicitação de orientação e ainda auxílio a outras instâncias como o Conselho Regional de Enfermagem da sua jurisdição, Ministério Público, Justiça do Trabalho, Comissões de Direitos Humano, Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, delegacia para registro no Boletim de Ocorrência, são orientações que visam o direcionamento, notificação e acolhimento desses profissionais mediante a esta situação de adversidade (BAPTISTA *et al.*, 2017).

A educação permanente tem o foco de abordar a temática de prevenção a violência no ambiente hospitalar, sendo uma das estratégias que podem ser adotadas pelas instituições, através do envolvimento das diferentes esferas, incluindo a área jurídica, bioética, setores de educação, chefias e psicologia (SILVA *et al.*, 2020).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos resultados desse estudo, demonstrou a presença de estresse relacionado à exposição aos riscos psicossociais associados à assistência de enfermagem representado pelo medo de sofrerem violência física, preocupações com a segurança física de funcionários e pacientes, dificuldade de concentração podendo ter implicações na segurança dos procedimentos de enfermagem.

Com base nos resultados salienta-se a importância de maior número de estudos nessa área, para conscientização das consequências desse ato a saúde física, emocional

e psicológica dos profissionais agredidos.

A instituição disponibiliza aos profissionais de alguns canais de escuta, como o departamento de segurança patrimonial e dos servidores, serviço de medicina ocupacional, serviço de psicologia e ouvidoria. Assim, evidenciou-se que há algumas lacunas a serem preenchidas pelos referidos serviços através de ações conjuntas às equipes multiprofissionais, buscando promover um ambiente de trabalho seguro e com qualidade.

Com isso, propõe-se ações de educação permanente aos profissionais de enfermagem para melhoria na qualidade da assistência à saúde de indivíduos com este perfil. Sugere-se que alguns aspectos sejam fortalecidos pela instituição por meio medidas de controle e redução desses fatores estressantes.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Naianny Rodrigues de; BEZERRA FILHO, José Gomes; MARQUES, Livia de Andrade. Análise da Produção Científica sobre Violência no Trabalho em Serviços Hospitalares. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, São Paulo (SP), v. 15, n. 1 p. 101-112, 2017.

BAPTISTA, Patrícia Campos Pavan *et al.* **Violência no trabalho**: guia de prevenção para os profissionais de enfermagem. São Paulo: Coren-SP, 2017. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2018/01/PDF-site-2.pdf>. Acesso em: 27 set. 2020.

BARBOSA, Ingrid de Almeida; SILVA, Maria Júlia Paes. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 60, n. 5, p. 546-551, Oct. 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000500012&lng=en&nrm=iso>. access on 09 Oct. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672007000500012>.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira, 4 ed. São Paulo: Editora Saraiva, 1990.

CAPISTRANO, Fernanda Carolina *et al.* Impacto social do uso abusivo de drogas para dependentes químicos registrados em prontuários. **Revista Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 18, n. 3, p. 468-474, 2013. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/33556/21055>. Acesso em: 05 out. 2020.

CHIODI, Mônica Bonagamba; MARZIALE, Maria Helena Palucci; ROBAZZI, Maria Lúcia do Carmo Cruz. Acidentes de trabalho com material biológico entre trabalhadores de unidades de saúde pública. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 15, n. 4, p. 632-638, ago. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000400017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 out. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). **Enfermagem em Números**. Brasília, DF: Cofen, 2020. Disponível em: www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros. Acesso em: 05 out. 2020.

DAL PAI, Daiane *et al.* Violência física e psicológica perpetrada no trabalho em saúde. **Texto contexto - enfermagem**, Florianópolis, v. 27, n. 1, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000100312&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 out. 2020.

EDWARD, Karen-leigh *et al.* Nursing and aggression in the workplace: a systematic review. **British Journal of Nursing**, London, v. 23, n. 12, 26 jun. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.12968/bjon.2014.23.12.653>. Acesso em: 06 out. 2020.

FERREIRA, Luiza Inácio *et al.* Estresse no cotidiano de dos enfermeiros da urgência e emergência. **Revista Interdisciplinar em Saúde**, Cajazeiras, v. 3 n. 1, p. 108-128, jan./mar. 2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/318642203_ESTRESSE_NO_COTIDIANO_DE_TRABALHO_DOS_ENFERMEIROS_DA_URGENCIA_E_EMERGENCIA. Acesso em: 06 out. 2020.

FREITAS, Rodrigo Jacob Moreira de *et al.* A violência contra os profissionais da enfermagem no setor de acolhimento com classificação de risco. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 38, n. 3, 2017. Disponível http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000300416&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 out. 2020.

MARINHO, Gerson Luiz *et al.* Enfermeiros no Brasil: transformações socioeconômicas no início do século XXI. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, e20180198, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452019000100215&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 out. 2020.

MUROFUSE, Neide Tiemi; ABRANCHES, Sueli Soldati; NAPOLEAO, Anamaria Alves. Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 255-261, abr. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000200019&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 jan. 2020.

PEREIRA, Ana Carolina Lemos *et al.* Fatores de riscos psicossociais no trabalho: limitações para uma abordagem integral da saúde mental relacionada ao trabalho. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 45, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572020000102500&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 out. 2020.

PEREIRA, Cícera Adriana Rodrigues *et al.* Estratégias institucionais de prevenção à violência no trabalho da enfermagem: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, n. 4, p. 1052-1060, jul./ago. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000401052&lng=en&nrm=iso. Acesso em 6 out. 2020.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar de. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Universidade FEVALE, 2013. Disponível em: <http://www.feevale.br/Comum/midias/8807f05a-14d0-4d5b-b1ad-1538f3aef538/E-book%20Metodologia%20do%20Trabalho%20Cientifico.pdf>. Acesso em: 04 OUT. 2020.

SANTANA, Lucas Carvalho; FERREIRA, Lúcia Aparecida; SANTANA, Lenniara Pereira Mendes. Estresse ocupacional em profissionais de enfermagem de um hospital universitário. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, n. 2, 2020. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020000200179&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 out. 2020.

SILVA, Polyanna Bezerra Alves da *et al.* Assistência de enfermagem prestada às pessoas privadas de liberdade no ambiente hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, n. 3, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v73n3/pt_0034-7167-reben-73-03-e20170809.pdf. Acesso em: 05 out. 2020.

SILVA, Rafael Pires; VALENTE, Geilsa Soraia Cavalcanti; CAMACHO, Alessandra Conceição Leite Funchal. O gerenciamento de risco no âmbito da saúde de profissionais de enfermagem no contexto hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, n. 6, e20190303, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020000600162&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 out. 2020.

TRINDADE, Leticia de Lima *et al.* Agressão verbal no trabalho da enfermagem na área hospitalar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 21, 2019. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/54333/34553>. Acesso em: 25 set. 2020.

SUSTENTABILIDADE HOSPITALAR: CONSTRUÇÃO DE AMBIENTES ÉTICOS POR PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 05/11/2020

Lisa Antunes Carvalho

Universidade Federal do Rio Grande. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Rio Grande- RS
CV: <http://lattes.cnpq.br/9590690404387770>

Edison Luiz Devos Barlem

Universidade Federal do Rio Grande. Escola de Enfermagem
Rio Grande- RS
CV: <http://lattes.cnpq.br/4988333912536075>

Diana Cecagno

Universidade Federal de Pelotas. Faculdade de Enfermagem
Pelotas- RS
CV: <http://lattes.cnpq.br/7782649788913247>

Adrize Rutz Porto

Universidade Federal de Pelotas. Faculdade de Enfermagem
Pelotas- RS
CV: <http://lattes.cnpq.br/9425000336640831>

RESUMO: Propõe-se uma reflexão sobre a busca de uma sustentabilidade hospitalar por meio da construção de ambientes éticos por profissionais de enfermagem. Entende-se que ambientes éticos podem contribuir para um agir e uma consciência ética, minimizando atitudes que configurem atos de insustentabilidade no trabalho em enfermagem, caracterizados pela negligência,

imprudência e imperícia para com o ambiente de trabalho, que promovem impactos negativos ao meio ambiente. Os profissionais de enfermagem configuram agentes de transformação no ambiente de trabalho, que por meio de ações éticas contribuem para uma sustentabilidade hospitalar. Portanto, a busca da sustentabilidade hospitalar está permeada de fatores internos e externos que precisam ser discutidos e pensados pelo conjunto de trabalhadores e a proposição da construção de ambientes éticos, constitui-se uma das ferramentas para que a incorporação de uma nova cultura interna que impulse a mudança de comportamento e pensamento se tornem possíveis de serem alcançadas.

PALAVRAS - CHAVE: sustentabilidade, enfermagem, hospital, ética, trabalho.

HOSPITAL SUSTAINABILITY: CONSTRUCTION OF ETHICAL ENVIRONMENTS BY NURSING PROFESSIONALS

ABSTRACT: A reflection is proposed on the search for hospital sustainability through the construction of ethical environments by nursing professionals. It is understood that ethical environments can contribute to an act and an ethical conscience, minimizing attitudes that configure acts of unsustainability in nursing work, characterized by negligence, recklessness and malpractice towards the work environment, which promote negative impacts on the environment. Nursing professionals configure agents of transformation in the work environment, which through ethical actions contribute to hospital

sustainability. Therefore, the search for hospital sustainability is permeated by internal and external factors that need to be discussed and thought out by the group of workers, and the proposition of building ethical environments is one of the tools for the incorporation of a new internal culture that drives the change in behavior and thinking become possible to be achieved.

KEYWORDS: sustainability, nursing, hospital, ethic, job.

INTRODUÇÃO

Este texto teórico-reflexivo aborda a questão da busca de uma sustentabilidade hospitalar por meio de ambientes éticos construídos pelos profissionais de enfermagem. Entende-se que esses ambientes podem contribuir para um agir e uma consciência ética sobre suas ações, minimizando atitudes que configurem atos de insustentabilidade no trabalho em enfermagem. Os profissionais de enfermagem podem transformar o ambiente de trabalho por meio de práticas/ações sustentáveis mediadas por ações éticas construídas coletivamente.

Nesse sentido, o que se propõe é uma reflexão sobre a contribuição de ambientes éticos, onde os profissionais assumem comportamento e uma consciência ética em relação ao cuidado com o ambiente de trabalho, no que se refere ao gerenciamento dos resíduos hospitalares, ao uso adequado dos materiais e equipamentos, bem como o consumo de água e energia, dentre outros, a fim de torná-lo sustentável. Cabe enfatizar que as discussões realizadas na disciplina de Trabalho em Enfermagem/Saúde no contexto socioambiental, do Curso de Doutorado da Universidade Federal do Rio Grande, corroboraram para a construção desse trabalho, pois possibilitou a reflexão acerca da necessidade de um olhar crítico sobre questões que se referem a responsabilidade social, a sustentabilidade e a integração entre ser humano, sociedade e meio ambiente.

Emergiu assim, a questão que fundamenta essa reflexão: *como a construção de ambientes éticos contribui para a busca de uma sustentabilidade hospitalar?* Decorrentes da indagação inicial, pode-se elencar alguns pontos centrais: quais as especificidades do ambiente hospitalar e dos ambientes éticos? o que se entende por sustentabilidade hospitalar e como os profissionais de enfermagem podem contribuir para construção desses ambientes? como o ambiente ético influencia na promoção de uma sustentabilidade hospitalar?

SUSTENTABILIDADE HOSPITALAR: CONSTRUÇÃO DE AMBIENTES ÉTICOS POR PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

A sustentabilidade pode ser entendida como a integração entre a sociedade, meio ambiente e o desenvolvimento tecnológico que impõe às pessoas a adoção de práticas sustentáveis com vistas a preservação e defesa da natureza através da redução do impacto de suas ações. Para a adoção dessas práticas, faz-se necessário alguns atributos,

dentre esses, a consciência e o agir ético, mediados pela transparência, que provoquem uma mudança de comportamento e atitude. Pensar em um ambiente hospitalar sustentável, requer um novo modo de gestão do sistema, em que todos os profissionais devem ser corresponsáveis pelas ações individuais e coletivas.

A partir da década de 1980, as indústrias começaram a estudar novos métodos de gestão que poderiam fortalecer o crescimento industrial, sem impactar no meio ambiente. Autores afirmam que os termos *sustentável e sustentabilidade* apresentam dificuldades de definição, razão que se deve ao fato da polissemia dos termos, necessitando serem contextualizados para que recebam tratamento adequado (YOLLES e FINK, 2014). Sendo assim, estes apresentam dúvidas e críticas tanto na aplicação prática, quanto teórica. Então, para uma melhor compreensão e coerência de significados, é imperativo uma discussão científica que fundamente a tomada de decisão (FEIL; SCHREIBER, 2017; BOLIS, MORIOKA e SZNELWAR, 2014).

Assim, o termo sustentável “é responsável pela geração de uma solução em relação à deterioração verificada nas inter-relações do sistema global ambiental humano”. Já o termo sustentabilidade “é um processo que mensura o grau ou nível da qualidade do sistema complexo ambiental humano com o intuito de avaliar a distância deste em relação ao sustentável” (FEIL; SCHREIBER, 2017)

Dada importância do tema, tanto o termo sustentabilidade como o sustentável, vem sendo discutido em diferentes áreas do conhecimento. A enfermagem, vem contribuindo para que esses conceitos sejam discutidos em distintos cenários, entre os quais se encontram o ensino, a assistência e a gestão. Há um esforço para que a enfermagem compreenda o que é sustentabilidade, e Anaker e Elf (2014) revelam a necessidade da construção de um conceito que se aproxime da realidade e das necessidades dessa categoria a fim de suscitar um despertar em relação à importância de se correlacionar aspectos que perpassam os cenários sociais, políticos, ecológicos e educacionais que compõem a compreensão desse tema. Para as autoras, a sustentabilidade apoia-se no fato de que devemos defender o meio ambiente diante dos avanços tecnológicos objetivando a geração de saúde.

Autores salientam que os profissionais da enfermagem, diretamente envolvidos com ações de cuidado em saúde, encontram no cotidiano, exigências crescentes, que envolvem questões técnicas, científicas, sociais, e ambientais e essas, encontram-se imbricadas e articuladas a sustentabilidade e o sustentável (MEDEIROS et al, 2016).

A sustentabilidade perpassa os aspectos climáticos, ecológicos, e considera as desigualdades sociais e as questões econômicas e políticas. Na prática de enfermagem urge a compreensão sobre esses aspectos e sua inserção no cotidiano de trabalho para que esse tema não se torne distante do fazer da enfermagem. A articulação entre o conceito, seu entendimento e a prática, torna-se essencial para que favoreça um ambiente de trabalho mais sustentável possível, por meio de ações sustentáveis desenvolvidas pela equipe de enfermagem. Torna-se essencial diante das intensas transformações

tecnológicas refletir a respeito das ações que é realizada e seu impacto no meio ambiente e no espaço de trabalho, o qual é constituído de várias e complexas conexões de cunho político, econômico, social, moral e ético que normatizam e direcionam as atividades de saúde (FEIL; SCHREIBER,2017).

Neste sentido, a sustentabilidade ambiental na enfermagem pode estar atrelada ao ambiente de trabalho, sobretudo no quesito de ações que atenuem o impacto das pessoas no meio ambiente, cujas ameaças afetam a saúde de forma direta. Para as autoras, as ações da enfermagem precisam estar voltadas ao uso racional de recursos e gestão adequada de resíduos, reduzindo, assim, riscos e incertezas (FURUKAWA et al,2017). Entende-se que a sustentabilidade envolve também uma revisão das práticas organizacionais, pois significa o repensar dos valores e da missão do serviço de saúde, levando-o a uma conduta mais crítica e a uma busca de sua legitimidade enquanto organização.

A busca por essas premissas constitui-se um desafio diante do fato de que os hospitais nem sempre são percebidos como empresas que possuem um público-alvo, quer seja no âmbito privado ou público e que no seu dia a dia consomem e descartam produzindo impactos no meio ambiente. O atendimento das necessidades dos pacientes é almejado, ignorando muitas vezes o fato de que essas organizações também visam o lucro, quando realizam atividades de promoção, reabilitação, educação, assistência, pesquisa e tratamento, e exigem diante desses atributos adoção de práticas sustentáveis que os tornem eficientes e resolutivos, seja na esfera da gestão ou dos profissionais de saúde

Partindo do pressuposto que sustentabilidade significa o equilíbrio das diferentes esferas de atuação de uma instituição como: a atividade econômica, assistência à saúde, as dimensões morais, ética, política e social que considere as desigualdades de saúde e os avanços tecnológicos, faz-se necessário refletirmos acerca do contexto hospitalar e sua dinâmica.

A produção em saúde nos hospitais, possibilita observar uma organização estrutural, que abarca recursos humanos, ambiente físico, recursos materiais e equipamentos, que, articulados com avanços tecnológicos, são capazes de dar conta da demanda produzida, melhorando a qualidade e a segurança da assistência prestada. Ressalta-se que enquanto organização de saúde e empresa, os hospitais possuem dinâmica específica, como o funcionamento ininterrupto, a intensa circulação de pessoas, sejam pacientes e familiares, exigência de instalações específicas que permitam que seus diversos subsistemas possam funcionar de modo adequado, manutenção de setores vitais para seu funcionamento, como: central de material e esterilização, lavanderia hospitalar, salas de descarte de resíduos e matéria orgânica, farmácia hospitalar, bem como questões ligadas a própria estrutura hospitalar (projeto arquitetônico) que priorizem o funcionamento correto dos equipamentos de manutenção a vida dentre outros(MEDEIROS et al,2016).

Tal fato, permite considerar que a operacionalidade hospitalar passa também pela aquisição de materiais que atendam às normas de segurança, que priorizem a

qualidade. Para a operacionalidade da função hospitalar, é de fundamental importância que se considere como premissa a aquisição de equipamentos e materiais que tenham a identificação de reciclabilidade, economicidade energética e possibilidade de reutilização (BITENCOURT, 2006).

Diante das peculiaridades da organização hospitalar, percebida como um sistema social dinâmico, representa uma totalidade que, através de suas relações sociais, busca o aporte de parceria para a realização dos processos produtivos de forma integrada. Por ser de natureza dinâmica e complexa, ela precisa fundamentar-se em um referencial que lhe permite realizar adequações e transformações, utilizando a competência, a intuição e a criatividade do ser humano que é capaz de estabelecer relações e dinamizar o espaço que ocupa (SIQUEIRA et al,2018).

Uma das peculiaridades, trata-se do projeto arquitetônico hospitalar sustentável o qual deve mobilizar recursos para um menor impacto ambiental possível. Além de se considerar o conforto ambiental é imprescindível planejar bem as melhores condições de aproveitamento de energia e de água, evitando desperdícios e economizando os recursos naturais ao máximo, além de proporcionar conforto ao paciente e pronta recuperação da saúde. (BONI; CONRADO; FORTUNA, 2018). Também precisa de ações e práticas relacionadas ao aspecto social e de certificações que o credenciem para a oferta dos serviços propostos, principalmente de certificações relacionadas à questão da qualidade e segurança do paciente (SIQUEIRA et al,2019).

Objetivando a busca da qualidade da assistência esses aspectos devem ser refletidos quando almejamos um trabalho hospitalar sustentável o que justifica a possibilidade de realizá-lo. Ao compreendemos o que significa sustentabilidade e sua relevância para a prática de enfermagem, conseguimos compreender que essa organização se caracteriza por uma empresa que produz e consome, logo nossas atividades impactam o ecossistema.

Um exemplo encontra-se na criação do Plano de Gerenciamento de Resíduos nos Serviços de Saúde (PGRSS) que devem ser planejados e implementados a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais, com o intuito de minimizar a produção de resíduos e proporcionar aos resíduos gerados, um encaminhamento seguro, de forma eficiente, visando à proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente (BRASIL, 2006).

De acordo com a Agência Nacional de vigilância sanitária resíduos de serviços de saúde são todos aqueles resultantes de atividades exercidas nos serviços de saúde que, por suas características, necessitam de processos diferenciados em seu manejo, exigindo ou não tratamento prévio à sua disposição final (BRASIL, 2012).

O PGRSS é um plano para gerenciar os resíduos provenientes dos serviços de saúde, seguindo, rigorosamente as legislações ANVISA RDC 306 e CONAMA 358. Aliada ao PGRSS a NR32 também pode ser considerada uma ferramenta de sustentabilidade hospitalar específica da área da saúde cujo objetivo principal é eliminar o risco de

acidentes do trabalho, e se o risco não puder ser eliminado, deve ser controlado, avaliado e administrado (BRASIL,2006).

Adicionalmente a isso, em relação aos aspectos físicos e materiais presentes no hospital, é importante que o que é descartado nesse ambiente sejam tratados utilizando tecnologias de processamento a fim de diminuir ao máximo os resíduos, e que tudo deve ser aproveitado na busca da sustentabilidade alcançada através do esforço coletivo. Assim, a reciclagem deve envolver o controle, o desperdício, a área física e a forma correta de uso de todos os materiais e equipamentos necessários, para realizar a assistência/cuidado ao paciente, considerados coadjuvantes na manutenção da vida. O uso inadequado pode comprometer a ação positiva da assistência/cuidado (SODRÉ; LEMOS, 2017; FURUKAWA et al,2017; KAWAMOTO et al,2016).

Nesse sentido, o trabalho hospitalar pode ser sustentável pois há um conjunto de resoluções, legislações que normatizam e direcionam as ações dos profissionais com vistas a minimizar o impacto dessa estrutura no meio ambiente. Acredita-se, que esse objetivo vai além da proteção ambiental, pois requer a adoção de um comportamento sustentável que mantenha esse ecossistema o mais equilibrado possível, garantindo sua defesa e sua existência futura.

Vale então suscitar a questão central: *como buscar essa sustentabilidade no trabalho hospitalar?* Mesmo que conheçamos as diversas legislações e normativas, essas não garantem que nossa prática seja de fato sustentável, pois depende da forma como cada profissional se relaciona com o seu fazer e percebe suas ações, das mais simples as mais complexas e ao realizá-las se constroem ou não um pensamento sustentável que o estimule a mudança.

Nesse sentido, pode-se considerar que a implantação de medidas de responsabilidades ambientais é acionada por razões internas e externas das instituições, entre elas: os custos, inovação tecnológica, otimização no processo, mudança de cultura voltada à preocupação ecológica e a prevenção de acidentes ecológicos (SCHENINI, 2005).

Assim, para que esse conjunto de responsabilidades e ações possam ser incorporados e entendidos pelos trabalhadores como uma necessidade atualmente, que se propõe a construção de ambientes éticos no ambiente hospitalar. Ele objetiva formar uma consciência ética a respeito das ações de cuidado, seja com o paciente, consumidor dessas ações, seja com o próprio ambiente de trabalho, perpassando desde os equipamentos, insumos hospitalares, medicamentos e seu correto descarte e os resíduos sólidos gerados nesse sistema.

O hospital como vimos, é uma estrutura complexa que funciona 24 horas, produz, consome e descarta ininterruptamente, o que justifica um despertar dos profissionais de enfermagem para um agir ético, que envolva desde o descarte correto de luvas, até o manuseio dos equipamentos mais complexos dentro de uma UTI, por exemplo.

A Organização Mundial da Saúde (2015) traz de modo claro que as questões

socioeconômicas determinam a saúde dos indivíduos e o princípio da equidade somadas as questões de cunho social compõem a meta de desenvolvimento sustentável. Nessa perspectiva, a busca por uma sustentabilidade hospitalar não descarta esses elementos cruciais para a compreensão do nosso papel nesse sistema. Essa sustentabilidade hospitalar caracteriza-se por uma modificação da cultura organizacional no quesito saúde ambiental e trabalho e como este pode ou não garantir a manutenção da natureza e seus recursos.

Essas ações possuem impacto na natureza, e entender a interconexão que acontece nesse sistema torna-se essencial para a busca de uma sustentabilidade hospitalar. Acredita-se, que a partir da construção de ambientes éticos essas práticas poderão ser discutidas e (re)pensadas pelos profissionais favorecendo um ambiente de trabalho sustentável e seguro.

Contudo, deve-se pensar sobre os diversos elementos que estão entre esses dois polos: o hospital enquanto empresa que produz e visa o lucro e as ações éticas que constituem um atributo na busca da sustentabilidade a qual certifica a instituição enquanto sustentável tendo em vista seu esforço para equilibrar todos seus subsistemas ao desenvolver suas ações. Mas o que de fato seriam esses ambientes éticos? Quais suas características? Quem poderia auxiliar na sua construção e quais os elementos que podem modificar o comportamento dos trabalhadores visando uma prática sustentável?

Ambientes éticos podem ser entendidos como espaços de voz e discussão sobre as ações profissionais, sobre como esses indivíduos percebem o impacto do seu trabalho e da possível falta de comprometimento, ou seja, dos aspectos negativos que porventura possam surgir como: negligência, imperícia e imprudência. Estes ambientes devem substituir a passividade em relação aos objetivos a que se propõe alcançar (LUNARDI et al, 2016).

Partindo dessa premissa, pode-se denominar infração ética quando um trabalhador pode, mas não deseja exercer sua prática de modo a preservar os recursos naturais. Um exemplo bastante comum encontra-se no descarte inadequado de resíduos hospitalares, quando descartamos resíduos do tipo comum em recipientes que são para receber os contaminados, aumentando por sua vez os custos para sua retirada e destino. Outra questão está no descarte de resíduos químicos, na manipulação de medicamentos e acondicionamento de materiais em unidades.

Os ambientes éticos possuem características de espaços dialógicos onde as equipes de enfermagem podem construir uma cultura de segurança, de preservação ao meio ambiente, e um repensar sobre como desenvolvem suas ações, estimulando a realizarem práticas sustentáveis, ou seja, que minimizem os riscos à saúde dos trabalhadores, pacientes e a natureza. Também proporciona uma visão do macro espaço de atuação, oportunizando ao profissional a visualização sobre o que circunda a instituição hospitalar.

A construção desses ambientes pode ser estimulada pelos enfermeiros que

coordenam as equipes de enfermagem, por meio de uma educação permanente que esclareça a importância da incorporação da sustentabilidade no seu fazer. O comprometimento de todos em busca de uma prática sustentável no ambiente hospitalar instigada por estes profissionais contribui para formação de uma autoconsciência sobre o papel de cada indivíduo nesse sistema e conseqüentemente no ecossistema, superando a visão antropocêntrica pela visão ou pensamento ecossistêmico.

Nesse sentido, a sustentabilidade hospitalar fomentada por ambientes éticos contribuirá para um desenvolvimento que mantenha um ambiente que não prejudique as oportunidades atuais e futuras de geração de boa saúde. Há de se considerar a questão da educação para sustentabilidade, o globalismo, modernidade e o capitalismo, antes mencionados a fim de fundamentar a necessidade tanto da conceituação de *sustentabilidade*, sua inserção na prática de enfermagem e para delinear os desafios na busca de um trabalho hospitalar sustentável frente as profundas transformações tecnológicas, que representam um dualismo (FURUKAWA et al,2017; ANAKER ; ELF,2014)

Os elementos presentes nos ambientes éticos que contribuem para uma ação sustentável são: a *consciência ética* (reflexão sobre como, para que, qual o melhor método) da prática de enfermagem; o *diálogo* que auxilia na revisão das boas práticas buscando com isso a segurança das ações; *comprometimento* para com o outro; *ampliação da visão profissional* para além dos limites institucionais que almeje um pensamento ecossistêmico que compreenda as diferentes e complexas interconexões; *desejo pela manutenção e defesa dos recursos naturais* com ações que minimizem os impactos negativos na natureza(TIEDJE; WOOD, 1995; ANAKER ; ELF,2014) .

A partir de então, os trabalhadores podem por meio desses ambientes detectar os riscos no trabalho por meio de uma postura proativa e não apenas reativa, quando os problemas já estão postos. Na busca pela sustentabilidade hospitalar, os ambientes éticos tornam-se aliados para uma mudança de comportamento e pensamento, já que os elementos que o compõem são incorporados na coletividade, o que permite que a cultura interna de uma instituição possa ser modificada (TIEDJE; WOOD, 1995).

Reitera-se que o ser humano/trabalhador da área da saúde, em especial o da enfermagem, necessita buscar tecnologias que possam favorecer as relações no produzir e viver de forma sustentável/saudável em ambientes hospitalares por ser um processo que permite satisfazer as necessidades dos elementos e dos conjuntos nos ambientes sociais e, nestes, as hospitalares e culturais da população atual sem comprometer a capacidade de atender as gerações futuras (LEFF,2002).

Portanto, com a construção de ambientes éticos (que podem ser vistos como tecnologia leve para o trabalho hospitalar) as ações estratégicas e sustentáveis tendem a colaborar para o cumprimento das legislações pertinentes, visando também a obtenção de credenciais competitivas no mercado por meio de certificações ambientais (BERNARDES e tal, 2013).

Considera-se então, que a busca da sustentabilidade hospitalar está permeada de fatores internos e externos que precisam ser discutidos e pensados pelo conjunto de trabalhadores, e a proposição da construção de ambientes éticos constitui-se uma das ferramentas para que a incorporação de uma nova cultura interna que impulse a mudança de comportamento e pensamento se tornem possíveis de serem alcançadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta reflexão destacou a importância da busca de uma sustentabilidade hospitalar através da construção de ambientes éticos no trabalho em enfermagem. Percebe-se a necessidade da compreensão pelos profissionais de enfermagem do conceito de sustentabilidade e sua real inserção no cotidiano de trabalho, e a visualização por parte desses trabalhadores da possibilidade de exercer ações sustentáveis.

Para que esse objetivo seja alcançado, compreender o contexto hospitalar e sua dinâmica e inserção na comunidade torna-se essencial, pois frente as intensas transformações e avanços do mercado, essas organizações primam por um trabalho mais eficiente e de qualidade. A sustentabilidade desenvolvida por essas instituições também as credencia para certificação, seja nacional ou internacional o que as tornam mais competitivas no mercado de saúde pois não perdem a característica de uma empresa.

Superar a visão antropocêntrica ao perseguir a sustentabilidade permite aos profissionais ampliarem seu pensamento e compreensão sobre como realizam sua prática ao relacioná-la aos mais diversos impactos, sejam eles, ambientais, sociais, políticos e econômicos que fundamentam a sustentabilidade. Para tanto existem desafios a serem superados, sejam internos através de uma mudança de cultura e da implementação de uma gestão e educação sustentável, sejam externos, sobre como os profissionais e sociedade percebem as organizações hospitalares.

Propõe-se a construção de ambientes éticos que permitam dar voz a todos os envolvidos no cuidado para que discutam e repensem seu modo de agir e cuidar. Entende-se que esses ambientes podem colaborar para a ampliação da visão dos trabalhadores e uma conscientização sobre os diversos impactos ambientais da sua prática.

Considera-se nessa reflexão que infração ética são as ações insustentáveis, caracterizadas pela negligência, imprudência e imperícia para com o ambiente de trabalho, pois promovem impactos negativos ao meio ambiente. Portanto, urge uma mudança de comportamento e cultura para que possamos alcançar um trabalho hospitalar sustentável que garanta o futuro ambiental, o proteja, mantenha e defenda os recursos naturais tão impactados pelas ações humanas.

REFERÊNCIAS

- BRUNORO, C M. **Metodologia de tratamento integrado de energia elétrica e recursos naturais para empreendimentos nos setores residencial e comercial**. São Paulo, Dissertação (Mestrado – Área de Concentração: Sistemas de Potência – Engenharia Elétrica) – Escola Politécnica da USP, 2007.
- DIAS, M de A. Resíduos dos serviços de saúde e a contribuição do hospital para a preservação do meio ambiente. **Revista Academia de Enfermagem**, v. 2, n. 2, Jan. 2004, p. 21-29.
- RIBEIRO, G P. **Conforto ambiental, sustentabilidade, tecnologia e meio ambiente: estudo de caso Hospital Sarah Kubitschek** – Brasília. In: Fórum de Pesquisa FAU. Mackenzie, 3, 2007, São Paulo. Anais. São Paulo: Mackenzie, 2007. Disponível em: www4.mackenzie.br/fileadmin/Graduacao/FAU/Publicacoes/PDF_IIIForum_a/MACK_III_FORUM_GISLENE_RIBEIRO.pdf. Acesso em: 17 jul. 2018.
- RODRIGUES, M. C. A. **Saberes e práticas em experiência de construção da sustentabilidade no meio rural nordestino**. Tese de doutorado. Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2009.
- SAMPAIO, AV C de F. **Arquitetura hospitalar: projetos ambientalmente sustentáveis, conforto e qualidade; proposta de um instrumento de avaliação**. São Paulo, Tese (Doutorado – Área de Concentração: Estruturas Ambientais Urbanas) – FAUUSP, 2005. Disponível em: www.docudesk.com. Acesso em: 14 jul. 2018.
- SILVA, D. da, C. C. **Sustentabilidade Corporativa**. In: Anais VI Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia - SEGeT, Resende, RJ, 2009.
- SIQUEIRA HCH. **As interconexões dos serviços no trabalho hospitalar: um novo modo de pensar e agir**. [Tese de doutorado]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2001.
- SVALDI SDJ, SIQUEIRA, HCH. Ambiente hospitalar saudável e sustentável na perspectiva ecossistêmica: contribuições da enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, vol. 14, núm. 3, julio-septiembre, 2010, pp. 599-604.
- TINOCO WPV, MORAES MO. **Sustentabilidade e Comunicação no contexto hospitalar: estabelecendo a necessária conscientização**. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Comunicação da ECA/USP. 2008.
- ANAKER A, ELF M. Sustainability in nursing: a concept analysis. **Scand J Caring Sci**; 2014; 28; 381–389.
- BERNARDES, E. B.; NETO A; MOTTA, M. P. de O. **Hospitais e sustentabilidade: o impacto ambiental de uma lavandeira hospitalar**. IX Congresso Nacional de Excelência em Gestão, 2013.
- BITENCOURT, F. Hospitais sustentáveis: componentes de utopia ou de sobrevivência. **Revista Ambiente Hospitalar**, ano 1, n. 1, dez. 2006. Disponível em: http://www.flexeventos.com.br/detalhe_01.asp?url=artigos_hosp_sustentavel.asp. Acesso em: 21 julho. 2018.
- BOLIS, I.; MORIOKA, S. N.; SZNELWAR, L. I. When sustainable development risks losing its meaning. Delimiting the concept with a comprehensive literature review and a conceptual model. **Journal of Cleaner Production**, v. 83, p. 7-20, 2014

BONI C, CONRADO R DA S, FORTUNA T C. CONFORTO AMBIENTAL HOSPITALAR NA PERSPECTIVA DOS HOSPITAIS DA REDE SARAH KUBISTSCHEK. **Revista Contemporânea: Revista Uni Toledo: Arquitetura, Comunicação, Design e Educação**, v. 03, n. 01, p. 74-88, jan/jun. 2018. Disponível em <http://www.ojs.toledo.br/index.php/contemporanea/article/view/2969/360>

BRASIL, Resolução N° 6, de 30 de janeiro de 2012. Dispõe sobre as Boas Práticas de Funcionamento para as Unidades de Processamento de Roupas de Serviços de Saúde e dá outras providências.

Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 31 de janeiro de 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0006_30_01_2012.html>. Acesso em: 22 de julho de 2018.

BRASIL. M S. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

FEIL AA, SCHREIBER D. Sustentabilidade e desenvolvimento sustentável: desvendando as sobreposições e alcances de seus significados. **Cad. EBAPE.BR**, v. 14, n° 3, Artigo 7, Rio de Janeiro, Jul./Set. 2017 <http://dx.doi.org/10.1590/1679-395157473>

FURUKAWA PO, CUNHA ICKO, PEDREIRA MLG, MARCK PB. Characteristics of nursing professionals and the practice of ecologically sustainable actions in the medication processes. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2017;25: e 2909. [Access 28 Jun 2020]; Available in: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1516.2909>

GOODMAN B.; RICHARDSON J. Climate change, sustainability and health in United Kingdom higher education: the challenges for nursing. In: **Sustainability Education: Perspectives and Practice across Higher Education**, pp. 109–132. Earthscan, London. 2009.

KAWAMOTO AM, OLIVEIRA JLC, TONINI NS, NICOLA AL. Liderança e cultura de segurança do paciente: percepções de profissionais em um hospital universitário. **J. res.: fundam. care. Online** 2016. abr./jun. 8(2):4387-4398. DOI: 10.9789/2175-5361. 2016.v8i2.4387-4398. <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4530>

LEFF E. **Saber ambiental: sustentabilidade, racionalidade, complexidade, poder**. 2ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2002

LUNARDI VL et al. Gestão de enfermagem e construção de ambientes éticos. **Enferm. Foco** 2016; 7 (3/4): 41-45.

MEDEIROS AC, SIQUEIRA HCH, ZAMBERLAN C, CECAGNO D, NUNES SS, THUROW MRB. Comprehensiveness and humanization of nursing care management in the Intensive Care Unit. **Rev. Esc. Enferm USP**. 2016;50(5):816-822. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000600015>

SCHENINI, P. C. (Org.) **Gestão empresarial socioambiental**. Florianópolis, 2005.

SIQUEIRA, H. C. H.; CECAGNO, D.; MEDEIROS, A. C.; SAMPAIO, A.; WEYKAMP, J. M.; PEDROSO, V. S. M.; ANDRADE, G. B.; RODRIGUES, S. Inserção do ensino da segurança na formação acadêmica do enfermeiro. **Revista de Enfermagem da UFPE On Line**, v. 13, p. e239822, 2019.

SIQUEIRA, H.C.H.; THUROW, M.R. B; FERRAZ DE PAULA, S.; ZAMBERLAN, C.; MEDEIROS, A.C.; CECAGNO, D. SAMPAIO, A.; PERIM, L. A saúde do ser humano na perspectiva ecossistêmica. **Rev. enferm UFPE online.**, Recife, 12(2):559-64, fev., 2018

SODRÉ M S, LEMOS C F. **O CENÁRIO DO GERENCIAMENTO DOS RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL**. Anais do 8º Forum Internacional de Resíduos Sólidos. FIRS/ UTFPR, campus Curitiba, de 12 a 14 de junho de 2017. Disponível em <http://www.institutoventuri.org.br/ojs/index.php/firs/article/view/134>

TIEDJE LB; WOOD Sensitizing Nurses for a Changing Environmental Health Role. **Public Health Nursing**. Vol. 12 No. 6, pp. 359-365.1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Social determinants of health in the America** Disponível em: <http://www.who.int/evidence/forum/EVIPNetSDHweekInterview.pdf>. 2015.

YOLLES, M.; FINK, G. The Sustainability of Sustainability. **Business Systems Review**, v. 3, n. 2, p. 1-32, 2014.

TECNOLOGIAS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 14/09/2020

Jamine Bernieri

Universidade do Estado de Santa Catarina-
UDESC
Chapecó-SC
<http://lattes.cnpq.br/9020291540000170>

Arnildo Korb

Universidade do Estado de Santa Catarina-
UDESC
Chapecó-SC
<http://lattes.cnpq.br/3815678630767447>

Leila Zanatta

Universidade do Estado de Santa Catarina-
UDESC
Chapecó-SC
<http://lattes.cnpq.br/8690234560867282>

RESUMO: A partir das mudanças propostas pela Reforma Psiquiátrica e pela Política Nacional de Saúde Mental, a Atenção Primária à Saúde (APS) passou a ser a porta de entrada para o atendimento aos usuários em SM (SM). Neste contexto, tem sido preconizada a utilização de tecnologias leves para o cuidado desta clientela. Compreende-se que ao utilizar tais tecnologias, os profissionais estarão prestando um cuidado integral e resolutivo. No entanto, infelizmente o que prevalece no cotidiano dos serviços, é um atendimento fragmentado, voltado ao modelo biomédico, tendo a medicalização como principal forma de tratamento. Sabe-se que os problemas de saúde mental já acometiam um grande número

de pessoas em nossa sociedade. Porém, em virtude das atuais medidas de prevenção impostas para evitar a disseminação do Coronavírus, como o isolamento social, certamente se observará um aumento na quantidade de indivíduos com sintomas de SM. Isto denota a importância de se discutir estratégias voltadas ao cuidado integral de saúde, buscando promover o bem estar físico, espiritual, emocional, social, familiar, além de garantir que o usuário tenha um atendimento individualizado. Diante do exposto, pretende-se neste artigo discutir as estratégias de cuidado aos usuários em SM na APS, através de uma revisão bibliográfica. Evidencia-se que ocorreram diversas mudanças na forma de cuidar das pessoas em SM, no país, ao longo dos anos. Porém, ainda existem desafios a serem vencidos para que de fato, os princípios propostos pela Reforma Psiquiátrica e pelo Sistema Único de Saúde (SUS) se concretizem. Cita-se principalmente, a mudança do modelo biomédico, centrado na medicalização e na doença por outro, com enfoque na subjetividade do indivíduo, e que contemple todas as questões de seu contexto de vida. Entende-se que as tecnologias leves ao serem empregadas no cuidado em saúde mental vão ao encontro desta abordagem holística.

PALAVRAS - CHAVE: Saúde mental; Cuidado; Tecnologia em Saúde; Atenção Primária à Saúde.

MENTAL HEALTH CARE TECHNOLOGIES IN PRIMARY CARE

ABSTRACT: From changes proposed by Psychiatric Reform and National Mental Health

Policy, Primary Health Care (PHC) started to be the entrance door for users in Mental Suffering (MS). In this context, the use of light technologies has been recommended for the care of this clientele. It is understood that when using such technologies, professionals will be providing comprehensive and resolute care. However, unfortunately what prevails in the daily routine of services is fragmented care, focused on the biomedical model, with medicalization as the main form of treatment. It is known that mental health problems have already affected a large number of people in our society. However, due to the current preventive measures imposed to prevent the spread of the Coronavirus, such as social isolation, there will certainly be an increase in the number of individuals with MS symptoms. This denotes the importance of discussing strategies aimed at comprehensive health care, seeking to promote physical, spiritual, emotional, social and family well-being, in addition to ensuring that the user has individualized care. Given the exposition, this article intends to discuss the care strategies for users in MS in PHC, through a bibliographic review. It is evident that there have been several changes in the way of caring for people in MS, in the country, over the years. However, there are still challenges to be overcome so that, in fact, the principles proposed by the Psychiatric Reform and the Unified Health System (UHS) are realized. It is mainly mentioned the change in the biomedical model, centered on medicalization and disease by another, with a focus on the subjectivity of the individual, and which addresses all issues of his life context. It is understood that light technologies when used in mental health care are in line with this holistic approach.

KEYWORDS: Mental health; Care; Health Technology; Primary Health Care.

1 | INTRODUÇÃO

A história da saúde mental foi marcada por anos de exclusão, confinamento, preconceito e afastamento das pessoas em sofrimento psíquico do convívio social e familiar. Porém, o tratamento e a compreensão sobre os transtornos de saúde mental mudaram ao longo dos anos, inclusive os cuidados a estes doentes (SANDRI, 2014).

Foi através da Reforma Psiquiátrica que surgiu uma nova proposta de tratamento às pessoas em SM no Brasil, a qual preconiza a desinstitucionalização dos pacientes, substituindo o antigo modelo hospitalocêntrico e centrado na doença, por outro que busca a reinserção social destas pessoas na sociedade, passando o tratamento e o cuidado a serem realizados através dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), tendo ainda a Atenção Primária à Saúde (APS) como o principal acesso destes usuários ao Sistema Único de Saúde (SUS) (MARQUES et al., 2018).

A partir das mudanças propostas, as ações de saúde mental passaram então, a ser realizadas no contexto do território das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), devendo o cuidado a esta clientela pautar-se no uso de tecnologias leves baseadas nas necessidades dos usuários, para promover uma assistência eficiente e de qualidade (CAMPOS, BEZERRA e JORGE, 2018).

No entanto, a literatura aponta para a prevalência da adoção do modelo biomédico com estrutura curativa, centrado na doença e arraigado ao tratamento psiquiátrico, com

forte medicalização no cuidado aos usuários em SM na APS, sem fazer uma reflexão sobre o seu enfoque prioritário nas múltiplas dimensões corporais, nas causas físicas e psíquicas das doenças (SILVA, 2014).

Ademais, diante do momento em que vivemos de enfrentamento da pandemia pelo novo Coronavírus, tem aumentado o número de pessoas queixando-se de sintomas de ansiedade, medo, irritação, tristeza, insônia, dentre outros. Sabe-se que os problemas de saúde mental já acometiam um grande número de pessoas em nossa sociedade. Porém, em virtude das medidas de prevenção impostas para evitar a disseminação do vírus, como o distanciamento social, certamente ocorrerá um aumento na quantidade de indivíduos referindo sintomas de SM. Isto denota a importância de se discutir estratégias voltadas ao cuidado integral à saúde, buscando promover a saúde física, espiritual, emocional, social, familiar, além de garantir que o usuário tenha um atendimento individualizado (SILVA e MONTEIRO, 2011). Diante do exposto, pretende-se discutir as estratégias de cuidado aos usuários em SM na Atenção Primária à Saúde através de uma revisão bibliográfica.

2 | A PROBLEMÁTICA DOS TRANSTORNOS MENTAIS

Atualmente os Transtornos Mentais (TM), descritos na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), estão organizados em 11 grupos de transtornos:

Transtornos mentais e comportamentais;

Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativa;

Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes;

Transtornos do humor;

Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o estresse e transtornos somatoformes;

Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos;

Distorções de personalidade e do comportamento adulto;

Retardo mental;

Transtornos do desenvolvimento psicológico;

Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou adolescência;

Transtorno mental não especificado (OMS, 2008).

Ainda, dentro do conjunto de doenças mentais existentes, têm-se os Transtornos Mentais Comuns (TMC), que são aqueles considerados menos rigorosos, difusos e inespecíficos em comparação com outros quadros definidos pelos sistemas classificatórios e diagnósticos. São também, socialmente, menos perturbadores e foram conceituados por Goldberg e Huxley (1992), para caracterizar um conjunto de sintomas não psicóticos como a insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas, que designam situações de SM, e são os quadros mais frequentemente encontrados na APS (SOUZA e SOUZA et al., 2017; MORAIS e SEGRI, 2011; MURCHO, PACHECO, NEVES DE JESUS, 2016; FROSI e TESSER, 2015).

Apesar da prevalência dos atendimentos na APS serem por TMC, no Brasil 3% da população sofre com Transtornos Mentais Graves (TMG) e persistentes, e 6% tem transtorno psiquiátrico grave provocado por uso de álcool ou de outras drogas (SANTOS, 2010). De acordo com o Ministério da Saúde da Europa (2007), estima-se que entre 40% e 90% das pessoas que sofrem de problemas mentais permanecem em contato próximo ou morando com parentes, devido ao atual modelo de atenção à saúde mental, focado na prática ambulatorial, com cuidado compartilhado entre os profissionais de saúde e cuidadores familiares.

Compreende-se que a abordagem dos problemas mentais, sejam eles enquadrados nas situações descritas como TMC ou nos casos de TMG e persistentes, merecem maior inteligibilidade e estratégias de ação racionais, abrangentes, e menos iatrogênicas. Considera-se fundamental que os profissionais da APS estejam atentos às diversas dimensões do usuário que apresenta-se a sua frente (CASSEL 2006 apud BRASIL, 2013).

3 | A HISTÓRIA DO CUIDADO ÀS PESSOAS EM SOFRIMENTO MENTAL

Ao considerar a história da saúde pública no Brasil, a partir da década de 1960 até a atualidade, é possível descrever importantes acontecimentos relativos à saúde mental, como a Reforma Psiquiátrica que teve sua origem em 1980 e caracterizou-se pela substituição do modelo hospitalocêntrico por sistemas extra-hospitalares de cuidado aos usuários em SM (MARQUES et al., 2018).

A proposta que hoje está consolidada através da Política Nacional de Saúde Mental privilegia os sistemas locais de saúde, como espaço para o desenvolvimento das ações de saúde mental (SOUZA, 2012). Foi em 2001, que a Lei nº 10.216 foi sancionada, afirmando os direitos das pessoas em SM e redirecionando o modelo assistencial em saúde mental no Brasil. A partir deste marco a APS passou definitivamente a ser a porta de entrada para o atendimento desta clientela no SUS (BRASIL, 2011).

Buscando fortalecer os atendimentos em saúde mental na APS, instituíram-se as Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). A criação das RAPS teve a finalidade de promover uma articulação integrada e ampliada

no território, a partir da criação de parcerias intersetoriais e intervenções transversais de outras políticas públicas, além de superar a centralidade de cuidados aos usuários em SM (BRASIL, 2013; OLIVEIRA, et al., 2017).

Já a criação do NASF visa oferecer Apoio Matricial a um número fixo de ESF, com enfoque em alguns eixos temáticos prioritários, como a *saúde mental*. O Apoio Matricial funciona como um dispositivo assistencial pedagógico, aumentando o leque de possibilidades de assistência prestada pelo SUS aos usuários em SM, bem como aos seus familiares/cuidadores (BRASIL, 2007).

Porém, diversos estudos demonstram que apesar das mudanças propostas, quase inexistem práticas de saúde mental nas equipes estudadas, sendo que as poucas que existem são focadas em uma abordagem exclusivamente biológica, onde existe o risco de uma medicalização cotidiana (WENCESLAU e ORTEGA, 2015; PINTO, 2017; ROTOLI et al.; 2019).

4 | O USO DE PSICOTRÓPICOS COMO PRINCIPAL TRATAMENTO PARA O SOFRIMENTO MENTAL

A medicalização na saúde mental é uma prática construída socialmente, a partir de significados e sentidos atribuídos pelos próprios usuários em SM, familiares e por profissionais de saúde. Usualmente em termos de doença, esta prática é considerada essencialmente ruim, pois diminui a competência emocional, cognitiva e prática das pessoas e comunidades, no controle da maior parte das situações de dor, adoecimento, sofrimento e morte. Além disso, prejudica a capacidade criativa de enfrentamento e normatividade frente às adversidades, oscilações e conflitos do meio e do indivíduo (CONRAD 1992; ILLICH, 1975; CANGUILHEM, 1978).

Os medicamentos psicotrópicos ou psicofármacos tem como objetivo aliviar os sintomas ocasionados por algum SM, e também a modificação do humor, da emoção e do comportamento. Dentre as categorias de psicofármacos, duas apresentam grande importância quando se fala em nível de saúde coletiva e prescrição na APS, sendo elas os ansiolíticos (mais especificamente os benzodiazepínicos) e os antidepressivos (GRASSI e CASTRO, 2015; BRAGA et al., 2016).

Embora seja indiscutível o benefício relacionado à utilização de psicofármacos para tratamento dos TM, torna-se fundamental que as pessoas sejam orientadas não apenas quanto à melhor modalidade terapêutica para seu caso, mas também em relação à correta utilização destes medicamentos, visto que o uso inadequado destes submete a pessoa a riscos à saúde, que podem ser graves. Torna-se necessário ainda, parar de pensar que psicofármacos são o melhor tratamento ou muitas vezes, a única forma de tratar os usuários em SM (BORGES et al., 2015; ALFENA, 2015).

5 I TECNOLOGIAS EMPREGADAS NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

São consideradas tecnologias em saúde, os medicamentos, equipamentos, procedimentos, sistemas organizacionais, educacionais, de informações e de suporte, além de programas e protocolos assistenciais, através dos quais o cuidado à saúde é prestado à população (BRASIL, 2010).

Cada vez mais o SUS tem orientado que sejam desenvolvidas ações voltadas a um cuidado pautado em tecnologias leves, como acolhimento, acompanhamento horizontal e longitudinal dos usuários, fortalecimento da autonomia, o enfoque na subjetividade, bem como, o incentivo à participação das pessoas em atividades comunitárias e grupos de apoio na APS (MINOZZO e COSTA, 2013).

Segundo Rebello et al. (2014) a incorporação de inovações tecnológicas nos modelos de ofertas de serviços existentes de Saúde Mental é apontada como uma das estratégias com potencial de reduzir substancialmente o *gap* de tratamento e, conseqüentemente, a carga de doença produzida pelos TM, considerando-as de extrema valia no cuidado dos usuários em SM.

Merhy (2002) classifica as Tecnologias em Saúde em três tipos: a 'dura', vinculada aos procedimentos e terapêuticas, a qual requer a utilização de maquinários e seus operadores; a 'leve-dura', caracterizada pelos saberes científicos, a exemplo da interação médico-paciente nos serviços; e a terceira tecnologia refere-se à 'leve', cujo foco se dá entre o profissional de saúde e o usuário, na produção de suas relações.

Compreende-se que no cuidado aos usuários em SM torna-se fundamental a ampliação da clínica, com ações que extrapolem as ofertas clássicas de tratamento, que possam oferecer outros cuidados benevolentes adjuvantes e não farmacológicos para cada caso específico (SILVA, 2016; FERREIRA, PEREIRA e PEREIRA JUNIOR, 2017; MARULANDA e ARROYAVE, 2019).

A *escuta qualificada* é apontada como uma das intervenções que pode ser realizada por qualquer profissional da equipe da APS, no cuidado aos usuários em SM. Por mais que o fato de ouvir o usuário possa parecer algo banal comparado a outras condutas técnicas, é ainda considerado importante e deve ser a primeira ferramenta a ser utilizada pelo profissional de saúde em seu cotidiano de trabalho, pois oportuniza ao indivíduo contar e ouvir o seu sofrimento de outra perspectiva (BRASIL, 2013).

Frosi e Tesser (2015) pontuam dentre as opções de tecnologias leves utilizadas na prática assistencial aos usuários em SM pelas equipes de ESF na APS, o *acolhimento*, o *projeto terapêutico*, os *atendimentos domiciliares* e os *grupos temáticos*. Outra prática que pode ser considerada como tecnologia leve, voltada ao cuidado desta clientela compreende a *aplicação do relacionamento terapêutico*. Esta estratégia fortalece a participação do enfermeiro no manejo dos casos de TM na APS. Este modelo de atendimento compreende

ações planejadas entre o enfermeiro e a pessoa que precisa de ajuda, com objetivos definidos e compromisso recíproco. Como terapêutica centrada na pessoa, constitui um repertório de saberes e práticas que possibilita o entendimento do ser humano em sua complexidade e sua aplicação promove crescimento e mudança de comportamento entre os envolvidos (NOBREGA, FERNANDES e SILVA, 2017).

Alfena (2015) pontua que tanto o *acompanhamento psicológico* como os *exercícios físicos* têm se mostrado tão eficazes quanto os psicotrópicos para tratar a depressão, e seus efeitos são mais duradouros.

Outras tecnologias leves que vem sendo empregadas na APS para o cuidado aos usuários em SM são as *Práticas Integrativas e Complementares* (PICS). Estas práticas de cuidado buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de doenças e recuperação da saúde por meio de ações seguras. São empregados recursos naturais no cuidado aos indivíduos, fugindo do modelo biomédico da medicalização (MALAFAIA e MAGALHÃES, 2009).

Foi através da Portaria GM/MS nº 971, de 3 de maio de 2006, que a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPIC) passou a vigorar no Brasil, inicialmente com cinco práticas (BRASIL, 2006). Porém, a partir da Portaria nº 849/2017, foram inclusos quatorze novos tratamentos, sendo hoje ofertadas as seguintes PICS: Homeopatia, Medicina Tradicional Chinesa/acupuntura, Medicina antroposófica, Plantas medicinais e Fitoterapia, Termalismo social/crenoterapia, Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga (BRASIL, 2017).

Para Alfena (2015) a saúde mental na APS envolve mais do que o cuidado aos TM, requer a construção de modelos de cuidado integrais que abordem o usuário, sua família e a comunidade em geral, além da formação de vínculos reais e contínuos, entre profissionais e usuários, ampliando as possibilidades de desenvolvimento de autonomia, autoestima, autocuidado e garantia da cidadania.

Silva e Ferreira (2009) salientam que a incorporação das tecnologias no cuidado em saúde mental, pode modificar o modo de se viver e influenciar os campos social, econômico e ambiental. Assim, torna-se relevante a introdução das tecnologias na assistência aos usuários, pois esta prática implica no redimensionamento dos espaços do cuidado.

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Evidenciou-se com base na literatura que ocorreram diversas mudanças na forma de cuidar das pessoas em SM no país, ao longo dos anos. Atualmente preconiza-se que os atendimentos às demandas de saúde mental no SUS ocorram na APS, através da utilização de tecnologias leves, pelas equipes multiprofissionais. Compreende-se que ao utilizar tais tecnologias, os profissionais de saúde, além de estarem prestando um cuidado integral

e resolutivo aos usuários, reafirmam seu comprometimento com os princípios propostos pela Reforma Psiquiátrica e do SUS. Porém infelizmente, apesar das confluências teóricas, pouco se evoluiu no cotidiano prático, pois o que observa-se é a prevalência da prática assistencial biomédica, focada na medicalização e no profissional médico.

AGRADECIMENTOS

Fapesc TO 2019TR706.

REFERÊNCIAS

ALFENA, M.D. **Uso de Psicotrópicos na Atenção Primária**. 2015. Dissertação (Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde com Ênfase na Estratégia de Saúde da Família) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca: Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: www.catalogodeteses.capes.gov.br. Acesso em: 04 set. 2020.

BRAGA, D.C.; BORTOLINI, M.S.; PEREIRA, G.T. et al. Uso de psicotrópicos em um município do meio oeste de Santa Catarina. **J Health Sci Inst.**, Florianópolis, v. 34, n. 2, 2016. Disponível em: https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2016/02_abr-jun/V34_n2_2016_p108a113.pdf. Acesso em: 03 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS**. Brasília, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>. Acesso em: 04 set. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários**, Brasília, 7 p., 2007. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf. Acesso em: 05 set. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde**, Brasília, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_gestao_tecnologias_saude.pdf. Acesso em: 05 set. 2020.

_____. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS): Brasília, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 05 set. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental: Cadernos de Atenção Básica**, Brasília, n.34, 173p, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf. Acesso em: 03 set. 2020.

_____. Portaria nº 849, de 27 de março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Diário Oficial da União**, Brasília, 28 mar. 2017. Disponível em: <http://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-849-de-27-de-marco-de-2017-20127668>. Acesso em: 06 set. 2020.

BORGES, T.L.; MIASSO, I.A.; VEDANA, G.G. et al. Prevalência do uso de psicotrópicos e fatores associados na atenção primária à saúde. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 28, n. 4, Jul/Ago., 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n4/1982-0194-ape-28-04-0344.pdf>. Acesso em: 06 set. 2020.

CAMPOS, D.B.; BEZERRA, I.C.; JORGE, M.S.B. Tecnologias do cuidado em saúde mental: práticas e processos da Atenção Primária. **Rev. Bras. Enferm.**, Fortaleza, v. 71, supl.5, p. 2101-2108, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001102101&lng=pt&tlng=pt Acesso em: 05 set. 2020.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1978.

CONRAD, P. Medicalization and social control. **Annual Review of Sociology**, Palo Alto, v. 18, p. 209-232, 1992. Disponível em: <https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.so.18.080192.001233>. Acesso em: 04 set. 2020.

EUROPA. Saúde Mental na Europa: Cuidadores e parentes de pessoas com problemas mentais. Saúde mental na Europa. Linhas futuro em Saúde Mental Barcelona: **Ministério Saúde e Consumo, Observatório do Sistema. Direção Geral da Agência Nacional de Saúde Qualidade do Sistema Nacional de Saúde**, Barcelona, 417-40 p., 2007. Disponível em: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equity/MentalHealthEurope.pdfPO>. Acesso em: 04 set. 2020.

FERREIRA, S.M.C.; PEREIRA, A.M.O.; PEREIRA JUNIOR, A. Auto-organização, autonomia e o cuidado em saúde mental. **Simbio-Logias**, São Paulo, v. 6, n. 8, 2013. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/140648/ISSN1983-3253-2013-06-08-41-52.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 05 set. 2020.

FROSI, R.V.; TESSER, C.D. Práticas assistenciais em saúde mental na atenção primária à saúde: análise a partir de experiências desenvolvidas em Florianópolis, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n.10, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232015001003151&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 05 set. 2020.

GRASSI, L.T.V.; CASTRO, J.E.S. Estudo de Consumo de Medicamentos Psicotrópicos no Município de Alto Araguaia-MT. **Revista Saberes da Fapan**, Mato Grosso, 2015. Disponível em: <https://fapan.edu.br/wp-content/uploads/sites/14/2018/04/ed3/8.pdf> Acesso em: 07 set. 2020.

ILLICH, I. Medicalization and primary care. **The Journal of the Royal College of General Practitioners**, London, v. 32, n. 241, p.463-470, 1982. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1972593/>. Acesso em: 04 set. de 2020.

MALAFAIA, L.M.; MAGALHÃES, G.M.; ALVIM, N.A.T. Implementação de Práticas Integrativas e Complementares de Saúde em Instituições Hospitalares do Município do Rio de Janeiro: limites e possibilidades no cuidado de enfermagem. **Anais 16º Pesquisando em Enfermagem**. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p. 1-2, 2009.

MARQUES, D.A.; PAULA, L.G.; SOUZA, L.C. et al. Assistência ao Indivíduo em Sofrimento Psíquico: Percepção das Equipes Multiprofissionais. **Revista Enferm. UFPE**: Recife, v.12, n.2, fev. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/24111> . Acesso em: 04 set. 2020.

MARULANDA, A.F.T.; ARROYAVE, C.D.L. Understanding science in the service and care of mental health and disorders. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24 n.1, jan., 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1413-812320190001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04 set. 2020.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINOZZO, F.; COSTA, I.I. Apoio matricial em saúde mental entre CAPS e Saúde da Família: trilhando caminhos possíveis. **Psico-USF**, Brasília, v.18, n. 1, jan./abr. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712013000100016. Acesso em: 05 set. 2020.

MORAIS, M.L.S.; SEGRI, N.J. Prevalência de transtornos mentais comuns auto-referidos e sua relação com os serviços de saúde em municípios da Baixada Santista - SP. **BIS, Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v.13, n.2, out., 2011. Disponível em: http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122011000200007&lng=pt&nrm=iso&tling=pt. Acesso em: 06 set. 2020.

MURCHO, N.; PACHECO, E.S.; JESUS, N. Transtornos mentais comuns nos Cuidados de Saúde Primários: Um estudo de revisão. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n.15, jun. 2016. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602016000100005 Acesso em: 05 set. 2020.

NOBREGA, M.P.S.S.; FERNANDES, M.F.T; SILVA, P.F. Aplicação do relacionamento terapêutico a pessoas com transtorno mental comum. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v.38, n.1, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.63562> Acesso em: 05 set. de 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. CID-10: **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**, 10ª revisão, v.3, 2008. Disponível em: https://pebmed.com.br/cid10/?utm_source=google&utm_medium=cpc&utm_campaign=search_cid&gclid=EAlalQobChMI-vHZlYXk6AIVSwaRCh25qA0gEAAYASAAEgLRqfD_BwE. Acesso em: 04 set. 2020.

PINTO, V.A.M. **Os Sentidos Atribuídos pelos Profissionais da Estratégia Saúde da Família aos “Casos” de Saúde Mental**. 2017. Tese (Doutorado em Saúde Mental) Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: www.periodicos.capes.gov.br. Acesso em: 03 set. 2020.

REBELLO, T.; MARQUES, A.; GUREJE, O. et al. Innovative strategies for closing the mental health gap globally. **Curr Opin Psychiatr**, Canadá, v. 27, n. 4, p. 308-14, 2014. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/262530801_Innovative_strategies_for_closing_the_mental_health_treatment_gap_globally. Acesso em: 04 set. de 2020.

ROTOLI, A.; SILVA, S.R.M.; SANTOS, M.A. et al. Saúde mental na Atenção Primária: desafios para a resolutividade das ações. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.23 n.2, mar., 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452019000200209&lng=en&nrm=iso&tling=pt. Acesso em: 05 set. 2020.

SANDRI, A. **Acolhimento: Tecnologia para apreensão das questões de saúde mental na Unidade Básica de Saúde**. 2014. Dissertação (Especialização em Saúde Mental: Gestão, Atenção, Controle Social e Processos Educacionais) Escola GHC, Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014. Disponível em: [docs.bvsalud.org > biblioref > colecciona-sus > 2014](https://docs.bvsalud.org/biblioref/colecciona-sus/2014). Acesso em: 05 set. 2020.

SANTOS, E.G.S.M.M. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v.59, n.3,238-246p,2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0047-20852010000300011> .Acesso em: 05 set. 2020.

SILVA, R.C.; FERREIRA, M.A. A tecnologia em saúde: uma perspectiva psicossociológica. Esc Anna Nery. **Rev Enferm.**, Rio de Janeiro, n.3, v. 1, jun.,169-73, 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452009000100023&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 05 set. 2020.

SILVA, K.V.L.G.; MONTEIRO, A.R.M. The family in mental health: support for clinical nursing care. **Revista Escola Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n.5, p.1232-7, 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22031388/>. Acesso em: 03 set. 2020.

SILVA, F.A. **Uso de Psicofármacos na Atenção Básica: Tecnologias Assistenciais para a Estratégia Saúde da Família**. Dissertação. (Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família). 2014. Universidade Estadual do Ceará, Ceará, 2014. Disponível em: <https://catalogodeteses.capes.gov.br/catalogo-teses/#/>. Acesso em: 05 set. 2020.

SILVA, G.R.; REIS, H.F.T.; SANTOS, E.M. et al. Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: percepções da equipe de saúde da família. **Cogitare Enferm**, Paraná, v. 21, n. 2; p. 01-08, 2016. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/43861>. Acesso em: 05 set. 2020.

SILVA, K.V.L.G; MONTEIRO, A.R.M. The family in mental health: support for clinical nursing care. **Revista Escola Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n.5, p. 1232-7, 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22031388/>. Acesso em: 03 set. 2020.

SOUZA, J.L.M.A.V. Demandas de saúde mental: percepção de enfermeiros de equipes de saúde da família. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 6, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000600005. Acesso em: 03 set. 2020.

SOUZA e SOUZA, L.P.; BARBOSA, B.B.; OLIVEIRA e SILVA, S.C. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em adultos no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n.18, dez., 2017. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602017000300009. Acesso em: 05 set. 2020.

WENCESLAU, L.D.; ORTEGA, F. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: Perspectivas internacionais e cenário brasileiro. **Interface**, Botucatu, v.19, n.55, Out./Dez., 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000401121 Acesso em: 05 set. 2020.

CAPÍTULO 24

PLANOS DE TRATAMENTO NO MANEJO DA DOENÇA DIARREICA AGUDA EM SANTA CATARINA ENTRE OS ANOS DE 2014 E 2018

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 18/09/2020

Carlise Krein

Universidade Do Estado De Santa Catarina-
Udesc, Chapecó-SC
<http://lattes.cnpq.br/9331256216211932>

Lucimare Ferraz

Universidade Do Estado De Santa Catarina-
Udesc, Chapecó-SC
<http://lattes.cnpq.br/3769248121024247>

Arnildo Korb

Universidade Do Estado De Santa Catarina-
Udesc, Chapecó-SC
<http://lattes.cnpq.br/3815678630767447>

RESUMO: O tratamento das doenças diarreicas agudas é uma importante estratégia para minimizar a disseminação da doença, assim como, reduzir as internações hospitalares e agravamentos. **Objetivo:** Identificar o manejo de tratamento da doença adotados nas diferentes regiões do Estado de Santa Catarina entre os anos de 2014 e 2018. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa, com análise de dados sobre a monitorização da doença no Estado. Além do cálculo da frequência relativa de plano de tratamento empregados em cada região de saúde e ano, foi identificada a média do período, e o desvio padrão do indicador. Os dados foram obtidos em coleta na plataforma do sistema de vigilância epidemiológica da

doença (SIVEP/DDA). O processamento e análise dos dados foi efetuada com a utilização da ferramenta *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0. **Resultados/ Discussão:** A média de utilização do Plano A no período do estudo foi de 72,65%, enquanto que do Plano B foi de 17,08%, e, do Plano C foi de 8,60%. Uma grande proporção de utilização do plano C prevaleceu em algumas regiões incluídas no estudo. O referido dado aponta para maior ocorrência de casos com desidratação grave nesses locais. A análise de dados demonstrou grande número de registros de plano de tratamento como “Ignorado”, principalmente em regiões de saúde localizadas no litoral do Estado. **Conclusões:** Há necessidade de atividades de educação permanente com profissionais de saúde que realizam o manejo da doença, com vistas a otimizar o registro das características dos casos, e, conseqüente, de análise dos dados e de planejamento das intervenções necessárias no cenário loco-regional.

PALAVRAS - CHAVE: Diarreia. Atenção Primária à Saúde. Monitoramento Epidemiológico.

TREATMENT PLANS IN THE MANAGEMENT OF ACUTE DIARRHIC DISEASE IN SANTA CATARINA BETWEEN 2014 AND 2018

ABSTRACT: The treatment of acute diarrheal diseases is an important strategy to minimize the spread of the disease, as well as reducing hospital admissions and worsening. Objective: To identify the treatment management of the disease adopted in the different regions of the State of Santa Catarina between the years 2014 and

2018. Methodology: This is a cross-sectional study with a quantitative approach, with analysis of data on the monitoring of the disease in the State. In addition to calculating the relative frequency of the treatment plan employed in each health region and year, the average of the period and the standard deviation of the indicator were identified. Data were obtained from collection on the platform of the disease epidemiological surveillance system (SIVEP / DDA). Data processing and analysis was performed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), version 20.0. Results / Discussion: The average use of Plan A during the study period was 72.65%, while Plan B was 17.08%, and Plan C was 8.60%. A large proportion of use of plan C prevailed in some regions included in the study. This data points to a higher occurrence of cases with severe dehydration in these places. The data analysis showed a large number of treatment plan records as “Ignored”, mainly in health regions located on the coast of the State. Conclusions: There is a need for permanent education activities with health professionals who carry out the management of the disease, with a view to optimizing the recording of case characteristics, and, consequently, data analysis and planning of necessary interventions in the regional scenario.

KEYWORDS: Diarrhea. Primary Health Care. Epidemiological Monitoring.

1 | INTRODUÇÃO

No Brasil, ainda é alta a taxa de incidência de Doença Diarreica Aguda (DDA), especialmente na região Norte e Nordeste do país (BUHLER et al, 2014). Essas doenças não compõe a lista de doenças de notificação compulsória do Ministério da Saúde, e a grande maioria dos casos não necessita de atendimento médico devido a evolução da doença ser auto limitada (BUSATO et al, 2013).

Em 1994 o Ministério da Saúde do Brasil criou o sistema de Monitorização das Doenças Diarreicas Agudas (MDDA), para promover a vigilância da incidência da doença no território nacional (MACEDO, et al, 2018). O termo “monitorização” é originário da língua inglesa, da palavra “*monitoring*”. Seu significado na língua portuguesa é acompanhamento e avaliação (BRASIL, 2010). Em Santa Catarina, o programa MDDA foi implantado no ano de 2000 em unidades sentinelas dos municípios (BUSATO et al, 2013). Esse programa orienta que cada município inclua pelo menos 30% das unidades de saúde no registro dos casos, sendo atribuição do município a escolha das unidades participantes como “sentinelas” (ASMUS, SEIXAS e GONZALES, 2017).

A MDDA, com a utilização da planilha, permite a identificação precoce da ocorrência de surto da doença e o delineamento do perfil de adoecimento no território, com a delimitação do local de ocorrência, faixa etária do paciente e o plano de tratamento recomendado para cada caso. Com a análise de tendência histórica, os dados obtidos na MDDA permitem avaliar a efetividade de intervenções implementadas para controle ou redução de incidência da doença no território.

Os dados coletados são sucintos, e semanalmente transcritos nos municípios para o Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica SIVEP/DDA. Em caso de

ocorrência de surto da doença, identifica-se a origem do surto, e os dados são notificados no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN). Durante a investigação, também são realizados exames laboratoriais para investigar o agente infeccioso, como infecção bacteriana presumível em coprocultura, e presença de vírus nas fezes.

A busca por atendimento profissional em caso de DDA é influenciada por fatores culturais da população e de acesso aos serviços de saúde no território. Estudo desenvolvido por Takimoto e colaboradores (2002) em Botucatu, SP, demonstrou que 36% da população do município procurava o serviço de saúde em caso de diarreias, o que acarretava em grande subregistro dos casos. A cobertura da população pela saúde suplementar também interfere na busca por atendimento no sistema público de saúde nos casos de DDA. E, o registro na planilha também pode sofrer influência do entendimento do profissional sobre a importância da notificação dos casos, e por se tratar de doença que não é de notificação individual compulsória, pode haver subnotificação. Dessa forma, os casos registrados podem corresponder em grande parte por casos de maior gravidade (BUSATO et al, 2013).

A atenção da DDA nos serviços de saúde podem ser efetuados por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem (sob supervisão do enfermeiro), dependendo da gravidade do caso. Em caso de DDA sem desidratação, ou classificada como leve, o atendimento pode ser realizado pela equipe de enfermagem (Plano A ou B), que deverá orientar o uso da Terapia de Reidratação Oral (TRO), efetuar orientações sobre alimentação adequada e cuidados necessários para evitar transmissão da doença. (BRASIL, 2012; BRASIL, 2015). Em caso de desidratação grave (Plano C), o atendimento deverá ser efetuado por profissional médico.

O manejo adequado do paciente com diarreia é uma das principais medidas para reduzir a morbidade hospitalar causada pela doença (BRAND; ANTUNES; SILVA, 2015). O ministério da saúde disponibiliza documento com orientações sobre manejo adequado da diarreia aguda nos serviços de saúde. Em estudo realizado por Oliveira e colaboradores (2018), com coleta de dados a partir de crianças de zero a 5 anos, notificadas ou hospitalizadas em virtude de diarreia entre os anos de 2010 e 2015 em Palmas (TO), identificou que apenas 46,2% destas haviam recebido prescrição de TRO. Estudo realizado por Busato e colaboradores (2013) na região Oeste de Santa Catarina, entre os anos de 2007 e 2011, demonstrou a problemática relacionada ao manejo e monitorização inadequada da doença, quando em dois municípios a utilização do Plano C chegou a 85% e 99% dos atendimentos. Essa situação demonstra a falta de confiança dos profissionais de saúde na TRO, o que pode gerar o aumento na hospitalização pela doença, aumenta os custos do tratamento e diminui a qualidade de vida do indivíduo (BRAND; ANTUNES; SILVA, 2015; OLIVEIRA, et al, 2018).

Tendo em vista as singularidades descritas dos diferentes manejos de tratamento dos casos de diarreias agudas, há necessidade de formulação de diagnóstico situacional em nível local ou regional, para implementação de ações efetivas. Assim, tem-se por objetivo

identificar e descrever os planos de tratamento da doença adotados entre os diferentes anos e regiões de saúde do Estado de Santa Catarina.

2 | METODOLOGIA

Realizou-se um estudo transversal de abordagem quantitativa, entre os meses de janeiro e dezembro, dos anos de 2014 a 2018, com coleta dos dados registrados na base do Sistema de Vigilância da Doença Diarreica Aguda (SIVEP/DDA), provenientes do MDDA no Estado de Santa Catarina. Os registros analisados são de indivíduos usuários de Sistema Único de Saúde (SUS) que procuraram serviço de saúde em decorrência de diarreia no Estado de Santa Catarina nos anos do estudo.

Por Deliberação 348/CIB/12, de 30 de agosto de 2012 (Figura 1), cada um dos 295 municípios do Estado de Santa Catarina faz parte de uma das 16 regionais de saúde.

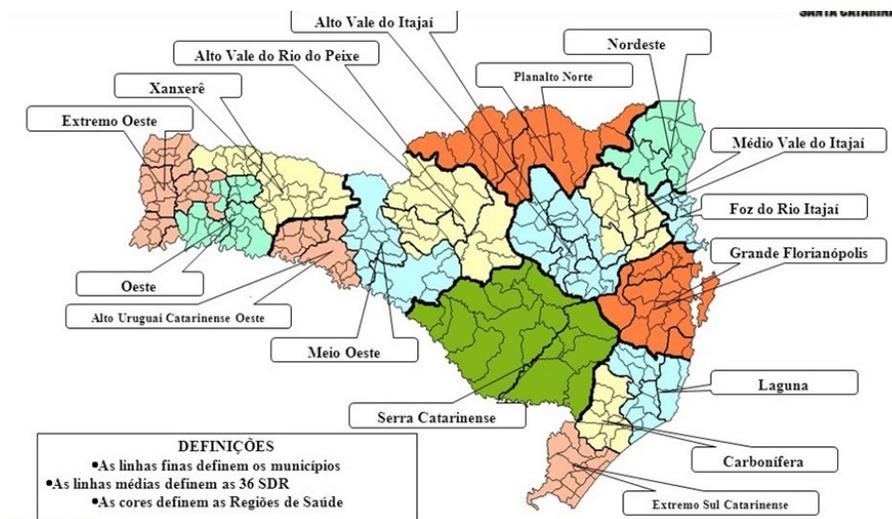


Figura 1: Regiões de Saúde do Estado de Santa Catarina

Fonte: SANTA CATARINA. Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina, 2020. Disponível em: <https://slideplayer.com.br/slide/10246231/>. Acesso em: 12/03/2020.

As regiões de saúde são compostas por municípios limítrofes, com características sociais, econômicas e culturais semelhantes, que possibilita a formação de rede de comunicação, infraestrutura e planejamento de ações em saúde para atender as necessidades da população dos municípios integrantes da região de saúde (SANTA CATARINA, 2012).

Para a descrição, análise e representação dos dados, foi utilizada a estatística descritiva, com a apresentação da proporção de cada plano de tratamento adotado nas

diferentes regiões de saúde, e anos de ocorrência. Ainda, foi realizado o cálculo da média de acatamento a cada plano no período, e o desvio padrão de cada indicador. O desvio padrão de uma amostra exprime a dispersão de um conjunto de dados.

O processamento dos dados ocorreu com a utilização da ferramenta *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 20.0. E, os dados são apresentados por meio de gráficos, cujas barras representam os indicadores de cada região em ordem decrescente de ocorrência ao ano. A Tabela 1 expõe detalhadamente os dados da proporção de plano de tratamento adotado em cada local e período.

Em virtude dos dados do estudo serem de domínio público, fez-se desnecessário a submissão da investigação em comitê de ética em pesquisa a seres humanos.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Ministério da Saúde do Brasil disponibiliza planilha que orienta o manejo adequado do paciente com diarreia. O documento contém informações sobre avaliação do estado de hidratação do paciente e planos de tratamento adequados para cada caso. Os planos de tratamentos podem ser divididos em três categorias e diferenciados nos planos de tratamentos A, B e C.

Plano A: Utilizado para quadros de diarreias leves sem sinais de desidratação, quando o tratamento pode ser feito em domicílio, principalmente com uso de TRO, a ingestão de líquidos adicionais e dieta adequada (BRASIL, 2012).

Segundo o Manual de MDDA, é desejável que 80% dos casos de DDA recebam tratamento com o plano A (COSTA, 2011). O Gráfico 1 e Tabela 1 demonstram a proporção de adoção do Plano A no período do nosso estudo nas diferentes Regiões de Saúde de Santa Catarina. No presente estudo, o Plano A foi utilizado em 72,65% dos casos (Tabela 2). O desvio padrão de 29,37 representa a grande diferença de adoção do plano de tratamento entre os diferentes anos e regiões incluídas no estudo. A região Nordeste do Estado apresentou a menor proporção de tratamento com TRO. Todavia, esses dados podem ser reflexo dos altos registros de plano de tratamento como “ignorado” no local, conforme ilustrado no Gráfico 4.

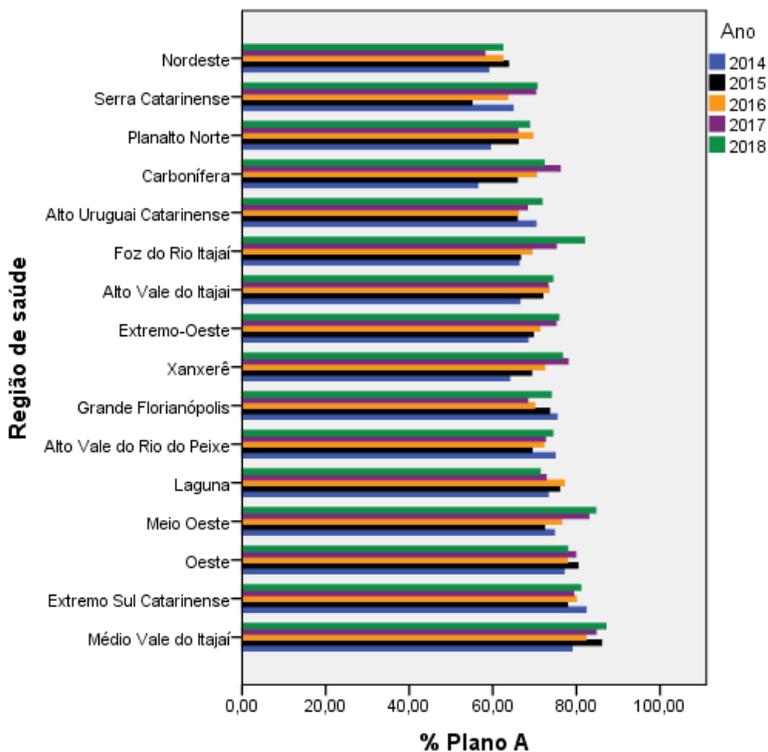


Gráfico 1: Proporção de plano de tratamento registrado como “Plano A” nas regiões de saúde de Santa Catarina entre os anos de 2014 e 2018.

Fonte: Sistema de Vigilância Epidemiológica da DDA (SIVEP/DDA), 2019

Região de saúde	Ano																			
	2014				2015				2016				2017				2018			
	% Plano A Média	% Plano B Média	% Plano C Média	% Ignorado Média	% Plano A Média	% Plano B Média	% Plano C Média	% Ignorado Média	% Plano A Média	% Plano B Média	% Plano C Média	% Ignorado Média	% Plano A Média	% Plano B Média	% Plano C Média	% Ignorado Média	% Plano A Média	% Plano B Média	% Plano C Média	% Ignorado Média
Alto Uruguai Catarinense	70,27	28,59	1,134	,0000	65,80	31,55	2,652	,0000	66,01	30,84	3,018	,1348	68,26	27,21	4,534	,0000	71,77	23,04	5,191	,0000
Alto Vale do Itajaí	66,43	13,75	18,53	1,283	71,89	14,41	12,74	,9616	73,37	13,82	12,63	,1821	73,19	15,49	11,18	,1457	74,31	18,03	7,525	,1340
Alto Vale do Rio do Peixe	74,86	14,50	9,630	1,013	69,37	16,12	13,40	1,110	72,19	15,44	11,18	1,194	72,53	17,87	8,218	1,380	74,33	15,62	8,842	1,214
Carbonífera	56,32	19,47	20,03	4,178	65,82	17,76	15,05	1,362	70,37	11,14	17,63	,8615	76,07	10,11	12,55	1,265	72,19	14,69	12,64	4,773
Extremo Sul Catarinense	82,29	10,07	,9651	6,667	77,77	8,961	6,545	6,720	79,89	5,461	7,106	7,545	79,27	8,502	9,334	2,890	81,00	7,665	9,325	2,007
Extremo-Oeste	68,41	17,95	9,839	3,810	69,61	18,74	7,192	4,454	71,19	16,24	8,354	4,216	75,05	17,10	7,061	,7883	75,75	15,51	7,446	1,295
Foz do Rio Itajaí	66,22	17,64	9,879	6,266	66,59	13,87	10,29	,9248	69,29	13,43	9,355	7,924	75,09	10,23	7,168	7,505	81,90	11,40	3,074	3,622
Grande Florianópolis	75,34	16,41	6,904	1,348	73,55	23,31	2,364	,7828	69,96	28,53	1,190	,3261	68,33	29,81	1,091	,7676	73,97	23,44	1,523	1,072
Laguna	73,21	7,008	19,15	,6349	75,91	7,578	16,52	,0000	77,06	7,219	15,23	,4854	72,72	13,78	13,23	,2732	71,28	14,18	14,08	4,630
Médio Vale do Itajaí	78,94	10,38	1,937	8,741	85,97	9,811	3,397	,8197	82,24	8,453	6,834	2,469	84,66	9,418	3,223	2,701	87,07	7,404	5,109	4,190
Meio Oeste	74,68	20,85	4,470	,0000	72,35	16,55	9,987	1,114	76,45	16,88	6,672	,0000	82,89	14,17	2,936	,0000	84,61	12,64	2,731	,0172
Nordeste	58,94	29,00	8,298	3,759	63,70	19,73	11,13	5,433	62,35	21,38	11,22	5,047	58,04	20,62	14,89	6,450	62,33	23,29	10,39	3,989
Oeste	76,98	12,29	10,68	,0542	80,33	15,01	4,631	,0243	77,79	17,28	4,928	,0007	79,82	14,99	5,190	,0000	77,90	17,87	4,204	,0273
Planalto Norte	59,39	24,72	9,580	6,308	66,01	24,74	9,155	,0983	69,56	19,65	8,935	1,859	65,87	20,57	12,62	,9413	68,74	18,73	12,33	,2009
Serra Catarinense	64,80	19,86	14,83	,5150	54,99	28,75	14,42	1,830	63,55	23,96	12,35	,1349	70,23	17,22	12,47	,0868	70,54	16,91	11,94	,6151
Ymeré	64,01	24,85	10,24	,9042	69,23	22,07	7,254	1,444	72,38	19,20	7,627	,7898	77,99	15,78	5,975	,2535	76,58	16,76	6,533	,1263

Tabela 1: Proporção de registro de planos de tratamento na monitorização da doença diarreica aguda no Estado de Santa Catarina entre os anos de 2014 e 2018.

Fonte: Sistema de Vigilância Epidemiológica da DDA (SIVEP/DDA), 2019

% Plano A % Plano B % Plano C % Ignorado * Região de saúde

Região de saúde	% Plano A	% Plano B	% Plano C	% Ignorado
Total Média	72,6537	17,0821	8,6043	1,6600
	1452	1452	1452	1452
Desvio Padrão	29,37167	23,72091	17,77991	8,99600

Tabela 2: Média e desvio padrão de acatamento aos diferentes planos de tratamento de DDA no Estado de Santa Catarina, entre os anos de 2014 e 2018.

Fonte: Sistema de Vigilância Epidemiológica da DDA (SIVEP/DDA), 2019

Plano B: Plano adotado em casos de diarreia com desidratação leve à moderada, em que o paciente é mantido em observação no serviço de saúde para TRO, o que ocorre em média por 4 horas, com avaliação da evolução no quadro clínico. Se houver melhora da hidratação, o paciente receberá alta com orientações de cuidados domiciliares. Todavia, no caso de complicações ou aumento de desidratação, deve-se adotar o plano C (BRASIL, 2012).

A média de utilização do plano B no Estado no período foi de 17,08%, com desvio padrão de 23,72. Em estudo realizado com coleta de dados no mesmo sistema de informação (SIVEP/DDA), e na região Oeste do Estado, por Busato e colaboradores

(2013), o Plano B também foi empregado em menor número no período, em comparação aos demais planos de tratamento. No referido estudo, o Planos A foi utilizado em 50,8%, o Plano C 35,6%, enquanto o plano B foi acatado em 13,5% dos atendimentos.

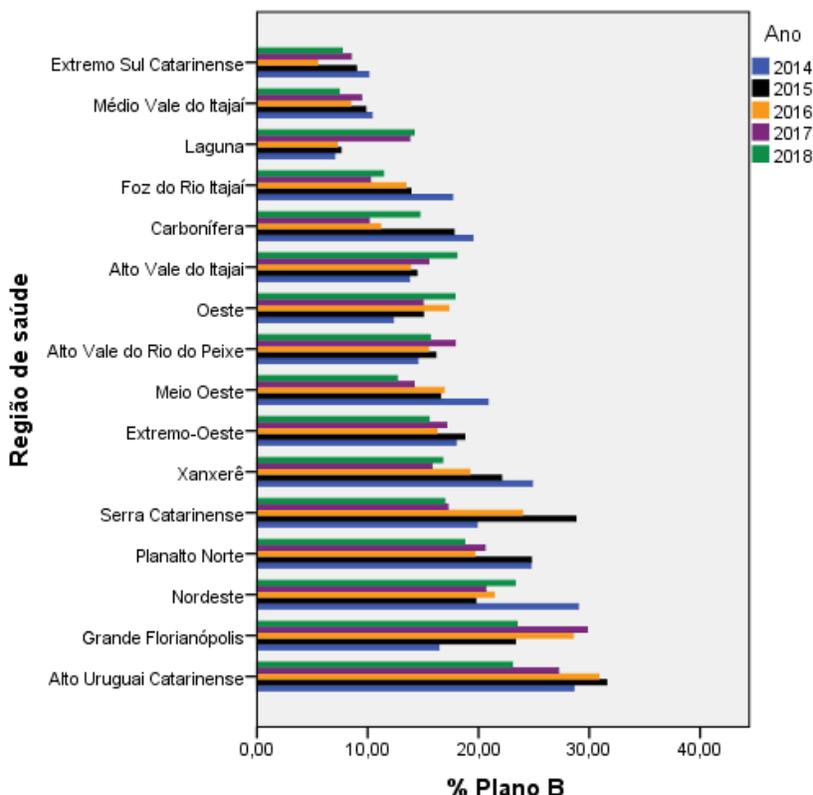


Gráfico 2: Proporção de plano de tratamento registrado como “Plano B” nas regiões de saúde de Santa Catarina entre os anos de 2014 e 2018.

Fonte: Sistema de Vigilância Epidemiológica da DDA (SIVEP/DDA), 2019

Plano C: Indicado para pacientes com diarreia com desidratação grave, cujo tratamento deve ser realizado em ambiente hospitalar com reidratação intravenosa (BRASIL, 2012).

A média de aplicação do plano C no presente estudo foi de 8,60%, com desvio padrão de 17,77, que demonstra grande dispersão dos indicadores nas diferentes regiões de saúde, e período analisado. A grande proporção de plano de tratamento C registrado em algumas regiões de saúde pode remeter a reflexão sobre alguns fatores envolvidos. O indicador pode aumentar em caso de busca do usuário pelo serviço apenas

na piora de sua sintomatologia, quando já apresenta desidratação grave. Para Busato e colaboradores (2013), fragilidades ou ausência de campanhas para prevenção da doença na atenção primária em saúde podem contribuir para aumento da gravidade dos casos. Outra possibilidade é a não adesão ao tratamento pelo indivíduo, o que aumenta sua desidratação, e necessidade de hidratação venosa (Busato et al, 2013). Fatores inerentes a patogenicidade do agente etiológico, e suscetibilidade do indivíduo podem determinar ou contribuir para a gravidade da infecção, e conseqüentemente, direcionar ao plano de tratamento adotado.

Por outro lado, o manejo inadequado do profissional de saúde, quando o indivíduo com desidratação leve ou moderada recebe hidratação venosa, além de elevar custos do sistema de saúde e risco de iatrogenias decorrentes da intervenção, determina o aumento na proporção desse tipo de plano de tratamento.

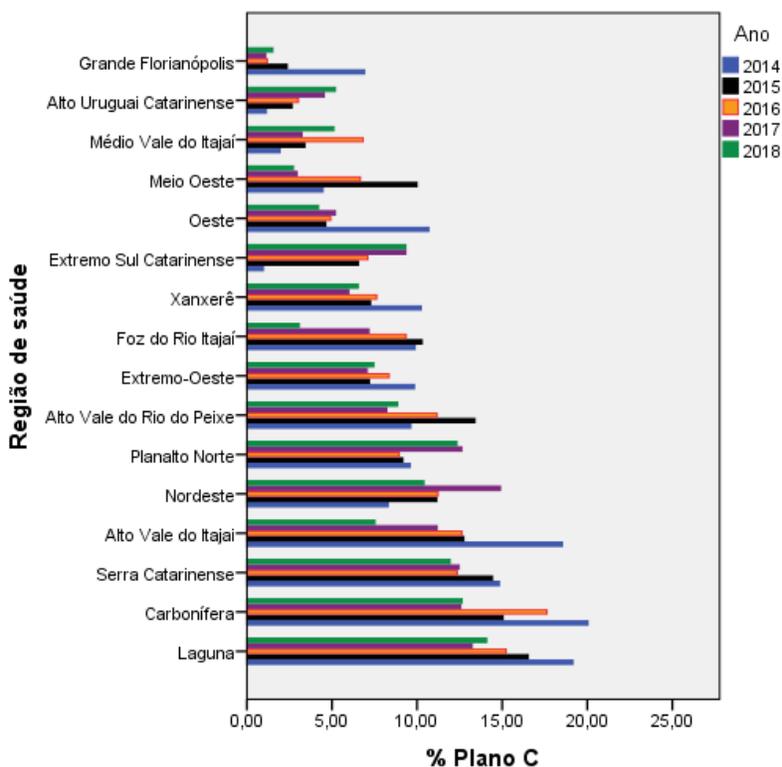


Gráfico 3: Proporção de plano de tratamento registrado como “Plano C” nas regiões de saúde de Santa Catarina entre os anos de 2014 e 2018

Fonte: Sistema de Vigilância Epidemiológica da DDA (SIVEP/DDA), 2019.

Ignorado: Essa categoria inclui os casos que não se enquadram em nenhum dos planos de tratamento descritos anteriormente, por falta de informações ou até mesmo, por outros critérios. Tendo-se em vista a adoção do plano de tratamento em consonância ao grau de desidratação do indivíduo, os casos registrados nessa categoria limitam a avaliação do perfil epidemiológico de adocimento local.

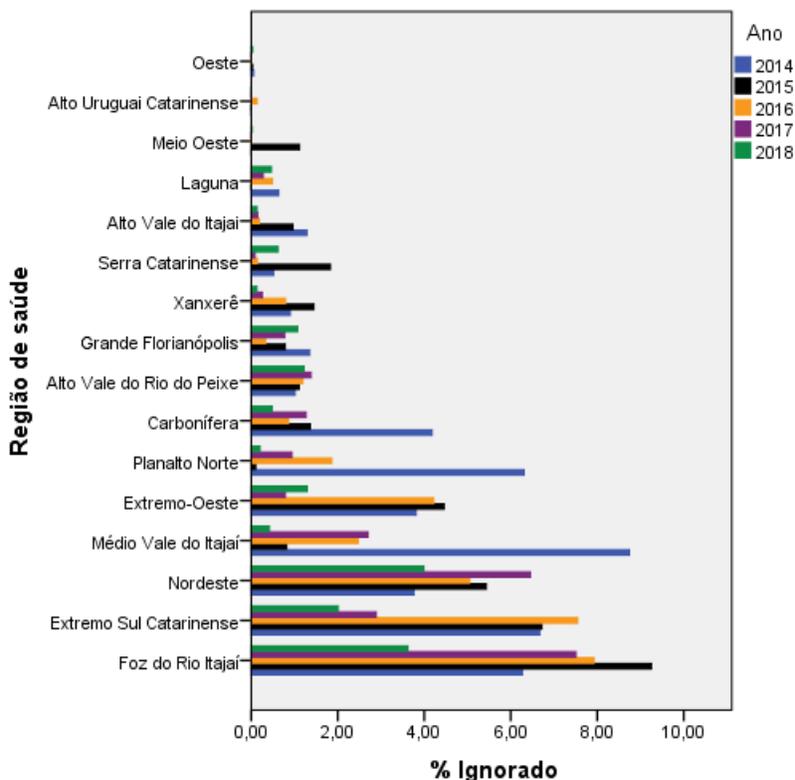


Gráfico 4: Proporção de plano de tratamento registrado como “Ignorado” nas regiões de saúde de Santa Catarina entre os anos de 2014 e 2018.

Fonte: Sistema de Vigilância Epidemiológica da DDA (SIVEP/DDA), 2019

Na análise dos dados sobre o registro de “Ignorado” do plano de tratamento adotado, demonstra a discrepância do registro nas diferentes regiões de saúde. A média de registros configurou-se em 1,66%. Todavia, o valor do desvio padrão da amostra permaneceu elevado, demonstrando a grande quantidade de registros nessa categoria em algumas regiões. Enquanto em algumas regiões de saúde não houveram registros como “Ignorado”, na região Foz do Rio Itajaí chegaram à 9,24% no ano de 2015 (Tabela 1). Esse dado demonstra a fragilidade da monitorização da doença, concentrada em algumas

regiões do Estado, predominantemente nas regiões localizadas no litoral do Estado (Foz do Rio Itajaí, Extremo Sul Catarinense e Nordeste) como demonstrado no Gráfico 4. As regiões de saúde com menor proporção de registros como “Ignorado” estão localizados na mesorregião Oeste Catarinense (Oeste, Alto Uruguai Catarinense e Meio Oeste). Atividades de educação permanente nos serviços que realizam a atenção à doença podem ser efetivas para aprimorar a qualidade dos dados registrados e análise adequada dos mesmos.

Outro fator que pode interferir no inadequado registro de dados relacionado ao plano de tratamento adotado é fluxo de atenção do usuário acometido por DDA em cada serviço. O fluxo de atenção e registro dos dados na planilha deve ser analisado em cada local, visto que, se o registro for efetuado na escuta recebida pelo indivíduo na entrada do serviço, se este receber atendimento de outro profissional, e for efetuada a mudança no plano de tratamento, os dados não irão refletir a realidade, e as ações implementadas podem ser inadequadas.

Para facilitar o acesso do profissional as informações inerentes ao manejo do usuário com DDA, pode ser necessário o desenvolvimento de um documento com a síntese dessas, como por exemplo, um fluxograma, que permita o fácil entendimento do manejo adequado por todos os profissionais envolvidos.

4 | CONCLUSÕES

Os resultados do nosso estudo refletem diferenças loco-regionais quanto ao plano de tratamento adotado, da busca da população pelo serviço de saúde para o tratamento da DDA. Refletem, também, da necessidade em se repensar a organização dos serviços de saúde e da sensibilização dos profissionais envolvidos quanto à necessidade de registro dessa doença na planilha de monitorização. Sugerem, ainda, a realização de ações voltadas à otimização da qualidade dos dados registrados de modo que esses possam se caracterizar em importantes subsídios para intervenções mais resolutivas no enfrentamento da DDA em cada região do Estado.

Tendo-se em vista a multiplicidade de fatores envolvidos, pontuamos a necessidade de estudos mais aprofundados a fim de identificar singularidades entre as diferentes regiões quanto ao plano de tratamento adotado.

REFERÊNCIAS

ASMUS, G.F.; SEIXAS, S.R. da C.; GONZALES, E. Diarreias agudas em Caraguatatuba: situação epidemiológica e sugestões para monitoramento. **Saúde Meio Ambiente**. v. 6, n. 1, p. 71-84, jan./jun. 2017. Disponível em: <http://www.periodicos.unc.br/index.php/sma/article/view/1147>. Acesso em: 07/09/2020.

BRAND, K.G.; ANTUNES, M.M.C.; E SILVA, G.A.P. Diarreia aguda: manejo baseado em evidências. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.91, n.6, nov./ dez. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572015000800005&lng=en&tling=en&gathStatIcon=true. Acesso em: 03/11/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Capacitação em monitorização das doenças diarreicas agudas – MDDA: manual do monitor / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 94 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**: queixas mais comuns na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_queixas_comuns_cab28v2.pdf. Acesso em: 25/02/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cartaz. **Manejo do Paciente com Diarreia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/cartazes/manejo_paciente_diarreia_cartaz.pdf. Acesso em: 18/01/2020.

BUHLER, H. F. et al. Análise espacial de indicadores integrados determinantes da mortalidade por diarreia aguda em crianças menores de 1 ano em regiões geográficas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.19, n.10, p. 4131-4140, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v19n10/1413-8123-csc-19-10-4131.pdf>. Acesso em: 07/09/2020.

BUSATO, M.A. et al. Distribuição de Doenças Diarreicas Agudas em Municípios do Estado de Santa Catarina. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 9, n.6, p. 19 - 27, Jun. 2013. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia>. Acesso em: 16/11/2019

COSTA, I.F. da. "Perfil epidemiológico da doença diarreica aguda no estado de Rondônia, no período de 2007 a 2009, baseado no Programa de Monitorização das Doenças Diarreicas Agudas (MDDA)". Dissertação (Mestrado Profissional Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz- FIOCRUZ, 2011. Disponível em: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:FQOa2SAFLpAJ:https://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php%3Fid%3D2686+&cd=7&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=br>. Acesso em: 07/09/2020.

TAKIMOTO, C. et al. Inquérito populacional sobre doença diarreica e ingestão de alimentos - ano 2002. (Monografia) FSP/USP, São Paulo, 2002.

MACEDO, E.R. et al. Perfil epidemiológico de doenças diarreicas agudas notificadas no hospital municipal de UNA-BA no período de 2013 a 2014. **Estácio Saúde**, volume 7, número 2, 2018. Disponível em: <http://periodicos.estacio.br/index.php/saudesantacatarina/article/viewFile/4541/47964933>. Acesso em: 07/09/2020.

OLIVEIRA, L.A. et al. Relação entre diarreia infantil e hospitalização por desidratação. **Revista Sociedade Brasileira Clínica Médica**, v. 16, n. 3, p. 157-9, Abr./Jun. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000300018. Acesso em: 03/01/2020

SANTA CATARINA. Secretaria do Estado da Saúde. **Deliberação 348/CIB/12 de 30 de agosto de 2012**. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/index.php/resultado-busca/regioes-de-saude/2339-deliberacoes-cib>. Acesso em: 17/05/2020.

SOBRE A ORGANIZADORA

SILENE RIBEIRO MIRANDA BARBOSA - Mestre em Gerontologia pela Universidade Católica de Brasília (2013). Pós-graduada em Gestão em Saúde pela UNIFESP (2012). Pós-graduada em Auditoria de Sistemas e Serviços de Saúde também pela Universidade Federal da Bahia (2006). Pós-graduada em Gerontologia pela Universidade Federal da Bahia (2004). Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem Wenceslau Braz, da cidade de Itajubá/MG (1995). Neste ano de 2020, organizou o E-book titulado “Tecnologia e Inovação para o Cuidar em Enfermagem”. Em 2013, publicou o livro “Biossegurança no Contexto da Saúde” (org.) sendo autora do capítulo “Norma Regulamentadora 32 (NR-32) e a sua relação com a Enfermagem”. Na gestão pública, nos níveis municipal e estadual atuou como Supervisora Técnica da Estratégia Saúde da Família (ESF). E a nível federal atuou como Consultora externa do Ministério da Saúde (MS) na Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e na Coordenação da Saúde da Pessoa Idosa (COSAPI). Na rede privada atuou como coordenadora auxiliar junto ao curso de Graduação em Enfermagem em uma instituição privada. Atua como docente em diversas disciplinas: Vigilância Sanitária, Metodologia do Trabalho Acadêmico, Fundamentos Históricos de Enfermagem, Nutrição aplicada à enfermagem, Práticas Educativas em Saúde, Políticas de Atenção a Saúde da Mulher, Biossegurança e Ergonomia, Políticas de Atenção a Saúde do Adulto, Enfermagem do Idoso, Políticas de Nutrição e Alimentação a Saúde I, Ética em Enfermagem e Exercício da Profissão, Sistematização da Assistência de Enfermagem, Saúde Coletiva, Saúde do Homem, Estágio Supervisionado. Desde 2015 é avaliadora dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (MEC).

ÍNDICE REMISSIVO

A

Ambiente Hospitalar 11, 41, 48, 92, 143, 167, 225, 228, 230, 233, 234, 237, 239, 241, 262

Anorexia 13, 152, 153, 154, 155, 156, 158, 159, 160, 161, 162

Ansiedade 11, 19, 48, 51, 52, 53, 54, 57, 58, 116, 155, 199, 210, 227, 246

Aprendizagem baseada em problemas 11, 61, 64, 70

Assistência de enfermagem 11, 12, 13, 2, 36, 38, 74, 85, 87, 88, 93, 95, 127, 131, 137, 139, 140, 141, 145, 146, 162, 189, 190, 195, 200, 211, 215, 216, 217, 219, 220, 222, 224, 228, 230

Atenção Básica 10, 1, 2, 26, 27, 29, 30, 33, 34, 57, 133, 165, 170, 175, 179, 180, 251, 254, 266

Auditoria em enfermagem 11, 61, 64

Avaliação 12, 1, 4, 7, 10, 12, 15, 19, 20, 22, 28, 30, 37, 55, 64, 66, 76, 81, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 98, 100, 105, 110, 126, 132, 134, 140, 146, 147, 148, 153, 154, 157, 160, 173, 174, 177, 190, 191, 193, 194, 197, 199, 204, 217, 241, 256, 259, 261, 264

C

Câncer 12, 96, 97, 98, 99, 101, 102, 103, 104, 106, 107, 108, 109, 110, 117, 118, 119, 120

Carga de trabalho 12, 50, 96, 97, 98, 99, 100, 104, 105, 106

Clinica 266

Comportamento Humano 14, 83, 182, 183, 184, 185, 187, 188

Consultório na Rua 14, 163, 164, 165, 166, 167, 169, 170, 171, 178, 179, 180, 181

Contato 11, 27, 36, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 47, 49, 50, 111, 179, 187, 216, 247

Contribuição 10, 11, 4, 36, 38, 84, 93, 138, 208, 214, 223, 233, 241

Cuidado 2, 9, 10, 12, 14, 15, 1, 2, 9, 13, 15, 17, 19, 20, 21, 24, 27, 28, 30, 31, 33, 34, 37, 38, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 50, 51, 58, 67, 72, 73, 74, 84, 86, 87, 90, 92, 93, 95, 96, 98, 99, 104, 105, 106, 108, 110, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 128, 129, 131, 132, 133, 137, 138, 139, 143, 145, 146, 148, 155, 163, 164, 165, 166, 167, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 190, 191, 192, 194, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 210, 211, 221, 223, 226, 229, 233, 234, 237, 240, 244, 245, 246, 247, 249, 250, 252

Cuidado Intensivo 12, 96

Cuidados Paliativos 12, 19, 24, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 119, 120

D

Depressão 11, 17, 24, 48, 51, 52, 53, 54, 56, 57, 58, 250

Desafios Organizacionais 12, 121, 123

Doenças Tropicais e Infectocontagiosas 13, 127

E

Enfermeiro 10, 15, 1, 2, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 20, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 40, 41, 43, 44, 45, 46, 48, 58, 61, 62, 64, 68, 69, 76, 85, 88, 93, 94, 99, 104, 115, 116, 128, 130, 131, 132, 133, 136, 137, 139, 140, 141, 143, 146, 147, 148, 149, 153, 155, 159, 160, 190, 191, 192, 193, 194, 199, 200, 214, 216, 217, 219, 221, 222, 223, 242, 249, 250, 257

Ensino 9, 11, 30, 56, 61, 62, 63, 64, 68, 70, 116, 126, 128, 193, 202, 203, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 212, 213, 234, 242

Equipe 10, 2, 5, 7, 12, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 26, 27, 28, 30, 31, 32, 33, 36, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 47, 52, 53, 59, 62, 64, 67, 68, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 81, 83, 86, 88, 93, 96, 97, 98, 99, 100, 104, 105, 109, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 122, 128, 130, 131, 132, 133, 136, 137, 138, 139, 140, 142, 143, 144, 146, 148, 149, 150, 153, 155, 158, 160, 169, 171, 173, 175, 176, 177, 178, 183, 184, 186, 188, 191, 192, 193, 194, 196, 197, 198, 199, 202, 205, 208, 209, 210, 215, 216, 222, 223, 224, 226, 227, 228, 234, 249, 254, 257

Estresse 6, 48, 50, 51, 52, 53, 54, 56, 57, 58, 60, 71, 77, 78, 81, 84, 115, 183, 184, 187, 188, 224, 225, 226, 227, 228, 230, 246

Eventos Adversos 12, 37, 85, 87, 88, 93, 105, 106, 224, 226

F

Ferramenta Tecnológica 13, 127, 134, 139

G

Gerenciamento 2, 9, 12, 2, 6, 10, 12, 21, 28, 31, 70, 96, 99, 104, 145, 149, 163, 164, 166, 167, 169, 174, 178, 180, 187, 197, 225, 231, 233, 236, 242, 243

Gestão de enfermagem 143, 146, 150, 242

H

Hotelaria hospitalar 13, 142, 143, 144, 145, 150, 151

I

Impactos Organizacionais 14, 182

Indicadores de qualidade 12, 20, 85, 86, 87, 88, 89, 93, 94, 95

Instrumento 12, 37, 52, 55, 73, 84, 85, 87, 88, 89, 91, 93, 94, 97, 101, 124, 128, 133, 134, 138, 139, 177, 191, 194, 195, 200, 207, 208, 241

Integralidade 10, 15, 16, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 68, 117, 165, 203

Inteligência emocional 10, 4, 5, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14

M

Mal de Parkinson 10, 15, 17, 21

Multidisciplinaridade 10, 13, 15, 152

O

Ortorexia 13, 152, 153, 154, 155, 156, 158, 160, 161, 162

P

Papel da comunicação 14, 189, 190

Precaução 11, 36, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45

Prevenção 12, 23, 30, 36, 38, 40, 41, 42, 45, 47, 85, 87, 89, 93, 98, 103, 104, 109, 133, 146, 158, 161, 165, 166, 228, 229, 230, 237, 244, 246, 250, 263

Processo de enfermagem 128, 130, 134, 139, 140, 148, 155, 170, 176, 189, 190, 191, 193, 195, 196, 199, 200

Profissional de enfermagem 14, 32, 74, 104, 136, 148, 189, 190, 197

T

Terapia Intensiva 11, 40, 47, 55, 71, 73, 74, 75, 76, 83, 84, 96, 97, 98, 99, 104, 105, 106, 139, 141

Trabalhadores 11, 6, 31, 41, 42, 48, 49, 50, 53, 55, 56, 57, 59, 60, 68, 140, 145, 150, 225, 229, 232, 236, 237, 238, 239, 240

Transtornos Alimentares 13, 152, 153, 154, 155, 158, 159, 160, 161, 162

A Enfermagem e o Gerenciamento do Cuidado Integral 5



www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 


Ano 2020

A Enfermagem e o Gerenciamento do Cuidado Integral 5



www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 


Ano 2020