

A Enfermagem e o Gerenciamento do Cuidado Integral 4



Silene Ribeiro Miranda Barbosa
(Organizadora)

**Atena**
Editora
Ano 2020

A Enfermagem e o Gerenciamento do Cuidado Integral 4



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 Cremo

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. Adailson 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 4 /
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 978-65-5706-671-3

DOI 10.22533/at.ed.713201012

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 IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO HOSPITALAR À GESTANTE COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Juliana de Jesus Peixoto Lima
Maiara Norberto de Souza
Lays Santos França
Fernanda Santos Souza
Sheylla Nayara Sales Vieira
Gilmara Jesus da Silva
Rosangela Brito Barreto

DOI 10.22533/at.ed.7132010121

CAPÍTULO 2..... 14

AÇÃO EDUCATIVA SOBRE OS RISCOS DE BRONCOASPIRAÇÃO DO RN DURANTE A AMAMENTAÇÃO EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Dhieniffer Naiara da Silva
Pâmela Angeli Vieira
Giselly Trevizani de Oliveira
Aline de Souza Gude
Francisco Leandro Soares de Souza
Danieli Oliveira Sales
Ohanna Alegnasor Bazanella de Sá
Camila Carla de Souza Pereira
Leticia de Paula Repke
Taís Loutarte Oliveira
Janaína Dahmer
Teresinha Cícera Teodora Viana

DOI 10.22533/at.ed.7132010122

CAPÍTULO 3..... 20

ANÁLISE DISCURSIVA SOBRE A CARACTERÍSTICA INSTITUCIONAL DA RELIGIOSIDADE PARA SOROPOSITIVOS: UM ESTUDO DE REPRESENTAÇÃO SOCIAL

Karen Paula Damasceno dos Santos Souza
Antonio Marcos Tosoli Gomes
Leandra da Silva Paes
Marcia Pereira Gomes

DOI 10.22533/at.ed.7132010123

CAPÍTULO 4..... 37

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO NEONATO COM COMPLICAÇÕES DO FECHAMENTO DO FORAME OVAL PATENTE

André Gomes dos Reis
Marcia Silva Nogueira

DOI 10.22533/at.ed.7132010124

CAPÍTULO 5..... 43

CÂNCER EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: O ENFRENTAR DA DOENÇA PELOS FAMILIARES

Patrícia Shirley Alves de Sousa
Marcelo Domingues de Faria
Joice Requião Costa
Alana Mirelle Coelho Leite
Larissa Lorena de Carvalho
Dennis Marinho Oliveira Ramalho de Souza

DOI 10.22533/at.ed.7132010125

CAPÍTULO 6..... 57

COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE MEDICAÇÃO EM TERAPIA COM DROGAS VASOATIVAS

Bruno César Fernandes
Diego Bezerra de Souza
Flávio Henrique Souza de Araújo
Jaqueline Bernal
Luis Henrique Almeida Castro
Mariella Rodrigues da Silva
Raquel Borges de Barros Primo

DOI 10.22533/at.ed.7132010126

CAPÍTULO 7..... 65

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE ACOMETIDO POR ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

Mariana Silva Souza
Gabrielly Silva Ramos
Iasmim Escórcio de Brito Melo
Maria Clara Melo Medeiros
Kayco Damasceno Pereira
George Marcos Dias Bezerra
Alcione Rodrigues Chaves Júnior
Gerardo Andrade Machado
Guilherme Antônio Lopes de Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.7132010127

CAPÍTULO 8..... 76

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS

João de Deus de Araújo Filho
Hugo Wesley de Araújo
Dulcian Medeiros de Azevedo
Gabriela Costa Soares
Jenifer Thaís Dantas de Lima
Juliane de Oliveira Costa

DOI 10.22533/at.ed.7132010128

CAPÍTULO 9.....	87
CUIDADOS PALIATIVOS EM ONCOLOGIA PEDIÁTRICA: ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO	
Jonas de Jesus Carvalho Myllena Ferreira Rabelo Kaique Vinícius da Cruz Santos Aguiar Greice Kely Oliveira de Souza Verena de Araujo Ribeiro Esquivel	
DOI 10.22533/at.ed.7132010129	
CAPÍTULO 10.....	96
EVIDÊNCIAS DO CUIDAR ESPECIALIZADO DIRECIONADO À PESSOA COM FÍSTULA DIGESTÓRIA	
Renata Ferrari	
DOI 10.22533/at.ed.71320101210	
CAPÍTULO 11.....	107
GESTÃO DOS EVENTOS DE ÚLCERA POR PRESSÃO DESENVOLVIDAS EM UM HOSPITAL DE ALTA COMPLEXIDADE BELÉM-PA: RELATO DE EXPERIÊNCIA	
Dayane Dias Menezes Lima Delanne Alves Souza Jacqueline Ataíde Lima Rosane do Nascimento Rodrigues	
DOI 10.22533/at.ed.71320101211	
CAPÍTULO 12.....	113
HIGIENE ORAL AO PACIENTE HOSPITALIZADO: VISÃO DA ENFERMAGEM	
Rodolfo de Oliveira Medeiros Márcia Renata Rodrigues Márcia Aparecida Padovan Otani Elza de Fátima Ribeiro Higa	
DOI 10.22533/at.ed.71320101212	
CAPÍTULO 13.....	124
INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO: AS AÇÕES DA EQUIPE NA PREVENÇÃO SOB A ÓTICA DO ENFERMEIRO EM CENTRO CIRÚRGICO	
Edson Flaiman Menines Souto	
DOI 10.22533/at.ed.71320101213	
CAPÍTULO 14.....	136
INTERVENÇÕES ATUAIS PARA REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA POR ACRETISMO PLACENTÁRIO	
Maria Eduarda dos Santos Thaisi Eunici da Silva Amorim Nadja Nayara Albuquerque Guimarães de Sousa	
DOI 10.22533/at.ed.71320101214	

CAPÍTULO 15..... 144

MANEJO DE CATETERES CENTRAIS DE INSERÇÃO PERIFÉRICA (PICC) PELO ENFERMEIRO (A)

Maria das Dores da Silva Pereira
Elailce Gonçalves de Sousa
Pricylla de Sousa Lima
Vanessa Ribeiro de Souza
Guilherme Caetano de Sousa
Ian Alves Meneses
Damiana Roberlania Lima da Silva
David Rosendo de Sousa Leite
Isabelly Rayane Alves dos Santos
Nayane Freitas de Souza
Adalberto Cruz Sampaio

DOI 10.22533/at.ed.71320101215

CAPÍTULO 16..... 152

NUTRIÇÃO E ENFERMAGEM: ATENÇÃO MULTIDISCIPLINAR NA PROMOÇÃO DE SAÚDE NO AMBIENTE HOSPITALAR

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.71320101216

CAPÍTULO 17..... 164

O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PREMATUROS EXTREMOS ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DA FSCM-PA NO ANO DE 2017

Marta Cleonice Cordeiro de Assunção
Ivana Nazaré da Silva Rocha
Carlos Roberto Monteiro de Vasconcelos Filho
Eurifrance do Socorro de Souza Santos
Marília Medeiros Silva

DOI 10.22533/at.ed.71320101217

CAPÍTULO 18..... 171

PERCEPÇÃO DAS MÃES DE BEBÊS PREMATUROS SOBRE AMAMENTAÇÃO: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Bruna Kely Oliveira Santos
Alana Santos Monte

Ana Carolina Maria Araújo Chagas Costa Lima
Anne Fayma Lopes Chaves
Antonia Lucileide Andrade da Cunha
Bruno de Melo do Nascimento
Jamile Magalhães Ferreira
Letícia Leandro dos Santos
Naara Ingrid da Silva Sales
Paloma Cristina Garcia Soares
Rebeca Silveira Rocha
Talita Silva de Lima

DOI 10.22533/at.ed.71320101218

CAPÍTULO 19..... 183

PERFIL DOS PACIENTES DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COM SEDAÇÃO

Sandra Valeria Francisconi Santos
Estela Kessler da Costa
Leonardo da Cunha Azevedo
Cláudia Andréa Di Carlantonio Dutra Queiroga

DOI 10.22533/at.ed.71320101219

CAPÍTULO 20..... 194

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE CASOS DE HEMORRAGIAS ANTEPARTO ASSOCIADA A PLACENTA PRÉVIA E DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA NO ESTADO DE ALAGOAS DE 2008 A 2017

Vanessa Camila Paixão dos Santos
Bruna Lins Tenório Barros
Antônio Fernando Xavier Silva Júnior

DOI 10.22533/at.ed.71320101220

CAPÍTULO 21..... 203

PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA A ALTA HOSPITALAR DE CRIANÇAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE

Manuela Costa Melo
Anna Luísa Torres Ribeiro
Elaine Santos Aguiar
Éverton Fernandes de Araújo
José Carlos Pacheco da Silva
Luana Fernandes dos Reis
Renan Joseph de Moraes Custódio
Amanda Costa Melo
Ruth Geralda Germana Martins
Manuela Costa Melo

DOI 10.22533/at.ed.71320101221

CAPÍTULO 22..... 215

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS A CLIENTES EM USO DE HIPODERMÓCLISE

Andréia Cristina Barbosa Costa

Adriana Olímpia Barbosa Felipe
Erika de Cássia Chaves Lopes
Maria Betânia Tinti de Andrade
Melissa Santos Nassif
Munyra Silva Rocha Assunção
Sintique Sara Silva Santos
Waldecy Lopes Júnior
Isabelle Cristinne Pinto Costa

DOI 10.22533/at.ed.71320101222

CAPÍTULO 23.....225

**TRANSLACTAÇÃO VERSUS ALIMENTAÇÃO NO COPO: PRODUÇÃO CIENTÍFICA
SOBRE GANHO DE PESO EM PREMATUROS**

Maria Alexandra Fontinelle Pereira
Cristiane Vêras Bezerra Souza
Daniel Campelo Rodrigues
Nalma Alexandra Rocha de Carvalho
Rosa Maria Assunção de Queiroga
Wilma Lemos Privado
Ivana Mayra da Silva Lira
Francisca Jáyra Duarte Morais
Lais Cristina Noletto
Polyana Coutinho Bento Pereira
Sérgio Alcântara Alves Poty
Joaquim Guerra de Oliveira Neto

DOI 10.22533/at.ed.71320101223

CAPÍTULO 24.....232

**USO DE TECNOLOGIAS NÃO-FARMACOLÓGICAS PARA O ALÍVIO DA DOR DURANTE
O PARTO: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Rebeca da Rocha Gomes
Anne Caroline Rodrigues Aquino
Bruna Cristina Silva Andrade
Claudionete Abreu Costa

DOI 10.22533/at.ed.71320101224

SOBRE A ORGANIZADORA.....237

ÍNDICE REMISSIVO.....238

CAPÍTULO 1

A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO HOSPITALAR À GESTANTE COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 16/09/2020

Juliana de Jesus Peixoto Lima

Faculdade de tecnologia e ciências – FTC
Jequié, BA.
<http://lattes.cnpq.br/4566855910613555>

Maiara Norberto de Souza

Faculdade de tecnologia e ciências – FTC
Jequié, BA.
<http://lattes.cnpq.br/8428374380885945>

Lays Santos França

Secretaria Municipal de Saúde de Planaltino
Planaltino – BA
<http://lattes.cnpq.br/5596212775679269>

Fernanda Santos Souza

Faculdade de tecnologia e ciências – FTC
Jequié, BA.
<http://lattes.cnpq.br/3017264806334504>

Sheylla Nayara Sales Vieira

Faculdade de tecnologia e ciências – FTC
Jequié, BA.
<http://lattes.cnpq.br/7816305240079932>

Gilmara Jesus da Silva

Faculdade de tecnologia e ciências – FTC
Jequié, BA.
<http://lattes.cnpq.br/7137440857125433>

Rosângela Brito Barreto

Hospital Geral Prado Valadares – HGPV
Jequié, BA.
<http://lattes.cnpq.br/9578386824156192>

RESUMO: Objetivo: Identificar a importância do Enfermeiro no funcionamento do serviço de acolhimento quanto à classificação de risco direcionado a gestante. **Método:** Trata-se de um estudo qualitativo do tipo exploratório descritivo, realizado com enfermeiros do acolhimento dos quais exercem seu trabalho em uma maternidade na região Sudoeste da Bahia. A análise de dados se deu através do Discurso do Sujeito Coletivo após serem observados todos os aspectos éticos e legais disciplinados pela Resolução nº 466/12. **Resultados:** Os resultados apontam que é de responsabilidade do profissional de enfermagem fazer a triagem, sendo nesta avaliação o momento de identificar os riscos e classifica-los quanto a sua urgência, podendo assim evitar maiores complicações para a gestante e seu bebê, e é no setor de acolhimento onde é prestada essa assistência de forma acolhedora e humanizada, onde as gestantes são esclarecidas e orientadas quanto as suas dúvidas. **Conclusões:** a prática do acolhimento a gestante com classificação de risco é de grande relevância, pois se trata de um sistema de identificação e priorização do atendimento, discernir os casos críticos que necessitam de atendimento imediato dos não críticos, promovendo benefícios para os pacientes.

PALAVRAS - CHAVE: Enfermeiro, Classificação de Risco, Gestante, Acolhimento, Humanização.

THE IMPORTANCE OF THE NURSE IN HOSPITAL CARE FOR PREGNANT RISK CLASSIFICATION

ABSTRACT: Objective: To identify the

importance of the nurse in the functioning of the host service regarding the classification of risk directed to pregnant women. **Method:** This is a descriptive exploratory qualitative study, carried out with nurses from the host who work in a maternity hospital in the Southwest region of Bahia. The analysis of data occurred through the Discourse of the Collective Subject after observing all the ethical and legal aspects disciplined by the Resolution nº 466/12. **Results:** The results indicate that in the host sector care is provided in a warm and humane way, where the pregnant women are clarified and guided as to their doubts. **Conclusions:** the practice of receiving pregnant women with risk classification is of great relevance, since it is a system of identification and prioritization of care, discerning critical cases that require immediate care of non-critics, promoting benefits for patients.

KEYWORDS: Nursing, Risk Classification, Pregnant Woman, Reception, Humanization.

1 | INTRODUÇÃO

Com a criação e idealização do Sistema Único de Saúde (SUS), instituiu-se uma política assistencial da qual promove a continuidade das ações prestadas à população. Sendo assim foi preciso a elaboração de uma Política Nacional de Humanização (PNH) onde se define por ser uma estratégia de fortalecimento do Sistema Público de Saúde, cujo propósito é contribuir para a melhoria da qualidade da atenção e da gestão da saúde no Brasil (ZEM et al, 2012; SANTOS et al, 2017).

Diante disto, o Ministério da Saúde inicia o processo de desenvolvimento de políticas de saúde voltadas para melhoria do atendimento à população, com a criação da Portaria GM/MS nº 2.048 de 2002, a qual passa a ordenar os atendimentos de urgência e emergência, realizando o acolhimento de forma qualificada e resolutiva, referenciando de forma adequada os pacientes dentro dos sistemas de saúde (OLIVEIRA, GUIMARÃES, 2013).

Priorizando os casos de maior gravidade, o Humaniza SUS estabeleceu a diretriz denominada “acolhimento com classificação de risco”, onde em 2011, por iniciativa do MS, o Governo Federal lançou a Rede Cegonha (RC), da qual tem como objetivo, proporcionar melhor qualidade de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança, incentivando e inovando a qualificação da atenção pré-natal, da assistência ao parto e do período pós-parto, bem como das ações relativas ao desenvolvimento da criança durante seus primeiros dois anos de vida. Assim, o acolhimento e a classificação de risco são garantias proporcionadas pela RC, cujo a mesma tem por finalidade garantir a humanização da assistência nos serviços de saúde, ampliar o acesso e oferecer atendimento acolhedor e resolutivo (FIGUEIROA et al, 2017; ACOSTA et al, 2012).

Entende-se que o acolhimento é o processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída, ouvindo suas queixas e considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda e, colocando os limites necessários, garantir atenção integral, resolutiva e responsável por

meio do acionamento/articulação das redes internas dos serviços e redes externas, com outros serviços de saúde, para continuidade da assistência quando necessário (BRASIL, 2010).

Na assistência pré-natal, o acolhimento é tido como um dos principais métodos de aproximação entre a gestante e a equipe, tendo como desenvolvimento de uma relação de confiança entre os profissionais e a usuária, podendo ajudar a diminuir o constrangimento e os temores que as mesmas possam apresentar, esclarecendo sobre todos os procedimentos que serão realizados durante as consultas do pré-natal, sendo importante enfatizar que, para além da assistência prestada em unidades de atenção básica, o acolhimento também deve ser oferecido a esse público alvo, em novos espaços assistenciais, como nas unidades hospitalares (GONÇALVES et al, 2013).

No que diz respeito à parte de obstetria, o acolhimento no âmbito hospitalar tem se tornado um processo decisivo tanto no momento do reconhecimento das condições clínicas urgentes como na vivência do parto e nascimento do recém-nascido, desfrutando como principal objetivo promover e garantir o acesso e a qualificação do cuidado à saúde da genitora e do recém-nascido durante todo o percurso no serviço de saúde (BRASIL, 2017).

Para a realização da avaliação primária em uma unidade de urgência e emergência, o Ministério da saúde designa o enfermeiro como hábil a exercer esta função, onde o mesmo se classifica como sendo o profissional do qual durante toda a sua formação aprende a prestar uma assistência universal, sabendo ouvir as queixas e avaliar as necessidades físicas, psicológicas e até mesmo sociais dos pacientes.

O enfermeiro utilizará os dados da escuta qualificada e dos sinais vitais para a devida classificação e encaminhamento da usuária em questão, de acordo com a gravidade, risco, baseado nas categorias de gravidade, das quais são direcionadas por cores: prioridade máxima emergência (vermelho), muito urgente (laranja), urgente (amarelo), pouco urgente (verde) e não urgente (azul) (SANTOS et al, 2017; GUEDES et al, 2013).

Contudo a utilização do protocolo de acolhimento e classificação de risco, utilizados nas unidades de urgência e emergência direcionadas tanto as gestantes como ao restante da população tem como propósito a identificação dos casos mais graves, classificando e possibilitando assim um atendimento rápido, seguro e de qualidade a todos os níveis de atenção, tendo como base uma análise sistematizada na identificação dos riscos baseados nas consultas de triagem, realizadas pelo profissional hábil a esta função.

O interesse por esta temática emergiu em campo de prática ao levantar questionamentos, no que diz respeito à demanda de gestantes que retornavam à unidade de saúde depois de ter sido referenciada ao atendimento de alta complexidade, nos levando a indagar sobre de que maneira é feito a classificação de risco das gestantes na rede hospitalar. Assim, com o intuito de colaborar para com a assistência às gestantes, este estudo propõe como questão norteadora: “Qual a importância do enfermeiro no atendimento hospitalar à gestante com classificação de risco”?

Diante disto, o estudo tem como objetivo identificar a importância do enfermeiro no funcionamento do serviço de acolhimento quanto a classificação de risco direcionado à gestante.

Acredita-se que este estudo seja de grande relevância para a sociedade e comunidade acadêmica, pois poderá contribuir de forma significativa para complementar e melhorar a assistência de enfermagem para com as gestantes de baixo e alto risco.

2 | MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo do tipo exploratório descritivo, realizado com enfermeiros do acolhimento que exercem seu trabalho em uma maternidade na região Sudoeste da Bahia. A coleta de dados ocorreu entre os meses de agosto e setembro de 2018. Participaram da pesquisa 03 enfermeiros plantonistas do acolhimento, sendo 02 dos plantões matutinos e 01 do plantão noturno.

Utilizou-se como método de investigação e coleta de dados das entrevistas um roteiro semiestruturado, composto por duas partes: a primeira, com questões objetivas referentes ao perfil sócio demográfico das participantes, e a segunda, com 12 questões, onde os entrevistados responderam as perguntas a eles direcionadas de acordo com o tema da pesquisa. Por meio do qual buscamos responder a questão norteadora do estudo: Qual a importância do enfermeiro no atendimento hospitalar a gestante com classificação de risco?

Durante a entrevista, foi perguntado a idade, o sexo, como é realizado o serviço de acolhimento, como é feita a classificação de risco das gestantes, quais as orientações que são dadas as gestantes, qual o papel do enfermeiro na classificação de risco e qual o entendimento sobre humanização no acolhimento a gestante com classificação de risco.

As entrevistas foram registradas em um gravador somente após o consentimento dos entrevistados e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) com o objetivo de garantir o sigilo e anonimato das informações. Posteriormente, foi feita a transcrição na íntegra das gravações para serem analisadas.

A análise dos dados coletados foi realizada por meio do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), do qual diz respeito a uma forma de metodologicamente resgatar e apresentar as representações sociais obtidas de pesquisas empíricas. Organizando as opiniões ou expressões individuais que apresentam sentidos semelhantes, agrupando-as em categorias semânticas gerais, como normalmente se faz quando se trata de perguntas ou questões abertas (LEFEVRE, LEFEVRE, 2014).

Por se trata de uma pesquisa envolvendo seres humanos, foram seguidos os aspectos éticos disciplinados pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, com aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Tecnologia e Ciência (CEP FTC), através da Plataforma Brasil com o parecer favorável número 2.817.139.

3 | RESULTADOS

Participaram deste estudo 4 enfermeiros atuantes no acolhimento de uma maternidade do Sudoeste da Bahia, sendo 2 (66,66%) do sexo masculino e 1 (33,33%) do sexo feminino, com idades entre 31 a 41 anos. O quarto enfermeiro não participou por motivos de incompatibilidade de horários.

Obteve-se que em relação a possuir uma pós-graduação, 3 (100%) dos entrevistados responderam que possuem, sendo elas obstetrícia, saúde pública e emergência e regulação em saúde no SUS, gestão em saúde pública, estética e cosmologia. Quanto ao tempo de profissão 1(33,3%) respondeu ter 6 anos de profissão, 1(33,3%) respondeu ter 8 anos e 1(33,3%) respondeu ter 12 anos de profissão, e sobre o tempo de trabalho no setor de acolhimento, foi possível observar que 1(33,3%) responderam ter 3 meses de atuação no acolhimento, 1(33,3%) respondeu ter 3 anos de atuação nesta área e 1(33,3%) respondeu ter 1 ano e 4 meses trabalhando no acolhimento.

Ao examinar os depoimentos obtidos pela pesquisa, foi possível a construção de seis Ideias Centrais (IC), que evidenciaram a importância do enfermeiro no atendimento hospitalar a gestante com classificação de risco, sendo: IC 1 – A importância do serviço de acolhimento, IC 2 – Classificação de uma gravidez de alto risco, IC 3 - A SAE na classificação de risco, IC 4 - Humanização da assistência a gestante com alto risco, IC 5 - O papel do enfermeiro na classificação a gestante de alto risco, IC 6 - Dificuldades dos enfermeiros durante o acolhimento a gestante. As quais emergiram 8 Discursos do Sujeito Coletivo (DSC).

3.1 IC 1 - A importância do serviço de acolhimento

A respeito de como é realizado o serviço de acolhimento na maternidade, pode-se perceber através dos depoimentos que são feitos alguns procedimentos chamados de triagem.

DSC1 - Aqui a gestante ela chega à recepção faz a ficha, em seguida a técnica de enfermagem colhe os primeiros dados, afere a pressão, ver os sinais vitais, peso e temperatura, ai ela vem para o acolhimento, onde primeiramente a gente se apresenta, informa a paciente que esse primeiro atendimento é uma triagem, ai a gente faz todo o histórico, colhe os antecedentes, morbidade, pergunta se tem algum problema de saúde, feito isto a gente relaciona o histórico dela com a sua situação atual, fazendo assim a sua classificação quanto ao nível de atenção para o seu atendimento, podendo ser vermelha, laranja, amarelo, verde ou azul. Essa classificação é relacionada ao tempo que a gestante pode aguardar mediante o que ela apresenta no momento em que a gente avalia.

Fica evidente que existe toda uma rotina de atendimento, desde a sua passagem pela recepção até a sala de triagem, onde serão prestados os primeiros atendimentos, que ocorre no acolhimento, para assim ser feito a classificação quanto aos riscos e ao tempo que essas gestantes podem aguardar.

Sobre a importância desse acolhimento fica evidente no segundo discurso a necessidade de uma boa triagem para assim melhor classificar os atendimentos de prioridade.

DSC2 - Na verdade eu acho de suma importância, pois a sua necessidade é justamente para fazer a triagem dar certo, pois muita gente está sendo mãe pela primeira vez, aí chega assustada, não tem ciência do que está acontecendo, não sabe o que é um trabalho de parto, quando sente uma dor vem achando que já vai ter o bebê, e na verdade a gente sabe que não é assim, que demora, para entrar em trabalho de parto, então a gente vai acalmar de toda forma e explicar como é que acontece a situação para tentar acolher e tranquilizar essas mães.

Neste segundo discurso observa-se que é um serviço de grande importância, onde é um momento em que o enfermeiro orienta e acalma as gestantes, assim acolhe e tranquiliza as futuras genitoras.

3.2 IC 2 - Classificação de uma gravidez de alto risco

O terceiro discurso expõe a respeito da classificação de risco, que é conduzida de acordo com as decisões por parte do enfermeiro através da escuta ativa das queixas dos pacientes.

DSC3 - Na verdade essa classificação já é determinada pelo próprio Ministério, então existe o fator idade, peso, história reprodutiva anterior às histórias obstétricas na gravidez atual, intercorrências clínicas. Assim, aqui a gente tem um critério que nós classificamos como alto risco, a primeira de todas é o grupo vermelho, que é a prioridade máxima chamada também de emergência, onde a paciente precisa de atendimento imediato, depois tem o grupo laranja, que é uma prioridade de muita urgência, que pode ter o atendimento em até 10 minutos. Normalmente essas duas classificações são o período expulsivo, já em trabalho de parto ou então em alguma complicação, em terceiro temos o grupo amarelo, é o que a gente chama de prioridade 02, que é uma atenção urgente, que pode ser atendida até 30 minutos, é um atendimento onde a paciente relata perda de líquido, onde na verdade é o rompimento da bolsa, no quarto grupo, temos a prioridade 03, que é a cor verde, classificado como pouco urgente, onde normalmente são queixas mais relacionadas às dúvidas de gestação, tendo essa classe um tempo de até 60 minutos para atendimento, e por último temos o quinto grupo, que é a prioridade 04, a não urgente, sendo a de cor azul, onde são consultas que poderiam ser feitos na atenção básica. Usamos também como critério de alto risco algumas situações como a prematuridade, bolsa rota, DHEG, hipertensão durante a gravidez, a idade da gestante, primigesta, múltiparas, pacientes com histórico de pré-eclâmpsia.

Nos discursos sobre a classificação de risco, evidencia-se acerca de como é feito a identificação da gestante de alto risco, onde se percebe que já existe uma seleção determinada pelo Ministério da Saúde, do qual preconiza estabelecer uma classificação de

acordo com as necessidades do usuário naquele momento do atendimento.

Visto isso, após os questionamentos aplicados, surgiu outro discurso do sujeito coletivo do qual relata a respeito das orientações necessárias para transmitir a uma gestante com gravidez de alto risco, sendo observado na fala a seguir.

DSC4 - Assim as orientações são de acordo com o grau de alto risco, algo que a gente possa interferir é conversar sobre alimentação, o porquê desses níveis elevados da PA, conversar sobre o emocional. Mas depende muito de cada caso a gente recebe muito casos de paciente soro positivo, VDRL positivo, então assim, tem várias situações, vai depender da situação, a gente vai orientar de acordo que a gente vê no momento. Na maioria das vezes tentamos aqui na triagem orientar sobre esses riscos, o que pode ou não fazer, para poder o médico encaminha-la para o alto risco.

A respeito das orientações a serem dadas para uma gestante de alto risco, podemos perceber no discurso acima, que as mesmas são de acordo com o grau desses riscos, variando sempre de paciente para paciente, podendo ser sobre a alimentação, o emocional da gestante ou até mesmo alguma patologia específica que a mesma já apresenta.

3.3 IC 3 - A SAE na classificação de risco

Neste discurso, temos como ideia central a utilização da SAE e sua importância no momento da classificação da gestante de alto risco no acolhimento deste hospital.

DSC5 - Aqui não tem nenhum papel da SAE que a gente possa tá planejando não, aqui utilizamos uma ficha no prontuário médico de triagem, onde relatamos todas as informações que a paciente nos dar. Eu acho de suma importância, teria até facilitado o trabalho da gente em relação à demora. Se a gente não conhecer como funciona o sistema, a gente não tem como classificar, então é de suma importância e seria bastante relevante.

Foi observado que não se faz essa sistematização de enfermagem neste setor, porém os mesmos relatam que seria de grande importância, tanto para facilitar o atendimento como para a sua classificação.

3.4 IC 4 - Humanização da assistência a gestante com alto risco

Pode-se observar que sobre humanização da assistência de enfermagem a gestante de alto risco, os entrevistados relataram que é um assunto bem complexo, pois é um processo que tem de ser feito desde o início até o final do atendimento, como se observa no discurso abaixo.

DSC6 - Essa questão de humanização é uma coisa bem complicada porque eu acho que a humanização tem que ser da entrada até a saída. Sempre atender da melhor forma possível e procura tratar as pessoas da forma que eu gostaria de ser tratado, porque eu acho que o ser humano deve fazer com outro aquilo que a gente que gostaria que fizesse com a gente. Para nós enfermeiros são mais um cuidado pessoal, aquele cuidado que você tem com o paciente no ato de receber. Aqui a gente vai humanizar na questão do parto, tratando de uma forma acolhedora, esclarecendo suas dúvidas com paciência, ter um olhar

mais profundo para com a gestante, ouvindo sempre e orientando.

A informação central transmitida no discurso sobre humanização da assistência de enfermagem relatadas que os mesmo mencionam um atendimento humanizado no qual diz respeito a tratar o próximo da mesma forma como gostaria de ser tratado, ter um cuidado pessoal, sempre de forma acolhedora.

3.5 IC 5 - O papel do enfermeiro na classificação a gestante de alto risco

O enfermeiro é o profissional responsável pela classificação de risco, pois ele é capacitado com teorias e praticas para atender, ouvir e classifica cada gestante de acordo com suas necessidades, como é possível observar nas falas a seguir.

DSC7 - Bom, o enfermeiro ele é responsável por fazer essa triagem, onde nesse momento podemos reconhecer qual a maior necessidade, podendo ser às vezes durante a conversa, a gestante pode me informar algo que seja de risco, ou durante a avaliação, no exame físico, porque aqui a gente faz o toque, a altura uterina, ausculta os bcf, onde podemos nessa avaliação identificar algo que a gestante não relatou. O papel da gente é isso em tentar agilizar, para aquele problema ser resolvido da melhor forma possível evitando assim maiores intercorrências.

Pode perceber que é de responsabilidade do profissional de enfermagem fazer a triagem, sendo nesta avaliação o momento de identificar os riscos e classifica-los quanto a sua urgência, podendo assim evitar maiores complicações para a gestante e seu bebê.

3.6 IC 6 - Dificuldades dos enfermeiros durante o acolhimento a gestante

Em relação às dificuldades enfrentadas pelos profissionais durante o acolhimento, foi possível observar nos discursos dos enfermeiros que as maiores dificuldades estão relacionadas com o local de trabalho.

DSC8 - Ocorre sim, para gente, digo enquanto acolhimento, à sala aqui eu acho só um pouco apertada à questão estrutural, é toda errada eu acho né. Tem a questão do plantonista, que tem dias que é mais fácil e tem dias que é mais complicado, mas em termo de material, como sonnar, o hospital oferece tudo direitinho.

Percebe-se nas falas dos entrevistados que as principais complicações para um bom atendimento estão na questão estrutural das salas, a questão da dificuldade em relação aos plantonistas, porém quanto aos materiais de uso para as consultas informaram não haver dificuldades.

4 | DISCUSSÕES

O acolhimento constitui-se em ações técnico-assistenciais para a reorganização dos serviços e mudanças nas relações entre profissionais de saúde e usuários, por meio de parâmetros éticos, solidários e humanitários, que garantam o acesso universal com resolutividade no atendimento. Em obstetria, o acolhimento apresenta peculiaridades

inerentes às necessidades e às demandas relativas ao processo gravídico, como a investigação de queixas comuns no período gestacional (OLIVEIRA, GUIMARÃES, 2013; FIGUEIROA, 2017).

É possível observar através dos discursos sobre o acolhimento a gestante de alto risco, que na maternidade existe toda uma rotina a ser seguida, onde primeiramente a gestante passa pela recepção onde é feito a sua ficha, logo em seguida uma técnica de enfermagem colhe os sinais vitais e a encaminha para a triagem onde é feito o acolhimento pelo profissional de enfermagem, neste momento é feito a anamnese da paciente, são retiradas as dúvidas e feito às orientações necessárias, é neste setor onde é feito a classificação quanto ao nível de atenção para o atendimento de cada gestante, ou seja, o tempo que essa gestante pode esperar para um atendimento médico.

O acolhimento e a classificação de risco conduzem à tomada de decisões por parte do profissional da saúde a partir da escuta ativa das queixas do paciente, associada à avaliação clínica pautada em protocolos e fundamentada em evidências (FIGUEIROA, 2017).

Assim o acolhimento representa uma reorganização e resolutividade do serviço, o mesmo proporciona identificar as demandas dos usuários, sabendo direcioná-los para um atendimento mais adequado e que quando houver necessidade que os encaminhe para outras redes de saúde, garantindo a continuidade do atendimento (OLIVEIRA, GUIMARÃES, 2013).

A classificação de alto risco é preconizada pelo Ministério da Saúde, do qual utiliza os fatores: idade, peso, história reprodutiva anterior às histórias obstétricas na gravidez atual, intercorrências clínicas, dentre outras. É possível observar que na maternidade esta classificação é feita de acordo ao nível de urgência e emergência da gestante no momento em que chega a unidade hospitalar.

A atuação dos enfermeiros no acolhimento com classificação de risco tem sido descrita como resultado da combinação de conhecimentos teóricos e práticos, envolvimento com políticas públicas e organização do ambiente de trabalho, associados à preocupação com o acolhimento dos usuários e humanização do atendimento (SANTOS *et al*, 2017).

De acordo com o que o COREN preconiza a classificação de risco não se define diagnóstico médico, identifica-se os sinais e sintomas que permitem atribuir o grau de prioridade clínica no atendimento e o tempo máximo de espera recomendado. Dessa forma, o enfermeiro, pautado em dados clínicos, em informações objetivas - queixas dos pacientes - e na experiência profissional, define a pessoa que necessita de atendimento imediato e aquela que pode esperar, prestando assistência com segurança.

A respeito da utilização da sistematização da assistência de enfermagem (SAE), constata-se que no setor da triagem da unidade hospitalar em que foi feita os estudos, não se utiliza este planejamento e somente as anotações de enfermagem no prontuário da gestante.

A SAE possibilita uma melhora efetiva da qualidade da assistência, valoriza a cientificidade da profissão, além de garantir vantagens, como promoção da integração entre a equipe de enfermagem e demais membros da equipe de saúde. Proporciona ainda, condições para a avaliação dos cuidados prestados, possibilidade de atendimento no âmbito individualizado e holístico, além da oferta de condições essenciais para o progresso e a autonomia da profissão (NASCIMENTO et al, 2018).

Um dos objetivos da SAE na obstetrícia é acolher e apoiar a gestante de alto risco, implementando uma assistência efetiva e segura nas diferentes indicações clínicas e obstétricas, que levam as mulheres à internação para a vigilância, o controle e a redução dos agravos em saúde materna e fetal. De acordo com o Manual de Gestação de Alto Risco, ao acolher gestantes nessa situação, cabe ao enfermeiro: Avaliar os níveis de complexidade de cuidado estabelecendo as prioridades; instituir a sistematização da assistência de enfermagem - histórico, exame físico e gineco-obstétrico, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem - através da avaliação materno-fetal (NASCIMENTO et al, 2018).

Humanizar não significa exclusivamente apresentar um ambiente ostentado, estar sempre sorrindo e chamar o cliente pelo nome. O que a Política Nacional de Humanização propõe vai, além disso, e tem como princípios a ampliação do acesso do usuário ao serviço de saúde, a integração dos profissionais para maior resolutividade dos problemas, a atuação de modo cooperativo e solidário, a utilização da comunicação e educação permanente da gestão, uma adequação de ambientes e um atendimento acolhedor (ZEM et al, 2012).

Diante do que foi dito sobre o processo de humanização e a importância do enfermeiro na classificação de risco das gestantes, foi possível analisar que o processo de humanizar relaciona-se a forma de atendimento, onde o profissional deve sempre atender da melhor forma possível e procurar tratar as pessoas da forma como gostaria de ser tratado, acolhendo e esclarecendo suas dúvidas com paciência, tendo sempre um olhar mais profundo para com a gestante, ouvindo sempre e orientando-a.

Na classificação da gestante de alto risco, da qual acontece nas consultas do pré-natal, o enfermeiro deve balizar suas ações nos pressupostos do cuidado humanizado. Isso significa reconhecer a individualidade das mulheres durante o atendimento e, estabelecer um vínculo, de forma a perceber suas reais necessidades e sua capacidade de lidar com o processo do nascimento, trazendo-lhe bem-estar e garantindo segurança de sua saúde e de seu filho. Nesse sentido, os profissionais envolvidos na assistência obstétrica devem reconhecer que as características socioeconômicas e culturais da sociedade podem influenciar no desenvolvimento do período gestacional. Para tanto, é necessário um olhar atento do enfermeiro a respeito das singularidades dos sujeitos por ele cuidado, a fim de embasar suas ações nos princípios da integralidade (ALVES et al, 2014).

Em relação às dificuldades na hora do atendimento à gestante, mesmo com todos os benefícios e as facilidades aos qual a tecnologia se propõe, foi possível perceber que

esses obstáculos não são sentidos apenas pelo os profissionais que realizou este processo de acolhimento, mas também pelos usuários.

A estrutura física e a figura do médico foram os pontos mencionados pelos entrevistados, onde os mesmos referenciam a necessidade de um maior número de profissionais para prestar um atendimento adequado, o que reflete que todos em que trabalham no ambiente hospitalar, enquanto profissionais de saúde, devem se responsabilizar pelas necessidades do usuário, assim tornando-o profissionais mais aptos para identificar os caminhos necessários a resolução dos problemas.

Logo se verifica que para solucionar essa problemática é necessário melhorias nas políticas públicas, uma atenção básica mais resolutiva, tomada de decisão dos gestores para buscar por alternativas que visem reduzir esses índices e proporcionar uma melhor qualidade da assistência desses pacientes. E também proporcionar uma maior satisfação por parte das equipes assistenciais que praticam o atendimento, para que estejam menos sobrecarregadas e conseqüentemente consigam desempenhar melhor suas atividades, um serviço de referencia e contra referencia mais organizado e principalmente maior comprometimento e responsabilidade dos administradores das políticas de saúde nas urgências e emergências (OLIVEIRA, GUIMARÃES, 2013).

5 | CONCLUSÃO

O estudo constatou que a prática do acolhimento a gestante com classificação de risco é de grande relevância, pois se trata de um sistema de identificação e priorização do atendimento, discernir os casos críticos que necessitam de atendimento imediato dos não críticos, promovendo benefícios para os pacientes.

Em relação às atividades desenvolvidas pelo enfermeiro na triagem/classificação de risco, os estudos destacaram a forma como é prestado esse atendimento e a sua importância para as pacientes, prestando sempre uma assistência de forma humanizada e acolhedora a cada gestante e seus familiares.

Sobre o papel do enfermeiro, conclui-se que o mesmo possui conhecimentos e habilidades específicos para definição da prioridade de atendimento, que correspondem desde o conhecimento administrativo e clínico, até as habilidades de intuição e comunicação, assim, sendo o responsável para administra o fluxo de oferta e demanda dos usuários nos serviços de acolhimento, contribuindo assim não só para um melhor atendimento como também para a diminuição dos casos de morbimortalidade.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, Aline Marques; DURO, Carmen Lucia Mottin; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. *Rev. Gaúcha Enferm. Porto Alegre*, v.33, n.4, p.181-190, Dec. 2012. Available from <http://www.scielo.br/-scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472012000400023&lng=en&nrm=iso>. Access on 24 Apr. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000400023>.

ALVES CN, WILHELM LA, BUBLITZ S et. al. Perfil ginecológico-obstétrico de gestantes assistidas em consulta de pré-natal de baixo risco. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 8(9):3059-68, set., 2014. ISSN: 1981-8963. DOI: 10.5205/reuol.5960-55386-1-ED.0809201413.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 64 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. 4. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 72 p.: il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

FIGUEIROA, Maria das Neves et. al. User embracement and risk classification at obstetric emergency: evaluating operationalization in a maternity hospital school. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, e20170087, 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452017000400239&lng=en&nrm=iso>. Access on 24 Apr. 2018. Epub Dec 04, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0087>.

GONÇALVES, Izabela Tamires Jully Pereira; SOUZA, Kleyde Ventura; AMARAL, Marta Araújo; DE OLIVEIRA, Aline Reis Souza; FERREIRAS, Walkiria Fernandes Camilo. Prática do acolhimento na assistência pré-natal: limites, potencialidades e contribuições da enfermagem. *Rev Rene*. 2013; 14(3):620-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.15-253/rev%20rene.v14i3.3503>.

GUEDES, Maria Vilani Cavalcante; HENRIQUES, Ana Ciléia Pinto Teixeira; LIMA, Morgama Mara Nogueira. Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários. *Revista Brasileira de Enfermagem*, vol. 66, núm. 1, enero-febrero, 2013, pp. 31-37. Associação Brasileira de Enfermagem Brasília, Brasil. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267028450005>>.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti. Discurso do sujeito coletivo: representações sociais e intervenções comunicativas. *Textocontexto - enferm.*, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 502-507, June 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072014000200502&lng=en&nrm=iso>.access on 15 Oct. 2018. <http://dx.doi.org/10.15-90/0104-07072014000000014>.

NASCIMENTO TFH, ARAUJO FNF, SOARES NSCS, SILVA FM, SANTOS MFD, CHAVES BJP. Assistência de enfermagem à gestante de alto risco sob a visão do profissional. *Rev Pre Infec e Saúde [Internet]*.2018; 4:6887. Available from: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/6887> DOI: <https://doi.org/10.26694/repis.v4i0.6887>

OLIVEIRA, Daiani Antunes de; GUIMARÃES, Jaciane Pinto. A importância do acolhimento com classificação de risco nos serviços de emergência. Caderno Saúde e Desenvolvimento | vol.2 n.2 | jan/jun 2013. Disponível em: <<https://www.uninter.com/revistasaude/index.php/cadernosaudedesenvolvimento/article/view/197>>.

ROMÃO, Tainá de Araújo et. al. O processo de trabalho do enfermeiro no programa de assistência integral a saúde da mulher. Rev enferm UFPE on line., Recife, 9(Supl. 10):1418-26, dez., 2015. ISSN: 1981-8963. DOI: 10.5205/reuol.8463-73861-2-SM.0910sup201507.

SANTOS, Yasmin Almeida Pereira; PINTO, Keyla Bessa; SANTOS, Maria Polyana Cruz; MENEZES, Max Oliveira; PRADO, Lourivânia Melo. Papel do enfermeiro no acolhimento à gestante nos serviços de urgência obstétrica: revisão integrativa da literatura. INTERNATIONAL NURSING CONGRESS Theme: Good practices of nursing representations in the construction of society May 9-12, 2017. Disponível em: <<https://eventos.set.edu.br/index.-php/cie/article/view/5491>>.

ZEM, Kelly Karine Sales; MONTEZELI, Juliana Helena; PERES, Aida Maris. Acolhimento com classificação de risco: concepção de enfermeiros de um pronto socorro. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, vol. 13, núm. 4, 2012, pp. 899-908. Universidade Federal do Ceará Fortaleza, Brasil. Disponível em: <<http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/lil-679884>>.

CAPÍTULO 2

AÇÃO EDUCATIVA SOBRE OS RISCOS DE BRONCOASPIRAÇÃO DO RN DURANTE A AMAMENTAÇÃO EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 04/09/2020

Dhieniffer Naiara da Silva

Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal
– FACIMED
Cacoal – Rondônia
<http://lattes.cnpq.br/7747029587598819>

Pâmela Angeli Vieira

Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal
– FACIMED
Cacoal – Rondônia
<http://lattes.cnpq.br/1820661649308228>

Giselly Trevizani de Oliveira

Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal
– FACIMED
Cacoal – Rondônia
<http://lattes.cnpq.br/5734661697210612>

Aline de Souza Gude

Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal
– FACIMED
Cacoal – Rondônia
<http://lattes.cnpq.br/5326255974378581>

Francisco Leandro Soares de Souza

Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal
– FACIMED
Cacoal – Rondônia
<http://lattes.cnpq.br/2868918289549304>

Danieli Oliveira Sales

Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal
– FACIMED
Cacoal – Rondônia
<http://lattes.cnpq.br/8028386094377443>

Ohanna Alegnasor Bazanella de Sá

Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal
– FACIMED
Cacoal – Rondônia
<http://lattes.cnpq.br/7876584903056004>

Camila Carla de Souza Pereira

Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal
– FACIMED
Cacoal – Rondônia
<http://lattes.cnpq.br/8535980428010744>

Leticia de Paula Repke

Instituição de Ensino Superior de Cacoal-
FANORTE
Cacoal - Rondônia
<http://lattes.cnpq.br/8651552189575861>

Taís Loutarte Oliveira

Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal
– FACIMED
Cacoal – Rondônia
<http://lattes.cnpq.br/7650203119780254>

Janaína Dahmer

Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal
– FACIMED
Cacoal – Rondônia
<http://lattes.cnpq.br/9130714292507118>

Teresinha Cícera Teodora Viana

Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal
– FACIMED
Cacoal – Rondônia
<http://lattes.cnpq.br/0617192065336447>

RESUMO: A amamentação é de extrema importância tanto para a mãe quanto para o bebê,

sendo um relacionamento de intensa dependência afetiva que envolve os cuidados entre mãe e filho. Durante o momento da amamentação deve-se observar e avaliar a mamada para confirmar se a pega da aréola e o posicionamento estão corretos. O posicionamento incorreto do bebê, além de atrapalhar a sucção, implica diretamente na quantidade de leite ingerido, podendo também acarretar problemas nos mamilos e levar o bebê ao risco de broncoaspiração. Este trabalho caracteriza-se em relatar a experiência dos acadêmicos em uma ação interdisciplinar educativa realizada no hospital municipal materno infantil de Cacoal-RO. Trata-se de um relato de experiência do tipo descritivo desempenhado por acadêmicos do 7º e 8º período de enfermagem. A ação foi realizada no mês de agosto, mês dedicado à intensificação das ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Notou-se um grande interesse entre as gestantes e puérperas presentes em esclarecer dúvidas e receber informações sobre o posicionamento adequado do bebê durante a amamentação, muitas relataram ter passado por situações de broncoaspiração enquanto amamentavam, viu-se então a importância de orientar essas mães durante a consulta de pré-natal e puerpério sobre a escolha de uma posição confortável para amamentar, respeitando as vias aéreas do bebê, e lembrando de sempre posicionar o bebê após a mamada para a eructação, e através dessas orientações garantir que o bebê receba todos os nutrientes necessários através do leite materno evitando o risco de broncoaspiração. Desta forma, nota-se que, executar ações educativas pode transformar desinformação em informação além de conscientizar as puérperas e gestantes de que o leite materno é fundamental na vida do filho.

PALAVRAS - CHAVE: Educação em saúde. Aleitamento. Broncoaspiração.

EDUCATIONAL ACTION ON THE RISKS OF BRONCOASPIRATION OF NB DURING BREASTFEEDING IN A PUBLIC MATERNITY: EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: Breastfeeding is extremely important for both mother and baby, being a relationship of intense emotional dependence that involves the care between mother and child. During breastfeeding, breastfeeding should be observed and evaluated to confirm that the areola grip and positioning are correct. Incorrect positioning of the baby, in addition to disrupting suction, directly affects the amount of milk ingested, which can also cause nipple problems and lead the baby to risk of bronchoaspiration. This work is characterized in reporting the experience of academics in an interdisciplinary educational action carried out at the municipal maternal children's hospital in Cacoal-RO. This is a descriptive experience report performed by academics from the 7th and 8th nursing periods. The action was carried out in August, a month dedicated to the intensification of actions to promote, protect and support breastfeeding. There was a great interest among pregnant women and puerperal women present in clarifying doubts and receiving information about the proper positioning of the baby during breastfeeding, many reported having undergone situations of bronchoaspiration while breastfeeding, then it was seen the importance of guiding these mothers during prenatal and puerperal consultation on choosing a comfortable position to breastfeed, respecting the baby's airways, and remembering to always position the baby after breastfeeding for eructation, and through these guidelines ensure that the baby receives all necessary nutrients through breast milk avoiding the risk of bronchoaspiration. In this way, it is noted that, carrying out educational actions can transform misinformation into information in addition to making mothers and pregnant women aware that breast milk is fundamental in the child's life.

KEYWORDS: Health education. Breastfeeding. Bronchoaspiration.

1 | INTRODUÇÃO

O aleitamento materno é identificado com um grande aliado para proporcionar o vínculo natural com a mãe, proteção e nutrição do bebê. A mais eficaz intervenção para diminuição da morbimortalidade infantil. Promovendo ainda um esplêndido impacto na promoção da saúde, tanto para a lactente quanto para o lactante (BRASIL, 2009).

Estudo feito por SANTOS *et al.* (2019), na cidade de Londrina – PR, com crianças menores de um ano que faleceram entre os anos de 2000 a 2012, tendo um total de 944 óbitos sendo utilizado apenas 70 casos, constataram que as causas básicas de óbitos foram: broncoaspiração que corresponde a 45 bebês, sufocação refere-se a 11 bebês e síndrome da morte súbita condiz com 14 bebês.

Segundo o Governo do Estado do Espírito Santo (2015), os episódios de engasgo ou de broncoaspiração são considerados comuns na infância, sendo a classe dos lactentes mais comumente detectados. Desta forma, as lactantes devem estar atentas aos sinais emitidos por bebês, como: coloração da pele acianótico ou pálida, agitação, até chegar à perda de consciência (BRASIL, 2015).

Em consonância com o Ministério da Saúde (2017), explana a forma correta de realizar a manobra denominada de Heimlich, onde posiciona o bebê de bruços em cima do braço de quem irá realizar a manobra e aplica cinco golpes entre as escápulas, na região medial da coluna vertebral, após realizar os golpes, vire o bebê novamente com a barriga para cima, deixando apoiada no braço e realize mais cinco compressões sobre a região do esterno, tendo como base a linha mamilar. Realize a manobra até a chegada dos serviços especializados no atendimento pré-hospitalar (BRASIL, 2017).

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (2018), nos dias atuais, na região das Américas, apenas 38% dos lactentes estão em aleitamento materno exclusivo até os seis meses recomendados e 32% continuam sendo amamentados até os 24 meses.

Em consonância com o Ministério de Saúde (2018), o aleitamento materno visa diminuir em até 13% do índice de mortalidade em crianças menores de cinco anos. Desta forma, o Ministério da Saúde tem incentivado empresas privadas e públicas a criarem salas de apoio à amamentação. Atualmente o país possui 216 salas certificadas em todo o país, com o intuito de promover e beneficiar o aleitamento. A respectiva ação teve surgimento em 2010 com o intuito de apoiar as mulheres que retornarem para o mercado de trabalho após a licença-maternidade e que tenham o desejo de dar continuidade ao aleitamento (BRASIL, 2018).

Segundo o Ministério da Saúde (2015), os estudos científicos além de evidenciarem a comprovação de que o aleitamento materno é de extrema relevância para a sobrevivência do bebê, no Brasil em especial, as que se encontram em aleitamento exclusivo, estão

com os índices de recomendação baixos, previsto pelas recomendações das organizações nacionais e internacionais.

A Organização Mundial de Saúde estabelece a recomendação do aleitamento materno por até dois anos de idade ou mais, sendo de forma exclusiva até os seis meses. A utilização de alimentação complementar precoce, antes dos seis meses, pode acarretar prejuízos significativos para o bebê, como: episódios de diarreia, índice de hospitalização por doenças respiratórias maiores, risco de desnutrição, menor absorção de nutrientes presentes no aleitamento materno, menor eficácia como método contraceptivo e rejeição precoce do recém-nascido a amamentação (BRASIL, 2015).

Nesta contextualização, podemos observar que as equipes de saúde da atenção primária e as equipes hospitalares das maternidades, devem trabalhar a educação continuada com gestantes e puérperas, salientando a importância do aleitamento materno e técnicas adequadas, visto que a pega do lactente de forma errada pode desenvolver uma broncoaspiração, uma vez que, quando não atendido de imediato o bebê pode vir a óbito.

2 | OBJETIVO

Descrever a ação desenvolvida por acadêmicos em uma atividade interdisciplinar educativa com gestantes e puérperas referente ao risco de broncoaspiração durante o aleitamento.

3 | MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, na modalidade de relato de experiência, decorrente da atividade prática desenvolvida por acadêmicos do curso de enfermagem, na Unidade de Alojamento Conjunto no hospital materno infantil de Cacoal-RO. Foram abordadas aproximadamente 10 mulheres entre gestantes, puérperas e acompanhantes com características socioeconômicas e idades distintas.

Os critérios de inclusão utilizados referem-se a todas as gestantes e puérperas que estavam presentes no momento da abordagem dos acadêmicos no local, sendo o foco principal abordar a maior quantidade de gestantes e puérperas possível.

A presente atividade foi desenvolvida de acordo com a apresentação sobre os seguintes temas: os riscos de broncoaspiração durante a amamentação, posicionamento adequado do bebê e da mãe durante a amamentação, a pega correta da aréola e a importância de posicionar o bebê para realizar a eructação após a mamada. Ao final da ação os acadêmicos repassaram informações e esclareceram dúvidas, referente ao tema abordado e também houve a distribuição de folders educativos.

Para preparação do material e desenvolvimento da ação, foram utilizados protocolos referentes ao cuidado do recém-nascido e aleitamento materno e outros recursos de

revisão bibliográfica através do Google acadêmico, Scielo e Portal do Ministério da Saúde.

4 | RELATO DE EXPERIÊNCIA

As atividades desenvolvidas pelos acadêmicos tiveram como objetivo transmitir informações para as gestantes, puérperas e acompanhantes que estavam presentes. Sendo assim, a ação foi desenvolvida em dois momentos distintos, o primeiro momento foi para a confecção dos materiais pedagógicos e o segundo a aplicação na prática de todo o estudo realizado levando a educação em saúde.

Deste modo no primeiro momento, foi destinada a preparação dos materiais pedagógicos que requisitou dos acadêmicos extensos estudos, com finalidade de levar conhecimento científico atualizado e confiável para a amostra escolhida para este estudo. Após diversas pesquisas realizadas, foram selecionados protocolos, livros e artigos recentes e a realização de reuniões em grupo para estabelecer um padrão de literaturas utilizadas.

A ação foi desenvolvida no período noturno, devido ter um fluxo mais tranquilo para abordar as gestantes, puérperas e acompanhantes presentes. Iniciou-se com a abordagem teórica, explanando a importância da pega correta no momento da amamentação, os benefícios da pega correta, a importância da amamentação e como prevenir a broncoaspiração, ao final da ação esclarecimento de mitos e dúvidas, assim como a entrega de folders educativos. No momento da explicação teórica, inúmeras gestantes, puérperas e acompanhantes relataram suas experiências.

Em consonância com o Ministério de Saúde (2017), a forma correta da pega do bebê é ele virado para a mãe, bem próximo do seu corpo, plenamente apoiado e com os braços livres, a cabeça do bebê deve se posicionar de frente para o peito e o nariz na frente do mamilo, só colocar o bebê para ele abrir bem a boca. Após o bebê pegar o peito, observar se o queixo dele está encostado na mama, com os lábios invertidos para fora, ele deve abocanhar o mamilo e o máximo possível da aréola (BRASIL, 2017).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o aleitamento materno a forma mais saudável e segura de alimentar um bebê, este estudo objetivou esclarecer os riscos de broncoaspiração bem como instruir as puérperas aos cuidados necessários para evitar essa condição. Levando em conta que a forma mais eficaz de prevenir a broncoaspiração na amamentação materna é a pega correta da mama, torna-se importante orientar do pré-natal ao puerpério de modo que elimine o receio da amamentação.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Governo do Estado do Espírito Santo, **Saúde dá dicas para socorrer e evitar engasgos com bebês e crianças**, 2015. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/saude-da-dicas-para-socorrer-e-evitar-engasgo> Acesso em: 26 ago. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. **Engasgo**, 2017. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/dicas-em-saude/2513-engasgo> Acesso em: 26 ago. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde, **Saúde da Criança: Aleitamento Materno e Alimentação Complementar - Cadernos de Atenção Básica**, nº 23, 2ª ed. Brasília – DF 2015. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf Acesso em: 25 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde, **Ministério da Saúde lança Campanha de Amamentação**, 2018. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43891-ministerio-da-saude-lanca-nova-campanha-de-amamentacao> Acesso em: 25 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde, **Saúde da Criança: Nutrição Infantil Aleitamento Materno e Alimentação Complementar - Caderno de Atenção Básica**, nº 23, 1º ed. Brasília – DF 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf Acesso em: 25 ago. 2020.

BRASIL, Organização Pan-Americana da Saúde, **Aleitamento materno nos primeiros anos de vida salvaria mais de 820 mil crianças menores de cinco anos em todo o mundo**, 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5729:aleitamento-materno-nos-primeiros-anos-de-vida-salvaria-mais-de-820-mil-criancas-menores-de-cinco-anos-em-todo-o-mundo&Itemid=820 Acesso em: 25 ago. 2020.

ANÁLISE DISCURSIVA SOBRE A CARACTERÍSTICA INSTITUCIONAL DA RELIGIOSIDADE PARA SOROPOSITIVOS: UM ESTUDO DE REPRESENTAÇÃO SOCIAL

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 06/10/2020

Karen Paula Damasceno dos Santos Souza

UERJ, Faculdade de Enfermagem
Rio de Janeiro - RJ

ORDID ID: <https://orcid.org/0000-0002-0520-4905>

Antonio Marcos Tosoli Gomes

UERJ, Faculdade de Enfermagem,
Departamento de Enfermagem Médico-
Cirúrgico
Rio de Janeiro - RJ

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4235-9647>

Leandra da Silva Paes

UERJ, Faculdade de Enfermagem
Rio de Janeiro - RJ

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-4742-1860>

Marcia Pereira Gomes

UNIRIO, Faculdade de Enfermagem
Rio de Janeiro - RJ

ORCID ID: <https://0000-0002-7872-5891>

RESUMO: Este estudo tem como objetivo analisar as representações sociais de pessoas que vivem com HIV/Aids (PVHA) acerca da religiosidade institucional. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, fundamentado na Teoria das Representações Sociais (TRS). A coleta de dados ocorreu no Serviço de Assistência Especializado em Aids,

localizado no município do Rio de Janeiro, com 32 PVHA maiores de 18 anos. Para a obtenção dos conteúdos da representação, foram utilizados um questionário sociodemográfico e entrevista semiestruturada. Os dados sociodemográficos foram organizados e analisados pela estatística descritiva e o conteúdo discursivo foi organizado em um *corpus* e submetido à análise do tipo lexical, ambos com o emprego do *software* IRAMUTEQ. Os resultados demonstraram que a maioria dos participantes do estudo é do sexo masculino (68,75%), possuem idades entre 41 e 60 anos (62,50%), nunca abandonaram o tratamento (68,75%) e 62,50% têm tempo de diagnóstico superior a uma década. Com relação ao conteúdo discursivo, o *software* identificou 2.928 formas e 709 segmentos de texto, sendo 624 classificados resultando em 5 classes. Neste estudo foi explorada a classe 4, correspondendo a 19,60% do total do *corpus*, que, aborda uma faceta das representações sociais da religiosidade vinculada às questões de preconceito e solidariedade no ambiente religioso institucional, diante da vivência e do enfrentamento do HIV. Embora este estudo tenha como limitação uma amostragem pequena, conclui-se que a religiosidade em sua característica institucional assume características tão complexas quanto importantes para o grupo social pesquisado.

PALAVRAS - CHAVE: religiosidade; HIV/Aids; representações sociais; psicologia social.

DISCURSIVE ANALYSIS OF THE RELIGIOSITY INSTITUTIONAL CHARACTERISTIC FOR SEROPOSITIVE PERSONS: A SOCIAL REPRESENTATION STUDY

ABSTRACT: This study aims to analyze the social representations of people living with HIV / AIDS (PLWHA) about institutional religiosity. It is a descriptive study, with a qualitative approach, based on the Social Representations Theory (SRT). Data collection took place at the Specialized AIDS Care Service, located in Rio de Janeiro city, with 32 PLWHA over 18 years of age. In order to obtain the contents of the representation, a sociodemographic questionnaire and unstructured interview were used. Sociodemographic data were organized and analyzed using descriptive statistics and the discursive content was organized into a corpus and subjected to lexical analysis, both data using the IRAMUTEQ software. The results showed that the majority of study participants are male (68.75%), aged between 41 and 60 years (62.50%), never abandoned treatment (68.75%) and 62.50% have a diagnosis time of more than a decade. Regarding the discursive content, the software identified 2,928 shapes and 709 text segments, 624 of which were classified resulting in 5 classes. In this study, class 4 was explored, corresponding to 19.60% of the total corpus, which addresses a facet of the religiosity social representations linked to issues of prejudice and solidarity in the institutional religious environment, in the face of the experience and confrontation of HIV. Although this study has as a limitation a small sample, it is concluded that religiosity in its institutional characteristic assumes aspects as complex as they are important for the researched social group.

KEYWORDS: religiosity; HIV/Aids; social representations; social psychology.

1 | INTRODUÇÃO

Uma circunstância adversa de vida requer um cuidado que compreenda inclusive a dimensão espiritual e religiosa do ser, como aponta os estudos de Pinho (2017) sobre o enfrentamento no contexto de soropositividade ao HIV, entretanto, atitudes e comportamentos dos atores sociais no âmbito religioso se desvencilham em dois lados opostos face ao diagnóstico. Se por um lado propicia o conforto e ajuda demandadas pelo ser humano, principalmente, em momentos delicados, por outro promove ou ambienta o preconceito nos meios religiosos.

No Brasil, estima-se que aproximadamente 970 mil pessoas convivam com o HIV. De acordo com o Boletim Epidemiológico de HIV e AIDS, desde 2012 a taxa de detecção de novos casos está diminuindo, correspondendo à taxa de 17,8 casos para cada 100 mil habitantes em 2018 (BRASIL, 2019).

Por ser uma condição crônica de saúde, a religiosidade pode simbolizar o alívio das tensões decorrentes da vivência com o HIV (GALVÃO; PAIVA, 2012).

TRS surge em 1961 com a obra *La psychanalyse, son image et son public*, de Moscovici e posteriormente, aprofundada por Denise Jodelet. Sua proposição versa sobre “como interagem sujeitos e sociedade para construir a realidade, como terminam

por construí-la numa estreita parceria, que... passa pela comunicação” (ARRUDA, 2002, p.128). Como uma grande teoria, ela abarca três tipos de abordagens: a) a clássica ou processual (culturalista) – desenvolvida por Denise Jodelet; b) a estrutural – formulada por Jean Claude Abric; e c) a societal – elaborada por Wilhem Doise.

Para Abric, a representação se organiza ao redor de um núcleo central o qual concede significado à representação e que se encontra circundado por elementos representacionais que o protegem, reforçam-no ou contrariam-no (2000). Doise, no entanto, relaciona as dinâmicas das representações sociais com as teorias de Bourdieu. Assim, “as representações sociais são o princípio gerador de afirmações de posição vinculadas a parâmetros específicos no conjunto das relações sociais e de organização dos processos simbólicos nessas relações” (DOISE, 1985, p. 243; 2002).

A abordagem clássica, utilizada para a fundamentação teórico-metodológica deste estudo, destaca o contexto sócio-histórico e cultural do grupo social aliado às suas produções simbólicas e significados como foco da análise de representação (SÁ, 1998).

A motivação do estudo advém da necessidade de entender como a religiosidade e religião operam no enfrentamento do diagnóstico de soropositividade ao HIV bem como as consequências desta interação. Além de que, dentro da perspectiva das Representações Sociais, o estudo do campo religioso é amplo e possibilita trazer à luz a dinâmica de articulação entre a religiosidade e outros domínios da vida social (JODELET, 2015).

Minha exposição parte da perspectiva da psicologia social. Dessa forma, o objetivo deste texto é analisar as representações sociais da religiosidade para pessoas soropositivas ao HIV, estabelecendo algumas pontes com o cuidado de enfermagem. Pois, segundo o domínio “princípios da vida”, os fundamentos norteadores do comportamento humano vinculam-se a dimensão espiritual e religiosa humana (NANDA, 2015), o que denota a importância de um cuidado de enfermagem que aborde essas dimensões.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo descritivo, embasado na abordagem processual da Teoria das Representações Sociais, as quais de acordo com Jodelet “são abordadas simultaneamente como o produto e o processo de uma atividade de apropriação da realidade exterior ao pensamento e da elaboração psicológica e social da realidade” (1989, p.35).

Consoante à temática do estudo, a pesquisa foi executada no Serviço Ambulatorial Especializado (SAE) de um Hospital Universitário localizado na Zona Norte da cidade do Rio de Janeiro, este é referência em diversas especialidades. Pela classificação do Ministério da Saúde, o SAE presta cuidado em saúde nos níveis de assistência, prevenção e tratamento às pessoas que vivem com HIV/Aids, IST e hepatites virais, com foco no atendimento integral destes usuários (BRASIL, 2014).

A amostra de pesquisa foi do tipo não probabilística por conveniência, composta por 32 PVHA usuários do SAE anteriormente citado. Os critérios de inclusão consideram os participantes maiores de 18 anos, de todas as identidades de gênero, usuários do SAE supracitados, com tempo de diagnóstico superior a seis meses e com acompanhamento ambulatorial. Dessa forma, foram excluídos deste estudo todos aqueles que não aceitaram ou não atenderam os requisitos de inclusão, assim como os usuários que tinham alguma condição de saúde ou deficiência que impedisse a realização da entrevista.

Inicialmente, como estratégia para coleta de dados, ocorreu à ambientação no cenário de estudo, com o auxílio do departamento de chefia de enfermagem dos ambulatorios. Nesse momento, houve a apresentação dos profissionais, do cenário de estudo e conhecimento dos dias e horários dos serviços voltados para usuários PVHA. A partir dessa interação inicial com a equipe foi possível uma maior aderência dos usuários à pesquisa. Posteriormente, houve o levantamento dos dados por meio de um roteiro de entrevista semiestruturada, juntamente com um formulário de caracterização dos participantes, após leitura, compreensão e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

As entrevistas foram realizadas por um dos autores, sendo registradas por um gravador, com tempo de gravação entre 35 a 50 minutos de duração. Com relação ao anonimato em pesquisa, os participantes são demonstrados pela sigla “id” seguida de uma numeração crescente, e da mesma forma pelas variáveis sociodemográficas, a saber, religião e sexo, codificadas.

Segundo Marconi e Lakatos (2017), a entrevista semiestruturada ocorre, geralmente, por uma conversação informal entre pesquisador e entrevistado, em que as perguntas são abertas e na qual o entrevistador desenvolve a temática na direção que julgar adequada. Neste sentido, utilizou-se este tipo de entrevista configurado por um roteiro temático com questões abertas. Justifica-se a escolha das 32 entrevistas devido à quantidade mínima descrita nas pesquisas francesas em representações sociais que recomendam 30 entrevistas (CAMARGO, 1998) e em decorrência da saturação dos dados (DANY, 2017).

Os dados foram processados com o suporte do software Iramuteq, versão 0.7 alpha 2. Dessa forma, os conteúdos das entrevistas obtiveram a análise do tipo lexical, ao passo que os dados de caracterização dos sujeitos foram analisados pela estatística descritiva. Desenvolvido por Pierre Ratinaud, o programa possui código aberto, sendo ancorado no ambiente R e na linguagem Python, que possibilita a realização de vários tipos de análise, inclusive análises estatísticas sobre corpora textuais e sobre dados matriciais (CAMARGO; JUSTO, 2013; SOUZA, 2018).

Após a transcrição das 32 entrevistas foi realizada a formatação de um corpus constituído de todos os textos em um único arquivo. O mesmo foi salvo no programa OpenOffice.org no tipo texto codificado (.txt), em que cada entrevista ou texto foi separada por linhas de comando de acordo com as três variáveis da pesquisa: número dado a cada entrevistado, a variável sexo, e a variável religião, explícitos pelas siglas id, sex e

rel, respectivamente. O tipo de análise efetuada para tratamento do corpus textual foi o método Reinert, que consiste num método de classificação hierárquica descendente (CHD) proposto por Reinert, em 1990 (REINERT, 1990). Este método classifica “os segmentos de texto em função dos seus respectivos vocabulários, e o conjunto deles é repartido com base na frequência das formas reduzidas”.

Assim, as Unidades de Contexto Inicial (UCI) representam os textos de cada entrevista, e a partir destas unidades iniciais são formadas as Unidades de Contexto Elementar (UCE) representantes dos segmentos de texto e as quais “apresentam vocabulário semelhante entre si e diferentes das UCE das outras classes” (CAMARGO; JUSTO, 2013, p.516). Relativo às propriedades estatísticas, o Iramuteq determina a significância do p-valor de 0,0001, priorizando os maiores valores de χ^2 (qui-quadrado) e de frequência das palavras como relevantes para cada classe gerada através da análise do método Reinert.

Com relação aos dados sociodemográficos, estes foram digitados em uma planilha do programa OpenOffice.org, formando um corpus e sendo salvos como texto (.csv). Posteriormente, houve o processamento destes dados no Iramuteq através da análise de frequências, que apresenta a descrição percentual dos dados.

Essa pesquisa faz parte do projeto multicêntrico nacional intitulado “A Espiritualidade e a Religiosidade em pessoas que vivem com HIV/Aids e suas interfaces com as Representações da Síndrome: construções simbólicas, práticas sociais e cuidado de enfermagem”, coordenado pelo Prof^a. Antonio Marcos Tosoli Gomes. Esta obteve financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e foi homologada pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro conforme o protocolo nº 699.220. Para o desenvolvimento deste estudo foram respeitadas as normas, diretrizes e princípios bioéticos de pesquisa com seres humanos, em conformidade com a Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2012).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O grupo social do estudo apresenta maioria católica, do sexo masculino e com tempo de diagnóstico acima de 10 anos. De acordo com a análise de frequências, os participantes do sexo masculino correspondem a 68,75%, aqueles que possuem tempo de diagnóstico acima de 10 anos contabilizaram 62,50% e 31,25% afirmaram ser católicos. Observou-se também que a maioria estava na faixa etária entre 41 e 60 anos, com 62,50% dos participantes.

Relativo às outras variáveis do estudo, 96,88% faz uso de antirretrovirais (TARV), aqueles que não abandonaram o tratamento representam 68,75% da amostra. Já para aqueles que frequentavam suas religiões antes do diagnóstico compunham 75,00%, e

71,87% freqüentavam suas religiões depois do diagnóstico de soropositividade ao HIV. Na tabela 1, apresentamos a caracterização dos participantes do estudo.

Concernente aos conteúdos representacionais, o corpus de análise das 32 entrevistas foi processado em um tempo de 22 segundos, obtendo 709 segmentos de texto dentro os quais 624 foram analisados. Isso representa um aproveitamento do corpus total de 88,01%%, considerando que na literatura o nível acima de 70% é o ideal (TRIGUEIRO et al., 2016). Em decorrência do dimensionamento dos segmentos de texto, o corpus aproveitado resultou em 5 classes, ilustradas pelo dendograma (Figura 1).

De acordo com o dendograma, inicialmente o corpus de aproveitamento foi partido em dois subcorpora. Por um lado, originou as classes 3 e 4, e por outro, deu origem a classe 5, e após nova partição, as classes 1 e 2. Cada classe nesse dendograma está configurada desta forma devido à proximidade ou afastamento de suas temáticas, neste sentido as classes 3 e 4 apresentam temas semelhantes, entretanto, suas temáticas são distintas do tema abordado pela classe 5.

Cada partição revela-se como um eixo temático do corpus de análise e no qual, cada classe aborda uma parte desse tema. Desta forma o primeiro eixo relaciona as temáticas entre as classes 5, aliado as classe 3 e 4, intitula-se “Do diagnóstico à continuidade da vida com o vírus: desafios, avanços, contexto social e religiosidade”.

Religião	N	%
Espíritas	5	15,63
Católicos	10	31,25
Candomblecistas	1	3,12
Protestantes	7	21,88
Sem religião	7	21,88
Católico e evangélico	1	3,12
Johrei	1	3,12
Sexo	N	%
Feminino	10	31,25
Masculino	22	68,75
Idade	N	%
20-30 anos	3	9,38
31-40 anos	6	18,75
41-50 anos	10	31,25
51-60 anos	10	31,25
Acima de 60 anos	2	6,25
Não informado	1	3,12
Tempo de diagnóstico	N	%
1 a 5 anos	4	12,50
6 a 10 anos	7	21,88
Acima de 10 anos	20	62,50
Não informado	1	3,12
TARV	N	%
Sim	31	96,88
Não	1	3,12
Abandono de tratamento	N	%
Sim	10	31,25
Não	22	68,75
Antes do diagnóstico	N	%
Sim	24	75,00
Não	8	25,00
Depois do diagnóstico	N	%
Sim	23	71,87
Não	9	28,13
Total	32	100

Tabela 1 – Distribuição dos participantes do estudo. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2020.

Fonte: Os autores, 2020.

O segundo eixo “Ambiguidade do processo de convivência com a síndrome: ressignificação através das tecnologias, religiosidade e contexto social” abrange as classes 1 e 2. E o terceiro eixo tem como tema “A religião e a religiosidade no contexto do HIV/ Aids”, que abarca as classes 3 e 4, cuja classe compõe este estudo.

A classe 4 apresenta 122 UCE’s e representa 19,60% da análise. Intitulada “As vivências do preconceito e da solidariedade: A PVHA no contexto de suas religiões”, a qual denota símbolos e significados de experiências vivenciadas no âmbito institucional religioso após o diagnóstico de HIV. Para esta classe não houve associação estatística significativa com as variáveis do estudo.

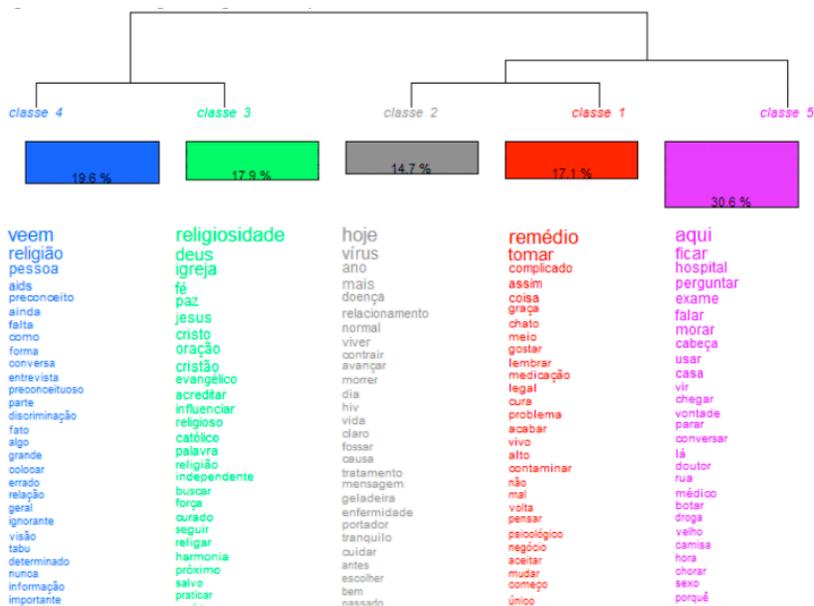


Figura 1 – Dendrograma gerado a partir das 32 entrevistas. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2020.

Fonte: Os autores, 2020.

O perfil desta classe demonstra de acordo com as palavras mais significantes ($p < 0,0001$) o preconceito marcado na memória social do grupo, o receio da exposição de seu diagnóstico para os membros do grupo de apoio, e também o compartilhamento de sentimentos e expectativas na entrevista. Nesta classe, o maior qui-quadrado é representado pela palavra *veem* ($F=95,0$; $\chi^2=154,68$).

As maiores frequências de palavras na classe são expressas por “falta” ($F=100,0$; $\chi^2=24,93$), seguida de “conversa” ($F=100,0$; $\chi^2=20,74$), “entrevista” ($F=100,0$; $\chi^2=20,74$), “preconceituoso” ($F=100,0$; $\chi^2=20,74$) e “colocar” ($F=100,0$; $\chi^2=16,57$). Percebe-se na classe 4, o resguardo na abordagem do HIV e a pouca informação a respeito desta temática no ambiente religioso, representado pela palavras de maior χ^2 e frequência. Conforme apresentado na tabela 2.

F	χ^2	Palavras	p-valor
95.0	154.68	Veem	0,0001
40.09	89.25	Pessoa	0,0001
39.88	57.95	Aids	0,0001
66.67	35.23	Preconceito	0,0001
50.0	25.19	Ainda	0,0001
100.0	24.93	Falta	0,0001
36.36	24.0	Como	0,0001
51.52	22.63	Forma	0,0001
100.0	20.74	Conversa	0,0001
100.0	20.74	Entrevista	0,0001
100.0	20.74	Preconceituoso	0,0001
85.71	19.7	Parte	0,0001
85.71	19.7	Discriminação	0,0001
77.78	19.68	Fato	0,0001
64.29	18.22	Algo	0,0001
66.67	17.27	Grande	0,0001
100.0	16.57	Colocar	0,0001
83.33	15.67	Errado	0,0001

Tabela 2 – Relação de palavras significantes da classe 4. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2020.

Fonte: Os autores, 2020.

As representações da religiosidade expostas pelos participantes neste estudo não são desvinculadas das esferas psicossociais de vivência com o HIV. O cenário de coleta dos dados exorta essa lembrança na explanação do objeto representacional. Outro ponto a destacar decorre da oportunidade de abordar essa temática, haja visto que nas circunstâncias fora do ambiente hospitalar e de pesquisa, pode ser considerada tabu.

infelizmente existe um preconceito na religião com relação à aids, mas não só na minha religião eu acho que isso em qualquer religião mesmo fora de religião às pessoas tem esse olhar crítico em relação às aids. Id 146, mulher, candomblecista.

É demonstrado preconceito isso realmente ainda existe não por mim, mas eu já vi. Id 121, homem, sem religião.

Inferese que a partir das experiências dos participantes em alguma religião, optase por identificar-se como não pertencente a nenhuma religião, como meio protetor do bem-estar espiritual. Enfrentar uma condição de saúde como a soropositividade ao HIV demanda bastante suporte, sendo assim, há uma necessidade do ambiente religioso estar preparado para acolher as PVHA.

Em contrapartida, quando não há um acolhimento eficaz, este enfrentamento torna-se mais difícil ainda. Conforme relatado pelos participantes, a dificuldade desta condição de saúde é correlacionada a uma dimensão imagética da aids, ancorada como “inimigo invisível”. A ancoragem constitui um dos elementos que origina a representação social, e denota o processo psicossociológico de formação das RS, com objetivo de familiarizar e integrar uma informação nova “no universo do pensamento pré-existente” (JODELET,

aids para mim é um inimigo invisível. Viver com aids é difícil porque você tem que se adaptar a uma vida diferente e também em relação ao convívio com as pessoas, você tem que guardar isso. Id 150, homem, católico.

O advento do diagnóstico apresenta uma nova perspectiva para o HIV, em que os participantes admitem a mudança de seus julgamentos, reforçado pelos verbos *vêem*, *via* e *vê*. Neste extrato de fala, há 3 percepções diferentes, a saber, participante no passado, participante no presente e outros; e dois momentos distintos: passado e presente.

é essa coisa de como você acha que elas veem como você pensa. Não sei, porque eu via de uma forma, depois que a gente está, a gente vê de outra forma. Id 136, homem, católico.

Os participantes relatam muito preconceito e juízo moral atribuídos à PVHA, os quais são associados ao medo e desinformação em saúde. Conforme Moscovici, as pessoas comuns sem acesso aos 'instrumentos científicos' conseguem informação de forma "distorcida por representações 'superimpostas' aos objetos e às pessoas" que disseminam a informação (2007, p. 33). Existe a percepção dos outros permeada pelo receio em se contaminar com o vírus, mas também a crítica dos portadores terem contraído pela promiscuidade sexual. Dessa forma, revisitando os primórdios da epidemia do HIV, na qual era comum associar o vírus aos grupos considerados de risco.

as pessoas da religião ainda tem muito preconceito com a aids, elas veem a pessoa com aids meio torto, tem medo. É isso. Comigo já aconteceu várias vezes da pessoa ficar com medo de pegar. Id 148, mulher, católica.

as pessoas veem a situação da aids com preconceito, então o preconceito é porque é promiscuo se for mulher é porque saiu com vários homens, quando na verdade, não é nada disso. Id 151, homem, sem religião.

Embora, a representação da aids esteja associada a uma "doença qualquer", os sujeitos deste estudo reconhecem a permanência do preconceito contra as PVHA. Por conta disso, é comum não conversar sobre o diagnóstico para as pessoas da rede social de apoio, corroborando com o estudo de Gomes, Silva e Oliveira (2011), em que abordam o ocultamento do diagnóstico como estratégia das PVHA.

eu não tenho a mínima ideia de como as pessoas da minha religião veem a aids, porque eu não me abro com ninguém, porque eu não confio em ninguém. Id 138, homem, johrei.

a fé é fundamental na vida do ser humano. Hoje em dia as pessoas estão vendo a aids como uma doença qualquer existe discriminação porque desde o tempo de cristo já havia discriminação e realmente. Id 152, mulher, católica.

nunca perguntei para as pessoas da minha religião como elas veem a aids, nunca quis me aprofundar nesses lugares, até porque eu conheço outras pessoas, mas, tanto nas religiões como fora das religiões ainda é um grande tabu. Id 121, homem, sem religião.

De acordo com os participantes, o ponto crucial para a mudança de comportamento dos outros com eles, é na medida em que aqueles passam a conhecer seus diagnósticos. Eles relatam não só o distanciamento, mas também, o julgamento de amigos e familiares por conta do HIV.

as pessoas ainda têm muito preconceito, não adianta você falar que não. Por isso que eu falo, tem muita gente que nem sabe, você fala, a pessoa passa a te ver de maneira diferente. Id 147, mulher, católica.

na igreja é a mesma coisa. A sua opinião tem pessoas que acolhem e tem pessoas que consideram que a culpa é sua. Eu sempre joguei bola, tinha um colega meu que sabia e saía de perto. Id 125, homem, evangélico.

fora isso eu não sei. Eu graças a deus nunca sofri o preconceito. Sofri por parte do meu primo, meu primo sabe de mim, mas eu senti que ele se afastou um pouco. Id 128, homem, evangélico.

O suporte nesta condição de saúde mostra-se essencial. Contudo, enquanto alguns explicitam o apoio da família, e afastamento dos membros de sua religião. Outros, porém, expressam a preocupação de outros membros com relação a sua saúde, criando um ambiente promotor de cuidado.

as pessoas da minha religião têm restrição em relação às aids, com muito pouco conhecimento e com certeza com uma discriminação muito grande. Eu tive um suporte familiar ótimo, mas muitas pessoas não têm esse suporte. Id 150, homem, católico.

e hoje está tão fácil. Não é fácil. É fácil para se cuidar. Não desejo para ninguém o que eu estou passando, até o mostrar de como as pessoas da minha religião veem a pessoa com aids para gente não influencia em nada, deles sempre estarem preocupados com a gente. Id 123, homem, espírita.

Percebe-se que em algumas religiões, a percepção do HIV é de algo “colocado por Deus”, devido a “coisas erradas” e por consequência, a pessoa “colhe”. Essa perspectiva de pecado ainda é bastante associada ao HIV, conforme abordado por Silva (2018), e reside na ancoragem do HIV no entendimento religioso. Existe a associação da aids com outras doenças consideradas mais letais pelos sujeitos do estudo, onde reconhecem a falta de informação das pessoas.

e a gente fez coisas erradas. Muitos parceiros, muitas coisas. A gente colheu essa situação. Foi deus que colocou essa doença na minha vida, é essa visão que as pessoas têm essa visão. Id 122, mulher, evangélica.

falta de formação acadêmica mesmo, mas temos visto que a diabetes mata muito mais que a aids. O câncer mata muito mais que a Aids. Id 143, homem, evangélico

as pessoas da religião veem a aids de forma discriminatória, rotulando-a, em que aids somente seria ligado a pessoas homossexuais ou a prostituição, quando até mesmo dentro de um casamento na teoria monogâmica, um dos parceiros poderia contrair. Id 144, homem, sem religião.

Identifica-se o consenso entre adeptos do catolicismo e aqueles que se definem sem religião, acerca da representação da instituição religiosa. Segundo eles, a mesma deveria ter a dimensão afetiva presente através do elemento conforto espiritual.

é claro que não a conheço. São relatos que eu obtive e que agora eu estou passando na entrevista, mas se for um fato verdadeiro, o importante da religião é o amor. Id 151, homem, sem religião.

e não importa o caminho que seja a religião que seja, é realmente uma parte de conforto. Religiosidade para mim é isso, a maioria das pessoas busca o conforto para as dificuldades que a vida está sempre colocando a gente, no dia a dia, no geral. Id 150, homem, católico.

Em se tratando da religiosidade, um dos atores sociais deste estudo a objetiva pela figura de “uma pessoa arcaica”, com a personificação primitiva e animal de matar. Outro processo formador das RS consiste na objetivação, no qual os sujeitos transformam um conceito em uma imagem, concretizam uma idéia compondo-a por um núcleo figurativo (RATEAU; LO MÔNACO, 2013).

religiosidade a meu ver é uma pessoa arcaica, porque a religiosidade mata. A pessoa precisa ter uma religião, estar ligado em algo. A religiosidade é um exagero, um método arcaico em meu modo de pensar. Id 143, homem, evangélico.

Surpreendentemente, o participante sem religião ancora a figura de Jesus com a do Edir Macedo, esta sobreposição não ocorre com outros participantes, nem mesmo os evangélicos. Isso demonstra a peculiaridade religiosa e não religiosa do povo brasileiro (LUIZ, 2013).

então eu acredito que teve um profeta, Jesus, que foi muito carismático como o Edir Macedo é muito carismático uma pessoa boa porque emana bondade dos ensinamentos, aquela coisa com as crianças que também não sei se isso é uma coisa criada. Id 129, mulher, sem religião.

Muitos estudos abordam que a religiosidade e espiritualidade favorecem o enfrentamento de condições de saúde e doenças consideradas crônicas. Corroborando com o estudo de Silva et al. (2016), cujos resultados observaram uma correlação positiva entre religiosidade, espiritualidade e hipertensão arterial sistêmica, os sujeitos também

explicitam que o envolvimento religioso propiciou a melhora de sua saúde global.

o que é hoje eu ter uma religião, eu ser envolvida com algo que eu acredito, do que antes. Hoje eu me sinto melhor, meu diagnóstico passou a ser melhor depois do meu envolvimento com o espiritismo. Id 131, mulher, espírita.

porque eu também tenho glaucoma adquirido por acidente, então, as pessoas falam que eu sou bem resignado na questão de aceitação. Então eu acho que é por aí, como te faz aceitar, como te faz ser resignado a religião. Id 141, homem, espírita.

a minha religião influencia no meu viver com a aids, acreditando sempre que um dia eu vou me livrar disso. Tanto que hoje nesse exato momento dessa entrevista eu tive a grata notícia de que o resultado que eu fiz. Id 145, homem, evangélico.

A religião é expressa como um fator protetor de saúde, haja visto que os participantes demonstram alguns elementos indicadores do diagnóstico espiritual de disposição para bem-estar espiritual melhorado, através da esperança, aceitação e dos sentimentos de melhora global relatados pelos entrevistados (NANDA, 2015).

Percebe-se também a importância expressa pelo apoio da liderança da igreja, ao orientar os membros quanto ao HIV. Isso facilita a forma de observar à aids, e da mesma forma naturalizá-la.

fui aceito por todos normalmente como uma coisa que apareceu e se tornou normal. Hoje, as pessoas da minha religião veem a aids de forma mais comum, pois, é bem orientado. Em várias entrevistas que eles orientam, eles chamam atenção de muito gente. Id 133, homem, católico.

Existe um consenso entre os participantes jehovi e sem religião, sobre a responsabilidade da utilização da fé propagando a cura de doenças, através da expressão “está curada em nome de Jesus”. Essa afirmação é agravada pelo contexto de uma condição crônica de saúde como o HIV, em que pode ocorrer “o agravamento da condição de saúde dos indivíduos decorrentes da incorporação desta crença religiosa e abandono do tratamento” (SOUZA, 2018, p. 113). A não adesão medicamentosa favorece o descontrole da replicação do vírus e a resistência das cepas virais (BRASIL, 2014).

não sei como as pessoas da minha religião veem a pessoa com aids. Nunca ouvi falar. Nunca vi ninguém comentar assim. Tem religião aí que diz que a pessoa está curada em nome de Jesus. Id 138, homem, jehovi.

you conduzir uma pessoa de forma errônea é muito ruim, então, as pessoas que têm uma religião, muitas das vezes, agem não por pensamento próprio, mas por terceiros que induzem o pensamento dessas pessoas. Id 151, homem, sem religião.

Existe o reconhecimento da importância da dimensão religiosa para o ser humano contemporâneo, inclusive, para aqueles que se definem como sem religião, que no Brasil, por ventura, podem frequentar diversos espaços religiosos, sem se definirem como religiosos (LUIZ, 2013).

fui vendo que em qualquer caminho que você busque, pode ser bom, o importante é você ter algo para se segurar no momento de crise e no momento de que não é de crise, para você agradecer. Id 135, homem, sem religião.

Para alguns entrevistados, a aids é ancorada como “uma dor de cabeça” pelos membros da religião, representando tanto a naturalização quanto aceitação da PVHA no ambiente religioso.

então, o que eu acabei de falar, a minha religião não influencia no meu viver com a aids, não muda nada, as pessoas da minha religião veem a aids como uma outra doença qualquer, como uma dor de cabeça. Id 134, mulher, evangélica.

Pode-se inferir a atribuição de sentidos e significados pela crença religiosa acerca da obtenção da soropositividade ao HIV. Essa ancoragem psicológica da representação da aids exprime as crenças religiosas de fundo moral, através das palavras “descuido” e “aprendizado”.

eu não sei como as pessoas da minha religião veem a aids porque só a minha família sabe do diagnóstico, então, eu não tenho nenhum parecer. O que eles acham na parte da religiosidade é que quando a gente faz coisas erradas, a gente colhe. Id 122, mulher, evangélica.

para mim a aids é um descuido. Ter feito algo que não conhece, com a pessoa errada. É só isso. Viver com a aids é como eu disse, a única que você tem que ter é um pouco mais de cuidado. Id 127, homem, católico.

as pessoas da minha religião veem as pessoas com aids acho que no sentido de aprendizado. Eu passo muito, não só a aids como qualquer doença, o câncer ou uma doença qualquer. Id 141, homem, espírita.

O fator tempo é percebido pelos participantes como facilitador da aderência aos medicamentos. O qual segundo eles permite que antirretrovirais sejam “melhor absorvidos pelo organismo”. Haja visto que a aderência aos antirretrovirais constitui uma grande dificuldade para as PVHA, corroborando com os estudos de Padoin et al. (2013).

mas com o passar do tempo o organismo começou a absorver melhor e eu não sinto mais nada. Eu creio que algumas pessoas veem ainda hoje de um modo preconceituoso a aids, talvez pela falta de informação. Id 143, homem, evangélico.

viver com aids para mim é a coisa mais normal do mundo, independente da discriminação do mundo, das pessoas, mas para mim é a coisa mais normal, mais natural do mundo, não me influencia em nada. Id 145, homem, evangélico.

Mesmo com o preconceito alicerçado em algumas esferas religiosas, para alguns entrevistados há a naturalização da aids. Essa maneira de representar à aids impede o afastamento da religião e suas formas de religiosidade.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Depreende-se que a religiosidade em sua característica institucional assume características tão complexas quanto importantes para o grupo pesquisado, ainda que o estudo tenha como limitação uma amostragem pequena. Embora, alguns ambientes religiosos sejam permeados de preconceito, os entrevistados, mesmo aqueles que se definem sem religião, atribuem a essa esfera o suporte no enfrentamento do HIV.

O ambiente institucional religioso neste estudo ganha múltiplas facetas desveladas pela percepção dos participantes do estudo, mas que ao mesmo tempo não são destituídas da importância da fé. De acordo com os mesmos, a instituição religiosa pode ser promotora do preconceito, mas também onde reside o fortalecimento para a convivência do HIV; uma fonte do exercício da solidariedade e acolhimento entre os membros ou um lugar de religiosidade onde não é recomendado abordar a temática do HIV.

Conclui-se que os atores sociais do estudo explicitaram a representação da religião e da religiosidade, havendo um consenso de entender esses objetos representacionais, compostos por uma dimensão afetiva positiva, expressos pela ideiação de lugar de amor e conforto. Assim, percebe-se que mesmo diante de significados negativos, a religiosidade institucional constitui uma das fontes de apoio para a convivência com o HIV. No entanto, percebe-se a necessidade de mais estudos a respeito desta temática, que possibilitaria a percepção de um cuidado holístico.

REFERÊNCIAS

ABRIC, Jean Claude. A Abordagem Estrutural das Representações Sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (org.). **Estudos Interdisciplinares de Representação Social**. 2. ed. Goiânia: AB Editora, 2000. p. 27-38.

ARRUDA, A. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. **Cadernos de pesquisa**, São Paulo, n.117, p. 127-147, 2002.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Caderno de Boas Práticas em HIV/AIDS na Atenção Básica mostra as ações bem sucedidas de algumas cidades brasileiras sobre o manejo dos pacientes de HIV/AIDS na atenção básica**. Brasília, DF, 2014. Modificado em 20 jan. 2017. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2014/caderno-de-boas-praticas-em-hivaids-na-atencao-basica>. Acesso em: 7 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico HIV/AIDS 2018**. Brasília, DF, dez. 2019. Número especial.

CAMARGO, B. V. A noção de representação social e sua contribuição para pesquisas na área da saúde, Porto Alegre: UFRGS, 1998, (Curso ministrado na Escola de Enfermagem da UFRGS).

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 513-518, dez. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000200016&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 12 jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2013.2-16>.

CNS. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução 466/2012, de 10 de outubro de 1996**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 19 out. 2014.

DANY, L. Analyse qualitative du contenu des représentations sociales. *In*: LO MONACO, G.; DELOUVÉE, S.; RATEAU, P. (eds.). **Les représentations sociales**. Bruxelles: De Boeck, 2016. p. 85-102.

DOISE, W. Les représentations sociales: définition d'un concept. **Connexions**, v. 45, p. 243-253, 1985.

DOISE, Willem. Da psicologia social à psicologia societal. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 18, n. 1, p. 27-35, abr. 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722002000100004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 out. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722002000100004>.

GALVÃO, M. T. G.; PAIVA, S. S. Vivências para o enfrentamento do HIV entre mulheres infectadas pelo vírus. **Rev Bras Enferm.**, v. 64, n. 6, p. 1022-1027, 2012.

GOMES, A. M. T.; SILVA, E. M. P., OLIVEIRA, D. C. Representações sociais da AIDS para pessoas que vivem com HIV e suas interfaces cotidianas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.19, n.3, maio-jun 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_06. Acesso em: 17 jul. 2016.

JODELET, D. Représentations sociales: un domaine en expansion. *In*: Jodelet, D. (ed.). **Les représentations sociales**. Paris: PUF, 1989, p. 31-61.

JODELET, Denise. Problemáticas psicossociais da abordagem da noção de sujeito. Tradução de Luciano Loprete. **Cad. Pesqui.** [online], v.45, n.156, p.314-327, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742015000200314&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 out. 2019. ISSN 0100-1574. <http://dx.doi.org/10.1590/198053143203>

LUIZ, R. R. A religiosidade dos sem religião. **Ciências sociais e Religião**, Porto Alegre, ano 15, n. 19, p. 73-88, jul./dez. 2013.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

MOSCOVICI, Serge. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. Tradução Pedrinho A. Guareschi. 5. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007. 408 p. Título original: Social representations: explorations in social psychology.

NANDA. NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION – INTERNATIONAL.

Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017. HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S. (org.). Tradução de Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2015. 496 p.

PADOIN, S. M. M. et al. Adesão à terapia antirretroviral para HIV/AIDS. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 18, n. 3, p. 446-51, set./dez. 2013.

PINHO, C. M., et al. Coping religioso e espiritual em pessoas vivendo com HIV/Aids. **Rev. Bras. Enferm.** [Internet]., Brasília, v. 70, n.2, p. 392-399, abr. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000200392&lng=en. Acesso em: 13 jun. 2019.

RATEAU, P.; LO MONACO, G. La Teoría de las Representaciones Sociales: Orientaciones conceptuales, campos de aplicaciones y método, **Rev. CES Psicología**, Medellín, v. 6, n. 1, p. 22-42, enero-junio, 2013.

REINERT, M. ALCESTE, une méthodologie d'analyse des données textuelles et une application: Aurélia de G. de Nerval. **Bulletin de méthodologie sociologique**, n.28, p. 24- 54, 1990.

SÁ, C. P. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

SILVA, Tirza Almeida da. **As representações sociais da soropositividade para HIV e sua relação com a adesão ao tratamento**. 2018. 90 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, Universidade Federal do Amazonas, Amazonas, 2018.

SILVA, C. de F. et al. Espiritualidade e religiosidade em pacientes com hipertensão arterial sistêmica. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 332-343, ago. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422016000200332&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 5 jun. 2017.

SOUZA, Karen Paula Damasceno dos Santos. **A representação social da religiosidade para as pessoas que vivem com HIV/Aids atendidas num hospital universitário do Rio de Janeiro**. 2018. 183 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

TRIGUEIRO, D.R.S.G.; et al. AIDS and jail: social representations of women in freedom deprivation situations. **Rev. Esc. Enferm. USP** [Internet], v. 50, n. 4, p. 554-561, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n4/0080-6234-reeusp-50-04-0554.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2019.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO NEONATO COM COMPLICAÇÕES DO FECHAMENTO DO FORAME OVAL PATENTE

Data de aceite: 01/12/2020

André Gomes dos Reis

Aluno do curso de Enfermagem

Marcia Silva Nogueira

Professora orientadora Mestra do curso de Enfermagem

RESUMO: Introdução: O forame oval (FO) é uma estrutura embriológica de grande relevância na vida do recém-nascido (RN), permitindo a existência de um orifício necessário para a passagem do sangue do lado direito para o esquerdo do coração do RN. Entretanto, é esperado que este orifício se feixe espontaneamente, após alguns dias de vida extrauterina. **Objetivo:** Destacar os cuidados de enfermagem ao neonato com diagnóstico de Forame Oval Patente (FOP), e as causas adversas causadas pelo não fechamento, e salientar que esse problema pode ser corrigido cirurgicamente na infância. **Métodos:** Foram utilizados ao longo do trabalho artigos originais em língua portuguesa publicados em revistas indexadas datadas até o presente ano, de modo que 17 artigos foram revisados dos quais 10 foram selecionados para revisão de literatura. **Conclusão:** Após o nascimento e esperado que esse orifício se feixe espontaneamente, porém em alguns indivíduos esse forame permanece aberto até o 5º ano de vida, o que se caracteriza em forame oval patente (FOP). Se necessário o fechamento poderá ser cirúrgico, caso o

processo não se dê naturalmente. A detecção desta patologia é feita através de exames clínicos e laboratoriais e, uma vez confirmado o diagnóstico, cabe à equipe de enfermagem os cuidados deste paciente, monitorando alterações nos sinais vitais, que podem incluir cianose, dispnéia, palpitação e infecção respiratória recorrente, apresentando, portanto, risco eminente de morte para o paciente. Por fim constatado o diagnóstico do FOP, abordamos os cuidados prestados ao RN, a relevância do ato cirúrgico antes do período escolar, e reeducação nos hábitos de vida a esta família com o filho com diagnóstico de FOP, ressaltando a importância das consultas mensais, e principalmente a humanização da assistência de enfermagem a esta família.

PALAVRAS - CHAVE: Fechamento do Forame Oval Patente (FOP); Complicações; Assistência de enfermagem.

NURSING CARE TO NEONATE WITH COMPLICATIONS OF CLOSURE OF PATENT FORAMEN OVALE

ABSTRACT: Introduction: The oval foramen (FO) is an embryological structure of great relevance in the life of the newborn (RN), allowing the existence of a necessary orifice for the passage of blood from the right side to the left of the heart of the newborn. However, it is expected that this orifice will bundle spontaneously, after a few days of extrauterine life. **Objective:** To emphasize the nursing care of the newborn with diagnosis of Oval Patent foramen (FOP), and the adverse causes caused by the non closure, and to emphasize that this problem can be corrected

surgically in childhood. **Methods:** Throughout the work original articles in Portuguese language were published in indexed journals dated to the present year, so that 17 articles were revised, of which 10 were selected for literature review. **Conclusion:** After birth, it is expected that this foramen will spontaneously arise, but in some individuals this foramen remains open until the 5th year of life, which is characterized by a patent foramen ovale (FOP). If necessary, the closure may be surgical, if the process does not occur naturally. Detection of this pathology is done through clinical and laboratory tests and, once the diagnosis is confirmed, the nursing team is responsible for the care of this patient, monitoring vital signs alterations, which may include cyanosis, dyspnea, palpitation and recurrent respiratory infection. , therefore, an imminent risk of death for the patient. Finally, the diagnosis of FOP was made, we considered the care given to the newborn, the relevance of the surgical procedure before the school period, and reeducation in the family's life habits with the child with FOP diagnosis, emphasizing the importance of monthly consultations, and mainly the humanization of nursing care to this family.

KEYWORDS: Oval Patent foramen (FOP); Complications; Nursing care.

INTRODUÇÃO

O forame oval (FO) é uma estrutura embriológica de grande relevância na vida do recém-nascido (RN), sendo formados pela superposição das porções livres dos septos primário e secundário, permitindo a existência de um orifício necessário para a passagem do sangue do lado direito para o esquerdo do coração (MAGALHÃES, 2006).

A circulação sistêmica no feto apresenta características diferentes no período neonatal: as trocas gasosas durante o período gestacional ocorrem na placenta, que é um órgão distribuído em paralelas, com os leitos vasculares regionais. Nessa situação, para que haja uma oferta de sangue mais oxigenado para os órgãos nobres, como o coração e cérebro do feto, o sangue menos oxigenado vai para placenta, se fazendo necessária a presença de locais de mistura e de fluxo preferencial dentro da circulação sanguínea fetal (CARVALHO, 2012).

Estes locais são os dutos venosos (no sistema nervoso), o forame oval (no coração) e o duto arterioso ou canal arterial (no sistema arterial) que, após o nascimento, desaparecem em alguns dias de vida, conforme ocorre a maturação do sistema circulatório pós-natal (AFIUNE, 2002).

Em RN's normais, pequenos shunts da esquerda para a direita podem ocorrer nos primeiros dias de vida, sendo um achado praticamente normal, já nos RN pós-termo a magnitude deste shunt pode ter repercussão hemodinâmica, particularmente na presença do forame oval patente (FOP), ou seja, dado o não fechamento desta estrutura. Desta forma utiliza-se o eco cardiograma com Doppler e mapeamento de fluxo em cores no diagnóstico, permitindo avaliar tanto a magnitude deste shunt quanto a sua direção (SILVEIRA, 2008).

De acordo com os relatos das complicações do FOP, cabe à equipe de enfermagem encaminha esse neonato para o teste do coraçãozinho fazer a monitorização horaria dos

sinais de ocorrência do quadro: a dispneia, cianose, alteração nos sinais vitais e equilíbrio hidroeletrólítico, atentando quanto à orientação dos pacientes quanto aos riscos que esse neonato estará exposto após o diagnóstico de FOP (RIBEIRO, 2008).

MÉTODOS

Foram utilizados ao longo do trabalho artigos originais em língua portuguesa publicada em revistas indexadas, datando até o presente ano, seguindo as normas do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa (NIP), e Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Revisamos 17 artigos dos quais 10 foram selecionados para revisão de literatura, destacando as complicações do forame oval patente FOP após diagnóstico.

REFERENCIAL TEÓRICO

Após o nascimento ocorre um período de transição fetal neonatal bastante delicado, caracterizado por uma série de eventos fisiológicos, ocorrendo uma redução acentuada da resistência vascular pulmonar, o que ocasiona um aumento do fluxo pulmonar em cerca de dez vezes (AFIUNE, 2002).

Na vida intrauterina todo o oxigênio utilizado pelo feto é de origem materna é difundido através da placenta para o sangue fetal, quando o sangue oxigenado regressa da placenta pela veia umbilical, cerca de 50% passam pelos sinusoidais hepáticos, enquanto o restante sofre um desvio da circulação hepática diretamente para a sistêmica, pelo ducto venoso, após um curto percurso pela veia cava, 60 a 65% do sangue chegam ao átrio direito e pelo Forame Oval e direcionado ao átrio esquerdo (LOURENÇO, 2013).

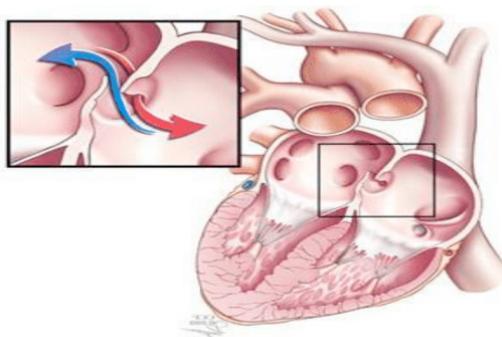


Figura. 1- Forame oval patente em uma criança – um motivo de preocupação.

Fonte: pt.nextews.com/8301aaa/google.wet

ABORDAGEM DA DOENÇA E SUAS COMPLICAÇÕES

Pacientes com má-formação do septo interatrial geralmente são assintomáticos no início da vida, embora existam relatos ocasionais de insuficiência cardíaca congestiva e pneumonia recorrente nos primeiros anos de vida (FRANCO, 2008).

Entretanto o período que ocorre alterações morfológicas cardíacas no neonato coincide com a mudança no traçado eletrocardiográfico. Mudanças mais acentuadas na proporção entre as paredes ventriculares esquerdo-direito ocorrem entre o terceiro e o nono dia de vida, uma alteração progressiva do eixo elétrico cardíaco com diferença mais proeminente entre as três primeiras semanas, pode ser notada em neonatos (SILVA, 2017).

Esses achados eletrocardiográficos são atribuídos ao aumento progressivo da musculatura ventricular esquerda em relação à direita possibilitando o fechamento espontâneo no decorrer dos primeiros anos de vida. Desta forma demonstraram que quanto menor o diâmetro do FOP, na época do diagnóstico maior a sua chance de fechamento espontâneo, em uma população de 200 crianças com mediana de idade de cinco meses (0-13,9 anos) ao diagnóstico, sendo 74% menores de um ano. Em um seguimento clínico mediano de 3,5 anos (6 meses - 9,4 anos), observou-se que (4 - 5 mm) apresentavam elevadas taxas de fechamento espontâneo (56%) ou redução do seu diâmetro (SILVA, 2017).

De acordo com a fisiologia neonatal com a persistência do canal após o nascimento há presença de Shunt esquerdo-direito secundário a inversão do padrão circulatório, esse Shunt depende não só do diâmetro e dos tônus do canal mais também da resistência vascular pulmonar e sistêmica. A suposição de que os acidentes vasculares cerebrais isquêmicos (AVCI), nos pacientes com forame oval patente, são devidos à passagem de êmbolo para circulação sistêmica, levou à proposta de oclusão do forame oval patente para prevenção de eventos isquêmicos recorrentes (CÊSAR, 2016).

No entanto, dado o limitado desempenho miocárdico, instala-se a fase descompensada, caracterizada por insuficiência cardíaca entre os ventrículos e a anormalidade mais comum sendo que os defeitos no septo ventricular possuem várias causas. Desenvolvimento deficiente das saliências cone-tronco proximal, falência na sua função, descompensação que se instalam as complicações respiratórias decorrentes, edema pulmonar propiciado pelo shunt E-D, agravado por maior permeabilidade dos capilares pulmonares, menor desenvolvimento dos linfáticos pulmonares e maior imaturidade da membrana alveolar, característicos do prematuro (RIBEIRO, 2008).

Como consequência, há congestão pulmonar, piora da complacência e da resistência pulmonar, gerando mudanças na mecânica pulmonar e alteração na relação ventilação-perfusão com hipóxia. Dentre as principais complicações do fechamento do Forame Oval a comunicação é do septo ventricular muscular e membranáceo e defeito no septo atrioventricular, geralmente ocorre um desvio da esquerda para a direita, podendo ocorrer

em grandes DSV (Defeito do Septo Ventricular) excessivo fluxo sanguíneo pulmonar e hipertensão pulmonar, que levam a dispneia (dificuldade Respiratória) e insuficiência cardíaca na infância, a maioria dos casos se resolve espontaneamente, mas quando necessário o fechamento pode ser cirúrgico (GROTI, 2008).

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Após o nascimento, à equipe de enfermagem deve acompanhar o crescimento desenvolvimento (CD), desse RN, e acompanhar todas as alterações observando e relatando as no prontuário do paciente. Constatando sinais e sintomas de um possível FOP, devendo encaminhar o mesmo ao médico pediatra para que possa ser feito o teste do coraçãozinho e elaboração de exames (LOURENÇO, 2013).

Deste modo após diagnóstico desta patologia, cabe à equipe de enfermagem fazer a monitorização horaria, observando a dispneia cianose e sinais vitais, deixando-o em repouso e avaliando junto à equipe multidisciplinar, se o mesmo obteve melhora, ou seja, se o fechamento foi espontâneo (CARVALHO, 2012).

A enfermagem tem um papel primordial na atuação dos cuidados e humanização de saúde aos pacientes intra e pós-operatório. Esses cuidados são importantes, pois diversas patologias cardíacas em adultos podem ser decorrentes de uma possível associação do não fechamento do forame oval, dentre as principais complicações podemos citar: infarto agudo do miocárdio recorrente, deficiência do septo inter-atrial, insuficiência pulmonar congestiva e acidente Vascular Cerebral AVC (SILVA, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio desse estudo, podemos destacar o que é o FOP e a importância da assistência de enfermagem prestada ao neonato com diagnóstico de complicações em seu fechamento.

Destaca-se, ainda, que seu achado na infância poderá levar a problemas clínicos dependendo do diâmetro da abertura do forame, e neste caso é indicado que se faça a correção antes do período escolar à equipe multidisciplinar deverá optar pelo fechamento cirúrgico, por meio do qual será feito um cateterismo cardíaco para correção.

Como existe um conjunto de fatores que afetam o emocional desta família após este diagnóstico, cabe ao enfermeiro prestar um atendimento humanizado, orientando essa família quanto a hábitos e práticas saudáveis, de modo que esta criança possa ter um desenvolvimento eficiente e o mais saudável possível.

AGRADECIMENTOS

Os meus sinceros agradecimentos à equipe pedagógica do Centro Universitário Icesp que, no decorrer da elaboração deste trabalho, auxiliou com orientações e informações acadêmicas.

E em especial à minha orientadora, Marcia Silva Nogueira, que sanou todas minhas dúvidas e me ajudou a lapidar e construir de forma ética este trabalho.

REFERÊNCIAS

- 1 – Afiune JY, Leal, SMB, Andrade JL. Avaliação Ecocardiográfica das Alterações Cardiovasculares Funcionais dos Recém-nascido. Revista Brasileira de Ecocardiográfica. 2002;(2):41-62.
- 2 – Carvalho RCV. Encerramento do Forame Oval Patente: risco ou mais – valia [dissertação]. Covilha (PT): Universidade da Beira Interior; 2012.
- 3 – César AO. Oclusão Percutânea de Shunts Intra Cardíaco para Implante de Amplatzer. Ubêrlandia, 12/12/2016.
- 4 – Franco GS, Magalhães DM, Associação de Forame Oval Patente e Síndrome da Apnéia Obstrutiva do Sono como causa de Acidente Vascular Cerebral. Rev Bras Ecocardiogr Imagem Cardiovasc 22 (1): 65 - 68, 2008.
- 5 – Groti UA, Mattos SS, Pinto Junior VC. Cardiologia e Cirurgia Cardiovascular Pediátrica. 1ª ed. São Paulo:Roca; 2008
- 6 – Lourenço MIG, Machado IHA. Características do Período de Transição Fetal Neonatal e Particularidades Fisiológicas do Neonato Canino. Rev. Bras. Reprod. Anim. 2013; 37(4):303-308.
- 7 – Magalhães E, Torreão J, Costa N, Freitas N, Melo A. Papel do Forame Oval Patente e da Válvula de Eustaquio nos Eventos Tromboembólicos. Arq Neuropsiquiatria. 2006;64(2-A):245-248.
- 8 – Ribeiro IF, Melo APL, Davidson J. Fisioterapia em Recém-nascido com Persistência do Canal Arterial e Complicações Pulmonares. Revista Paulista de Pediatria. 2008; 26 (1): 77-83.
- 9 – Silva MR, Nieckel RC, Rolim SFFP, Lago DK, Fernandes VF, Augusto CCP. Estado Atual do Tratamento dos Defeitos do Septo Atrial. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo 2017;27(1):39–48.
- 10 – Silvera AC, Rached EB, Campana FZ, Maielo JR. Comunicação Interatrial. Revista da Faculdade de Ciência Médicas de Sorocaba. 2008;10(2):7-11.

CÂNCER EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: O ENFRENTAR DA DOENÇA PELOS FAMILIARES

Data de aceite: 01/12/2020

Patrícia Shirley Alves de Sousa

UNIVASF.

Marcelo Domingues de Faria

Universidade de São Paulo.

UNIVASF.

Joice Requião Costa

UNIVASF.

Alana Mirelle Coelho Leite

UNIVASF.

Larissa Lorena de Carvalho

UNIVASF.

Dennis Marinho Oliveira Ramalho de Souza

Universidade Federal Rural de Pernambuco.

UNIVASF.

RESUMO: Objetivou-se analisar o processo de enfrentamento adotado por familiares de crianças e adolescentes com câncer hospitalizados. Trata-se de um estudo descritivo, fenomenológico com abordagem qualitativa desenvolvido na ala oncológica do Hospital Dom Malan em Petrolina (PE), mediante entrevista semiestruturada. Participaram da pesquisa 16 familiares, e os resultados apontam que, os membros da família apoiam-se principalmente na fé e em outros parentes como forma de enfrentamento. O relacionamento desses com os profissionais de saúde é positivo, faltando, apenas, a troca de

informações acerca da evolução da doença.

PALAVRAS - CHAVE: Neoplasias, cuidadores, enfrentamento.

CANCER IN CHILDREN AND ADOLESCENTS: THE FAMILY FACES THE DISEASE

ABSTRACT: The purpose of this study was to analyze the coping process adopted by family members of hospitalized children and adolescents with cancer. This is a descriptive, phenomenological study with a qualitative approach developed in the oncological ward of Dom Malan Hospital in Petrolina (PE), through a semi-structured interview. Sixteen family members participated in the study, and the results indicate that family members rely mainly on faith and other relatives as a way of coping. Their relationship with health professionals is positive, lacking only the exchange of information about the evolution of the disease.

KEYWORDS: Neoplasms, caregivers, coping.

INTRODUÇÃO

Atualmente percebe-se a imprescindibilidade da formação e atuação de equipes multidisciplinares de saúde capazes de desenvolverem atitudes, diálogos e competências firmados na transdisciplinaridade e interdisciplinaridade. MENEZES; MORÉ; BARROS, 2008).

Como todas as enfermidades, o câncer é uma patologia que necessita dessa atuação

e visão interdisciplinar por parte dos profissionais de saúde. Em 2030, a carga global estimada será de 21,4 milhões de casos novos de câncer, e 13,2 milhões de mortes por câncer (INCA, 2014).

No Brasil, assim como em outros países, o câncer já representa a primeira causa de morte (7% do total) por doença entre crianças e adolescentes de 1 a 19 anos, em todas as regiões (INCA, 2016). Os tumores mais frequentes na infância e na adolescência além das leucemias (que afeta os glóbulos brancos), são os do sistema nervoso central e linfomas (sistema linfático) (INCA, 2012).

Diante do surgimento do câncer infanto-juvenil, os familiares passam a conviver com um misto de sentimentos, como: culpa, negação, medo, confusão, raiva, desgosto e angústia (ABRALE, 2006). Estudo realizado por Norberg et al. (2012), mostra que os responsáveis pelo cuidado da criança são os mais afetados com o diagnóstico da doença, podendo apresentar sintomas físicos e emocionais como a perda do controle, da autoestima, depressão, ansiedade, além de apresentarem maior risco de desenvolver doenças mentais.

Além do diagnóstico da doença, a hospitalização é uma experiência estressante, dadas as situações em que ela ocorre, e envolve profunda adaptação do paciente às várias mudanças decorrentes do processo de internação, independentemente de sua idade (SANTOS et al., 2014).

Uma forma de conduzir esse evento complexo é compreender como as famílias enfrentam e suportam os problemas surgidos diante de uma doença grave, levando em conta também a percepção de cada membro da mesma em relação ao câncer, suas fantasias e dificuldades em acostumar-se com isto (PENNA, 2004).

Enfrentamento é a tradução do termo inglês *coping*, definido como o esforço de comportamento e cognição do indivíduo voltado para manobrar um acontecimento estressante, fazendo-o entender quais os fatores que irão influenciar o resultado final do processo (FOLKMAN, 2011).

Conforme Penna (2004), as famílias influenciam grandemente no curso da doença no paciente e são decisivas para que ele possa usar meios para adaptar-se de forma mais eficiente dentro de suas alternativas e limites. Portanto, ao ajudar a família, atua-se para melhorar o prognóstico e a qualidade de vida do paciente. Além disso, pesquisas relacionadas ao impacto acarretado pelo diagnóstico e tratamento do câncer infanto-juvenil nos cuidadores, principalmente os pais, são escassas no Brasil.

O objetivo da pesquisa foi analisar o processo de enfrentamento adotado por familiares de crianças e adolescentes com câncer hospitalizados.

MÉTODO

Previamente à sua realização, esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF, através do

parecer CAAE 45724915.7.0000.5196 de 28/07/2015.

Trata-se de um estudo descritivo, fenomenológico com abordagem qualitativa, realizado no período de agosto a novembro de 2015, momento em que se atingiu o desvelamento do fenômeno, no Hospital Dom Malan localizado no Município de Petrolina (PE), que trabalha sob a gestão do IMIP, uma entidade filantrópica que atua nas áreas de assistência médico-social, ensino, pesquisa e extensão comunitária.

Os participantes do estudo foram compostos por 16 familiares das crianças ou adolescentes em tratamento para o câncer infanto-juvenil internados no Hospital Dom Malan. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, com base em roteiro contendo questões norteadoras e de apoio. Cada familiar assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e foi entrevistado individualmente. Após cada entrevista gravada, as falas foram transcritas para não se perder os modos pelos quais os parentes se expressaram, tanto física quanto verbalmente. Foi atribuída a letra F seguida do número em ordem crescente dos familiares, visando garantir o sigilo e anonimato dos mesmos.

Os discursos foram transcritos e analisados partindo-se de quatro momentos, conforme orientação de Martins e Bicudo (1989):

1. leitura geral e atenta da descrição de cada discurso, de modo que o pesquisador possa captar o sentido do todo: neste momento, ele procura se aproximar do lugar onde o sujeito experienciou aquela dada situação, de forma a não ser um mero expectador;

2. leituras das entrevistas, quantas vezes forem necessárias, pelo pesquisador para buscar identificar unidades de significado (U.S.), ou seja, coloca-se em evidência os significados da descrição, que não se encontram prontos no texto, mas que tem a ver com a disposição do pesquisador frente às suas perspectivas e interrogação;

3. obtendo as U.S., o pesquisador tenta expressar o *"insight"* contido em cada uma delas, de maneiras a aproximá-las fazendo as convergências possíveis de todas as U.S. obtidas dos discursos/entrevistas, através de expressões concretas dos sujeitos, de modo a construir categorias reveladoras do fenômeno em estudo;

4. o pesquisador, para chegar à estrutura do fenômeno, sintetiza e integra os *"insights"* contidos nas U.S., buscando uma descrição consistente desse fenômeno tal como ele se mostra de sua estrutura.

O processo de desvelamento numa pesquisa fenomenológica ocorre durante a entrevista e também na sua análise. Na entrevista, o pesquisador se detém à busca da vivência, manejando a entrevista de maneira a conseguir o relato das vivências de determinadas situações e, ao mesmo tempo, tendo o cuidado de direcionar o sujeito a dar determinadas respostas. Já durante a análise dos dados, o pesquisador analisa as vivências dos sujeitos no que tange ao que eles experienciaram e foi relatado, mas também ao que não foi dito, mas ficou implícito nas suas expressões (MARTINS; BICUDO, 1989).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 16 familiares/responsáveis participantes do estudo, 14 eram mães (87,5%), uma avó (6,25%) e um pai (6,25%). A mãe, normalmente, é a cuidadora principal e, em muitos casos, a única, visto ser a integrante da família a cuidar em período integral de seu filho (FARIA; CARDOSO, 2010).

A cor de pele predominante entre os familiares foi a parda (50%), a média de idade foi 41 anos e 87,5% eram casados/união estável. Corroborando com estes achados, por Fagundes et al. (2015) estudaram dez indivíduos observando as percepções de cuidadores de crianças em tratamento oncológico, mostrando que a maioria dos entrevistados também tinham a cor parda, eram casados e a idade variava entre 23 e 42 anos.

Conforme classificação econômica do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2014), 93,75% dos entrevistados pertencem a classe E [com rendimento de até 2 salários mínimos (SM), ou seja, R\$1449,99]. Em relação a escolaridade, 50% possuía Ensino Fundamental completo.

Todos os pacientes estavam em tratamento quimioterápico (100%) e possuíam terapêutica superior a 15 dias. Desses, 10 indivíduos (62,5%) eram do sexo masculino e seis (37,5%), do feminino. A Leucemia Linfóide Aguda (LLA) é o tipo de neoplasia mais frequente na oncologia pediátrica do hospital, sendo a patologia de 14 dos 16 pacientes (87,5%), seguida pelo neuroblastoma (6,25%) e linfoma de Hodgkin (6,25%). Segundo dados do INCA (2014), a LLA é o tipo de neoplasia maligna mais comum na infância e acomete mais meninos do que meninas, confirmando os achados da pesquisa.

As idades das crianças e adolescentes em tratamento oncológico no hospital evidencia a prevalência entre 2 a 5 anos, confirmando dados do INCA (2016).

DESVELAMENTO FENOMENOLÓGICO

Conforme apresentado na metodologia, após a análise individual, as transcrições das entrevistas permitiram um mergulho nas vivências dos familiares, o que, por sua vez, resultou na identificação das Unidades de Significado (U.S.), cuja convergência permitiu a elaboração das Categorias de Análise, conforme mostra a Figura 1.

No total foram identificadas seis categorias, as quais, juntamente com as subcategorias serão expostas a seguir, através dos fragmentos das falas dos familiares entrevistados, a fim de chegar à compreensão do fenômeno em estudo – Como ocorre o enfrentamento dos familiares de crianças e adolescentes com câncer hospitalizados?

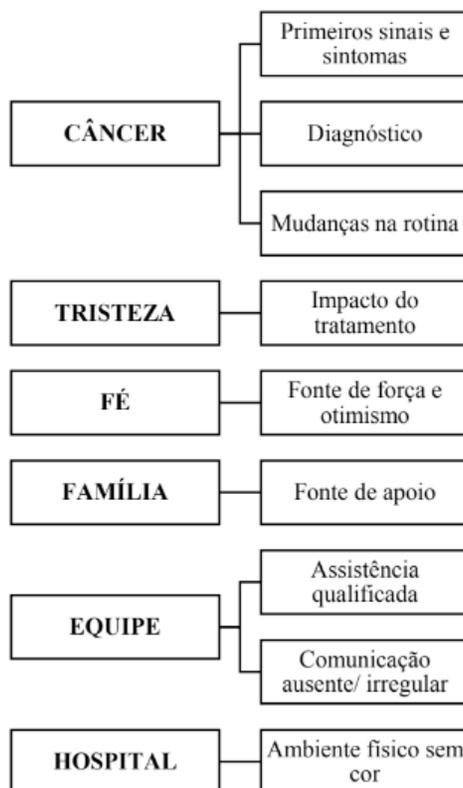


Figura 1. Categorias de Análise dos discursos dos familiares das crianças e adolescentes em tratamento oncológico no IMIP – Petrolina, 2015.

Fonte: Elaborado pela autora.

Câncer

Ao longo da análise dos discursos, constatou-se que os familiares lembram de cada detalhe que antecedeu o diagnóstico da neoplasia maligna e que, na maioria das vezes, os sinais e sintomas da patologia foram confundidos com outros agravos de saúde.

“ ... ela começou a ficar quietinha, mas eu não me preocupei porque ela era muito calma, sempre foi. Depois ela começou a sentir uma dor de barriga e eu levei ela no médico na minha cidade e ele disse que era virose, passou um remédio e ela melhorou ...” (F3).

“ Apareceu umas manchas roxas e começou a dar febre. Foi assim que tudo começou, que começou a nossa luta ...” (F4).

" ... ele teve uma gripe. Aí 'tava' dando febre, pensamos ser da gripe, inclusive o médico disse que era. Só depois apareceram umas manchas roxas, ele começou a ficar "da cor de leite", aí trouxemos pra cá e foi descoberto" (F6).

" Foi uma luta até descobrir que era leucemia. No fundo do meu coração eu preferia acreditar que era algum reumatismo, porque ele sentia dor nos ossos. Mas nunca imaginei que fosse câncer ... " (F16)

Segundo Naoum e Naoum (2012), na leucemia, as manifestações mais frequentes são: palidez, febre, manifestações hemorrágicas, adenomegalia, hepatomegalia, esplenomegalia, fadiga e dor óssea. Porém, esses sinais e sintomas podem ser confundidos com outras enfermidades comuns da infância, dificultando o diagnóstico precoce que, por sua vez, permite melhor controle da doença.

Após a confirmação do diagnóstico de neoplasia maligna, surge a dificuldade de aceitação pelos familiares. O choque imposto por essa etapa inicial soma-se ao impacto de cuidar da criança e do adolescente, gerando perturbações psicológicas, emocionais e físicas (WIKMAN et al., 2016), como também foi evidenciado nas falas.

" ... a leucemia pra mim é a morte. Eu morri por dentro, sabe? Queria que fosse comigo e não no meu filho. Queria que fosse qualquer outra doença, menos essa 'doença ruim' (choro)" (F2).

" ... quando o médico confirmou o diagnóstico de leucemia, fiquei sem chão. Minha filha não merecia aquilo. Eu procurei outros médicos, mas o diagnóstico era mesmo câncer" (F3).

" Eu passei uma semana sem acreditar, só chorava. Tive depressão e queria me matar, eu não entendia o porquê de aquilo ser no meu filho. Essa foi a fase mais difícil, sabe? Depois eu vi que eu precisava aceitar e cuidar dele. Mas, até hoje não me conformo! " (F14).

Em contrapartida, alguns familiares demonstraram esperança desde o início, corroborando com os achados de Martins et al. (2011), permeados por relatos de esperança na cura e boa recuperação.

" ... eu já tive câncer e me curei. É claro que eu não queria que meu filho passasse por isso, afinal, ele é apenas uma criança. Mas, a gente não deve entender os planos de Deus, apenas aceita-los. Eu creio que ele vai sair dessa ... ele vai se curar ..." (F6).

Em relação às mudanças ocorridas na rotina dos familiares/responsáveis em virtude do início do tratamento quimioterápico, verificou-se dedicação total às crianças e adolescentes, independente da fase terapêutica, em que muitos desses cuidadores abdicaram do seu trabalho, lazer e relações sociais.

" ... pra cuidar dela eu ligo tudo!" (F1)

" ... não vou dizer que tá sendo fácil, tem mais de 15 dias que estamos aqui. Mas, eu passaria anos, se fosse preciso, para ver a minha filha bem. Eu tenho marido e outros filhos que também precisam de mim, mas a minha prioridade é ela. Eu faço por amor, sabe?" (F7).

" ... meu filho é minha única prioridade! Desde que ele começou a fazer a quimioterapia, estamos aqui em Petrolina. Eu não conheço ninguém aqui, sabe? Minha família ficou toda lá, eu larguei meu trabalho para cuidar dele ... e daria a minha vida por ele. Já tem quase um mês que não vamos em casa, porque a taxas 'lá do sangue' estão baixas ..." (F14).

Esses dados foram confirmados por Dias e Nuemberg (2010), os quais demonstraram que os cuidadores se sentem bem em estar ao lado de quem amam no processo da doença, independente dos obstáculos enfrentados. O cuidar vai além do valor moral, representa o amor existente perante situações de sofrimento (CARDOSO; ROSALINI; PEREIRA, 2010).

O abandono do emprego pelo cuidador principal ocorre por não ser possível conciliar as atividades com o ritmo exigido pelo tratamento do câncer (SANTOS et al., 2011; ORTIZ; LIMA, 2007). Logo, a renda familiar é afetada e o cuidador necessita de apoio financeiro de outras pessoas da família (ALVES; GUIRARDELLO; KURASHIMA, 2013).

Tristeza

Apesar de cuidarem por amor, identificou-se em muitos discursos os sentimentos de tristeza, angústia, apreensão e cansaço, que transpõem esse cuidado.

" ... eu sempre me pergunto, por que o meu filho? É como se tivesse uma bomba daquelas que pode explodir a qualquer momento. Eu não sou mais a mesma pessoa, tento não mostrar a ele que estou triste. Na maioria das vezes é ele que me dá forças, acredita? ..." (F10).

" ... eu fico nervosa, insegura. Tento ser forte na frente dele pra não chorar, entendeu? (choro) ... mas é muito difícil, principalmente quando ele tá sentindo dor e eu não posso fazer nada, dá uma sensação de impotência" (F13).

Esse medo e fragilidade perante a dor dos filhos (DIAS; NUEMBERG, 2010), bem como o desânimo, preocupação e angústia foram evidenciados na literatura (TAVARES; TRAD, 2010).

" Ah ... cansa! Olha pra mim, eu sei que tô acabada. E não é só por fora não, por dentro tô pior ainda. Mas, eu faço tudo por ela, até esquecer de mim mesma!" (F4).

Fé

Uma das principais formas de enfrentamento dos familiares é a fé. O uso de crenças e comportamentos religiosos para facilitar a resolução dos problemas ou diminuir as consequências emocionais negativas foi um aspecto presente em todas as entrevistas. O processo de aceitação da doença vem acompanhado desse apego religioso. A fé é vista como fonte de força, otimismo e esperança na cura da criança e do adolescente.

“Eu me apeguei com Deus, a gente vai sair dessa. Eu rezo todo dia. Comprei um terço pra minha filha, você viu? Tô ensinando ela a rezar, acho que ajuda também né?...” (F01).

“... Deus é a minha maior força! É com Ele que me apego nas horas mais difíceis e sei que Ele vai me ajudar. Não posso reclamar da cruz muito pesada que estou levando nas costas, Ele também já levou uma cruz e morreu por mim né?...” (F12).

“... sabe o meu principal apoio é Deus. Eu nem era muito religiosa, mas estou me apegando com Ele (choro). Tem horas que é muito difícil entender o porquê ... tanta gente ruim nesse mundo e logo o meu filho aqui sofrendo? ... mas parei de reclamar e peço todos os dias para que Deus proteja o meu filho, porque ele é muito importante para mim.” (F13)

“Deus está acima de tudo e vai fazer o meu filho ficar aqui na terra.” (F16)

A fé e a crença religiosa e espiritual estão entre os apoios mais importantes e necessários no enfrentamento do processo de adoecimento e podem se manifestar de duas diferentes formas: tendo fé em Deus, mas também o responsabilizando, ou seja, entregando a situação à Sua vontade. O processo de aceitação vem acompanhado com esse apego religioso, fazendo com que isso torne os familiares mais fortes para superar o sentimento de dor (FAGUNDES et al., 2015).

Buscar apoio na religião, por meio da invocação a Deus, é uma estratégia acessível em situação de doença, porque o poder que se dá ao divino possibilita a satisfação das necessidades que não conseguem controlar (AQUINO; ZAGO, 2012).

Família

A doação da família mostrou-se crescente, com interrupção das demandas individuais em prol do cuidar exclusivo da criança ou do adolescente enfermo.

“Minha família me ajuda muito, sabe? Ficam conversando comigo e me dando forças também. Meu esposo está sendo um anjo, trabalhando noite e dia para as viagens do tratamento, porque quando se é de outra cidade é tudo mais difícil, sabe? ... e eu larguei tudo pra

cuidar dele” (F10).

Os familiares são importantes fontes de apoio no processo de enfrentamento diante do adoecimento e hospitalização de um filho (TORQUATO et al., 2012). Estudo realizado por Dantas et al. (2015), mostra que a família faz parte de um núcleo que se pode chamar de apoio social. Esse, é definido como qualquer auxílio material ou informação, oferecido por pessoas ou grupo de pessoas com as quais se mantém contato e que resulta em efeitos positivos.

Em contrapartida, durante o processo de hospitalização, alguns familiares trouxeram a tona a falta de diálogo com membros da família de outras crianças hospitalizadas para tratamento do câncer.

“ ... eu só acho ruim quando ele tá internado. [...] não somos daqui, não conhecemos ninguém aqui. Já faz mais de um mês de internação [...] ninguém conversa. Fica esse silêncio. Só quando meu marido me liga que eu posso desabafar.” (F13)

Quando mães conversam com outras mães que estão passando pela mesma experiência, sentem-se mais confortadas e fortes para enfrentar o processo terapêutico (MORAIS; QUIRINO; ALMEIDA, 2009). Uma forma de auxiliar nessa comunicação entre os próprios familiares pode ser a criação de grupos de apoio no hospital. Os grupos de apoio são uma estratégia inovadora que vem sendo construída e aperfeiçoada a cada dia, formados por uma equipe multiprofissional que planeja atividades, visando à promoção e reabilitação da saúde (NASCIMENTO; SILVA; MACHADO, 2009). Tais grupos podem ser desenvolvidos no próprio hospital (NEIL-URBAN; JONES, 2002) ou por meio eletrônico como explanou o estudo realizado por Suzuki e Kato (2003), que incentiva o uso de novas tecnologias: acesso à Internet e uso de videogames para iniciar diálogos entre a criança e seus pais sobre o câncer.

Segundo Menezes et al. (2007), as famílias consistem na principal forma de apoio ao doente. Em virtude disso, fazem inúmeras adaptações em sua vida e rotina. Algumas adotam até a mesma dieta restritiva deste, reduzem a carga profissional e de atividade de lazer visando ter mais disponibilidade para suprir as necessidades do mesmo.

Equipe do hospital

O atendimento da equipe de saúde é considerado ótimo pelos familiares, principalmente no tocante à assistência em saúde prestada. Todavia, um fator que dificulta o processo de enfrentamento pela família é o fato de a comunicação entre a equipe de saúde e os membros familiares mostrar-se confusa, ambígua ou não realizada. Como pode-se evidenciar nas falas.

“Desde que nós chegamos aqui eles nos tratam muito bem. Nunca faltou nada. Graças a Deus! Eu só sinto falta de informação, entende? Teve melhora, não teve. Só isso. No restante, eles são ótimos! ... ” (F8).

"... às vezes eu não entendo se meu filho melhorou ou não. Eles não explicam direito..." (F16).

É importante o cuidador receber o acompanhamento dos profissionais, tanto da enfermagem como de outros membros da equipe multidisciplinar, já que a permanência no hospital gera ansiedade, e esses profissionais podem auxiliá-lo na diminuição dessa emoção que, muitas vezes, é decorrente das intensas relações de cuidado que envolve uma hospitalização (DITZ; MOTA; SENA, 2008).

Estudo sobre percepções de familiares de pessoas portadoras de câncer sobre encontros musicais durante o tratamento neoplásico realizado por Silva, Marcon e Sales (2014), comprovou que o encontro mediado pela música promove a abertura do ser para o diálogo e o vínculo entre enfermeiro, cliente e família, ampliando as possibilidades de interação entre os sujeitos envolvidos no processo de cuidar das pessoas que convivem com o câncer e subsidiando aos familiares/acompanhantes a elaboração de estratégias de enfrentamento e a transcendência de suas vicissitudes.

Os familiares ou responsáveis, ao vivenciarem o cotidiano da hospitalização de uma criança ou adolescente com câncer, inserem-se em uma nova realidade, que lhes desperta inúmeros e diferentes sentimentos. A dificuldade de interpretação desses sentimentos pelos profissionais de saúde gera, muitas vezes, dificuldades na comunicação entre a família e a equipe (SANCHES; NASCIMENTO; LIMA, 2013).

Ressalta-se que o processo de hospitalização provoca estresse na família e no paciente. Além disso, surgem emoções e comportamentos correlacionados ao diagnóstico, tratamento e prognóstico da doença. Dessa forma, é de extrema importância o papel da equipe multiprofissional para lidar com esses cuidadores, relacionando a sensibilidade ao conhecimento teórico, com a finalidade de oferecer uma assistência qualificada e humanizada (DUARTE; ZANINI; NEDEL, 2012).

Hospital

Constatou-se um certo desconforto em relação ao ambiente hospitalar.

"... sem contar que a gente dorme nessa cadeira. Mas o importante é a saúde dele..." (F2)

"Podia ser mais colorido né? Quando é para gente 'vim' pra cá já começa o choro..." (F6).

Ditz et al. (2008) e Milanesi et al. (2006) concordam que o ambiente hospitalar propicia o aumento da tensão e ansiedade tanto nos pacientes como nos cuidadores, que se deparam com uma série de mudanças, normas e regras que lhe são impostas.

Síntese compreensiva

A categorização das falas dos familiares entrevistados possibilitou um movimento em direção à compreensão de suas vivências. Dessa forma foi possível construir uma

síntese compreensiva de modo a apreender os significados atribuídos ao fenômeno.

Meu encontro com os familiares foi permeado de intersubjetividade, assim a compreensão das vivências elucidada nessa seção dos resultados partem do meu olhar intencional sobre o fenômeno investigado.

Apesar das entrevistas terem suscitado nos familiares sentimentos e evocado recordações do difícil momento enfrentado por eles ao se deparar com uma doença repleta de estigmas como o câncer, esses acreditaram que tal traquejo serviria para futuros familiares que venham a passar pela situação que um câncer acarreta na família, principalmente quando acomete crianças e adolescentes.

Os primeiros sintomas da doença surgem através de sinais, tais como: dor, febre, palidez e manchas. A espera pela certeza do diagnóstico marca o início de uma trajetória difícil para os familiares. Tanto pela existência de diagnósticos errados (devido a similiaridade dos sintomas com os de outras doenças comuns na infância) como pela confirmação do diagnóstico de câncer infanto-juvenil.

Não obstante, a doença e o tratamento são vivenciados de forma singular por cada membro da família. Os procedimentos terapêuticos e seus efeitos colaterais, a distância dos outros membros da família e do lar (visto que a maioria é natural de cidades circunvizinhas) bem como o próprio ambiente hospitalar são as principais dificuldades que permeiam esse processo de doença.

As conseqüências negativas do câncer afloram, principalmente, os sentimentos de tristeza e medo. A tristeza surge diante de perdas no próprio cotidiano (abandono de emprego para o cuidar integral da criança ou adolescente, em destaque) e por não poderem fazer nada além de cuidar da criança e do adolescente doente. Já o medo, muitas vezes, é oriundo do desconhecimento da doença. Além disso notou-se, através do discursos, que a falta de comunicação ou a não plenitude da mesma entre os profissionais da equipe de saúde e familiares contribui diretamente na solidificação de tal sentimento.

Para lidar com a árdua batalha de enfrentar o câncer infanto-juvenil, os familiares formam uma rede de apoio consituída principalmente pelos outros membros da família e fé em Deus. A equipe de saúde também é citada como participantes dessa rede, principalmente pelos excelentes cuidados em saúde prestados às crianças e adolescentes, apesar da barreira de comunicação existente entre ambos.

Torna-se possível compreender que os familiares acreditam na cura e que o pior já passou, mesmo sabendo que terão que esperar a finalização do tratamento e do período de controle. E que, apesar das dificuldades enfrentadas diariamente, conseguem ver um futuro com possibilidades distintas e sonham junto com essas crianças e adolescentes em dias melhores.

CONCLUSÃO

O enfrentamento durante o diagnóstico do câncer é negativo, visando a fuga e a negação da doença. Posteriormente, os familiares buscam aceitação e apoiam-se, principalmente, na fé e familiares. O relacionamento desses com os profissionais de saúde é positivo, faltando, apenas, a troca de informações acerca da evolução da doença.

Sugere-se novos estudos abrangendo outras instituições de tratamento oncológico infanto-juvenil, com o intuito de conhecer todas as realidades, assim como incentivar uma visão holística do cliente e de sua família, possibilitando a humanização da assistência.

COLABORADORES

Patrícia Shirley Alves de Sousa: Contribuiu substancialmente para a concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados; Contribuiu para a elaboração da revisão crítica do conteúdo; Participou da versão final do manuscrito.

Larissa Lorena de Carvalho: Contribuiu para a elaboração da revisão crítica do conteúdo; Participou da versão final do manuscrito.

Alana Mirelle Coelho Leite: Contribuiu para a elaboração da revisão crítica do conteúdo; Participou da versão final do manuscrito.

Marcelo Domingues de Faria: Contribuiu substancialmente para a concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados; Contribuiu para a elaboração da revisão crítica do conteúdo; Participou da versão final do manuscrito.

Dennis Marinho Oliveira Ramalho de Souza: Contribuiu na estatística do trabalho.

REFERÊNCIAS

ABRALE – Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia. **Comunicação com parceiros e familiares.** São Paulo, 2006. Disponível em <http://www.abrale.org.br/apoio_psicologico/conversando/comunicação_familiares.php>. Acesso em: 27 nov. 2014.

ALVES, D. F. S.; GUIRARDELLO, E. B.; KURASHIMA, A. Y. Estresse relacionado ao cuidado: o impacto do câncer infantil na vida dos pais. **Rev Latino Am Enferm.** v. 21. n. 1. p. [07 telas].

AQUINO, V. V.; ZAGO, M. M. F. O significado das crenças religiosas para um grupo de pacientes oncológicos em reabilitação. **Rev Latino-Am. Enfermagem.** v. 15, n. 1, p. 42-7, 2012.

CARDOSO, C. C. L.; ROSALINI, M. H. P.; PEREIRA, M. T. A. M. A. O cuidar na concepção dos cuidadores: um estudo com familiares de doentes crônicos em duas unidades de saúde da família de São Carlos-SP. **Serv. soc. rev.** v. 13. n. 1. p.24-42, 2010.

DANTAS, M. S. A. et al. Estratégias de enfrentamento familiar do diagnóstico de leucemia: aspectos sociais e religiosos. **Rev enferm UFPE on line.** v. 9, n.1, p. 137-142, 2015.

DIAS, C. A.; NUEMBERG, D. Doença na família: uma discussão sobre o cuidado psicológico do familiar cuidador. **Revista de Ciências Humanas**. v. 44, n. 2, p. 465-483, 2010.

DITZ, E. S.; MOTA, J. A. C.; SENA, R. R. O cotidiano no alojamento materno, das mães de crianças internadas em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**. v. 8, n. 1, p. 75-81, 2008.

DUARTE, M. L. C.; ZANINI, L. N.; NEDEL, M. N. B. O cotidiano dos pais de crianças com câncer e hospitalizadas. **Rev Gaúcha Enferm**. v. 33, n.3, p.111-118, 2012.

FAGUNDES, C. S. O. et al. "Senti culpa, muita tristeza e vontade de chorar" – percepções sobre o câncer para mães e cuidadores de crianças em tratamento oncológico. **Revista Bionorte**. v. 4, n. 2, p. 48-60, 2015.

FARIA, A. M. D. B.; CARDOSO, C. L. Aspectos psicossociais de acompanhantes cuidadores de crianças com câncer: stress e enfrentamento. **Estudos de Psicologia**. v. 27, n.1, p. 13-20, 2010.

FOLKMAN, S. Stress, Health, and Coping: Synthesis, Commentary, and future directions. In: _____. **The Oxford Hand Book of Stress, health and coping**. New York, NY: Oxford University Press, p. 453 – 62, 2011.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Critério para definição de classes sociais**. 2014. Disponível em:< <http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 27 abr.2015.

INCA. **Estimativa 2012**: Incidência de Câncer no Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro. p. 118-130, 2011.

_____. **Estimativa 2014**: Incidência de Câncer no Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro. p. 35-53, 2014.

_____. **Estimativa 2016**: Incidência de Câncer no Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro.p.1-51, 2016.

MARTINS, J.; BICUDO, M.A.V. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. São Paulo: Moraes, 1989. p. 82-96.

MARTINS, C. B. S. et al. Estratégias de coping e o impacto sofrido pela família quando um dos seus está em tratamento contra o câncer. **Mudanças**. v. 19. n. 2. p. 11-18, 2011.

MENEZES, C. N. B. et al. Câncer infantil: organização familiar e doença. **Rev Mal-Estar Subjetividade**. v. 7, n. 2, p.191-210, 2007.

MENEZES, M.; MORÉ, C.O.; BARROS, L. Psicologia pediátrica e seus desafios atuais na formação, pesquisa e intervenção. **Análise Psicológica**. 2 (XXVI). p.227-238, 2008.

MORAIS, A. C.; QUIRINO, M. D.; ALMEIDA, M. S. O cuidado da criança prematura no domicílio. **Acta Paulista de enfermagem**. v. 22, n. 1, p. 24-30, 2009.

- MILANESI, K. et al. O sofrimento psíquico da família de crianças hospitalizadas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 59, n. 6, p. 769-774, 2006.
- NAOUM, P. C.; NAOUM, F. A. **Câncer: Por que eu**. All Print, São Paulo, 215p, 2012.
- NASCIMENTO, T.G.; SILVA, S.R.; MACHADO, A.R.M. Autoexame de mama: significado para pacientes em tratamento quimioterápico. **Rev Bras Enferm**, v.62, n. 4, p. 557-561, 2009.
- NORBERG A. L. et al. Objective and subjective factors as predictors of post-traumatic stress symptoms in parents of children with cancer - a longitudinal study. **Plos One**. v. 7, n. 5, p. 1-7, 2012.
- NEIL-URBAN, S.; JONES, J. B. Father-to-father support: fathers of children with cancer share their experience. **J Pediatr Oncol Nurs**. v. 19, n.3, p. 97-103, 2002.
- ORTIZ, M. C. A.; LIMA, R. A. G. Experiences of families with children and adolescents after completing a cancer treatment: support for the nursing care. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 15, n. 3, p. 411-417, 2007.
- PENNA, T.L.M. Dinâmica Psicossocial de Famílias de Pacientes com Câncer. In: _____. **Doença e Família**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, p. 377-378.
- SANCHES, M. V. P.; NASCIMENTO, L. C.; LIMA, R. A. G. Crianças e adolescentes com câncer em cuidados paliativos: experiência de familiares. **Rev Bras Enferm**. v. 67. n. 1.p. 28-35, 2013.
- SANTOS, A. M. R. et al. The experiences of relatives of children hospitalized in an emergency care service. **Rev Esc Enferm USP**. v. 45. n. 2. p. 473-479, 2011.
- SANTOS L. M. et al. Aplicabilidade de modelo teórico a famílias de crianças com doença crônica em cuidados intensivos. **Rev Bras Enferm**. v. 67. n. 2. p. 187-94, 2014.
- SILVA, V. A.; MARCON, S. S.; SALES, C. A. Percepção de familiares de pessoas portadoras de câncer sobre encontros musicais durante o tratamento antineoplásico. **Rev Bras Enferm**. v. 67. n. 3. p. 408-414, 2014.
- SUZUKI, L. K.; KATO, P. M. Psychosocial support for patients in pediatric oncology: the influences of parents, schools, peers, and technology. **J Pediatr Oncol Nurs**. v. 20, n.4, p. 159-174, 2003.
- TAVARES, J. S. C.; TRAD, L. A. B. Estratégias de enfrentamento do câncer de mama: um estudo de caso com famílias de mulheres mastectomizadas. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 15, n. 1, p. 1349-1358, 2010.
- TORQUATO, I. M. B. et al. A doença e a hospitalização infantil: compreendendo o impacto na dinâmica familiar. **J Nurs UFPE**. v. 6, n. 11, p. 2641-2648, 2012.
- WIKMAN, A. et al. Parents of children diagnosed with cancer: work situation and sick leave, a five-year post end-of-treatment or a child's death follow-up study. **Acta Oncol**. v. 55. n. 10. p. 1152-1157, 2016.

CAPÍTULO 6

COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE MEDICAÇÃO EM TERAPIA COM DROGAS VASOATIVAS

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 07/11/2020

Bruno César Fernandes

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares,
EBSERH, HU-UFGD
Dourados – Mato Grosso do Sul
<https://orcid.org/0000-0002-1147-8224>

Diego Bezerra de Souza

Universidade Católica Dom Bosco (UCDB) –
Mestrado em Desenvolvimento Local
Campo Grande – Mato Grosso do Sul
<https://orcid.org/0001-0001-75438697>

Flávio Henrique Souza de Araújo

Fundação Universidade Federal da Grande
Dourados – UFGD
Programa de Pós-Graduação em Ciências da
Saúde – Doutorado / UFGD
Grupo de Pesquisa Biologia Aplicada à Saúde
Dourados – Mato Grosso do Sul
<https://orcid.org/0000-0003-1282-3162>

Jaqueline Bernal

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares,
EBSERH, HU-UFGD
Dourados – Mato Grosso do Sul
<https://orcid.org/0000-0002-5909-8319>

Luis Henrique Almeida Castro

Universidade Federal da Grande Dourados –
UFGD
Programa de Pós-Graduação em Ciências da
Saúde – Doutorado / UFGD
Grupo de Pesquisa Biologia Aplicada à Saúde
Dourados – Mato Grosso do Sul
<http://lattes.cnpq.br/5150361516928127>

Mariella Rodrigues da Silva

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares,
EBSERH, HU-UFGD
Dourados – Mato Grosso do Sul
<https://orcid.org/0000-0003-1649-0094>

Raquel Borges de Barros Primo

Fundação Universidade Federal da Grande
Dourados – UFGD
Programa de Pós-Graduação em Ciências da
Saúde – Doutorado / UFGD
Grupo de Pesquisa Biologia Aplicada à Saúde
Dourados – Mato Grosso do Sul
<http://lattes.cnpq.br/1100475265608999>

RESUMO: Os erros de medicação têm sido considerados a maior fonte de risco para pacientes hospitalizados, sendo na maioria das vezes atribuídos aos profissionais de enfermagem. As drogas vasoativas, são medicações utilizadas em grande parte nas Unidades de Tratamentos Intensivos, auxiliando na instabilidade hemodinâmica correta, sendo utilizadas em pacientes em maioria que se encontram em estados graves. Esta pesquisa tem como objetivo analisar as competências do enfermeiro no processo de medicação de drogas vasoativas através de um estudo exploratório em formato de revisão de literatura qualitativa. Foram registrados previamente 36 artigos, destes 16 foram excluídos por não atenderem a um dos critérios de inclusão, sendo 10 artigos incluídos no estudo e referenciados e analisados. A equipe de enfermagem necessita de conhecimento científico e conscientização profissional para garantir uma assistência segura, principalmente

na administração de medicações de alta vigilância ou potencialmente perigosas, sua qualificação vai promover a aquisição de habilidades motoras e intelectuais, o tornando mais capacitado e eficaz no desempenho de sua função.

PALAVRAS - CHAVE: Vasoativos; Segurança do paciente; Enfermagem; Unidade de Terapia Intensiva.

COMPETENCIES OF NURSES IN THE MEDICATION PROCESS IN VASOACTIVE DRUG THERAPY

ABSTRACT: Medication errors have been considered the greatest source of risk for hospitalized patients, being most often attributed to nursing professionals. Vasoactive drugs are medications used in large part in Intensive Care Units, helping correct hemodynamic instability, being used in most patients who are in severe conditions. The purpose of this research is analyze the skills of nurses in the process of medication for vasoactive drugs through an exploratory study in a qualitative literature review format. 36 papers were previously registered, of these 16 were excluded for not meeting one of the inclusion criteria, with 10 papers included in the study and referenced and analyzed. The nursing team needs scientific knowledge and professional awareness to ensure safe care, especially in the administration of highly surveillance or potentially dangerous medications, its qualification will promote the acquisition of motor and intellectual skills, making it more qualified and effective in the performance of its function.

KEYWORDS: Vasoactive; Patient safety; Nursing; Intensive Care Unit.

1 | INTRODUÇÃO

O paciente é colocado em risco quando está sob cuidados hospitalares, o que tem chamado a atenção de diversos estudiosos nos últimos anos (FASSINI, P & HAHN, 2012; NASCIMENTO et al, 2008). Para o Ministério da Saúde (MS) a qualidade na execução dos serviços é elemento diferenciador no processo de atendimento das expectativas dos clientes nos serviços de saúde do Brasil.

Neste contexto, em 1978 o Ministério da Saúde publicou juntamente com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), os Padrões Mínimos de Assistência de Enfermagem para a prevenção, promoção e recuperação da saúde. O objetivo da respectiva publicação foi orientar a qualidade e o controle das ações em saúde. Definindo representações quantitativas ou qualitativas e indicadores utilizados atualmente pelos programas de acreditação hospitalar (BRASIL, 1978). Entre os indicadores mais tradicionais, são recorrentes: taxa de mortalidade, tempo de permanência hospitalar, taxa de readmissão imediata, taxa de infecção hospitalar, complicações cirúrgicas e percentual de cesáreas (NASCIMENTO et al, 2008).

Apesar da relevância destes indicadores, outros vêm sendo incorporados como guias para monitorar e avaliar a qualidade do atendimento e cuidados dos pacientes pelos profissionais de saúde em instituições hospitalares. Uma das principais incorporações

neste cenário, são as taxas de eventos adversos. Os eventos adversos (EA) caracterizam ocorrências indesejáveis, danosas ou prejudiciais, preveníveis, que comprometem a segurança do paciente que se encontra sob os cuidados dos profissionais de saúde (CASSIANI & UETA, 2004).

Estudos tem demonstrado que cerca de 10% dos pacientes que se encontram internados desenvolvem algum tipo de evento adverso não relacionado a doença ou dano inicial, o que pode resultar em sua incapacidade, maior tempo de tratamento e internações, novas terapias ou até em casos mais severos o óbito (FERREIRA, 2007; LANZILLOTTI et al, 2015). Esses eventos podem estar relacionados à prática profissional, aos produtos usados na área de saúde, procedimentos, problemas de comunicação, incluindo prescrição, rótulos, nomes, preparação, dispensação, distribuição, administração, educação, monitoramento e uso de medicamentos (ANACLETO et al, 2010; SILVA & COSTA, 2020).

No Brasil, o conselho regional de Enfermagem de São Paulo no ano de 2010 desenvolveu um livro listando dez etapas que os profissionais de enfermagem devem seguir com o objetivo de evitar resultados indesejáveis no paciente como: identificação correta, cateter correto, conexões de sondas, cuidado limpo e seguro, seguro de cirurgia, administração correta de sangue, envolvimento do paciente, prevenção de úlceras, quedas e comunicação eficaz (HORTA; DE OLIVEIRA; XAVIER, 2017).

As drogas vasoativas, são medicações utilizadas em grande parte nas Unidades de Tratamentos Intensivos, auxiliando na instabilidade hemodinâmica correta, sendo utilizadas em pacientes em maioria que se encontram em estados graves. Essas medicações apresentam alto risco para efeitos secundários quando administrado de maneira inadequada e em dosagens incorretas, são definidos como Erros de Medicação (EM) (ANACLETO et al, 2010).

Os EM representam os EA mais comuns. Contudo, a principal diferença entre este evento e os demais EA, consiste na possibilidade de prevenção, tornando-se bastante importante identifica-los, antes de hipoteticamente provocar lesões no paciente (KNEZ et al, 2011).

Analisando que os erros de medicação são atualmente um dos principais eventos adversos relacionados a pacientes hospitalizados é fundamental que os profissionais de enfermagem possuam conhecimento de sua responsabilidade na administração e manutenção da medicação (VIDEIRA, 2017)

Em instituições hospitalares, o enfermeiro é o profissional que presta assistência e cuidados ao paciente, e em decorrência de suas funções torna-se o responsável imediato pelas consequências do fenômeno EA. As condutas adotadas pelos enfermeiros imediatamente após a ocorrência desse tipo de evento em Unidade de Pronto Atendimento (UPA) são alvo de discussões em diversas pesquisas na área da saúde (ANACLETO et al, 2010; HORTA; DE OLIVEIRA; XAVIER, 2017; QUITÉRIO et al, 2016; SILVA & COSTA, 2020).

Diante do exposto o objetivo deste trabalho é através de um estudo exploratório em formato de revisão de literatura analisar as competências do enfermeiro no processo de medicação de drogas vasoativas, explorando os principais fatores que propiciam possíveis eventos adversos em pacientes hospitalizados.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, através da identificação de estudos sobre o tema de competências do enfermeiro no processo de medicação de drogas vasoativas, entre os anos de 2010 e 2020. Adotou-se a revisão integrativa da literatura devido a sua contribuição para a análise de resultados.

A revisão integrativa da literatura estabelece critérios para a coleta e análise de dados, desta forma adotamos seis etapas indicadas para a elaboração da revisão integrativa que são: a seleção da pergunta em que consiste a pesquisa; a definição dos critérios de inclusão dos estudos e seleção da amostra; a representação dos estudos selecionados em tabela, representado na tabela 1; análise crítica dos dados encontrados e a discussão dos resultados obtidos.

A seleção dos estudos foi realizada através de busca em bancos de dados online como: Scielo, BMV, Pubmed e MedLine, com base nos critérios: ano de publicação entre 2004 e 2020; publicados em português, espanhol e inglês e artigos com textos completos. Foram selecionados inicialmente 36 artigos para leitura minuciosa e organizados em tabulação de dados, dentre esses artigos, foram utilizados 10, e referenciados no presente texto descritos na tabela 1.

AUTORES	OBJETIVO	TIPO DE ESTUDO
Rodrigues Júnior & Gasparino. (2017)	Avaliar o conhecimento de a equipe de enfermagem sobre a administração de drogas vasoativas.	Estudo descritivo e transversal e abordagem quantitativa
Cassiani & Silva. (2004)	Possuir uma visão sistêmica dos pontos frágeis e dos processos que garantam maior segurança do paciente e profissionais.	Revisão de literatura
Melo et al. (2016)	Caracterizar o paciente internado em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) em uso de drogas vasoativas (DVA).	Estudo descritivo, retrospectivo, abordagem quantitativa
Duarte et al. (2015 ^a)	Identificar os erros no cotidiano da assistência de enfermagem em terapia intensiva e analisá-los de acordo com a teoria do erro humano	Estudo qualitativo, descritivo e exploratório.

Duarte et al. (2015b)	Identificar as publicações científicas sobre os eventos adversos na assistência de enfermagem em pacientes adultos hospitalizados e discutir os principais eventos adversos na assistência de enfermagem	Revisão integrativa com abordagem qualitativa.
Padilha et al. (2010)	Abordar a enfermagem na UTI.	Livro
Tallo et al. (2008)	Rever os principais estudos publicados, nas últimas décadas, para orientação quanto à escolha da melhor droga vasopressora nos diferentes estados de choque	Revisão de Literatura.
Anacleto et al. (2010)	Explorar os erros de medicação	Revisão de Literatura
Lovich et al. (2006)	Avaliar as taxas de infusão dos medicamentos	Experimental.
Plurad et al. (2011)	Determinar se o status do volume está associado ao aumento da mortalidade em pacientes gravemente feridos expostos a vasopressores precoces.	Observacional Transversal.

Tabela 1: Descrição de trabalhos selecionados para a revisão integrativa.

3 I RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os erros de medicação têm sido considerados a maior fonte de risco para pacientes hospitalizados. Em média um paciente hospitalizado apresenta a experiência de um erro de medicação (PLURAD et al, 2011; WHO, 2008).

As medicações vasoativas são drogas específicas para a utilização em estados graves, em pacientes que se encontram hemodinamicamente instáveis, associando sua utilização a ambientes de tratamentos intensivos. São fármacos que atuam no endotélio vascular das veias ou artérias, atua em pequenas doses e com respostas dose dependente de efeito rápido e curto, através de receptores adrenérgicos, levando a melhoria a pressão arterial em pacientes hemodinamicamente instáveis, depois de adequada reposição de fluidos (PADILHA et al, 2010). Tallo e colaboradores (2008) complementam que é necessário administração absolutamente controlada devido a curta meia vida da droga, o que pode desenvolver alterações cardíacas. As drogas mais empregadas são as catecolaminas.

O profissional de enfermagem apresenta diversas funções, em diferentes níveis de complexidade, sendo os responsáveis pelas medicações vasoativas, o que os acaba sobrecarregando em relação ao erro de administração dessas medicações. Anacleto e colaboradores (2010) contextualizam que o erro de medicação é qualquer evento evitável que de fato ou potencialmente, pode levar ao uso inadequado de medicamento e lesões no paciente.

Um estudo conduzido por Rodrigues Júnior e Gasparino (2017) constatou que a

maioria dos profissionais em unidades de terapia intensiva eram enfermeiros, técnicos em enfermagem seguidos por auxiliares de enfermagem, o que contraria a legislação brasileira que relata que os auxiliares não devem compor equipe em UTI. Mais preocupantes ainda foram os resultados obtidos pelos mesmos autores que relataram que a maioria dos profissionais que realizavam as administrações não obtiveram nenhum treinamento antes ou depois do início de suas atividades.

Lovich e colaboradores (2006) realizaram um estudo e constataram que a infusão de drogas vasoativas endovenosa apresenta alto potencial para erros relacionados a dosagem. Em estudos conduzidos por Duarte e colaboradores (2015^a;2015^b) complementam que o maior potencial de falhas. Ou seja, os eventos adversos (EA) foram identificados durante ou após a administração de medicamentos.

Diante disso é consensual entre os autores que a equipe de enfermagem necessita de conhecimento científico e conscientização profissional para garantir uma assistência segura, principalmente na administração de medicações de alta vigilância ou potencialmente perigosas. O profissional tem então a função de administrar as medicações, devendo reconhecer a importância do seu papel, de forma a desenvolvê-lo com segurança, responsabilidade, eficiência e eficácia (MELO et al, 2016).

É necessário ressaltar que os profissionais de enfermagem enfrentam algumas limitação e dificuldade para a melhor execução para infusão de drogas, os autores Cassiani e Silva (2004) relatam que dentre as limitações podem ser citadas: A dificuldade de interpretação das prescrições médicas, devendo entender o objetivo de cada terapia, a cada paciente, sendo essencial a comunicação entre a equipe de trabalho, a falta de padronização da nomenclatura de medicamentos, as deficiências existentes na formação acadêmica, falta de conhecimento, de experiência e treinamento técnico, desatenção, sobrecarga de trabalho e a dificuldade no manejo de equipamentos. Demonstrando a importância da realização de cursos e treinamentos que capacitem esses profissionais antes do exercício de suas funções.

4 | CONCLUSÃO

A presente revisão de literatura integrativa nos permite concluir que o profissional de enfermagem possui a competência pela administração de drogas vasoativas, drogas essas que apresentam maior índice de erros, exigindo maior atenção na sua utilização.

Considera-se que para diminuir a ocorrência de eventos adversos oriundos de erros da administração da medicação, em pacientes hospitalizados ou pós-hospitalizados, os profissionais devem manter-se atualizados, realizando cursos para aprimoramento de suas técnicas e aquisição de novas experiências.

Ressaltamos que é de extrema importância o conhecimento acerca de farmacologia, dos efeitos das drogas, da execução e técnicas, do prontuário e histórico dos pacientes,

além de estabelecer boa comunicação entre toda a equipe de trabalho, visando a maior segurança do paciente. A qualificação dos profissionais vai promover a aquisição de habilidades motoras e intelectuais, o tornando mais capacitado e eficaz no desempenho de sua função.

REFERÊNCIAS

ANACLETO T.A et al. **Erros de medicação**. Farmácia Hospitalar. Pharmacia Brasileira. 1:1-24, 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Organização Pan-Americana de Saúde. **Padrões mínimos de assistência de enfermagem em recuperação da saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1978.

CASSIANI SHB; SILVA AEBC. **Administração de medicamento: Uma visão sistêmica para o desenvolvimento de medidas preventivas dos erros na medicação**. Rev. Eletrônica de enfermagem, v. 06, n. 02, 2004.

CASSIANI, S.H.B; UETA, J. **A segurança dos pacientes na utilização da medicação**. São Paulo, 2004.

DUARTE S.C.M. et al. **El error humano en el cotidiano de la atención de enfermería en terapia intensiva**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, v.23, n.6, p.1074-1081, 2015. ^a

DUARTE S.C.M. et al. **Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem**. Rev Bras Enferm, v.68, n.1, p.144-154, 2015. ^b

FASSINI, P; HAHN, G.V. **Riscos à segurança do paciente em unidade de internação hospitalar: concepções da equipe de enfermagem**. Revista de Enfermagem da UFSM, v. 2, n. 2, p. 290-299, 2012.

FERREIRA, V.R. **Análise dos eventos adversos em uma unidade de terapia intensiva neonatal como ferramenta de gestão da qualidade da assistência de enfermagem**. 2007.

HORTA, H.H.L; DE OLIVEIRA, K.H; XAVIER, A.C.P. **ESTRATÉGIAS PARA DIMINUIÇÃO DE ERROS NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO PELA ENFERMAGEM**. Revista de Enfermagem da UFJF, v. 3, n. 2, 2017.

KNEZ, L. et al. **The Need for Medication Reconciliation: A Cross-Sectional Observational Study in Adult Patients**. Respiratory Medicine, 105, S60–S66. 2011.

LANZILLOTTI, L.S. et al. **Eventos adversos e outros incidentes na unidade de terapia intensiva neonatal**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 20, p. 937-946, 2015.

LOVICH MA. et al. **The Delivery of Drugs to Patients by Continuous Intravenous Infusion: Modeling Predicts Potential Dose Fluctuations Depending on Flow Rates and Infusion System Dead Volume**. Anesth Analg, Boston, p. 1147-1153, 2006.

MELO EM; DE OLIVEIRA TMM; MARQUES AM; et al. **Patients' characterization in use of vasoactive drugs hospitalized in intensive care unit**. Rev Fund Care Online, v.8, n.3, p.4898-4909, 2016.

NASCIMENTO, C.C.P. et al. **Indicadores de resultados da assistência: análise dos eventos adversos durante a internação hospitalar.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 16, n. 4, p. 746-751, 2008.

PADILHA KG et al. (Org.). **Enfermagem em UTI: Cuidando do paciente crítico.** Barueri, SP: Manole, 2010. 1446 p.

PLURAD DS. et al. **Early Vasopressor Use in Critical Injury Is Associated With Mortality Independent From Volume Status.** J Trauma, v. 71, n. 3, p. 565-572, 2011.

QUITÉRIO, L.M. et al. **Eventos Adversos por falhas de comunicação em unidades de terapia intensiva.** Revista ESPACIOSI Vol. 37 (Nº 30), 2016.

RODRIGUES JÚNIOR OJ; GASPARINO RC. **Vasoactive drugs: knowledge of the nursing team.** Rev baiana enferm, v.31, n.2, p.1-10, 2017.

SILVA, T.F.B.X; COSTA, H. **Dispensation errors in hospital pharmacy.** Scientific Electronic Archives, v. 13, n. 10, p. 90-96, 2020.

TALLO FS et al. **Drogas Vasopressoras nos Estados Choque: Qual é a Melhor Opção?** Rev Bras Clin Med, São Paulo, n. 6, p. 237-242, 2008.

VIDEIRA, J.S.T.C. **O papel do farmacêutico na reconciliação terapêutica após alta hospitalar.** 2017. Tese de Doutorado.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World alliance for patient safety. Summary of the evidence on patient safety: implications for research.** The Research Priority Setting Working Group of the World Alliance for Patient Safety, p 1-136, 2008.

CAPÍTULO 7

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE ACOMETIDO POR ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 16/10/2020

Piripiri-Piauí

<http://lattes.cnpq.br/5935858404542198>

Guilherme Antônio Lopes de Oliveira

Faculdade do Piauí – CHRISFAPI

Piripiri-Piauí

<http://lattes.cnpq.br/7323759143312590>

Mariana Silva Souza

Faculdade do Piauí – CHRISFAPI

Piripiri-Piauí

<http://lattes.cnpq.br/3563148999453485>

Gabrielly Silva Ramos

Faculdade do Piauí – CHRISFAPI

Piracuruca-Piauí

<http://lattes.cnpq.br/2099995404477894>

Iasmim Escórcio de Brito Melo

Faculdade do Piauí – CHRISFAPI

Piracuruca-Piauí

<http://lattes.cnpq.br/2798491693042811>

Maria Clara Melo Medeiros

Faculdade do Piauí – CHRISFAPI

Batalha-Piauí

<http://lattes.cnpq.br/9819451730096413>

Kayco Damasceno Pereira

Faculdade do Piauí – CHRISFAPI

Piripiri-Piauí

<http://lattes.cnpq.br/4144062023277563>

George Marcos Dias Bezerra

Faculdade do Piauí – CHRISFAPI

Universidade Federal do Piauí – UFPI

Batalha-Piauí

<http://lattes.cnpq.br/0110384317974060>

Alcione Rodrigues Chaves Júnior

Faculdade do Piauí – CHRISFAPI

Esperantina-Piauí

<http://lattes.cnpq.br/5465686193579646>

Gerardo Andrade Machado

Faculdade do Piauí – CHRISFAPI

RESUMO: O acidente vascular encefálico (AVE) é uma doença que tem como causa a perda súbita da função cerebral que resulta da ruptura ou redução, total ou parcial, do suprimento sanguíneo ao encéfalo. Sendo a principal causa de morte entre os brasileiros e a quarta causa de mortalidade no mundo. O objetivo do estudo foi avaliar o conhecimento exposto na literatura relacionado aos cuidados de enfermagem ao paciente acometido por AVE. Esse trabalho trata-se de uma revisão de literatura, onde foram reunidos 6 artigos a partir da pesquisa bibliográfica com 64, localizadas na plataforma da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Base de Dados em Enfermagem (BDENF). Para a investigação dos artigos foram empregados os descritores retirados do DeCS (Descritores em Ciências da Saúde): AVE, Enfermagem, Cuidados. Os critérios de inclusão foram: artigos completos, publicados nos idiomas português, inglês e espanhol, que retratassem a temática e com o tema principal sobre os cuidados de enfermagem ao paciente com AVE. Os critérios de exclusão foram: artigos incompletos e quando na presença de duplicidade, optou-se por apenas um artigo da

base de dados. Nos resultados identificou-se nos artigos um maior número de cuidados de enfermagem relacionados a reabilitação motora e funcional, avaliação de funções fisiológicas e necessidades diárias do paciente, bem como avaliação neurológica de déficits motores e sensoriais, além da administração correta das medicações, cuidados emocionais e educativos centrados no paciente e familiares. Concluiu-se que a literatura corrobora que as atribuições do enfermeiro no processo de reconhecimento dos cuidados aos pacientes acometidos por AVE são impactantes para redução do agravo ou aparecimento secundário desta doença.

PALAVRAS - CHAVE: AVE. Cuidados. Enfermagem.

NURSING CARE FOR PATIENTS AFFECTED BY BRAIN VASCULAR ACCIDENT

ABSTRACT: Stroke is a disease caused by the sudden loss of brain function that results from the rupture or reduction, total or partial, of the blood supply to the brain. Being the leading cause of death among Brazilians and the fourth leading cause of mortality in the world. The aim of the study was to evaluate the knowledge exposed in the literature related to nursing care for patients affected by stroke. This work is a review of the literature, where 6 articles were gathered from the bibliographic research with 64, requiring in the platform of the Virtual Health Library (VHL) in the databases Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) and Database in Nursing (BDENF). For the investigation of the articles, the descriptors taken from the DeCS (Health Sciences Descriptors) were used: AVE, Nursing, Care. The inclusion criteria were: published articles, published in Portuguese, English and Spanish, that portrayed the theme and with the main theme on nursing care for patients with stroke. The exclusion criteria were: incomplete articles and when in the presence of duplicity, we chose only one article from the database. The results identified in the articles a greater number of nursing care related to motor and functional rehabilitation, assessment of physiological functions and patient needs, as well as neurological assessment of motor and sensory deficits, in addition to the correct administration of medications, emotional care and educational activities focused on the patient and family. It was concluded that the literature corroborates that the nurse's attributions in the process of recognizing the care to patients affected by CVA are impactful for reducing the disease or the appearance of the secondary appearance of this disease.

KEYWORDS: AVE. Care. Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

O acidente vascular encefálico (AVE) é uma doença que tem como causa a perda súbita da função cerebral que resulta da ruptura ou redução, total ou parcial, do suprimento sanguíneo ao encéfalo (LESSMANN et al., 2011). De acordo com Bianchini, Galvão e Arcuri (2010) o AVE apresenta uma sintomatologia neurológica focal ou global, que duram mais que 24 horas ou até a morte, tendo início súbito ou em forma de crise.

Além disso, é uma patologia conhecida por provocar incapacidade e dependência funcional, desencadeando danos físicos, cognitivos, emocionais e sociais ao indivíduo. Sob esse viés, é fundamental que o profissional enfermeiro compreenda a doença e os

mecanismos essenciais para o auxílio e reabilitação do indivíduo acometido por AVE.

É importante ressaltar sobre os fatores de risco das doenças cerebrovasculares, em que se destacam a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), as cardiopatias e a dislipidemia, sendo causas principais desses distúrbios. Considerado risco independente para as doenças cerebrovasculares por acelerar o processo de aterosclerose, o diabetes mellitus também é considerado um grande vilão. Aponta-se ainda como fatores comportamentais: o sobrepeso e a obesidade, acompanhados pelo tabagismo, etilismo, sedentarismo e uso de anticoncepcional (PIRES; GAGLIARDI; GORZONI, 2004).

Segundo Pompeo, Rossi e Galvao (2009) os pacientes acometidos por AVE podem sofrer com alguns transtornos, como a ansiedade, a depressão, mudanças no padrão de sono e na atividade sexual, bem como problemas senso-motores, cognitivos e de comunicação. Esses eventos merecem atenção redobrada pela enfermagem, visto que o indivíduo torna-se dependente dos cuidados pela equipe multiprofissional.

Além disso, uma das funções da enfermagem, dentre inúmeras outras, é a reabilitação, pois essa prática tem como finalidade a busca pela independência para realizar o autocuidado, sendo, este último, um conjunto de práticas desenvolvidas pelo indivíduo e pela família para atender as necessidades da vida diária, que é aprendido e aperfeiçoado ao longo da vida (OREM, 1995).

Na enfermagem, a reabilitação neurológica é um processo dinâmico, que envolve orientações aos indivíduos doentes e/ou com incapacidades a obterem um recuperação melhor em todos os sentidos: mental, espiritual, físico e social. Pois segundo Smeltzer *et al.*, (2005), isto proporciona uma melhor qualidade de vida, devido a recuperação ser identificada como uma inclusão de fatores que garantem a dignidade, autorrespeito e independência.

Acredita-se que esse estudo seja de suma relevância, uma vez que o AVE é a principal causa de morte entre os brasileiros e a quarta causa de mortalidade no mundo (OLIVEIRA; ALMEIDA; ZAMBELAN, 2020). Além disso, é uma patologia que acomete, sobretudo, a faixa etária acima de 50 anos, ultrapassando, até mesmo, as doenças cardiovasculares e o câncer (BOCCHI; ANGELO, 2005).

Sob esse viés, o objetivo do estudo foi avaliar o conhecimento exposto na literatura relacionado aos cuidados da enfermagem ao paciente acometido por AVE, de modo a analisar as atuações diárias da enfermagem que contribuem para a melhora e controle de um evento posterior dessa doença.

2 | METODOLOGIA

Este trabalho trata-se de uma revisão de literatura, que direciona um embasamento científico para explicar os cuidados prestados pela enfermagem ao paciente acometido por AVE. De acordo com Santos e Candeloro (2006, p. 43), a pesquisa bibliográfica também é

denominada de revisão de literatura ou referencial teórico. A revisão bibliográfica é parte de um projeto de pesquisa, que revela explicitamente o universo de contribuições científicas de autores sobre um tema específico.

Portanto, o principal objetivo da revisão de literatura é propiciar uma síntese dos resultados da pesquisa de modo a auxiliar o responsável a tomar decisões. Nesse tipo de estudo são abordados tópicos relevantes de forma a fornecer ao leitor um discernimento do que existe sobre o assunto, à vista disso, a revisão de literatura tem função de integrar e facilitar um acúmulo de conhecimento.

Esse estudo, reuniu 6 artigos a partir da pesquisa bibliográfica com 64, por meio da revisão de obras já publicadas, localizadas na plataforma da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Base de Dados em Enfermagem (BDENF). Para a investigação dos artigos foram empregados os descritores retirados do DeCS (Descritores em Ciências da Saúde): AVE, Enfermagem, Cuidados.

Para os critérios de inclusão, foram empregados neste trabalho: artigos completos, publicados nos idiomas português, inglês e espanhol, que retratassem a temática e com o tema principal sobre os cuidados de enfermagem ao paciente com acidente vascular encefálico. Por fim, os critérios de exclusão foram: artigos incompletos e quando na presença de duplicidade, optou-se por apenas um artigo da base de dados.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por ser é uma doença que gera déficit funcional e cognitivo, com mudança de personalidade ou comportamental e de comunicação, as sequelas decorrentes do AVE geram níveis de incapacidades, comprometendo não somente o paciente, mas também a família (BOCCHI, 2004).

Autor/Ano	Base de dados	Publicação	Principais achados
Araújo <i>et al.</i> , (2015)	LILACS	"Classificação da dependência de cuidados de enfermagem dos pacientes acometidos por acidente vascular encefálico"	O enfermeiro deve incorporar ao seu cotidiano, conhecimentos científicos atuais para fornecer os instrumentos necessários à sua prática clínica. Além disso, é necessário um projeto de ações direcionado para a assistência de enfermagem a fim de proporcionar cuidados de qualidade aos pacientes.
Cavalcante <i>et al.</i> , (2011)	MEDLINE	"Intervenções de enfermagem aos pacientes com acidente vascular encefálico: uma revisão integrativa de literatura"	Propuseram cuidados de enfermagem no âmbito assistencial, educacional, gerencial e na área da pesquisa. No campo assistencial, está mais atrelado as particularidades biológicas dos pacientes, como avaliar as funções fisiológicas, administrar medicamentos e proporcionar a reabilitação motora e funcional dos mesmos.

Gomes e Senna (2008)	BDENF	"Assistência de enfermagem à pessoa com acidente vascular cerebral"	Descrevem sobre o uso de escadas para a avaliação neurológica do paciente com identificação dos déficits motores e sensoriais que dão indícios para o local de comprometimento do AVE. Além de cuidados em relação a medida corporal e mobilização, eliminação e alimentação, orientações sistematizada e orientações para reabilitação motora.
Lessmann <i>et al.</i> , (2011)	MEDLINE	"Atuação da enfermagem no autocuidado e reabilitação de pacientes que sofreram Acidente Vascular Encefálico"	Sugerem a manutenção do controle da postura, exercícios de intensidade dos movimentos, treino de marcha, exercícios para manter o equilíbrio, terapia ocupacional e reabilitação.
Moreira <i>et al.</i> , (2014)	LILACS	"Análise de conceito do resultado de enfermagem Mobilidade em pacientes com acidente vascular cerebral"	Apontam sobre o aperfeiçoamento dos benefícios de enfermagem para auxiliar o paciente vítima de AVE na capacidade de movimentar-se de uma posição postural para outra ou de um local para outro, subir e descer escadas, de forma autônoma, com o uso ou não de dispositivo auxiliar, como a bengala.

Nunes, Fontes e Lima (2017)	BDENF	"Cuidado de Enfermagem ao Paciente Vítima de Acidente Vascular Encefálico"	Ressaltam a impotência das orientações repassadas pelos enfermeiros aos pacientes, informações como: diuréticos devem ser tomados pela manhã, ingerir alimentos pobres em sódio e ricos em potássio (feijões, ervilha, banana, melão, cenoura e beterraba) para prevenir a hipopotassemia, bem como orientá-los que os medicamentos não devem ser suspensos por conta própria.
-----------------------------	-------	--	--

Quadro 1 – Estudos incluídos na revisão de literatura sobre os cuidados de enfermagem ao paciente vítima de acidente vascular encefálico.

Fonte: próprio autor, 2020.

Diante de um acidente no qual o paciente tem risco de vida, um fator primordial para um prognóstico positivo relacionado ao AVE, é o atendimento adequado de modo precoce, com assistência eficaz e planejamento de reabilitação que visem essa melhoria. Diante disso, o cuidado da enfermagem, que visa atividades que estimulam áreas sensitivas, motoras, controle postural, amplitude de movimento e treino de marcha, conferem ao enfermeiro capacidade de atuação proporcionando a redução dos danos e incapacidades pós acidente vascular encefálico (LESSMANN *et al.*, 2011).

Visto isso, a enfermagem atua em diferentes áreas para fornecer o cuidado de qualidade ao paciente vítima de AVE e, até mesmo, quando existe comprometimento neurológico decorrente do mesmo. Com isso, segundo Melnyk e Fineout-Overholt (2005), os estudos são classificados em níveis de evidência que caracterizam as intervenções assistenciais, seguido das educacionais e gerenciais.

Diante disso, na concepção de Cavalcante *et al.*, (2011), os autores citam como intervenções assistenciais: a reabilitação motora e funcional, administração de medicamentos, monitoramento das funções fisiológicas, planejamento para alta do paciente, amparo emocional, assistência para a prevenção de complicações e traumas, precauções quanto a prevenção de aspiração, entre outros.

A equipe de enfermagem estabelece um método técnico voltado para a recuperação

do paciente no que diz respeito a reabilitação motora e funcional. Com isso, é de grande relevância iniciar a mobilização precoce logo após o confinamento no leito, visto que é um fator para prevenção de contraturas das articulações e atrofias (SUMMERS *et al.*, 2009).

Além do mais, também é importante estabelecer um vínculo entre o profissional e a família para que o diálogo seja menos formal, facilitando o repasse de informações relacionados aos cuidados que o paciente irá necessitar assim que receber alta. Por isso, cabe ao enfermeiro orientá-los sobre todos os cuidados necessários, além de realizar uma avaliação detalhada do indivíduo em todos os aspectos - físicos, emocionais e psicossociais, a partir disso, poderá elaborar um plano de cuidados levando em consideração as condições de vida do cliente, a fim de manter uma conduta holística e humanizada (ALEGRÍA *et al.*, 2002).

Seguindo o pensamento de Smeltzer *et al.*, (2005) ressaltam a reabilitação como sendo uma das inúmeras atribuições da enfermagem, buscando no indivíduo a independência para a realização do autocuidado. A competência para realizá-lo é frequentemente a chave para a independência, para o retorno ao lar e para a vida no meio social. Assim, quanto mais precoce for iniciado o processo de restabelecimento, melhor será a probabilidade de recuperação do indivíduo.

No contexto organizacional do cuidado de enfermagem em unidades de AVE, Burton, Fisher e Green (2009) destacam a qualidade das intervenções de enfermagem educativas focadas na família, em particular, o entendimento do sistema e relações familiares para um plano de reabilitação eficaz. Conforme Hedlund *et al.*, (2008), evidenciam que além do suporte que atendam às necessidades físicas, o apoio emocional contribui de forma significativa para a superação do medo das sequelas, complicações e consequências do AVE no paciente.

Nesse sentido, de acordo com as ideias de Nunes, Fontes e Lima (2017), a percepção da disfunção e das particularidades do AVE, assim como suas características e condições elementares, certificam aos profissionais de saúde, abrangendo os enfermeiros, habilidades para atuar junto ao indivíduo acometido, promovendo a interdisciplinaridade que totaliza na realização de assistência absoluta e de qualidade aos pacientes, possibilitando uma melhor qualidade de vida, bem como uma vida mais feliz.

4 | CONCLUSÃO

Diante dos resultados obtidos nas pesquisas realizadas, concluiu-se que há um escasso acervo bibliográfico para abordar a temática, todavia, os objetivos almejados com esta investigação foram alcançados. Sendo que a literatura corrobora que as atribuições do enfermeiro no processo de reconhecimento dos cuidados aos pacientes acometidos por AVE são impactantes para redução do agravo ou aparecimento secundário desta doença, havendo uma busca ativa com relação ao trabalho em equipe, para que a assistência ao

paciente e a família seja efetiva e perspicaz.

Contudo, além de exercer a função necessária de assistência nas primeiras horas após o ocorrido, é de suma relevância que o profissional enfermeiro tenha requisitos para montar uma estratégia que visa obter resultados positivos de forma integral quanto a recuperação e reabilitação do paciente, buscando também auxiliar a família e o cuidador com orientações que facilitem essa assistência.

A bibliografia comprova que os cuidados de pacientes com AVE devem ser expandidos de maneira a valorizar a autossuficiência e o autocuidado do paciente, já que o profissional possui um gerenciamento de cuidados com base em diversos conhecimentos específicos. Partindo da premissa que o enfermeiro deve agregar os cuidados frequentes associando serviços de saúde, comunidade e equipe multidisciplinares. Além disso, é de suma importância que a equipe profissional busque por referenciais teóricos que norteiem uma prática de assistência voltada às verdadeiras necessidades dos pacientes acometidos por AVE.

REFERÊNCIAS

ALEGRÍA, M. A *et al.* **Medidas generales y cuidados intensivos del EVC agudo.** Rev. Invest. Clín. 2002; 54 (3): 262-5. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-332919>. Acesso em: 06 JUN. 2020.

ARAÚJO, A. R. C *et al.* **Classificação da dependência de cuidados de enfermagem dos pacientes acometidos por acidente vascular encefálico.** Cogitare Enfermagem, [S.l.], v. 20, n. 3, set. 2015. ISSN 2176-9133. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/41037>. Acesso em: 06 JUN. 2020.

BIANCHINI, S.M; GALVÃO, C.M; ARCURI, E.A.M. **Cuidado e enfermagem ao paciente com acidentes vascular encefálico:** revisão integrativa. Online Braz. J. Nurs. 2010; 9 (2). Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-28337>. Acesso em: 06 JUN. 2020.

BOCCHI, Sílvia Cristina Mangini. **O papel do enfermeiro como educador junto a cuidadores familiares de pessoas com AVC.** Rev. bras. enferm., Brasília, v. 57, n. 5, p. 569-573, outubro de 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000500011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 JUN. 2020.

BOCCHI, Sílvia Cristina Mangini; ANGELO, Margareth. **Interação cuidador familiar-pessoa com AVC:** autonomia compartilhada. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 729-738, Sept. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300029&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 JUN. 2020.

BURTON, C.R; FISHER, A; GREEN, T.L. **The organizational context of nursing care in stroke units: a case study approach.** Int J Nurs Stud. 2009;46(1):86-95. Disponível: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18801481/>. Acesso em: 06 JUN. 2020.

CAVALCANTE, Tahissa Frota *et al.* **Intervenções de enfermagem para pacientes com acidente vascular cerebral**: uma revisão integrativa da literatura. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1495-1500, dezembro de 2011. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000600031&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 JUN. 2020.

GOMES, Shirley Rangel; SENNA, Mônica. **Assistência de enfermagem à pessoa com acidente vascular cerebral**. Cogitare Enfermagem, [S.l.], v. 13, n. 2, out. 2008. ISSN 2176-9133. Disponível em: <https://revistas.ufr.br/cogitare/article/view/12486>. Acesso em: 06 JUN. 2020.

HEDLUND, M; RONNE-ENGSTRON, E; EKSELIUS, L; CARLSSON, M. **From monitoring physiological functions to using psychological strategies**: nurse's view of caring for the aneurismal subarachnoid haemorrhage patient. J Clin Nurs. 2008;17(3):403-11. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17419788/>. Acesso em: 06 JUN. 2020.

LESSMANN, J.C *et al.* **Atuação da enfermagem no autocuidado e reabilitação de pacientes que sofreram acidente vascular encefálico**. Rev. Bras. Enferm. 2011;64(1):198-202. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000100030&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 06 JUN. 2020.

MOREIRA, Rafaella Pessoa *et al.* **Análise de conceito do resultado de enfermagem Mobilidade em pacientes com acidente vascular cerebral**. Rev. Bras. Enferm. Brasília, v. 67, n. 3, p. 443-459, jun. 2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000300443&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 06 JUN. 2020.

MELNYK, B.M; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare**: a guide to best practice. Philadelphia: Lippincot Williams& Wikins; 2005. Making the case for evidence-based practice; p.3-24.

NUNES, Denyse Lemos de Sousa; FONTES, Wemerson dos Santos; LIMA, Maria Alzete de. **Cuidado de enfermagem ao paciente vítima de acidente vascular encefálico**. Rev. Brasileira de ciência em saúde. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/24003>. Acesso em: 06 JUN. 2020.

OLIVEIRA, B. C. D; ALMEIDA, E.A; ZAMBELAN, M. da S. **O papel do enfermeiro nas três primeiras horas pós acidente vascular encefálico**. Disponível em: <https://prospectus.fatecitapira.edu.br/index.php/pgt/article/view/39>. Acesso em: 06 JUN. 2020.

OREM, D.E. **Nursing concepts of practice**. 5th ed. Saint Louis: Mosby; 1995.

PIRES, Sueli Luciano; GAGLIARDI, Rubens José; GORZONI, Milton Luiz. **Estudo das frequências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos**. Arq. Neuro-Psiquiatr., São Paulo, v. 62, n. 3b, p. 844-851, Sept. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2004000500020&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 JUN. 2020.

POMPEO, Daniele Alcalá; ROSSI, Lída Aparecida; GALVAO, Cristina Maria. **Revisão integrativa**: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. Acta paul. enferm., São Paulo, v. 22, n. 4, p. 434-438, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000400014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 JUN. 2020.

SANTOS, V. D.; CANDELORO, R. J. **Trabalhos Acadêmicos: Uma orientação para a pesquisa e normas técnicas**. Porto Alegre/RS: AGE Ltda, 2006. 149 p.

SMELTZER, S.C, BARE, B.G; BRUNNER, L.S; SUDDARTH, D.S. **Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

SUMMERS, D; LEONARD, A; WENTWORTH, D; SAVER, J.L; SIMPSON, J; SPILKER, J.A, et al. **Comprehensive overview of nursing and interdisciplinary care of to the acute ischemic stroke patient**. Stroke. 2009;40(8):2911-44. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19478222/>. Acesso em: 06 JUN. 2020.

CAPÍTULO 8

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 23/10/2020

João de Deus de Araújo Filho

Universidade Federal do Rio Grande do Norte
- UFRN
Jardim do Seridó - RN
<http://lattes.cnpq.br/1511050151298908>

Hugo Wesley de Araújo

Escola Multicampi de Ciências Médicas do Rio Grande do Norte – EMCM/UFRN
Jardim do Seridó – RN
<http://lattes.cnpq.br/3201450425944294>

Dulcian Medeiros de Azevedo

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - UERN
Jardim do Seridó – RN
<http://lattes.cnpq.br/7071042889558651>

Gabriela Costa Soares

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN
Jardim de Piranhas – RN
<http://lattes.cnpq.br/8341980076198378>

Jenifer Thaís Dantas de Lima

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN
Caicó - RN
<http://lattes.cnpq.br/7029977822806261>

Juliane de Oliveira Costa

Centro Universitário de Patos – UNIFIP
Patos – PB
<http://lattes.cnpq.br/5262801807992306>

RESUMO: O desenvolvimento de um adoecimento mental apresenta-se como consequência multifatorial de acontecimentos no cotidiano pessoal, social e profissional da população. No cenário científico, existe uma carência de publicações que transmitem uma visão geral sobre os cuidados de enfermagem nas urgências e emergências psiquiátricas. Investigar e elencar os principais cuidados de enfermagem nos serviços de urgência e emergência, para garantir uma assistência terapêutica mais segura para esses pacientes, se torna essencial. Trata-se de revisão integrativa com objetivo de identificar os cuidados de enfermagem disponíveis na literatura para assistência ao paciente nas urgências e emergências psiquiátricas. A coleta de dados foi realizada nas bases de dados PubMed, Scopus, CINAHL e BDNF no mês de abril de 2020. As evidências foram apresentadas em duas categorias: cuidados concretos e sugestivos. Como cuidados concretos, o uso de questionários de atendimento e instrumentos de triagem psicossociais. Já como cuidados sugestivos, o uso de fluxos de atendimentos pré-estabelecidos na urgência psiquiátrica, protocolos de atendimento, fortalecimento de vínculos, maior e melhor acesso de qualidade aos serviços de saúde mental, com consequente capacitação profissional e a implementação de estratégias de tratamento continuado em outros serviços.

PALAVRAS - CHAVE: Assistência ao Paciente; Cuidados de Enfermagem; Enfermagem em Emergência; Serviços de Enfermagem Psiquiátrica.

NURSING CARE IN PSYCHIATRIC URGENCIES AND EMERGENCIES

ABSTRACT: The development of mental illness presents as a multifactorial consequence of events in the personal, social and professional life of the population. In the scientific scenario, there is a lack of publications that provide an overview of nursing care in psychiatric urgencies and emergencies. Explore and list the main nursing care possibilities in urgency and emergency services becomes essential to ensure safer therapeutic assistance for these patients. The present article is an integrative review that aims to identify the nursing care literature available about patient care in psychiatric urgencies and emergencies. Data collection was performed in PubMed, Scopus, CINAHL and BDNF databases in April 2020. The results and discussions were presented in two categories: concrete care and suggestions. Concrete care focused on the use of service questionnaires and psychosocial screening tools. Meanwhile, suggested care reported the use of pre-determined patient flow organization in the psychiatric emergency, patient care protocols, strengthening of bonds, greater and better quality access to mental health services, with consequent professional training and implementation of continuous treatment in other services.

KEYWORDS: Patient Care; Nursing Care; Emergency Nursing; Emergency Services, Psychiatric.

1 | INTRODUÇÃO

O desenvolvimento de um adoecimento mental apresenta-se como consequência multifatorial de acontecimentos no cotidiano pessoal, social e profissional da população. O fatores de risco como uma frágil estrutura familiar, antecedentes psiquiátricos de familiares, falta de apoio social e lazer, sono e alimentação deficiente, consumo recreativos de drogas, fator genético, são os mais comuns (LOPES, et al. 2016).

Diante do adoecimento mental alguns autores trazem o conceito de crise psiquiátrica, em que a doença se apresenta no formato de sintomas exacerbados pelo pacientes nos diferentes cenários de vida e tipos de transtornos existentes e, muitas vezes, apresentando-se em forma de urgência ou emergência psiquiátrica (MARTINS, 2017).

As urgências e emergências são um importante problema de saúde pública em âmbito internacional que contribui para a modificação do perfil de morbi-mortalidade, além de desencadear impactos econômicos e sociais severos na população. O crescimento acelerado na população, principalmente nas capitais, rápida urbanização e estresse cotidiano são fatores que influenciam, entre outras variáveis socioepidemiológicas, no aumento das ocorrências nos serviços emergencistas (ARAÚJO et al., 2017).

Os serviços de urgência, incluindo os atendimentos móveis, evidenciam um número elevado de atendimentos a usuários com agravos psiquiátricos (VELOSO, et al. 2018). A equipe do serviço de urgência e emergência que realiza atendimento a urgência psiquiátrica, realiza o acolhimento desse usuário, os primeiros socorros e subsidia ações preliminares, visando à garantia da assistência e a segurança do paciente, para que o atendimento

aconteça com segurança, humanização e qualidade (BONUZZI, et al., 2016).

Neste sentido, recomenda-se maior investimento no cuidado em saúde mental e na reabilitação das pessoas já em tratamento, reduzindo o impacto social desses agravos (ANDRADE; JORGE, 2016).

Atualmente, após os desafios que a Reforma Psiquiátrica vem enfrentando, existem vários serviços que dispõem de suporte aos serviços de urgência e emergência e que, também, podem compor a rede de urgências, só que com serviços especializados. Por exemplo os Centros de Atenção Psicossocial nas suas diversas modalidades, Hospitais Psiquiátricos, Hospitais-Dia, Leito geral em hospital geral, entre outros. A rede de atenção psicossocial funciona com ênfase nos serviços comunitários de saúde e em uma perspectiva de transversalização do saber entre profissionais, equipe e usuários para a atenção eficaz à de situações complexas como são os momentos de crise em saúde mental (DIAS; FERIGADO; FERNANDES, 2020).

No cenário científico, existe uma carência de publicações que transmitem uma visão geral sobre os cuidados de enfermagem nas urgências e emergências psiquiátricas. Portanto, prevalece a importância de investigar e elencar os principais cuidados de enfermagem nos serviços de urgência e emergência, para garantir uma assistência terapêutica mais segura para esses pacientes.

A sistematização dos cuidados de enfermagem a esse público justifica-se pelo intuito de auxiliar no desenvolvimento de estratégias efetivas de prevenção e promoção de saúde nos três níveis de atenção, fortalecendo o trabalho das equipes de saúde e a gestão municipal, estadual e federal para orientação sobre os principais problemas enfrentados. Diante disso, as informações colhidas pela revisão irão auxiliar as equipes dos serviços emergencistas para um maior preparo logístico e educacional dos profissionais e gestores que os compõem.

Diuturnamente, a urgência/emergência hospitalar apresenta-se como lócus do atendimento em saúde ao paciente psiquiátrico em crise. Os profissionais de enfermagem, por exemplo, estão prestando assistência 24 horas beira-leito ao paciente que necessite de cuidados de caráter clínico ou mental. Na assistência de enfermagem ao paciente psiquiátrico, na emergência, observou-se que os profissionais sentem-se despreparados para lidar com a temática abordada (SANTOS et al. 2017; BURIGO et al. 2015).

Para tanto, é observado vários fatores que desencadeiam o despreparo profissional ao lidar com urgências psiquiátricas, entre eles déficit na formação profissional, medo, ausência de capacitação profissional e sistematização da assistência de enfermagem inoperante. Diante disso, e da escassez de literatura que norteie as ações de enfermagem nas urgências e emergências psiquiátricas, surge à questão de pesquisa: Quais os cuidados de enfermagem ao paciente em situação de urgência e emergência psiquiátrica?

Neste sentido, objetivou-se sintetizar através da literatura científica de enfermagem sobre cuidados de enfermagem ao paciente durante as urgências e emergências de ordem

psiquiátrica.

2 | MÉTODO

Trata-se de um estudo de revisão integrativa e descritiva (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011), que teve como objetivo reunir evidências científicas, nacionais e internacionais, que tratassem sobre os cuidados de enfermagem ao paciente em situações de urgência e emergência psiquiátrica. A revisão integrativa da literatura colabora para o procedimento de sistematização, seleção e análise dos resultados, buscando a compreensão mais abrangente de um determinado tema, a partir de outros estudos publicados.

O estudo encontra-se no formato recomendado pelo PRISMA (Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta Analyses of Studies), que norteia trabalhos para apresentação de estudos que tratem sobre revisão (GALVÃO; PASANI; HARRAD, 2015).

Para formatação da questão de pesquisa, utilizou-se a estratégia PICO (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007) e obteve-se a seguinte questão norteadora da pesquisa: Quais os cuidados de enfermagem ao paciente em situações de urgência e emergência psiquiátrica?

Como critério de inclusão na pesquisa, os artigos que estivessem disponíveis na íntegra; nos idiomas português, inglês e espanhol; publicados nos últimos cinco anos e que abordem o cuidado de enfermagem ao paciente em situações de urgência e emergência psiquiátrica. Já os critérios de exclusão, são artigos de opinião e de especialistas, bem como revisões integrativas.

Foram utilizadas as bases de dados PubMed, Scopus e Cinahl. Tendo em vista a particularidade de cada base, as estratégias de busca foram adaptadas de acordo com cada uma, tendo como eixo norteador a questão de pesquisa, os descritores e os critérios de inclusão adotados pelos pesquisadores.

Na base de dados PubMed, foram utilizados descritores controlados obtidos junto aos Descritores em Ciências da Saúde (BIREME) e aplicou-se o seguinte cruzamento: ((((((Patient Care[MeSH Terms]) OR Nursing Care[MeSH Terms]) OR Psychomotor Agitation[MeSH Terms]) OR Mental disorders[MeSH Terms]) OR Aggression[MeSH Terms])) AND Emergency Nursing[MeSH Terms]) AND (((Emergencies[MeSH Terms]) OR Emergency Services, Psychiatric[MeSH Terms]) OR Emergency Medical Service[MeSH Terms]) OR Hospitals, Psychiatric[MeSH Terms]). A estratégia utilizada foi aplicada com o propósito de ampliar a possibilidade de localização de evidências que respondessem a questão de pesquisa.

Neste sentido, nas bases de dados Scopus e Cinahl foi utilizado o mesmo propósito, realizando o seguinte cruzamento: *Patient Care OR Nursing Care OR Psychomotor Agitation OR Mental disorders OR Aggression AND Emergency Nursing AND Emergencies OR Emergency Services, Psychiatric OR Emergency Medical Service OR Hospitals, Psychiatric.*

31 RESULTADOS

As bases de dados, ao realizar a pesquisa com os cruzamentos indicados, apresentaram os seguintes resultados: PubMed 3048 artigos, Scopus 23 artigos e Cinahl 13 artigos. O levantamento dos artigos ocorreu no mês de abril de 2020 e após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa gerou-se os resultados que estão descritos na **Figura 1** com a seleção independente dos pares dos estudos.

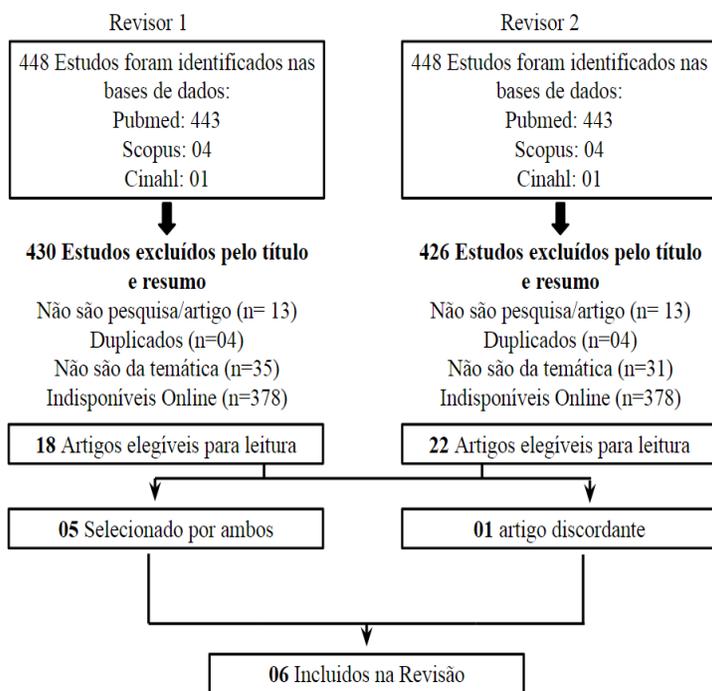


Figura 1 - Fluxograma da seleção independente dos pares dos estudos da pesquisa de revisão integrativa da literatura. PubMed/Scopus/Cinahl, 2016-2020.

Fonte: Dados da pesquisa.

As evidências dos estudos foram pautadas nas recomendações do Instituto Joana Briggs (PEARSON; SOARES, 2013), sendo composto por sete níveis, sendo: o nível I - evidências oriundas de revisões sistemáticas ou meta-análise de relevantes ensaios clínicos; nível II - evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; nível III - ensaios clínicos bem delineados sem randomização; nível IV - estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; nível V - revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; nível VI - evidências derivadas de um único estudo

descritivo ou qualitativo e nível VII - opinião de autoridades ou relatório de comitês de especialistas. Neste sentido, as evidências pertencem a três graus diferentes, sendo I e II consideradas evidências fortes, III a V evidências moderadas, VI e VII evidências fracas.

4 | DISCUSSÃO

Os artigos selecionados foram publicados no período de 2016 a 2020 em diversos periódicos, sendo: Revista gaúcha de enfermagem (n= 1), Journal Of Emergency Nursing (n= 2); Emergency Nurses Association (n= 1); International Journal of Mental Health Nursing (n= 1); Australasian Emergency Nursing Journal (n= 1).

Observou-se que os estudos selecionados foram realizados através de pesquisa com enfermeiros (n= 4) e revisão da literatura (n= 2). Foram desenvolvidos nos seguintes países: Brasil (n= 1), Estados Unidos (n= 2), Austrália (n= 1), Inglaterra (n= 1) e Estados Unidos e países da Australásia juntos (n= 1).

Autores	Ano de Publicação	País	Nível de Evidência Científica	Grau de Recomendação Científica
PEREIRA, L. P.; DUARTE, M. L. C.; ESLABAO, A. D.	2019	Brasil	VI	Fraca
WOLF, L. A. et al.	2018	Estados Unidos e Australásia	VI	Fraca
ZALESKI, M. E. et al.	2017	EUA	I	Forte
RAYNER, G. et al.	2018	Inglaterra	I	Forte
MARYNOWSKI-TRACZYKA, D.; MOXHAM, L.; BROADBENT, M.	2017	Austrália	VI	Fraca
CULLEN, S. W. et al.	2019	Estados Unidos	VI	Fraca

Tabela 1 - Artigos selecionados para síntese segundo autores, ano de publicação, país e nível de evidência científica.

Fonte: Dados de Pesquisa.

Após cruzar os dados dos artigos, observou-se que participaram das pesquisas um total de 849 enfermeiros (PEREIRA, L. P.; DUARTE, M. L. C.; ESLABÃO, A. D. 2019; WOLF, L. A. et al. 2018; RAYNER, G. et al. 2018; MARYNOWSKI-TRACZYKA, D.; MOXHAM, L.; BROADBENT, M. 2017) e 476 coordenadores (líderes) de enfermagem de unidades

hospitalares que disponibilizavam serviço de urgência e emergência (CULLEN, S. W. et al. 2019).

Autores	Título	Resultados
PEREIRA, L. P.; DUARTE, M. L. C.; ESLABÃO, A. D.	O cuidado à pessoa com comorbidade psiquiátrica em emergência geral: visão dos enfermeiros.	Necessidade de existir um fluxo de atendimento da pessoa com comorbidade psiquiátrica no serviço de emergência, que priorizasse seu encaminhamento, à rede de atenção à saúde ou à internação. Além disso, a necessidade de seguir um protocolo de atendimento diferenciado.
WOLF, L. A. et al.	Assessing for occult suicidality at triage: experiences of emergency nurses.	Efetividade e acurácia no rastreamento de tendência suicida não pode ser realizada com só uma pergunta, mas também pelo comportamento e apresentação. Quando identificado o risco, faz-se necessário procurar manter o paciente seguro e com sua privacidade preservada através de triagem de comportamento suicida.
ZALESKI, M. E. et al.	Clinical practice guideline: suicide risk assessment.	Instrumentos e ferramentas validados para avaliar o comportamento de pacientes em urgência e emergência psiquiátrica no departamento de emergência
RAYNER, G. et al.	Emergency department nurse's attitudes towards patients who self-harm: A meta-analysis.	Necessidade de educação permanente e supervisão dos profissionais de enfermagem de emergência, além de questionários que podem ser usados para avaliar as mudanças comportamentais no departamento de emergência.
MARYNOWSKI-TRACZYKA, D.; MOXHAM, L.; BROADBENT, M.	Emergency Department Registered Nurses' conceptualisation of recovery for people experiencing mental illness.	Implementação de estratégias de tratamento continuado, além do acolhimento no departamento de emergência. Buscar que a recuperação ocorra em outros serviços de saúde mental, após resolução da urgência ou emergência psiquiátrica.
CULLEN, S. W. et al.	If you could change 1 thing to improve the quality of emergency care for deliberate self-harm patients, what would it be? A national survey of nursing leadership.	Maior qualidade no acesso aos serviços de saúde mental e dispor de profissionais capacitados para o atendimento em urgência e emergência psiquiátrica.

Tabela 2 - Artigos selecionados para síntese segundo autores, título e resultados.

Fonte: Dados de Pesquisa.

Para fins de análise, os resultados serão apresentados e discutidos em duas categorias, sendo elas práticas que auxiliam a assistência de enfermagem no atendimento a urgências e emergências psiquiátricas de forma concretas e de formas sugestivas.

De forma concretas, indicados pelos resultados dos artigos, observa-se como cuidados de enfermagem no departamento de emergência a urgência psiquiátrica a

utilização de questionários de atendimento para melhor classificação e assistência do sujeito, instrumentos de triagem de comportamentos suicida e de identificação de risco psicossocial como, por exemplo, ideação suicida, automutilação, depressão, depressão em idosos, entre outros (WOLF, L. A., et al. 2018; RAYNER, G. et al. 2018; ZALESKI, M. E. et al. 2017).

Noutros estudos, observa-se que os cuidados de enfermagem em nas urgências e emergências constitui-se, em uma lógica multidisciplinar, de forma essencial para assegurar a continuidade de cuidados nos formatos preventivos, de recuperação e tratamento no momento de crise (TOMAS; REBELO, 2019). Envolver, também, ações que reduzam o risco ao paciente caracterizados por cuidados ao protocolo de contenção, risco quedas, revisão de pertences na admissão, a importância de registro completo e a necessidade de conhecer a história do paciente (TOLEDO et al, 2019).

Como sugestão da realização de cuidados de forma mais contínua, foi indicado a necessidade da existência de fluxos de atendimentos pré-estabelecido na urgência psiquiátrica, um protocolo de atendimento para a equipe do setor de emergência, fortalecimento das relações interpessoais e empatia com o paciente, maior e melhor acesso de qualidade aos serviços de saúde mental, com conseqüente capacitação profissional e a implementação de estratégias de tratamento continuado em outros serviços, não só na urgência (PEREIRA, L. P.; DUARTE, M. L. C.; ESLABÃO, A. D. 2019; MARYNOWSKI-TRACZYKA, D.; MOXHAM, L.; BROADBENT, M. 2017; CULLEN, S. W. et al. 2019).

A partir da inclusão desses dispositivos nos serviços, principalmente os de urgência, diminui-se um aspecto ainda existente nesses cenários, que é o preconceito, a associação de loucura com periculosidade e o estigma com pacientes psiquiátricos. A falta de conhecimento sobre o transtorno mental é uma das principais causas do preconceito e sofrimento mental relatados, produzindo impactos imensuráveis na vida desses pacientes (SILVA; MARCOLAN, 2018; MAGALHÃES; ALTOÉ, 2020).

5 | LIMITAÇÕES

Os estudos apresentam evidências moderadas para estabelecer um fluxo sistematizado dos cuidados de enfermagem nas urgências e emergências psiquiátricas, pois são estudos que tratam sobre o uso de estratégias e sugestões para fortalecimento de cuidados nesses locais e sem o devido rigor metodológico necessário para uma produção de evidências científicas fortes. As medidas implementadas são descritas de forma sucinta, o que dificultou a análise dos dados e, conseqüentemente, os resultados desta revisão integrativa.

Cuidados pautados em uso de instrumentos, fluxos e protocolos não contemplam, em sua totalidade, o universo dos atendimentos psiquiátricos. A necessidade de estudos que tragam os cuidados de enfermagem ao paciente psicótico, na agitação psicomotora, em

fase maníaca ou hipomaníaca, delirante, entre outros, são fundamentais na sistematização da assistência de enfermagem, principalmente nos serviços de urgência e emergência.

6 | CONCLUSÃO

Esta revisão integrativa da literatura apresentou a produção científica disponível sobre os cuidados de enfermagem diante das urgências e emergências psiquiátricas. Evidenciou-se a fragilidade de estudos com boa evidência científica que tragam cuidados concretos para o atendimento desse público e, diante dos resultados, apresentam evidências moderadas. Como cuidados concretos, foi observado o uso de questionários de atendimento e instrumentos de triagem psicossociais. Já como cuidados sugestivos, foi sugerido pelos profissionais para melhoria dos cuidados a esse público o uso de fluxos de atendimentos pré-estabelecidos na urgência psiquiátrica, protocolos de atendimento, fortalecimento de vínculos, maior e melhor acesso de qualidade aos serviços de saúde mental, com consequente capacitação profissional e a implementação de estratégias de tratamento continuado em outros serviços.

Considera-se como possível limitação desta revisão a ausência de estudos com níveis de evidência científica forte e que tratem especificamente dos cuidados de enfermagem as urgências e emergências psiquiátricas, não sendo possível avaliar o panorama geral dos cuidados ofertados a esse público, no entanto este fato justifica-se pelos modelos díspares de assistência em saúde mental prestada em âmbito mundial. Boa parte dos estudos selecionados para leitura eram opiniões de especialistas ou estudos de casos, sendo considerado critério de exclusão da pesquisa e evidência científica fraca para acréscimo no estudo.

Os resultados encontrados valorizam a necessidade de maior intervenção da enfermagem em prol da produção científica de trabalhos que tratem dos cuidados de enfermagem, propiciando um melhor conhecimento acerca dessa temática. Ressalta-se ainda a importância da enfermagem em saúde mental neste cenário, pois além de fundamentar sua assistência nos preceitos da desmedicalização e valorização dos serviços substitutivos, encontra-se em ascendência profissional e possui forte representatividade no campo da enfermagem em geral. Assim, tornam-se relevantes estudos pautados na valorização das singularidades e subjetividades dos cuidados de enfermagem, afim de que seja possível traçar condutas para o manejo mais efetivo das urgências e emergências psiquiátricas.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, S. S. C. A.; JORGE, M. H. P. M. Estimativa de sequelas físicas em vítimas de acidentes de transporte terrestre internadas em hospitais do Sistema Único de Saúde. **Rev Bras Epidemiol**, v. 19, n. 1, p. 100-111, 2016.

ARAÚJO, D. C. et al. Perfil e fatores associados ao trauma em vítimas de acidente de trânsito atendidas por serviço móvel de urgência. **Arq. Ciên. Saúde**, v. 24, n. 2, p. 65-70, 2017.

BONUZZI, K. L. et al. Atuação do Enfermeiro no Atendimento Pré Hospitalar Aéreo a Pacientes Politraumatizados: Revisão de Literatura. **Rev. Cient. Sena Aires**, v. 5, n.2, 171-177, 2016.

BOTELHO, L.L.R.; CUNHA, C. C. A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gest Soc.**, v. 5, n. 11, p. 121-136, 2011.

BURIGO, E. B. F. et al. A visão do enfermeiro no atendimento ao paciente em tentativa de suicídio em um pronto socorro. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde**. v. 4, n. 2, p. 26-39, 2015.

CULLEN, S. W. et al. Se você pudesse alterar uma coisa para melhorar a qualidade de cuidados de emergência para pacientes que se automutilam, o que você faria? Uma pesquisa nacional de liderança de enfermagem. **J Emerg Nurs.**, p. 1-9, 2019.

DIAS, M. K.; FERIGATO, S. H.; FERNANDES, A. D. S. A. Atenção à Crise em saúde mental: centralização e descentralização das práticas. **Ciência & Saúde Coletiva.**, v. 25, n. 2, p. 595-602, 2020.

GALVÃO, T. F.; PANSANI, T. S. A.; HARRAD, D. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. **Epidemiol. Serv. Saúde.**, v. 24, n. 2, p. 335-42, 2015.

LOPES, M. V. O. et al. FATORES DE RISCO PARA TENTATIVA DE SUICÍDIO: PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO NO BRASIL. **Revista Contexto & Saúde**, v. 16, n. 31, p. 174-185, 2016.

MAGALHÃES, R. P.; ALTOÉ, S. E. Dentro e fora: tecendo reflexões sobre um hospital de custódia. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**. v. 15, n. 1, p. 27-57, 2020.

MARTINS, A. G. A noção de crise no campo da saúde mental: saberes e práticas em um centro de atenção psicossocial. **Mental.**, v. 11, n. 20, p. 226-42, 2017.

MARYNOWSKI-TRACZYKA, D.; MOXHAM, L.; BROADBENT, M. Enfermeiros generalistas no atendimento do departamento de emergência e sua conceitualização sobre recuperação de pacientes em atendimentos de doença mental. **Australasian Emergency Nursing Journal.**, v. 20, p. 75-81, 2017.

PEARSON, A.; SOARES, C. B. Centro Brasileiro para o Cuidado à Saúde Baseado em Evidências: Centro Afiliado do Instituto Joanna Briggs. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 47, n.2, 2013.

PEREIRA, L.P.;DUARTE, M. L.C.; ESLABÃO,A. D. O cuidado a pessoa com comorbidade psiquiátrica em emergência geral: visão dos enfermeiros. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 40, n. 20, p. 1-9, 2019.

RAYNER, G. et al. Atitudes de enfermeiros no departamento de emergência frente a pacientes com automutilação: uma meta-análise. **International Journal of Mental Health Nursing**, p. 1-14, 2018.

SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, M. R. C. A ESTRATÉGIA PICO PARA A CONSTRUÇÃO DA PERGUNTA DE PESQUISA E BUSCA DE EVIDÊNCIAS. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 15, n. 3, 2007.

SANTOS, E. G. O. et al. O olhar do enfermeiro emergencista ao paciente que tentou suicídio: estudo exploratório. **Online braz j nurs**. V. 16, n. 1, p.6-16, 2017. Disponível em: <<https://fi-admin.bvsalud.org/document/view/g3v5e>>. Acesso em: 25 abr. 2020.

SILVA, T. C. M. F.; MARCOLAN, J. F. Prevenir o portador de transtorno mental como agravado do sofrimento. **Revista de Enfermagem UFPE on line**. v. 12, n. 8, p. 2089-98, 2018.

TOLEDO, V. S. et al. PSYCHIATRIC PATIENT SAFETY: NURSING TEAM PERCEPTION. **Rev enferm UFPE on line**. v. 2, n. 5, p. 24-32, 2019.

TOMÁS, M. A.; REBELO, M. T. S. Políticas e cuidados de saúde mental pós-alta da hospitalização psiquiátrica. **Rev enferm UFPE on line**. v. 3, n. 7, p.24-30, 2019.

VELOSO, C. et al. ATENDIMENTOS DE NATUREZA PSIQUIÁTRICA REALIZADOS PELO SERVIÇO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL DE URGÊNCIA. **Texto Contexto Enferm.**, v. 27, n. 2, p. 1-10, 2018.

WOLF, L. A. et al. Pesquisando por ideação suicida oculta na triagem: experiências de enfermeiros de emergência. **J Emerg Nurs.**, p. 1-8, 2018.

ZALESKI, M. E. et al. Diretriz de rastreamento do risco de suicídio. **Emergency Nursing Association**, p. 1-33, 2017.

CAPÍTULO 9

CUIDADOS PALIATIVOS EM ONCOLOGIA PEDIÁTRICA: ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 28/10/2020

Jonas de Jesus Carvalho

Faculdade Pitágoras de Feira de Santana
Feira de Santana-Bahia
<https://orcid.org/0000-0002-7540-0549>

Myllena Ferreira Rabelo

Faculdade Pitágoras de Feira de Santana
Feira de Santana-Bahia
<https://orcid.org/0000-0003-0197-0140>

Kaique Vinícius da Cruz Santos Aguiar

Faculdade Pitágoras de Feira de Santana
Feira de Santana-Bahia
<https://orcid.org/0000-0002-2978-1029>

Greice Kely Oliveira de Souza

Faculdade Pitágoras de Feira de Santana
Feira de Santana-Bahia
<https://orcid.org/0000-0001-9134-0809>

Verena de Araujo Ribeiro Esquivel

Hospital universitário federal Edgard Santos
Salvador – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/1785531333496082>

RESUMO: INTRODUÇÃO: O câncer infanto-juvenil é um conjunto de neoplasias que acomete indivíduos de 0 a 19 anos de idade. Esta patologia, ao ser diagnosticada, necessita de tratamento e cuidados diferenciados, como o cuidado paliativo, que tem o intuito de promover alívio do sofrimento e a melhoria da qualidade de vida da criança e da família. Onde o enfermeiro atua como o profissional

mediador do cuidado ao paciente, justificando a necessidade de compreender as competências deste profissional diante o processo do cuidado paliativo à paciente oncológico pediátrico. **OBJETIVO:** Identificar o que as literaturas trazem sobre a assistência do enfermeiro na realização do cuidado paliativo em oncologia pediátrica. **RESULTADOS:** A assistência de enfermagem em oncologia pediátrica baseia-se na singularidade da criança, proporcionando sempre o bem-estar físico, psicológico e social desses indivíduos, como controle dos sintomas e alívio da dor. O enfermeiro atua não mais buscando o curar, mas sim o cuidar de forma holística e humanística, estabelecendo vínculos e estreitando a relação enfermeiro-paciente-família. O profissional enfermeiro é também um educador, capacitando os membros da equipe através da educação continuada, objetivando a assistência de qualidade, de forma planejada e sistematizada, garantindo a criança o máximo possível de desfrute do conforto e bem-estar durante a internação, até o momento do luto. **CONSIDERAÇÕES:** A atuação do enfermeiro quanto aos cuidados paliativos na oncologia pediátrica é pautada na assistência humanizada e holística, atendendo as necessidades físicas, psicológicas e sociais da criança e da família, proporcionando-lhes conforto e bem-estar por meio do alívio da dor, controle dos sintomas, diminuindo o sofrimento, além de oferecer apoio à criança e a família no intuito de ressignificar a morte tornando ela menos dolorosa e patológica. **PALAVRAS - CHAVE:** Cuidado Paliativo, Saúde da Criança, Enfermagem Oncológica.

PALLIATIVE CARE IN PEDIATRIC ONCOLOGY: NURSE'S ROLE

ABSTRACT: INTRODUCTION: Infantile-juvenile cancer is a set of neoplasms that affects individuals from 0 to 19 years of age. This pathology, when diagnosed, requires differentiated treatment and care, such as palliative care, which aims to promote relief of suffering and improving the quality of life of the child and the family. Where the nurse acts as the professional mediator of patient care, justifying the need to understand the skills of this professional in the face of the palliative care process for pediatric cancer patients. **OBJECTIVE:** To identify what the literature brings about the nurse's assistance in carrying out palliative care in pediatric oncology. **RESULTS:** Nursing care in pediatric oncology is based on the child's uniqueness, always providing the physical, psychological and social well-being of these individuals, such as symptom control and pain relief. The nurse does not seek to cure him anymore, but to take care in a holistic and humanistic way, establishing bonds and strengthening the nurse-patient-family relationship. The professional nurse is also an educator, training team members through continuing education, aiming at quality care, in a planned and systematized way, ensuring the child as much as possible to enjoy comfort and well-being during hospitalization, until the mourning. **CONSIDERATIONS:** The role of nurses in palliative care in pediatric oncology is based on humanized and holistic care, meeting the physical, psychological and social needs of the child and family, providing them with comfort and well-being through pain relief, control symptoms, reducing suffering, in addition to offering support to the child and family in order to reframe death by making it less painful and pathological. **KEYWORDS:** Palliative Care, Child Health, Oncology Nursing

INTRODUÇÃO

O câncer infanto-juvenil consiste em um conjunto de neoplasias que acomete indivíduos de 0 a 19 anos de idade consideradas raras quando comparado com os tumores do adulto, correspondendo entre 2% e 3% de todos os tumores malignos, porém se destaca como importante causa de óbitos em crianças nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. (SILVA; MATTOS; TEIXEIRA, 2013 ,INCA, 2008)

No Brasil, em 2005, a mortalidade por câncer infanto-juvenil representou 8% de todos os óbitos correspondendo a segunda maior causa de morte na faixa etária de 0 a 19 anos, ficando atrás apenas das causas externas. (INCA, 2008) Os tumores mais frequentes na infância e na adolescência são as leucemias, os que atingem o sistema nervoso central e os linfomas. (INCA,2019 , REIS; SANTOS; THULER, 2007)

Cerca de 80% das crianças e adolescentes acometidos com câncer podem ser curados, se diagnosticados precocemente e tratados em centros especializados. (INCA,2019) Logo, quando isso não acontece a chance de sobrevivência diminui significativamente, levando, muitas vezes, a nenhuma possibilidade de cura.

O tema câncer vem sendo muito discutido atualmente, principalmente quando se refere a tratamento e cura, para tanto, algumas vezes, a cura se torna impossível e a morte inevitável, assim necessitando da indicação de cuidados paliativos. O cuidado paliativo

é tradicionalmente objeto de ação na área oncológica, embora possa ser utilizado em qualquer situação de terminalidade. (CARDOSO et al., 2013) A Organização Mundial de Saúde (OMS) define cuidados paliativos como uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias que enfrentam o problema associado a doenças potencialmente fatais. (WORLDWIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE, 2014, p.5)

A OMS conceitua cuidados paliativos para crianças em um campo especial, trazendo como cuidados totais ativos do corpo, mente e espírito da criança, e também envolvem dar apoio à família, começa quando a doença é diagnosticada e continua independentemente de uma criança receber ou não tratamento direcionado à doença. (WORLDWIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE, 2014)

Cuidados paliativos envolvem alívio do sofrimento por meio da identificação precoce e avaliação e tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossocial e espiritual, considerando a morte como um processo normal, não pretendendo apressá-la ou adiá-la e sempre promovendo a qualidade de vida do paciente. (WORLDWIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE, 2014)

Para que possa atender e compreender o paciente que necessite dos cuidados paliativos, focalizando na filosofia desses cuidados é necessário a atuação da equipe multidisciplinar, buscando ser humanizada e trabalhar de forma que venha prestar um atendimento paliativo, priorizando o conforto, a diminuição da dor, e à interação com a família a fim de obter um efeito positivo, proporcionando qualidade de vida aos dias deste paciente e também dessa família. (COSTA; ASSUNÇÃO; SALLES, 2017)

Dentre os membros que compõem a equipe multidisciplinar, considera-se o enfermeiro, que tem o papel fundamental na realização dos cuidados, acompanhando o paciente pediátrico e sua família desde a aceitação do diagnóstico ao auxílio do tratamento, sistematizando a assistência, considerando os aspectos particulares de cada criança, e contribuindo para a diminuição dos temores causados pela doença. (GUIMARÃES et al., 2016)

O profissional de enfermagem é a peça fundamental de um processo importante, estando em contato constante com a criança e sua família, justificando a necessidade de compreender as competências deste profissional diante o processo do cuidado paliativo à paciente oncológico pediátrico.

Este estudo objetiva identificar o que as literaturas trazem sobre a assistência do enfermeiro na realização do cuidado paliativo em oncologia pediátrica.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura integrativa de abordagem descritiva sobre assistência do enfermeiro a criança com neoplasia em cuidados paliativos. Utilizou-se os bancos de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde)

e SciELO (*Scientific Electronic Library Online*) para pesquisa dos artigos, aplicando como estratégia de busca os descritores: assistência de enfermagem ou enfermagem, criança e cuidados paliativos, realizada no dia 29 de novembro de 2019.

Foram elegíveis para o estudo artigos nacionais e internacionais disponibilizados gratuitamente, publicados entre os anos de 2015 e 2019 e que estivessem relacionados ao tema em questão. Na seleção serão excluídos artigos publicados antes de 2015, estudos incompletos (resumos), e que fuja do escopo do tema.

Realizou-se a elaboração da pergunta norteadora e logo após foi definido os critérios de inclusão e exclusão. A extração dos dados foi feita por três pesquisadores independentes que fizeram a busca dos artigos com a estratégia dos descritores nas fontes de dados escolhidos. Logo, foram analisados o título e o resumo dos artigos encontrados para verificar se tinham respostas para o objetivo do deste estudo em questão, assim selecionando a amostra literária a ser utilizada, dessa forma, foi realizado a leitura completa e análise minuciosa dos artigos da amostra.

RESULTADOS

Foram encontrados 05 artigos que preenchiam os critérios propostos, esses foram inclusos para análise, descritos no Quadro I. Em relação ao ano de publicação percebe-se que houve prevalência de estudos publicados no ano de 2017 (40%) cada. Foi notório que nenhum dos artigos selecionados foi publicado no ano de 2016.

ANO	PERIÓDICO	TÍTULO	OBJETIVO	AUTORES
2015	Rev. bras. Cancerol	Criança com câncer em processo de morrer e sua família: enfrentamento da equipe de enfermagem	Descrever as especificidades do cuidado de enfermagem à criança com câncer em processo de morrer e sua família e analisar a atuação da equipe de enfermagem frente à criança com câncer em processo de morrer e sua família.	CARMO e OLIVEIRA
2017	Esc. Anna Nery Rev. Enferm	Knowing nursing team care practices in relation to newborns in end-of-life situations / Conociendo las prácticas de atención de enfermería ante final de la vida en recién nacidos / Conhecendo as práticas de cuidado da equipe de enfermagem em relação ao cuidado na situação de final de vida de recém-nascidos	Conhecer as experiências de práticas de cuidado da equipe de enfermagem, em relação ao cuidado dos recém-nascidos e suas famílias, na situação de final de vida, vivenciadas na UTI Neonatal.	SILVA, et al.

2017	Rev. urug. Enferm	Cuidados paliativos em oncologia pediátrica: revisão integrativa	Verificar nas principais bases de dados da literatura científica quais as evidências relacionadas à criança com câncer em cuidados paliativos, tendo um enfoque maior na ação da equipe de Enfermagem.	SEMTCHUCK, GENOVESI, SANTOS
2018	Rev. Bras. Enferm	Intervenções de enfermagem em cuidados paliativos em Oncologia Pediátrica: uma revisão integrativa.	Identificar, nas produções científicas, as intervenções de enfermagem nos cuidados paliativos em crianças e adolescentes com câncer.	SOUSA, SILVA, PAIVA
2019	Annals Of Palliative Medicine.	Pediatric palliative care nursing	Melhorar a vida e diminuir o sofrimento dessas crianças e de suas famílias	AKARD, HENDRICKS-FERGUSON., GILMER

A partir da análise dos respectivos estudos emergiram duas categorias abordadas como: 1. A assistência do enfermeiro diante a criança que precisa dos cuidados paliativos em oncologia 2- Vínculo estabelecido entre enfermeiro-criança-família. Essas duas categorias serão descritas a seguir.

O enfermeiro diante a criança que precisa dos cuidados paliativos em oncologia

Para Souza, Silva e Paiva (2018), os cuidados paliativos estão pautados na assistência de forma holística, onde atende as necessidades biológicas, psicológicas, sociais, e espirituais do indivíduo e da família, compreendendo o processo da morte como natural da vida e promovendo dessa forma o conforto do paciente. Semtchuck et al. (2017), complementam dizendo que, adotadas medidas humanizadas na assistência se alcançará o cuidado ideal e a morte digna.

O enfermeiro e a equipe de enfermagem exercem papel fundamental na realização dos cuidados paliativos em oncologia, assim, Souza, Silva e Paiva (2018), ressaltam dizendo que o enfermeiro deve exercer os cuidados com responsabilidade e sabendo reconhecer seu papel na assistência paliativa a crianças e a adolescentes. Pautando os cuidados na individualidade de cada paciente, estabelecendo também uma comunicação efetiva com a família objetivando uma atenção integralidade do cuidar.

Ainda, Carmo e Oliveira (2015), dizem que o enfermeiro deve ter conhecimento técnico-científico e empatia ao prestar assistência paliativa em oncologia pediátrica. As medidas de cuidado devem proporcionar à criança conforto e bem-estar, através do alívio da dor, promoção do repouso e do sono, condições higiênicas adequadas, evitando sempre manejar muitas vezes o indivíduo com movimentos bruscos, como também manter o controle de outros sintomas.

Assim as implementações de enfermagem começam no diagnóstico e perduram por todo o tratamento, seguindo todas as recomendações para uma assistência ideal onde

proporciona qualidade de vida para a criança e a família, o que só acontecerá se houver reconhecimento precoce da doença e intervenções imediatas no cuidado. (SOUZA, SILVA e PAIVA 2018)

O profissional deve compreender que o luto pode ser experimentado pelo paciente a partir do diagnóstico de uma doença sem perspectiva de cura ou terminal, até o momento da morte, implicando ao paciente passar pelos estágios do luto que são, negação, raiva, barganha, depressão e aceitação, requerendo do profissional um posicionamento acolhedor e humanizado diante desse processo. (CARMO e OLIVEIRA, 2015).

A assistência humanizada é imprescindível nos cuidados paliativos em oncologia, o profissional pode atuar atendendo últimos desejos das crianças internadas. Arkad et al. (2019) relata que na fase terminal as crianças desejam realizar alguns sonhos, o que pode ajudá-las no enfrentamento da morte e na comunicação com a família que também será ajudada a enfrentar e manter os laços no caso da morte da criança.

Para Semtchuck et al. (2017), o brincar com a criança é uma forma de prestar assistência humanizada. O enfermeiro pode atuar elaborando ou criando meios de recreação e lazer para as crianças, como as brinquedotecas, contribuindo muito para o tratamento efetivo e fazendo com que elas esqueçam ao menos por algum tempo da dor e sofrimento aumentando o bem-estar.

Carmo e Oliveira (2015), argumenta que o profissional às vezes foca muito na tecnologia dura que são os aparelhos, máquinas, normatizações e regras. Esquecendo de priorizar na realização do cuidado a tecnologia leve baseada na relação com bom vínculo, afeto, comunicação de qualidade e apoio emocional para a criança e a família. O importante é que os profissionais saibam intercalar tecnologia leve com tecnologia pesada, saiba valorizar o conhecimento técnico-científico baseado em evidências como também o cuidado integral, acolhedor e humanizado.

Mas Silva et al., (2017), dizem que o enfermeiro e a equipe de enfermagem se sentem inseguros ao lidar com o processo da morte no centro de oncologia pediátrica, faltando conhecimento teórico e preparo emocional ao lidar com o luto das crianças e da família ali internadas em situação terminal da vida. Outro obstáculo encontrado no enfrentamento do luto é a visão limitada que muitos tem para o modelo curativo, enxergando o profissional de saúde como o responsável em converter o quadro clínico do indivíduo, e quando isso não acontece dá-se os cuidados como falhado ou fracassado. A falta de experiência profissional e preparo educacional por parte das instituições de ensino superior, contribuem para déficits na prestação dos cuidados paliativos. Fazendo com que enfermeiros tenham o primeiro contato com o tema só no âmbito de trabalho, trazendo impactos no desenvolvimento da assistência integral. (SOUZA, SILVA e PAIVA 2018)

Carmo e Oliveira (2015), confirmam dizendo que os graduandos não são capacitados adequadamente para atuar na prestação de cuidados paliativos. O maior foco nos cursos de graduação em enfermagem é o modelo curativo e procedimentos técnicos,

mas é importante também o ensino e capacitação adequada sobre o processo de morrer, cuidados paliativos, morte e luto e oferta da qualidade de vida para indivíduos na fase terminal. Transformando assim as práticas da assistência de enfermagem.

Akard et al. (2019), ressalta dizendo que é necessário o treinamento de enfermeiros pediátricos em cuidados paliativos, pois existem poucos especialistas na área onde possam atender as necessidades dos cuidados paliativos de forma fundamental e integral à criança e a família. Pois cuidados paliativos é de natureza complexa onde exige dos profissionais de enfermagem melhores práticas baseadas em evidências resultando na assistência de qualidade.

Silva et al. (2017), diz que mesmo o profissional de enfermagem lidando com a morte cotidianamente, existe uma dificuldade para ele aceitar o luto e as coisas pioram quando existe uma criança e a família envolvidas nesse processo. Ninguém está preparado para a morte, mesmo sendo alguém habituado a presenciar esse ato todos os dias. Contudo, mesmo diante do sofrimento o enfermeiro se apoia em experiências vividas que servem de consolo diante da dor de perder um paciente. E essas experiências ajudam a esses profissionais a se despedirem da forma adequada, sabendo se expressar corretamente e mostrando afeto no último momento da vida. (SEMTCHUCK et al. 2017)

Silva et al. (2017), ainda salienta dizendo que enfermeiros acabam se envolvendo com a criança e com a família no período do tratamento, e que isso está relacionado ao tempo de experiência da profissão. Contudo existe a necessidade de “distancia-se”, servindo como uma forma de proteção para o profissional sobreviver sem sofrer tanto. O próprio tempo estabelece ajustes e mudanças na equipe no que diz respeito ao envolvimento e sensibilidade diante do luto, ainda ressalta o autor.

Contudo, Carmo e Oliveira (2015), relatam ainda que o enfermeiro e sua equipe precisam estar juntos da família no momento do luto. Oferecendo a possibilidade de permanecer junto da criança no período de transição, oferecendo os últimos cuidados de alívio e conforto que são extremamente importantes para as crianças e famílias quando a morte é inelutável, transmitindo a ideia de que a criança não sofre e assim confortando a família.

Vínculo estabelecido entre enfermeiro-criança-família

Carmo e Oliveira (2015), dizem que é necessário estabelecer relação interpessoal, agindo de forma compreensiva, e acolhedora buscando melhorar o cuidado. A interação entre enfermeiro, criança e família é facilitada através de atitudes como respeito, relacionamento favorável, união, boa comunicação, compreensão por todas as partes e flexibilidade com a criança.

Semtchuck et al. (2017), diz que a relação interpessoal é observada nos cuidados paliativos a partir da singularidade de cada paciente e sua família, o enfermeiro deve levar em consideração as condições de cada criança de forma especial e singular, oferecendo

apoio, acolhimento, buscando sempre a melhorar os impactos dessa fase tão difícil.

Já Souza, Silva e Paiva (2018) dizem que os cuidados paliativos de enfermagem em oncologia são focados na assistência humanizada, associados aos cuidados pautados no conhecimento técnico-científico proporciona estabelecer boa relação e vínculo entre enfermeiro, criança e familiares. O que ajuda resolver situações difíceis e conflitantes, de forma responsável, respeitosa e saudável.

É papel do enfermeiro apoiar e encorajar os pais e a família junto à criança que precisa dos cuidados paliativos e que está no processo de luto. O profissional quando exerce os cuidados paliativos em faz parte do processo que até então era desenvolvido e vivenciado pelos familiares. Podendo ter uma relação distante onde não se estabeleçam vínculos, como também acabarem desenvolvendo relações acolhedoras a ponto delas se consolarem. (CARMO e OLIVEIRA 2015)

O enfermeiro acredita que morte de forma respeitável de uma criança só se dar se os familiares estiverem presentes no processo do cuidar. Buscando atenuar todo tipo de aflição, deixando-os atuar de forma fundamental na atenção e cuidados à criança. Sendo importante também deixar a criança e a família em constante contato, compartilhando carinho, afeto e amor. (SEMTCHUCK et al. 2017)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo evidenciou-se que o enfermeiro deve ter conhecimento técnico-científico, realizando uma assistência sistematizada e individualizada, de acordo com cada paciente. Prestando um cuidado holístico, focando não somente na patologia. Este cuidado deve está voltado a promoção do bem estar físico, emocional e espiritual de cada um, através do conforto, alívio da dor, momentos lúdicos e, quando possível, atendendo necessidades, proporcionando um cuidado humanizado. O profissional deve oferecer uma comunicação clara e objetiva para a criança e a família, orientando e sanando dúvidas, fornecendo apoio, desde o diagnóstico ao fim do tratamento, no intuito de ressignificar a morte tornando-a menos dolorosa e patológica.

Entretanto, cuidar da criança em processo paliativo, torna-se um desafio para o profissional de enfermagem, pois para muitos, o ambiente de trabalho torna-se o primeiro contato com a área, trazendo insegurança e dificuldades. O desgaste emocional também é pontuado, uma vez que o profissional tem que passar pelo processo do luto, oferecendo suporte ao familiar.

Anseia-se que a presente revisão sirva de embasamento para que as instituições de ensino ofereçam preparo adequado para os futuros profissionais, capacitando-os para o melhor desenvolvimento na área, e que as unidades de saúde forneçam suporte para os profissionais.

REFERÊNCIAS

AKARD, TERRAH FOSTER; HENDRICKS-FERGUSON, VERNA L.; GILMER, MARY JO. **Pediatric palliative care nursing. Annals Of Palliative Medicine**, [s.l.], v. 8, n. 1, p. 39-48, fev. 2019. AME Publishing Company. Disponível em: <http://apm.amegroups.com/article/view/20026/22765>. Acesso em: 15 ago. 2019.

CARDOSO, DANIELA HABEKOST; MUNIZ, ROSANI MANFRIN; SCHWARTZ, EDA; ARRIEIRA, ISABEL CRISTINA DE OLIVEIRA. **Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional. Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 22, n. 4, p.1134-1141, dez. 2013. FapUNIFESP (SciELO).

CARMO, SANDRA ALVES DO; OLIVEIRA, ISABEL CRISTINA DOS SANTOS. **Criança com câncer em processo de morrer e sua família: enfrentamento da equipe de enfermagem. Rev. bras. cancerol**;61(2):131-138, abr./jun. 2015.

COSTA, JENIFER BARBARA FERNANDES; ASSUNÇÃO, TAMILLES ALVES DE OLIVEIRA DE; SALLES, HELI DA SILVA ARAÚJO. **Cuidados paliativos, o cuidar de uma forma humanizada. Enfermagem Brasil**, Oiapoque, v. 16, n. 1, p.62-65, 2017.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER - INCA. **Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Câncer da criança e adolescente no Brasil: dados dos registros de base populacional e de mortalidade**. Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2008.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER – INCA. **Câncer infanto-juvenil**. 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-infantojuvenil>. Acesso em: 04 nov. 2019

SEMTCHUCK, ANA LETÍCIA DIAS; GENOVESI, FLÁVIA FRANÇOSO; SANTOS, JANAÍNA LUIZA. **Cuidados paliativos em oncologia pediátrica: revisão integrativa. Rev. urug. enferm**;12(1):88-101, may. 2017.

SILVA, DÉBORA SANTOS DA; MATTOS, INÊS ECHENIQUE; TEIXEIRA, LILIANE REIS. **Mortalidade por câncer infantojuvenil: entenda a queda. Revista Rede Câncer**, Rio de Janeiro, p.40-41, set. 2013.

SILVA, ISABELLA NAVARRO; SALIM, NATÁLIA REJANE; SZYLIT, REGINA; SAMPAIO, PATRICIA STELLA SILVA; ICHIKAWA, CAROLLINY ROSSI DE FARIA; SANTOS, MAIARA RODRIGUES DOS. **Conhecendo as práticas de cuidado da equipe de enfermagem em relação ao cuidado na situação de final de vida de recém-nascidos. Esc. Anna Nery Rev. Enferm**;21(4):e20160369, 2017.

SOUSA, AMANDA DANIELLE RESENDE SILVA; SILVA, LILIANE FARIA DA; PAIVA, ENY DÓREA. **Intervenções de enfermagem em cuidados paliativos em Oncologia Pediátrica: uma revisão integrativa. Rev. Bras. Enferm.**, Abr 2019, vol.72, no.2, p.531-540. ISSN 0034-7167

WORLDWIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE. **Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. WHO. England**. 2014. Disponível em: http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf. Acesso em: 15 ago. 2019

CAPÍTULO 10

EVIDÊNCIAS DO CUIDAR ESPECIALIZADO DIRECIONADO À PESSOA COM FÍSTULA DIGESTÓRIA

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 04/10/2020

Renata Ferrari

Hospital AC Camargo Cancer Center.
Complexos Ambulatoriais setor de curativos.
São Paulo, SP. CEP 01509-010.
[https://www.cnpq.br/cv/lattesweb/
PKG_MENU.menu?f_
cod=52211F830C826835B7636FDC9AC42333](https://www.cnpq.br/cv/lattesweb/PKG_MENU.menu?f_cod=52211F830C826835B7636FDC9AC42333)

RESUMO: Fístulas digestórias caracterizam-se pela comunicação anormal entre duas estruturas revestidas por epitélio podendo ocasionar complicações de alta gravidade que prolongam o tempo de internação e estão relacionados a importantes taxas de mortalidade. A maioria dos casos resulta de complicações operatórias e para que ocorra melhor eficácia nos cuidados direcionados à pessoa com fístulas digestórias se faz necessário que o profissional conheça as melhores evidências disponíveis na literatura, assim como a fisiopatologia e suas repercussões locais. **OBJETIVO:** Descrever as intervenções e orientações específicas publicadas sobre o cuidado da pessoa com fístulas digestórias. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão integrativa, com textos publicados em português ou inglês, que constam na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS BIREME) e base de dados PUBMED/MEDILINE, com análise descritiva quantitativa. 18 artigos foram submetidos a análise sistemática e delineado o estudo com base em seus dados. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** a formação de fístulas digestórias

está relacionada a uma série de complicações, como sepse e infecções, distúrbios metabólicos e eletrolíticos, distúrbios nutricionais, presença de lesões de pele e sentimentos de medo e ansiedade do paciente. A classificação de fístulas digestórias é estabelecida de acordo com critérios anatômicos, fisiológicos e etiológicos. O plano de cuidados engloba cuidados multidisciplinares e acompanhamento do enfermeiro estomaterapeuta no direcionamento e indicação de condutas para controle de efluente e proteção de pele, controle de odor, além de garantir a mobilidade e o apoio emocional. **CONCLUSÃO:** Os cuidados específicos direcionados às pessoas com fístulas digestórias relatados são difusos e não seguem uma ordem. Os produtos utilizados na prevenção e tratamento de lesões de pele mais citados são barreiras protetoras, bolsas e equipamentos coletores, curativos absorventes e curativos por pressão negativa. Para que a assistência seja assertiva necessitamos de pesquisas direcionadas aos cuidados de pessoas com fístulas digestivas e que se estabeleça de forma harmoniosa a relação entre a prática clínica e protocolos estruturados em publicações científicas.

PALAVRAS - CHAVE: Fístula cutânea; Fístula do sistema digestório; Cuidados de enfermagem; Enfermagem; Estomaterapia.

EVIDENCES OF SPECIALIZED CARE DIRECTED TO THE PERSON WITH DIGESTIVE FISTULA

ABSTRACT: Digestórias fistulas are characterized by abnormal communication

between two epithelium for coated structures may cause high severity complications that prolong hospital stay and are related to major mortality rates. Most cases result from surgical complications and to occur more effective in care targeted to people with digestórias fistulas it is necessary that the professional knows the best available evidence in the literature, as well as the pathophysiology and its local repercussions. **OBJECTIVE:** To describe the specific interventions and guidelines published on the care of the person with digestórias fistulas. **METHODOLOGY:** This is an integrative review, with articles published in Portuguese or English, listed in the Virtual Health Library (BVS BIREME) and base PUBMED / Mediline data with quantitative descriptive analysis. 18 articles were subjected to systematic analysis and outlined the study based on their data found. **RESULTS AND DISCUSSION:** the formation of digestive fistulas is related to a number of complications such as sepsis and infections, metabolic and electrolyte disorders, nutritional disorders, presence of skin lesions and feelings of fear and anxiety of the patient. The digestórias fistulas classification is established according to anatomical, physiological and etiological criteria. The care plan includes multidisciplinary care and monitoring of the stoma nurse in direction and indication pipelines for effluent control and skin protection, odor control, and ensure mobility and emotional support. **CONCLUSION:** Specific care directed to people with reported digestórias fistulas are diffuse and do not follow an order. products used in the most cited prevention and treatment of skin lesions are protective barriers, bags and equipment collectors, absorbent bandages and dressings for negative pressure. For assistance is assertive need for research directed to the care of people with digestive fistulas and to establish a harmonious relationship between clinical practice and protocols structured in scientific publications.

KEYWORDS: Cutaneous fistula; Fistula of the digestive system; Nursing care; Nursing; Stomatherapy.

1 | INTRODUÇÃO

As fístulas digestórias podem ocasionar complicações de alta gravidade e caracterizam-se pela comunicação anormal entre duas estruturas revestidas por epitélio. A ocorrência de fístulas resulta no aumento de tempo de internação e no custo elevado com a hospitalização, visto que está relacionada à importante taxa de mortalidade (NASCIMENTO; CAMPOS; BORGES, 2011; DOMINGUEZ et al., 2010).

Considerando que a pessoa com fístulas digestórias está exposta a lesões cutâneas, entende-se que os modos de proteção da pele devem ser prescritos por enfermeiros especialistas ou por enfermeiros capacitados. Podem-se utilizar bolsas coletoras, coberturas, barreiras protetoras ou curativo por pressão negativa, de acordo com as características do efluente (HERBELA; LAURINO, 2015; BASSI; BASSI, 2014).

O plano terapêutico requer atuação multidisciplinar, visando ao manejo sobre os efeitos fisiopatológicos, proteção e cuidados em destaque à pele e suporte emocional. A avaliação do enfermeiro deve identificar os problemas e ser direcionada às características da fístula: origem, características do efluente secretado, local de exteriorização, odor e condições da pele ao redor. As secreções digestórias são ricas em enzimas agressivas para

a pele e, mesmo em pacientes com uso de drenos abdominais, pode ocorrer extravasamento para a pele adjacente e graves lesões cutâneas. Essas lesões são dolorosas, têm aspecto de queimadura e propiciam o aparecimento de infecção secundária, podendo evoluir até a ulceração local (LEITE; CESARETTI, 2015; DOMANSKY; BORGES, 2014).

Trata-se de tema complexo, devido às consequências ocasionadas pelas fístulas, e a atuação do enfermeiro estomaterapeuta possibilita o cuidado especializado, atendendo às necessidades específicas, justificando, assim, estudos sobre o tema proposto (BORTOLAZZI et al., 2007).

2 | OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é descrever as evidências científicas do cuidado especializado na atenção às pessoas com fístulas digestórias.

3 | MÉTODOS

Trata-se de revisão integrativa elaborada conforme as seis etapas: elaboração da questão da pesquisa, busca de estudos nas bases de dados, coleta de dados, avaliação dos estudos, análise e síntese dos resultados e apresentação da revisão.

A pesquisa baseou-se no seguinte questionamento: quais os principais cuidados de enfermagem relacionados ao cuidado de pessoas com fístulas digestórias existentes na literatura?

Buscaram-se publicações em português ou em inglês referentes ao período de 2006 a 2016, por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS-Bireme), nas bases de dados PubMed/MEDLINE, utilizando-se os descritores fístula cutânea (*cutaneous fistula*), fístula do sistema digestório (*digestive system fistula*), cuidados de enfermagem (*nursing care*), enfermagem (*nursing*) e estomaterapia (*stomatherapy*). Foi realizado o agrupamento dos descritores contidos em títulos, descritores e resumos da seguinte forma: “*fistula and nursing care*”, “*cutaneous fistula and nursing care*”, “*digestive system fistula and nursing*” e “*fistula and nursing*”. Foram encontrados 191 documentos, sendo excluídos textos que não estavam relacionados aos cuidados de pessoas com fístulas digestórias, com publicações divergentes ao período estabelecido e em demais idiomas. Foram selecionados 17 artigos por estarem relacionados ao tema proposto. Realizou-se busca em revista brasileira especializada em estomaterapia, sendo encontrado um artigo na Revista Estima, totalizando 18 artigos para análise. A coleta de dados foi realizada com observação sistematizada, padronizando a forma de transcrição das informações.

Estabeleceu-se a classificação de força de evidências dos artigos selecionados: Nível I – Evidências de revisão sistemática ou metanálise de todos os ensaios clínicos controlados randomizados relevantes; Nível II – Evidências obtidas de ensaios clínicos controlados randomizados bem delineados; Nível III – Evidências obtidas de ensaios

clínicos controlados bem delineados sem randomização; Nível IV – Evidências de estudos caso-controle e de coorte bem delineados; Nível V – Evidências de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; Nível VI – Evidências de um único estudo descritivo ou qualitativo; Nível VII – Evidências oriundas da opinião de autoridades e/ou relatório de comitê de especialistas.

Após análise dos resultados obtidos, fundamentou-se a discussão, organizando os dados com as principais recomendações apresentadas nos estudos.

4 | RESULTADOS

Dos 18 artigos selecionados para esta pesquisa, cinco (27%) são de periódicos especificamente para enfermagem (*Ostomy Wound Management* – três artigos; *British Journal of Nursing* – um artigo; Revista Estima – um artigo). Dentre 18 artigos encontrados, somente três (17%) são nacionais, o que prova a escassez de publicações e pesquisas sobre o tema.

Com relação à fisiopatologia, as formações de fístulas digestórias trazem como consequência uma série de complicações, como sepse e infecções, distúrbios metabólicos e eletrolíticos, distúrbios nutricionais, lesões de pele, prejuízo emocional e diminuição da mobilidade (CANADIAN ASSOCIATION OF ENTEROSTOMAL THERAPY, 2009; GUIMARÃES, 2006; BLEIER; HEDRICK, 2010; DIOGINI et al., 2008; HOEDEMA; SURYADEVARA, 2010; GALIE; WHITLOW, 2006).

A abordagem nos cuidados com a pele, entre eles a prevenção de lesões ou tratamento, é citada em 17 artigos (94%), o que evidencia a necessidade de intervenções específicas. Durante a avaliação, os cuidados com a pessoa com fístula digestória e a proteção da pele são direcionados de acordo com a localização, incluindo contornos anatômicos, proximidade de proeminências ósseas, tônus muscular rígido ou flácido, pele circundante, número de trajetos fistulosos múltiplos ou únicos e volume e características de drenagem. A proteção da pele deve ser iniciada precocemente, já que as enzimas digestórias excretadas podem resultar em grandes lesões de pele, dolorosas, aumentando o risco de infecções locais. O efluente da fístula pode ser ácido ou alcalino, dependendo de sua origem, sendo que fístulas de alto débito ou com estase de secreção na pele podem resultar em lesões tissulares em 3 horas (CANADIAN ASSOCIATION OF ENTEROSTOMAL THERAPY, 2009; GUIMARÃES, 2006; GALIE; WHITLOW, 2006).

A secreção drenada deve ser mensurada, assim como suas características como cor, odor e consistência (GUIMARÃES, 2006; HOEDEMA; SURYADEVARA, 2010; THOMPSON; EPANOMERITAKIS, 2008).

As causas mais comuns de integridade da pele prejudicada são traumas mecânicos devido à frequente troca de curativos, adesivos e bolsas e reações alérgicas aos adesivos e materiais das bolsas que podem causar eritema, edema e exsudação, infecções

secundárias ao contato direto de secreções e exsudatos aprisionados na pele, resultando em infecções fúngicas, eritema, pápulas e vesículas devido aos irritantes químicos. As fístulas digestórias proximais são mais prejudiciais e agressivas, devido à presença de enzimas digestórias proteolíticas que danificam os tecidos e retardam a cicatrização (HOEDEMA; SURYADEVARA, 2010).

Dos artigos levantados, 11 (61%) relatam a necessidade de uso de barreiras protetoras de pele, incluindo selantes, pó, pastas, placas, tiras e silicones. Além da proteção da pele, o controle do efluente é essencial para corrigir as perdas de líquidos e eletrólitos, sendo necessário o controle das secreções drenadas. O uso de bolsas coletoras permite a proteção da pele pela contenção do efluente, além do controle do débito diário. Dos artigos selecionados, 15 (83%) relatam, como cuidados, o uso de bolsas coletoras.

A escolha das características da bolsa depende da consistência das secreções. As fístulas de alto débito com efluente líquido são geridas com bolsas de urostomia, facilitando seu esvaziamento, podendo ainda conectar à bolsa de urostomia um coletor maior, minimizando a necessidade de esvaziamento e enchimento excessivo da bolsa, melhorando, assim, a eficiência da equipe de enfermagem. As fístulas com saída de efluente mais consistente podem ser geridas com bolsas de colostomia com saídas largas. As bolsas de uma peça são mais flexíveis e facilitam a aplicação em superfícies de pele irregulares, enquanto as bolsas de duas peças permitem a manipulação da ferida sem remover todo o equipamento, permitindo, assim, a limpeza e o acesso à fístula sem trocas desnecessárias. A escolha do tamanho correto também permite a fixação adequada, sem risco de exposição da pele ao efluente (HOEDEMA; SURYADEVARA, 2010).

O uso de bolsas de estomia possibilita maior mobilidade e conforto ao paciente. Refere-se que o preparo do leito da ferida em que se localiza a fístula com irrigação de solução salina morna minimiza danos aos tecidos cicatriciais e resfriamento local. O uso do pó permite absorção de umidade e tratamento de áreas lesadas. O uso de pastas assegura o preparo de superfícies com dobras e pregas, deixando o local regular e liso, permitindo a adaptação mais eficaz das bolsas coletoras. O odor persistente pode ocasionar ansiedade e preocupação social à pessoa com fístula digestiva. A maioria das bolsas de estomia tem uma película antiodor. Existem desodorantes que podem ser colocados nos equipamentos para ajudar na eliminação de odores (HOEDEMA; SURYADEVARA, 2010).

Uma opção mais recente na gestão de uma fístula digestiva é a terapia por pressão negativa (TPN). Essa técnica consiste na manutenção do ambiente úmido, aumento da vascularização sanguínea local e diminuição da colonização bacteriana, diminuindo o edema tecidual, proporcionando proteção da pele ao redor da fístula, diminuindo a área de deiscência, além de auxiliar no controle do efluente. Porém, é contraindicada para o efluente espesso ou com presença de grumos, devido à obstrução do sistema (CANADIAN ASSOCIATION OF ENTEROSTOMAL THERAPY, 2009; TAGGARSHE et al., 2010; WU; WU, 2010).

Estudos demonstram que essa terapia não impede o fechamento da fístula digestiva espontaneamente (GALIE; WHITLOW, 2006).

Curativos absorventes foram utilizados em fístulas de baixo débito (VISSCHERS et al., 2012).

O uso do sistema de fístula aperfeiçoou os cuidados, devido à superfície maior que as bolsas de estomia habituais e à sua flexibilidade, permitindo adaptar-se aos contornos irregulares (HAHLER et al., 2009).

O Quadro 1 apresenta a síntese das principais recomendações encontradas referentes aos cuidados de pessoas com fístulas digestórias e tratamento de lesões.

Referência	Nível de evidência	Recomendações apresentadas
BLEIER J; HEDRICK T	V	Isolar a fístula da ferida circundante com uso de bolsas coletoras. Utilização de terapia por pressão negativa (TPN) com cautela para evitar aderência sobre alças, utilizando gaze não aderente e barreiras não aderentes, como espumas.
BORTOLAZZI F et al.ACLP.	V	Proteção da pele e controle do débito da fístula por meio de cuidado especializado, com uso de produtos para proteção da pele, como pastas de resina natural ou sintética, pós, barreiras sólidas, selantes e bolsas coletoras.
CAMPOS AC et al.	V	Utilização de bolsas coletoras para determinar o débito nas 24 horas e minimizar o contato entérico com a pele. Podem-se utilizar sistemas de drenagem de secreções com uso de TPN. As sondas devem ser colocadas somente quando o trajeto fistuloso está orientado.
DIONIGI G et al.	V	Uso de dispositivos que permitem a quantificação e caracterização da drenagem de secreção entérica. A utilização de pressão negativa foi empregada como estratégia de tratamento sem complicações associadas pelo uso dessa modalidade de curativos.
GALIE KL, WHITLOW CB	V	Utilização de bolsas coletoras para proteger a pele, implementando seu uso com pastas e pós para compensar a pele úmida e irregular. O uso da pressão negativa resulta em aumento da granulação e contração da ferida.
GUIMARÃES PSF	V	Utilizar TPN, bolsas coletoras, gazes absorventes, substâncias (pasta de alumínio, cimento branco, clara de ovo, gelatina, coloide elástico) ou protetores especiais, como gomas e pastas para proteção da ferida e da pele, desviando o contato com o efluente.

GUL A; ANDSOY II; OZKAYA B	V	Realizar controle da drenagem da fístula por meio de uma variedade de materiais, sendo citadas as barreiras de pele, adesivos, curativos e bolsas. O controle de odor dá-se com uso de bolsas.
HAACK CI; GALLOWAY JR; SRINIVASAN J	V	Utilizar curativos absorventes simples em fístulas de baixo débito; fístulas complexas requerem técnicas avançadas, incluindo cremes de barreira, pós e selantes para proteger a pele. Curativo de pressão negativa tem a vantagem de proteger a pele em pessoas com fístulas complexas, nas quais dispositivos mais simples não são suficientes.
HAHLER B ET AL.	VI	Utilizar bolsas coletoras em fístulas de alto débito. Áreas com irregularidades e dobras abdominais podem atrapalhar a aplicação de bolsas. Em casos de fístulas localizadas dentro de feridas, pode-se utilizar TPN, permitindo conter o efluente e promover a cicatrização.
HOEDEMA RE; SURYADEVARA S	V	O uso de equipamentos coletores associado ao uso de cintos pode ajudar a minimizar o desconforto do paciente. A maioria das bolsas tem plástico antiodor, além dos desodorantes antiodor disponíveis na forma de comprimido, líquido ou pó. Pode-se associar o uso de dispositivos de pressão negativa. Os materiais selecionados para o tratamento de feridas com fístulas digestórias dependem de suas características e incluem barreiras de pele, adesivos, curativos, bolsas e curativo por pressão negativa.
LUNDY JB; FISCHER JE	V	Técnicas para cuidar desses ferimentos são de grande importância histórica. A evolução de curativos, equipamentos e adjuvantes trouxe condições para a gestão de fístulas, sendo relatado o uso de bolsas com base de karaya ou carboximetilcelulose, pectina, pó e selantes. Citado o uso de TPN.
MURPHY J et al.	V	Os princípios fundamentais na gestão de fístulas digestórias incluem suporte nutricional, gestão de fluidos, controle de sepse, cuidados com ferida e pele, sendo o conhecimento adequado e especializado importante para seu manejo.
REED T; ECONOMON D; WIERSEMA-BRYANT L	VI	Utilização de grandes bolsas que cobrem toda a ferida, barreiras da pele para proteger a pele circundante, e de curativos transparentes. A umidade da ferida ao redor da fístula muitas vezes impede a boa aderência das bolsas, sendo necessária a combinação de materiais na gestão de fístulas complexas, incluindo silicones, bolsas, dispositivos de vedação e gaze, compressas, alginatos e curativos por pressão negativa.
SAMAD S et al.	VI	Sistema de monitoramento diário no prontuário do paciente, com plano de medicações, controle de fluidos e débitos da fístula, estado nutricional, resultados laboratoriais e plano cirúrgico.

TAGGARSHE D et al.	V	Uso de bolsas coletoras com sucção e proteção adequada da pele circundante. As terapias mais recentes incluem o fechamento da ferida com o uso de TPN e cola de fibrina para promover o fechamento das fístulas. O uso de TPN na ferida ao redor das fístulas visa conter o efluente e proteger a pele.
THOMPSON M; EPANOMERITAKIS E	VI	Utilização de sistema de drenagem, uso de bolsas coletoras, TPN, uso de barreiras protetoras em forma de pó, pasta e selantes.
VISSCHERS RGJ et al.	V	O tratamento de feridas foi gerido por uma enfermeira especializada, com sistema de drenagem e bolsas e TPN. Em fístulas de baixo débito, utilizou-se gaze.
WU MH; WU HY	VI	Uso de equipamentos coletores grandes que cubram toda a ferida, barreiras de pele para proteção da pele ao redor e TPN. O dispositivo de silicone impede o escape entérico e facilita a passagem normal de fezes para o cólon distal. A hidrofibra com prata foi utilizada para promover tecido de granulação e absorção do exsudato.

Quadro 1. Quadro síntese com principais recomendações no cuidado de pessoas com fístulas digestórias e tratamento de lesões.

5 | DISCUSSÃO

A revisão de literatura revela que grande parte dos cuidados da pessoa com fístula digestiva não foi pesquisada em termos de eficácia dos cuidados ao cliente. Há poucas provas para essas estratégias, e a maior parte da literatura encontrada varia entre o nível de evidência V e VI, equivalente a estudos de casos e estudos descritivos.

É fundamental obter a história clínica detalhada e exame físico completo, doenças prévias e procedimentos cirúrgicos prévios realizados (DOMANSKY; BORGES, 2014). Na avaliação da pessoa com fístula digestória, torna-se necessário caracterizar a fístula, avaliar e monitorar os aspectos apresentados; a documentação da avaliação é fundamental para determinar o progresso ou deterioração da saúde do paciente (CANADIAN ASSOCIATION OF ENTEROSTOMAL THERAPY, 2009; GUIMARÃES, 2006).

O plano de cuidados engloba a necessidade de melhorar a qualidade de vida, de fornecer apoio educacional ao paciente e família, além de garantir conforto e mobilidade. O tratamento inicial é o controle da sepse e inclui a reanimação e a estabilização com reposição volêmica, correção de eletrólitos, monitorização e antibioticoterapia de largo espectro (GUIMARÃES, 2006; GALIE; WHITLOW, 2006). Após estabilização, a conduta geralmente é conservadora, permitindo, assim, melhorar o estado geral e as condições para futura abordagem cirúrgica. Além disso, a reabordagem cirúrgica em curto intervalo de tempo implica em mais complicações cirúrgicas, devido a aderências e processos inflamatórios intensos (BLEIER; HEDRICK, 2010).

O cuidado à pessoa com fístula digestiva deve ser personalizado e não há processo ideal de prevenção e proteção cutânea. O ideal é iniciar precocemente as medidas protetoras da pele, antes mesmo do estabelecimento de lesões mais significativas.

Segundo as recomendações, a avaliação de um enfermeiro estomaterapeuta é importante para direcionar as intervenções para manutenção da integridade da pele, controle de odores e utilização de contenção por meio de dispositivos como bolsas para estomias, pós, pastas niveladoras, coberturas absorventes e películas proteroras. O uso de curativo por pressão negativa associado à gaze não aderente no tratamento de pessoas com fístulas digestórias permite a contenção do efluente, conforto e proteção da pele circundante à fístula digestiva. Provavelmente seu uso promove o fechamento espontâneo das fístulas digestórias (TAGGARSHE et al, 2010).

Com base nos artigos analisados, faz-se necessário o planejamento estratégico, com definição de metas de cuidados a toda equipe multidisciplinar. Habilidade clínica e conhecimentos são úteis na escolha dos produtos apropriados para uma dada situação. Assim, produto, disponibilidade e custo podem ser fatores limitantes na seleção do processo. A determinação eficaz de intervenções e metas da enfermagem não pode ser realizadas de forma isolada. A colaboração com outros membros da equipe irá garantir a abordagem abrangente e segura para o cuidar (CANADIAN ASSOCIATION OF ENTEROSTOMAL THERAPY, 2009).

6 | CONCLUSÃO

O cuidado à pessoa com fístula digestória requer avaliação global e direcionada, com tratamento adequado, incluindo prevenção e tratamento de lesões de pele. Os produtos utilizados são relatados de forma sucinta, sem riqueza de detalhes sobre quando e como devem ser empregados. Os mais citados são barreiras protetoras, bolsas e equipamentos coletores, curativos absorventes e terapia por pressão negativa.

REFERÊNCIAS

NASCIMENTO JEA; CAMPOS AC; BORGES AC. Terapia nutricional nas fístulas digestórias: projeto diretrizes. Rio de Janeiro: **Sociedade Brasileira de Nutrição Enteral e Parenteral**. 2011. Disponível em: http://www.nutritotal.com.br/diretrizes/files/268--TN_fistulas_digestorias.pdf. Acesso em 16 jan. 2016.

HERBELLA FAM; LAURINO NRM. Fístulas no sistema digestório. In: SANTOS VLCG, Cesaretti IUR. **Assistência em estomaterapia: cuidando de pessoas com estomia**. 2a ed. São Paulo: Atheneu, 2015.

DOMINGUEZ et al. ¿Son útiles la somatostatina y sus análogos (octreótido y lanreótido) en el manejo del paciente con fístula entero-cutánea?: revisión sistemática de la literatura. **Rev Colomb Cir**. v. 25, n. 3, p. 202-211. 2010. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-75822010000300005&lng=en&nrm=iso. Acesso em 16 jan. 2016.

BASSI DG; BASSI LMB. Fístula digestiva. In: PAULA MAB; PAULA PR; CESARETTI IUR. **Estomaterapia em foco e o cuidado especializado**. São Caetano do Sul: Yendis, 2014.

LEITE MG; CESARETTI IU. Cuidando do doente com fístula. In: SANTOS VLGG; CESARETTI IUR. **Assistência em estomaterapia: cuidando de pessoas com estomia**. 2a ed. São Paulo: Atheneu, 2015.

DOMANSKY RC; BORGES EL. **Manual de prevenção de lesões de pele: recomendações baseadas em evidências**. 2a ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2014.

BORTOLAZZI et al. Dificuldades na assistência às pessoas com fístulas digestórias: estudo com enfermeiros não estomaterapeutas. **Rev Estima**, v. 5, n. 2, p. 13-17. 2007. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/estima/article/view/27>. Acesso em 16 jan. 2016.

CANADIAN ASSOCIATION OF ENTEROSTOMAL THERAPY. **Best practice recommendations for management of enterocutaneous fistulae**. Ottawa: CAET, 2009.

GUIMARÃES PSF. **Fístulas digestórias: dieta polimérica, oligomérica ou elementar? [monografia]**. São Paulo (SP): Grupo de Apoio de Nutrição Enteral e Parenteral, VII Curso de Especialização em Nutrição Clínica, 2006.

BLEIER J; HEDRICK T. Metabolic support of the enterocutaneous fistula patient. **Clin Colon Rectal Surg**, v. 23, n. 3, p. 142-148. 2010. doi: 10.1055/s-0030-1262981. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2967313/>. Acesso em: 16 jan. 2016.

DIONIGI et al. Treatment of high output entero-cutaneous fistulae associated large abdominal wall defects: single center experience. **Int J Surg**, v. 6, n. 1, p. 51-56. 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17869198/>. Acesso em: 16 jan. 2016.

HOEDEMA RE; SURYADEVARA S. Enterostomal therapy and wound care of the enterocutaneous fistula patient. **Clin Colon Rectal Surg**, v. 23, n. 3, p. 161-168. 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21886465/>. Acesso em: 16 jan. 2016.

GALIE KL; WHITLOW CB. Postoperative enterocutaneous fistula: when to reoperate and how to succeed. **Clin Colon Rectal Surg**, v. 19, n. 4, p. 237-246. 2006. Disponível em: <https://europepmc.org/article/pmc/2780112>. Acesso em: 16 jan. 2016.

THOMPSON M; EPANOMERITAKIS E. An accountable fistula management treatment plan. **Br J Nurs**, v. 17, n. 7, p. 434-440. 2008. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/a98b/26a753314f58f2b0fc2e521ac9c358269440.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2016.

TAGGARSHE et al. Management of enterocutaneous fistulae: a 10 years experience. **World J Gastrointest Surg** v. 2, n. 7, p. 242-246. 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2999248/>. Acesso em: 16 jan. 2016.

WU MH; WU HY. A simple device for closure of a colcutaneous fistula within the laparotomy wound: a case report. **Ostomy Wound Manage**, v. 55, n. 10, p. 24-26. 2009.

VISSCHERS RGJ et al. Guided treatment improves outcome of patients with enterocutaneous fistulas. **World J Surg Oncol**, v. 36, n. 10, p. 2341-2348. 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3465546/>. Acesso em: 16 jan. 2016.

HAHLER B et al. Managing complex, high-output, enterocutaneous fistulas: a case study. **Ostomy Wound Manage**, v. 55, n. 10, p. 30-42. 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19864694/>. Acesso em: 16 jan. 2016.

CAMPOS AC et al. Fistulas digestivas e terapia nutricional. **Acta Gastroenterol Latinoam**, v. 37, n. 2, p. 118-125. 2007. Disponível em: http://actagastro.org/actas/2007/n2/2007_num2_118-125_09.pdf. Acesso em: 16 jan. 2016.

GUL A; ANDSOY II; OZKAYA B. Nursing care and patient education in enterocutaneous fistulas. **Macrojournals**, v. 3, n. 1, p. 115-120. 2015. Disponível em: http://macrojournals.com/yahoo_site_admin/assets/docs/10HM31Gu.32215827.pdf. Acesso em: 16 jan. 2016.

HAACK CI; GALLOWAY JR; SRINIVASAN J. Enterocutaneous fistulas: a look at causes and management. **Curr Surg Rep**, v. 2, n. 71, p. 71-81. 2014. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40137-014-0071-0>. Acesso em: 16 jan. 2016.

LUNDY JB; FISCHER JE. Historical perspectives in the care of patients with enterocutaneous fistula. **Clin Colon Rectal Surg**, v. 23, n. 3, p. 133- 141. 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2967312/>. Acesso em: 16 jan. 2016.

MURPHY J et al. Establishing a regional enterocutaneous fistula service: The Royal London hospital experience. **Int J Surg**, v.11, p.952-956. 2013. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1743919113001738>. Acesso em: 16 jan. 2016.

REED T; ECONOMON D; WIERSEMA-BRYANT L. Colocutaneous fistula management in a dehisced wound: a case study. **Ostomy Wound Manage**, v. 52, n. 4, p. 60-66. 2006. Disponível em: <https://europepmc.org/article/med/16636363>. Acesso em: 16 jan. 2016.

SAMAD S et al. Implementing a pro-forma for multidisciplinary management of an enterocutaneous fistula: a case study. **Ostomy Wound Manage**, v. 61, n. 6, p. 46-52. 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26061406/>. Acesso em 16 jan. 2016.

CAPÍTULO 11

GESTÃO DOS EVENTOS DE ÚLCERA POR PRESSÃO DESENVOLVIDAS EM UM HOSPITAL DE ALTA COMPLEXIDADE BELÉM-PA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 01/12/2020

Dayane Dias Menezes Lima

Hospital Porto Dias (HPD), Comitê de prevenção de lesão por pressão, Belém, Pará, Brasil

Delanne Alves Souza

Hospital Porto Dias (HPD), Coordenação da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Belém, Pará, Brasil.

Jacqueline Ataíde Lima

Hospital Porto Dias (HPD), Coordenação Educação Continuada, Belém, Pará, Brasil.

Rosane do Nascimento Rodrigues

Centro Universitário Metropolitano da Amazônia (UNIFAMAZ), Belém, Pará, Brasil.

RESUMO: Objetivo: Descrever a redução de Úlcera por Pressão através das seis etapas elaboradas pela Organização Mundial da Saúde, desenvolvidas em um hospital de alta complexidade Belém-PA **Relato de Experiência:** Trata-se de um estudo de campo do tipo relato de experiência descritivo e qualitativo. Foi definida com questão norteadora a gestão dos eventos de úlceras por pressão através do acompanhamento do gerenciamento do Protocolo de Prevenção de Úlcera por Pressão em unidades assistenciais de caráter retrospectivo, em que foram analisados dados no período de janeiro a dezembro de 2015 e janeiro a dezembro de 2016. **Conclusões:** Por fim, esse estudo contribuiu para disseminar

a importância da contribuição da equipe multiprofissional no que se refere à prevenção de úlcera por pressão, pois agrega conhecimento e prática, a fim de se obter um desfecho favorável ao paciente e posteriormente por em prática toda a sistematização elaborada e desenvolvida de uma maneira específica. Dessa forma o estudo tornou-se relevante em um âmbito profissional, pois contribuiu para a redução de casos de úlcera por pressão no hospital estudado.

PALAVRAS - CHAVE: úlceras por pressão; segurança do paciente; gestão de enfermagem.

ABSTRACT: Objective: To describe the reduction of Pressure Ulcers through the six steps developed by the World Health Organization, developed in a highly complex hospital Belém-Pa Experience report: This is a descriptive and qualitative field study type report . The management of pressure ulcer events was defined as a guiding question by monitoring the management of the Pressure Ulcer Prevention Protocol in retrospective care units, in which data were analyzed from January to December 2015 and January to December 2016. Conclusions: Finally, this study contributed to disseminate the importance of the contribution of the multidisciplinary team with regard to the prevention of pressure ulcers, as it adds knowledge and practice in order to obtain a favorable outcome for the patient and later on. in practice all the systematization elaborated and developed in a specific way. Thus, the study became relevant in a professional context, as it contributed to the reduction of pressure ulcer cases in the studied hospital.

KEYWORDS: pressure ulcers; patient safety;

nursing management.

1 | INTRODUÇÃO

A úlcera por pressão é um problema de saúde pública previsível que envolve a equipe multidisciplinar. Sua prevalência, segundo a literatura internacional, em pacientes internados é de 3 a 14%. Diante da complexidade do problema, já que a úlcera por pressão tem causas multifatoriais, é fundamental que medidas preventivas sistematizadas e de caráter institucional tenham o envolvimento de toda a equipe de enfermagem. (Ali YCMM et al. 2020)

As lesões por pressão são consideradas eventos adversos e se inserem no contexto da qualidade e segurança assistencial por serem evitáveis. Entende-se que, quando esses erros são recorrentes, indicam o déficit da qualidade assistencial de enfermagem. No Brasil, o assunto foi discutido em 2001, e foi criada a rede Sentinela pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e, em 2011, a partir da divulgação, por este mesmo órgão, da Resolução da Diretoria Colegiada - RDC 63 descreve que “o serviço de saúde deve estabelecer estratégias e ações voltadas para a segurança do paciente”. (ALMEIDA, B.L.O.S, 2020)

As lesões cutâneas podem ser classificadas de acordo com o tipo de comprometimento da pele, em abertas e fechadas; o agente causal, em cirúrgicas e traumáticas (físico, químico, mecânico), ulcerativas, afecções clínicas; o tempo de reparação tissular, em agudas e crônicas; o grau de comprometimento tissular relacionado à estrutura, à extensão do dano e à profundidade da lesão; o grau de contaminação; o estágio de cicatrização. A classificação das lesões cutâneas propicia o registro sistemático de suas características, permite o planejamento de estratégias voltadas ao tratamento, o acompanhamento da efetividade dos resultados e facilita a comunicação entre os profissionais envolvidos no cuidado de lesões cutâneas. (Ali YCMM et al. 2020).

A gerência do cuidado de Enfermagem em gestão de úlceras por pressão coordena as ações da equipe de enfermagem no que se refere ao planejamento, organização, implementação e avaliação das ações de cuidado direto voltadas à prevenção e/ou tratamento de úlceras/lesões por pressão realizadas pela equipe, onde requer que esses profissionais utilizem ferramentas que propiciem a prestação de cuidados seguros e de qualidade aos pacientes através das seis etapas elaboradas pela Organização Mundial da Saúde. (Melo LHA et al. 2020)

Compreende-se que uma adequada integração entre a equipe de enfermagem pode proporcionar segurança ao paciente favorecendo a qualidade da assistência durante o tratamento das LPPs. (Melo LHA et al. 2020).

Ressalta-se que o interesse em se realizar esta pesquisa emergiu da inquietação de se investigar como são realizadas a avaliação e o tratamento de LPPs no paciente atendido na unidade hospitalar. Contudo, o objetivo dessa pesquisa é Descrever a redução

de Úlcera por Pressão através das seis etapas elaboradas pela Organização Mundial da Saúde, desenvolvidas em um hospital de alta complexidade Belém-PA.

2 | RELATO DE EXPERIÊNCIA

Trata-se de um estudo de campo do tipo relato de experiência sobre a gestão dos eventos de úlcera por pressão desenvolvida em um hospital de alta complexidade no estado do Pará. O estudo possui caráter retrospectivo, em que foram analisados dados no período de janeiro a dezembro de 2015 e janeiro a dezembro de 2019 através do acompanhamento do gerenciamento do Protocolo de Prevenção de Lesão por Pressão em unidades assistenciais de um hospital de alta complexidade em Belém/PA.

O grupo baseou-se na construção do estudo por meio de uma pesquisa qualitativa e quantitativa, no qual a interpretação dos fenômenos recorreu no uso de métodos e técnicas estatísticas e foi planejada e executada em vários momentos, sendo estes: a) Escolha da temática que seria abordada, identificando qual a situação problema que necessitava de atenção e intervenção; b) Pesquisa nas bases de dados acerca do tema gerador para formação do referencial bibliográfico que constitui o embasamento teórico de; c) Identificação e delimitação dos casos de úlceras por pressão no referido campo que objetivou alcançar o seu referencial teórico; d) elaboração do fluxograma destinado às atividades de prevenção de lesão por pressão padronizados na instituição; e) reestruturação do Comitê de Prevenção e Tratamento de Lesão de Pele; f) inclusão de uma equipe interdisciplinar com reuniões quinzenais, destinando a segunda reunião para um fórum científico.

A delimitação do estudo ocorreu através da realização de ajuste na rotina e adequação do protocolo de prevenção de lesão por pressão, como avaliação e reavaliação do risco para lesão por pressão, inspeção da pele e registro dos achados, controle da umidade, avaliação do nutricional, auditorias com itens de prevenção e acompanhamento de tratamento das lesões, discussões dos eventos com a equipe envolvida no evento e elaboração de plano de ação.

A aplicação desses conjuntos de ações de forma combinada ajudou a obter resultados positivos para as atividades de prevenção, supervisão e elaboração de documentos conforme ajuste no fluxo do processo de prevenção de lesão por pressão e acompanhamento dos indicadores de processo.

3 | RESULTADOS

Comparando os dados do ano de 2015 com 2016 percebemos que houve uma redução de 7% dos eventos de UP em pacientes classificados com o risco leve e moderado, mostrando melhora no controle do nosso planejamento estratégico. Os pacientes classificados com risco elevado e muito elevado foram evidenciados uma redução média

de 4%.

Essa redução deu-se devido à elaboração de ações de melhoria como ambientação específica para os novos colaboradores, participação no curso de cuidadores do hospital, auditoria nas UTI's, Centro Cirúrgico e Unidades de Internação, treinamento focado na mudança de decúbito (cronograma trimestral), criação do comitê de Prevenção e Tratamento de Lesão por pressão, discussão dos eventos de Lesão por pressão novas, responsabilização da equipe envolvida e reforço na orientação quanto à classificação de risco pela escala de Braden aos enfermeiros dessas unidades.

Os anos de 2017 a dezembro 2019 foram marcados por ações complementares as desenvolvidas anteriormente, e que nos rendeu uma redução nos eventos graves. As ações complementares foram à elaboração do fluxograma destinado as atividades de prevenção de lesão por pressão padronizadas na instituição, reestruturação do Comitê de Prevenção e Tratamento de Lesão de Pele com inclusão de uma equipe interdisciplinar com reuniões quinzenais, destinando a segunda reunião para um fórum científico. Realizamos ajuste na rotina e adequação do protocolo de prevenção de lesão por pressão, como avaliação e reavaliação do risco para lesão por pressão, inspeção da pele e registro dos achados, controle da umidade, avaliação do nutricional e hidratação, minimização e redistribuição da pressão em áreas expostas a pressão (proeminências ósseas e dispositivos médicos), auditorias com itens de prevenção e acompanhamento de tratamento das lesões, discussões dos eventos com a equipe envolvida no evento e elaboração de plano de ação. Supervisão e elaboração de documentos conforme ajuste no fluxo do processo de prevenção de lesão por pressão, acompanhamento dos indicadores de processo. A aplicação desse conjunto de ações forma combinada nos ajudou a obter resultados positivos para as atividades de prevenção.

4 | DISCUSSÃO

O estudo revelou que a atualização técnico-científica do enfermeiro é um importante meio para uma atuação profissional consistente e segura no cuidado da pele, onde os profissionais tenham um amplo conhecimento baseado em estudos bem conduzidos, para avaliar as lesões cutâneas e sobre a indicação de coberturas para o tratamento das mesmas, a fim de melhorar a assistência de enfermagem. (ALMEIDA, B.L.O.S, 2020).

Neste sentido, a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), criada pela 2013. Portaria nº 3.390 de 30 de dezembro possui entre suas diretrizes, a formação de equipes multiprofissionais de referência e a adoção de diretrizes terapêuticas e protocolos clínicos para garantir intervenções seguras e resolutivas, além de evitar ações desnecessárias, qualificando a assistência prestada ao usuário. (Ali YCMM et al. 2020).

O paciente crítico apresenta diversos fatores de risco associados, sejam individuais, clínicos, terapêuticos, faixa etária, estado nutricional, longos períodos submetidos à

umidade, ventilação mecânica, uso de drogas vasoativas, instabilidade hemodinâmica e restrição de movimentos, para o surgimento de LP. Para que o tratamento das lesões de pele sejam mais preditivo, é importante destacar o exame físico realizado pelo enfermeiro que deve ser norteado pelo plano de cuidados, composto de ações destinadas à prevenção e tratamento de lesões por pressão e à verificação dos resultados esperados em conjunto com a execução destas ações, possibilitando avaliar a existência de alterações na integridade da pele. (Souza, et al. 2020)

Os resultados deste trabalho demonstram que novos estudos devem ser realizados, pois há escassez de literatura acerca do tempo de assistência da equipe de enfermagem para o tratamento de LP. Por fim, o presente estudo confirma a importância da implementação de protocolos de cuidados preventivos para LP e reavaliação da eficácia desses protocolos visando uma assistência segura e qualificada ao paciente crítico.

5 | CONCLUSÃO

É extremamente relevante a contribuição da equipe multiprofissional, na qualidade de pesquisador e educador, no que se refere à prevenção de úlcera por pressão pois agrega conhecimento e prática a fim de se obter um desfecho favorável ao paciente e posteriormente colocar em prática toda a sistematização elaborada e desenvolvida de uma maneira específica, levando em consideração que toda assistência deve ser dispensada de forma holística. Logo, o assunto abordado tornou-se relevante em um âmbito profissional, bem como social no tocante ao conhecimento, pois contribuiu para a redução de casos de úlcera por pressão no hospital estudado.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, B.L.O.S.; Gerência Do Cuidado Na Prevenção De Lesões Por Pressão – Estudo De Intervenção Educativa. **Universidade Federal Fluminense Escola De Enfermagem Aurora De Afonso Costa Programa De Pós-Graduação Mestrado Profissional Em Enfermagem Assistencial**, p. 46-48. Niterói (RJ), 2017.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Brasil. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. Nota Técnica nº 03 de outubro de 2017, que dispõe sobre práticas seguras para prevenção de lesão por pressão em serviços de saúde. Brasília: ANVISA, 2017. 24

Ali YCMM et al.; Incidência de lesão por pressão e tempo de assistência de enfermagem em terapia intensiva. **ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther**, p. 2-4. São Paulo (SP), 2020.

Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº. 3.990, de 9 de julho de 2013. [citado em citado em 24 de março de 2020, Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/>]. Acesso em 20/11/2020.

Ministério da Saúde (DF). Protocolo para prevenção de úlcera por pressão, 2013. Acesso em: 10/11/2020 <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/ulcera-por->

pressão.

Melo LHA et al.; Aplicação da teoria de Orem no âmbito das feridas: uma revisão integrativa. **ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther**, p. 2-6. São Paulo (SP), 2020.

Oliveira, et al.; Classificações de intervenções e resultados de enfermagem em pacientes com feridas: mapeamento cruzado. **Rev Gaúcha Enferm.** p. 8-10, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.55033>

SOUSA, et al.; Avaliação e tratamento de lesões por pressão na Estratégia Saúde da Família. **Rev enferm UFPE on line**, p. 3-5, 2020.

HIGIENE ORAL AO PACIENTE HOSPITALIZADO: VISÃO DA ENFERMAGEM

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 09/09/2020

Rodolfo de Oliveira Medeiros

Faculdade de Medicina de Marília
Marília, São Paulo, Brasil
ORCID: 0000-0002-4930-684X

Márcia Renata Rodrigues

Faculdade de Medicina de Marília
Marília, São Paulo, Brasil
ORCID: 0000-0003-3200-1828

Márcia Aparecida Padovan Otani

Faculdade de Medicina de Marília
Marília, São Paulo, Brasil
ORCID: 0000-0001-9540-4996

Elza de Fátima Ribeiro Higa

Faculdade de Medicina de Marília
Marília, São Paulo, Brasil
ORCID: 0000-0001-5772-9597

RESUMO. **Objetivo:** analisar a visão, a importância e os fatores que interferem na higiene oral adequada ao paciente hospitalizado, na perspectiva de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. **Método:** Pesquisa de campo e qualitativa, realizada em um hospital escola do interior paulista com 16 participantes. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada com duas perguntas abertas sobre a percepção, importância e fatores que interferem na realização da higiene oral. A interpretação foi desenvolvida por meio da

Técnica de Análise de Conteúdo na modalidade temática. **Resultados:** da análise emergiram duas categorias temáticas: 1. Importância da higiene oral - apontam a organização e rotina e os materiais utilizados nesse cuidado e 2. Fatores que favorecem e que prejudicam a realização da higiene oral – alegam prioritariamente, falta de material e de recursos humanos para realização da higiene oral. **Conclusões:** A equipe de enfermagem reconhece a importância da higiene oral para saúde integral do ser humano e aponta também as dificuldades encontradas para a realização desta atividade.

PALAVRAS - CHAVE: Higiene bucal. Integralidade em saúde. Equipe de enfermagem.

ORAL HYGIENE TO THE HOSPITALIZED PATIENT: NURSING VIEW

ABSTRACT: **Objective:** analyze the vision, the importance and the factors that interfere in adequate oral hygiene for hospitalized patients, from the perspective of nurses, technicians and nursing assistants. **Method:** Field and qualitative research, carried out in a teaching hospital in the interior of São Paulo with 16 participants. Data were collected through semi-structured interviews with two open-ended questions about perception, importance and factors that interfere with oral hygiene. Interpretation was developed using the Content Analysis Technique in the thematic modality. **Results:** two thematic categories emerged from the analysis: 1. Importance of oral hygiene - points out the organization and routine and the materials used in this care and 2. Factors that favor and hinder the performance of oral hygiene - they claim, primarily, lack of material

and human resources to perform oral hygiene. **Conclusions:** The nursing team recognizes the importance of oral hygiene for the integral health of human beings and also points out the difficulties encountered in carrying out this activity.

KEYWORDS: Oral hygiene. Comprehensiveness in health. Nursing team.

1 | INTRODUÇÃO

A higiene oral é considerada uma importante prática para manutenção do conforto e integridade da mucosa oral, além do controle e prevenção de doenças manifestas na cavidade oral (JÚNIOR et al., 2020; MACNEILL, SORENSON, 2009). Pessoas que executam essa técnica de modo insatisfatório, ou que possuem saúde bucal fragilizada, podem sofrer impactos em seu estado de saúde geral, que se ampliam aos aspectos psicossociais, como baixo autoestima e aceitabilidade social (JUNIOR et al., 2020; JERREAT, YOUSOUF, BARKER, JAGGER, 2007).

Além de sua relevância no indivíduo saudável, práticas de higiene oral assumem ampla relevância no que tange ao paciente inserido no contexto hospitalar (RODRIGUES, MALACHIAS, PACHECO, 2017). No indivíduo hospitalizado, cerca de 48 horas após sua admissão, sua flora oral é substituída por alguns microrganismos com alto potencial de virulência (ESTAJI, ALINEJAD, HASSAN, HACKSHANI, 2015). A higiene oral inadequada pode resultar na formação de placas bacterianas, inflamação, dor, halitose, gengivite e infecções respiratórias (JUNIOR et al., 2020; MACNEILL, SORENSON, 2009), ampliando-se a uma ótica de agravos sistêmicos, como acidente vascular encefálico isquêmico, endocardite, aterosclerose carotídea e alterações glicêmicas (SCANNAPIECO, SHAY, 2014). Diante deste panorama, por manter contato direto com os pacientes, a equipe de enfermagem tem importante papel na saúde bucal do indivíduo hospitalizado, seja incentivando o auto cuidado através de práticas educativas ou na execução de técnicas de higiene oral (ASSIS et al., 2018). É importante ressaltar que a maioria das pesquisas relacionadas à temática higiene oral são realizadas em Unidades de Terapia Intensiva, evidenciando a relevância de novos estudos relacionados à higiene oral em unidades de clínica médica (SCALCO, FERNANDES, SCALCO, RIBEIRO, SHIGUEMATSU, POLETI, 2019; NOGUEIRA, JESUS, 2017; TEIXEIRA, SANTOS, AZAMBUJA, 2019; KONUK, AYDIN, CANGUR, AYEN, 2019).

Na rotina dos cuidados de enfermagem com relação às práticas de higiene oral, o atual cenário ilustra um cuidado fragmentado (JUNIOR et al., 2020; CHAVES, MININEL, SILVA, ALVES, SILVA, CAMELO, 2017), o que pode ser atribuído a pouca relevância dada pela equipe de enfermagem à esse aspecto como parte do cuidado integral.

Diante do exposto, a partir da ótica da integralidade do cuidado, a relevância do presente estudo justifica-se pela necessidade de compreender essa temática a partir da percepção dos profissionais de enfermagem, contribuindo, assim, para movimentos de

reflexão sobre a prática de enfermagem nos serviços hospitalares, além de estimular a busca de soluções para os fatores que dificultam esse cuidado. A pergunta norteadora dessa pesquisa foi: Qual a importância da higiene oral como parte do cuidado integral ao indivíduo hospitalizado? Constituiu-se, portanto, como objetivo: analisar a visão, a importância e os fatores que interferem na higiene oral adequada ao paciente hospitalizado, na perspectiva de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

2 | MÉTODO

Pesquisa de campo exploratória e qualitativa. A pesquisa qualitativa permite a colocação de uma lupa na realidade em busca de uma fotografia ampliada dos acontecimentos que envolvem a sociedade de modo geral, tratada por meio da história, do universo, dos significados, dos motivos, das crenças, dos valores e das atitudes dos atores sociais (MINAYO, 2014).

Dessa forma, busca compreender os fenômenos que envolvem os seres humanos, e se preocupa com as relações e suas interlocuções no cotidiano das pessoas. Nesta abordagem de pesquisa, utiliza-se a linguagem científica das proposições que são representadas por construções lógicas do pensamento e os aspectos conceituais referentes às construções de sentido das mensagens emitidas. Na pesquisa qualitativa, é importante a objetivação, ou seja, o processo de investigação que reconhece a complexidade do objeto das ciências sociais, teoriza, revê criticamente o conhecimento acumulado sobre o tema em pauta, estabelece conceitos e categorias, usa técnicas adequadas e realiza análise ao mesmo tempo específicas e contextualizadas. Nesse sentido, a pesquisa qualitativa caminha desde a fase exploratória, que dá início ao processo de interrogação adentra; a teorização, que contribui para a compreensão dos acontecimentos, tendo em vista os pressupostos norteadores e o método norteador do trabalho de campo, chegando na fase interpretativa dos dados obtidos. Assim sendo, de modo geral, ela se organiza pela ordenação, classificação e análise dos dados obtidos, tendo em vista os objetivos da pesquisa (MINAYO, 2014; MINAYO, 2013).

A pesquisa foi realizada em três enfermarias de um hospital escola de um município do estado de São Paulo. Essas enfermarias somam um total de 62 leitos operacionais. Participaram os profissionais de enfermagem, das seguintes categorias: Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, alocados nessas três enfermarias, há mais de 6 meses.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas por meio de agendamento prévio e no local de trabalho. Esta técnica de coleta de dados mais utilizada no processo de trabalho de campo, que se caracteriza por um roteiro de perguntas principais, que podem ser aprofundadas no decorrer da entrevista (MINAYO, 2013; MANZINI, 1991). As entrevistas foram gravadas e transcritas objetivando assegurar o sigilo acordado.

O período da coleta de dados foi entre os meses de abril e maio de 2018. A coleta de dados foi interrompida por meio da estratégia de saturação teórica, que cumpre a função operacional de indicar as repetições do conteúdo de modo a não acrescentar novos conhecimentos (SOUSA, ERDMANN, MAGALHÃES, 2016).

Em relação à técnica de análise de dados, optou-se pela Análise Temática, que pode ser compreendida como um caminho que analisa o conteúdo das mensagens dos participantes e permite a ampliação para interpretação de descrições subjetivas com a objetividade científica. Essa técnica está organizada em três etapas: Pré-Análise, Exploração do material e Interpretação dos resultados (Bardin, 2012).

Na pré-análise, os dados são organizados e se constitui o *corpus* que vai nortear as etapas analíticas subsequentes. Neste sentido, ela oferece uma visão ampla e integral do tema, da particularidade do material analisado, das hipóteses ou pressupostos norteadores, das classificações e categorizações, além dos conceitos teóricos que subsidiarão a análise. Na etapa de Exploração do material, ocorre a categorização que considera as seguintes regras: homogeneidade, que colabora com a seleção dos critérios sobre as semelhanças para garantir efeitos plenos; representatividade, que aponta para a adequação e distribuição da amostra e a regra da pertinência, que abaliza os dados para compilação dos registros da classificação. E na terceira etapa os dados são interpretados, tendo em vista o referencial teórico adotado e os objetivos da pesquisa.

—Considerando os pressupostos das Resoluções nº 466/12 e 510/16, que regulamentam a pesquisa envolvendo seres humanos, após a autorização da Diretoria do Hospital onde foi realizado a pesquisa e a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, sob o número de parecer 2.517.992, e CAAE 79191317.5.0000.5413, a entrevista foi realizada após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e os participantes foram assim identificados: letra E (Entrevista) seguida de número (1 a 16), indicando a ordem que as entrevistas foram realizadas.

3 | RESULTADOS

Os 16 participantes foram: sete auxiliares de enfermagem, seis técnicos e três enfermeiros, 14 do sexo feminino e dois masculinos. Esse perfil corrobora a atualidade, no qual aponta para a predominância feminina da equipe de enfermagem. A faixa etária dos entrevistados variou entre, 33 e 54 anos. O tempo de profissão foi de 1 a 25 anos. As entrevistas tiveram duração média de 10 minutos. Da análise dos dados obtidos emergiram duas categorias temáticas: Importância da higiene oral e fatores que favorecem e que prejudicam a realização da higiene oral.

3.1 Importância da higiene oral

Ao abordarem a relevância da higiene oral os participantes também acharam importante falar toda sua rotina de trabalho, ao receberem Plantão:

“A gente chega, vai verificar os sinais, se tem alguém assim, sujo, a gente procura limpar, espera o horário da visita, e quando começa os banhos a gente faz os cuidados, troca, dá banho.” (E2)

A rotina de trabalho do enfermeiro consiste na organização e distribuição de atividades da equipe de enfermagem, além de visita de enfermagem.

“Nós passamos visita de enfermagem após o horário de visita (dos familiares), onde consigo identificar alguma necessidade a ser suprida do próprio paciente, além de conhecer melhor o paciente que está internado na enfermaria. Depois, presto cuidados de assistência. Sempre tem uma sonda pra passar, ou qualquer outra demanda.” (E16)

Foi relatado também a complexidade, idade, e o grau de dependência dos pacientes como itens a serem priorizados na rotina de cuidado.

“A prioridade é os pacientes cardíacos, os pacientes pós-operatório, os pacientes idosos, ‘depeóticos’, os pacientes que fazem uso de oxigênio, fazem uso de ventilação mecânica, essas são as nossas prioridades.” (E3)

“A prioridade acaba sendo os banhos, por que se não o paciente fica sujo né, e não é legal o paciente ficar sujo lá na cama.” (E2)

Quando conversado acerca da importância da higiene oral, todos entendem que tal prática é importante, mas admitem que não seja a prioridade.

“Ah, [a higiene oral] dá uma sensação de bem estar, é uma maneira do paciente se sentir limpo também. Infelizmente não é uma coisa que é feita regularmente. Infelizmente o pessoal não dá muita importância” (E2).

“É pra ele vai se sentir bem, ele vai ver que ele tá limpinho, ele vai poder receber as pessoas que ele vai tá, eu vejo assim como um cuidado né.” (E5)

Outros participantes relataram que a prática é importante na prevenção de doenças, como endocardite e pneumonia.

“A higiene oral é muito importante mesmo, até por conta de proliferação de bactérias na cavidade oral, até nessa questão de secreção, pneumonia, a sujidade nessa área aí pode acarretar” (E9).

“A higiene oral ela é muito importante, por que, a gente sabe que, cientificamente foi provado por que, a boca nossa é muito contaminada, tem muita infecção, tem muita bactéria, e isso acaba indo pro pulmão, e acaba causando endocardite e até a pneumonia nos pacientes.” (E7)

Em relação à técnica de higiene oral, percebe-se que os profissionais priorizam os pacientes em ventilação mecânica:

“Bom, o paciente entubado é a gente que realiza mesmo né. O paciente parcialmente dependente, depende do grau de dependência do paciente né” (E1).

“Quando o paciente é entubado, ou traqueostomizado, os cuidados na higiene oral têm que ser dobrados, por que você já tem que estar aspirando, escovando a boca, fazendo a higiene oral com o aspirador ligado, por que ele pode aspirar aquela água suja né, de pasta, e isso ir diretamente para o pulmão.” (E13)

Quanto aos materiais utilizados, obteve-se dois tipos, quando pertence ao paciente e quando é fornecido pelo hospital. A maioria dos participantes relataram usar antisséptico bucal e creme dental, além de usarem o aspirador em casos de pacientes em ventilação mecânica.

“Nós usamos o enxaguante bucal, que a gente as vezes pede pra família tá trazendo [...] que o paciente tiver costume de utilizar em casa, ou a pasta de dente. Nós utilizamos também a clorexedine aquosa diluída em um pouco de água” (E9).

3.2 Fatores que favorecem e que prejudicam a realização da higiene oral

Os profissionais de enfermagem apontaram também os fatores que favorecem e os que prejudicam a realização do cuidado de higiene oral:

“Um dos fatores é, se você tem o material apropriado, se você tem o produto adequado, se você tem o instrumento né” (E11).

“Quando tem material ajuda né, ter material é muito bom. Quando não tem você tem que improvisar, usa o dedo, calça a luva, pega gazes, aí você vai e limpa, mas nem por isso você deixa de fazer.” (E12)

Entre os fatores que prejudicam esse cuidado estão a falta de profissionais em evidência.

“Falta de funcionários, falta de mão de obra mesmo né, por que é muito mais fácil trabalhar com o número de funcionários completo né, que a assistência na verdade é muito melhor, não sobrecarrega o funcionário, o paciente sai ganhando, a gente consegue prestar uma assistência de qualidade” (E1).

“A dificuldade maior que nós enfrentamos na realização da higiene oral é a diminuição de funcionários né, por exemplo, já ficamos em dois pra cuidar de 20 pacientes, e isso dificulta bastante esses cuidados.” (E3)

4 | DISCUSSÃO

No âmbito hospitalar, embora a prática de higiene oral seja atribuição da equipe de enfermagem, é frequentemente negligenciada (NOORT, WITTEMANN, HARTOG, EVERAARS, 2019; JUNIOR, 2020), seja por falta de conhecimento acerca da importância do procedimento, não aceitação do paciente no momento do cuidado, sobrecarga de trabalho ou por falta de cuidados de rotina que contemplem a higiene oral como procedimento padrão (ORLANDINI, 2012; JUNIOR, 2020). Ficou claro nas falas dos entrevistados, que a grande preocupação da equipe de enfermagem consiste em cumprir as escalas de trabalho, pautando-se ainda no modelo funcionalista, influenciados por Frederick W. Taylor e Jules Henri Fayol (TSUJI, AGUILAR-DA-SILVA, 2010).

A rotina de cuidados de auxiliares e técnicos de enfermagem consiste na realização e verificação sinais vitais, preparo e administração de medicamentos, cuidados de higiene e conforto, controle de ingestão e eliminações e coleta de material para EXAMES (SOUZA, SANTOS, MONTEIRO, 2013). Em relação à rotina dos enfermeiros, a mesma é dividida em atividades gerenciais, como passagem de plantão, controle da assiduidade dos funcionários, planejamento, dimensionamento, educação permanente e continuada, supervisão e avaliação de desempenho da equipe de enfermagem e elaboração das escalas de serviços, atividades assistenciais, como visita de enfermagem, liderança e tomada de decisão. Porém, devido à alta demanda do serviço de saúde, enfermeiros dedicam a maior parte do tempo a atividades gerenciais (SOARES, CAMELO, RESCK, TERRA, 2016; LEE, NOH, HAN, JEON, 2019).

Em relação às prioridades do cuidado, identificou-se que auxiliares e técnicos de enfermagem priorizam banho, cuidados de higiene e conforto e mudança de decúbito (PASSOS, 2011). Nos depoimentos dos entrevistados, foi possível perceber que o profissional da enfermagem se sente incomodado em ver o paciente sujo, seja por questões de higiene, seja pela aparência. Entre os enfermeiros, as prioridades devem estar voltadas para aspectos relacionados à políticas de planejamento, com ênfase na promoção e reabilitação em saúde, com base no gerenciamento e avaliação dos cuidados prestados por parte de sua equipe (FERNANDES, PAIVA, MAGESTE, 2017; SOARES, LEAL, RESCK, 2019).

Partindo do pressuposto de que necessidades de saúde consiste em um conjunto de coisas indispensáveis à vida (TSUJI, AGUILAR-DA-SILVA, 2010), cuidados como higiene e conforto são indispensáveis a vida do ser humano.

Portanto, a falta da higiene oral favorece o aparecimento e desenvolvimento de bactérias, fungos e vírus na cavidade oral, que podem afetar os rins, aumentam as chances de exposição a comorbidades, como pneumonia, favorecer o desenvolvimento de periodontia, que conseqüentemente podem desencadear problemas cardíacos, além de causar comprometimento do estado imunológico (MOTA, CARVALHO, BRITO, 2012; LEE,

NOH, HAN, JEON, 2019). Desta forma, embora o cuidado de higiene oral não seja uma prática valorizada por profissionais da equipe de enfermagem (MEDEIROS, RODRIGUES, OTANI, HIGA, 2020), evidencia-se sua importância como medida preventiva.

No presente estudo, a disponibilização de materiais foi apontada como fator essencial para a realização da técnica de higiene oral. Uma adequada gestão de materiais influencia diretamente no desempenho da organização em geral, proporcionando segurança no cuidado (BOGO, BERNARDINO, CASTILHO, CRUZ, 2015).

A falta de funcionários, a falta de materiais adequados, a falta de prescrição desse cuidado por parte dos enfermeiros, alta rotatividade e curta permanência do doente na instituição hospitalar, a falta de aceitação do paciente, a limitada disponibilidade de produtos, a carga excessiva de trabalho de enfermagem atrelada a falta de tempo e a falta de uma rotina de cuidados relacionados a higiene oral baseado em evidências influenciam na não realização da higiene oral por parte da equipe de enfermagem, proporcionando insatisfação no paciente (BRIGGS, MEREDITH, REDFERN, KOVACS, PRYTHERCH, SMITH, GRIFFITHS, 2018; COKER, PLOEG, KAASALAINEN, CARTER, 2017), GIBNEY, WRIGHT, NAGANATHAN, 2019).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo mostrou que, na visão dos profissionais de enfermagem, a higiene oral é uma importante medida na promoção de conforto e bem-estar do paciente, ou na prevenção de doenças. Porém, embora seja considerado um cuidado relevante para a saúde integral, ele parece não ser priorizado entre os profissionais de enfermagem ao paciente hospitalizado. É evidente que a falta de recursos materiais, associado à uma redução no quantitativo de profissionais, interferem de forma negativa na assistência ao paciente, além da sobrecarga de atividades e, conseqüentemente, desmotivação dos profissionais de enfermagem. O hospital possui um Procedimento Operacional (PO), porém, ele não é utilizado, além de estar desatualizado. Tal fato surge como um fator prejudicial na assistência da equipe de enfermagem, fazendo com que cada profissional realize a técnica de uma forma, sem um eixo a ser seguido. Além disso, a utilização de um PO serve como ferramenta orientadora e direcionadora para que a equipe. A partir desta pesquisa, propõe-se a atualização do Procedimento Operacional Padrão (PO) de Higiene Oral da instituição, para que o mesmo venha ser utilizado e valorizado pelos funcionários da instituição. Para tanto, o presente trabalho estruturou um Procedimento Operacional (PO) de Higiene oral, com o intuito de colaborar para a atualização do PO do hospital em que foi realizado a pesquisa, visando atender as fragilidades evidenciadas na pesquisa.

O cenário atual da saúde presume um sistema hierarquizado e não-universal, onde a consciência técnica dos profissionais envolvidos no cuidado ao indivíduo hospitalizado deve estar alinhada as necessidades de saúde dos usuários dos serviços de saúde. Para

tanto, os resultados do presente estudo ilustram a iminente necessidade de reflexão e conscientização por parte dos gestores e profissionais de enfermagem acerca dos cuidados prestados ao indivíduo hospitalizado, ressaltando a indispensável ótica biopsicossocial como eixo estruturante do cuidado, atrelado a ações de conscientização, para que esta técnica seja vista não como algo opcional, mas como parte relevante do cuidado.

REFERÊNCIAS

- ASSIS, G.L.C. et al. **Proposal of nursing diagnoses, outcomes and interventions of postoperative patients of orthognathic surgery.** Revista Escola de Enfermagem, USP. V.52, e03321, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342018000100429&script=sci_arttext&tlng=en. Acesso em: 02 set. 2020.
- BRASIL. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012.** Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde; 2013. Seção 1:59.
- BOGO, P. C., BERNARDINO, E., CASTILHO, V., CRUZ, E. D. A. **The nurse in the management of materials in teaching hospitals.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, v.49, n.4, p.629-635, 2015.
- CHAVES, L. D. P., MININEL, V. A., SILVA, J. A. M., ALVES, L. R., SILVA, M. F., CAMELO, S. H. H. **Supervisão de enfermagem para a integralidade do cuidado.** Revista Brasileira de Enfermagem, v.70, n.5, p.1165-1170, 2017.
- COKER, E., PLOEG, J., KAASALAINEN, S., CARTER, N. **Nurse's oral hygiene care practices with hospitalized older adults in post a cute seetings.** International Journal of Older People Nursing, v.12, e12124, 2017.
- DE MARCO, A. A., CARDOSO, C. G., DE MARCO, F. V. C., MELO FILHO, A. B., SANTAMARIA, M. P., JARDINI, M. A. M. **Oral confdition of critical patientes and its correlation with ventilator associated pneumonia: a pilot study.** Revista de odontologia da UNESP, v.42, n.3, p.182-187, 2013.
- ESTAJI, Z., ALINEJAD, M., HASSAN HACKSHANI, M., RAD, M. **The comparison of Chlorhexedine solution and swab with toothbrush and toothpaste effect on preventing oral lesion in hospitalized patients in intensive care unit.** Global journal of Health Science, v.8, n.5, p.211-216, 2015.
- FERANDES, A. C. B. C; PAIVA, K. C. M.; MAGESTE, G. S. **Competências gerenciais de enfermeiros de um hospital de Belo Horizonte (MG): O ideal e o real.** Revista de administração hospitalar e inovação em saúde. V.14, n.4, 2017. Disponível em: <https://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/73-86>. Acesso em: 05 set. 2020.
- GAETTI-JARDIM, E. G., SETTI, J. S., CHAEDE, M. F. M., MENDONÇA, J. C. G. **Atenção odontológica em pacientes hospitalizados: Revisão de literatura e proposta de protocolo de higiene oral,** Revista Brasileira de Ciências da Saúde, v.11, n.35, p.31-36, 2013.
- GIBNEY, J. M., WRIGHT, F. A., NAGANATHAN, V. **Improving the oral health folder people in hospital.** Australasian Journal on Agering, v.38, n.1, p.33-38, 2019.

JERREAT, M., YOUSOUF, N., BARKER, C., JAGGER, D. C. **Denture care of in-patients: the views of nursing staff and the development of an educational programme on denture care.** Journal of research in Nursing, v.12, n.2, p.193-199, 2007.

JUNIOR, A. C. S. et al., 2020. **Higiene oral: atuação da equipa de enfermagem em ambiente hospitalar.** Revista de enfermagem referência, v.1, e19099, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserVn1/vserVn1a10.pdf>. Acesso em: 02 set. 2020.

KONU, D. S., AYDIN, M., CANGUR, S., GUYEN, E. **The effect of oral care with chlorhexidine, vitamin E and honey on mucositis in pediatric intensive care patients.** Journal of Pediatric Nursing, v.45, 2019.

LEAL, L. A., SOARES, M. I., SILVA, B. R., BERNARDES, A., CAMELO, S. H. H. **Competências clínicas e gerais para enfermeiros hospitalares: visão de egressos de enfermagem.** Revista Brasileira de Enfermagem, v.71, n.4, p.1605-1612, 2018.

LEE, Y. J., NOH, J., HAN, S. Y., JEON, H. S. **Oral health care provided by nurses for hospitalized patients in Korea.** International Journal of Dental Hygiene, v.17, p.336-342, 2019.

MACNEIL, B. A., SORENSON, H. M. **Oral hygiene for the ventilated patient.** AARC Times Magazine, v.15, 2009.

MANZINI, E. J. A. **A entrevista na pesquisa social.** Didática, São Paulo, v.26, p. 149-158, 1991.

MEDEIROS, R. O.; RODRIGUES, M. R.; OTANI, M. A. P.; HIGA, E. F. R. **Percepção da enfermagem sobre a higiene oral no paciente hospitalizado.** In: CONGRESSO IBERO-AMERICANO EM INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA- CIAIQ, 2020, Corunha. **Atas [...].** Aveiro: Ludomedia, 2020. v.3, p.732-741. Disponível em: <https://publi.ludomedia.org/index.php/ntqr/article/view/198>. Acesso em: 06 ago. 2020.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Hucitec, 2013.

MOTA, L. A. A.; CARVALHO, G. B.; BRITO, V. A. **Complicações laringeas por intubação orotraqueal: revisão de literatura.** International Archives of Otorhinolaryngology, v.16, n.2, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/iao/v16n2/v16n2a14.pdf>. Acesso em: 03 set. 2020.

NOGUEIRA, J. W. S.; JESUS, C. A. C. **Higiene bucal no paciente internado em unidade de terapia intensiva: revisão integrativa.** Revista Eletrônica de Enfermagem, v.19, 2017. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/41480>. Acesso em: 02. set. 2020.

NOORT, H. V., WITTEMAN, B. J. M., HERTOOG, R. D., EVERAARS, B. **A context analysis on how oral care is delivered in hospitalized patients: a mixed-methods study.** Journal of Clinical Nursing, p.1-13, 2019.

ORLANDINI, G. M. **Conhecimento da equipe de enfermagem sobre higiene oral em pacientes criticamente enfermos.** Revista Gaúcha de Enfermagem, v.33, n.3, p.34-41, 2012.

PASSOS, S. S. S. Cuidados de enfermagem ao paciente dependente e hospitalizado. Revista de Enfermagem UFRJ, v.19, n.4, p.598-603, 2011.

RECIO-SAUCEDO, A., DALL'ORA, C., MARUOTTI, A., BALL, J., BRIGGS, J., MEREDITH, P., REDFERN, O. C., KOVACS, C., PRYTHERCH, D., SMITH, G. B., GRIFFITHS, P. **What impact does nursing care left undone have on patient outcomes? Review of Literature.** Journal of Clinical Nursing, v.27, n.12, p.2248-2259, 2018.

RODRIGUES, A. L. S.; MALACHIAS, R. C.; PACHECO, C. M. F. **A importância da saúde bucal em pacientes hospitalizados: uma revisão.** Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo, v.29, n.3, p.243-248, 2017. Disponível em:
<http://publicacoes.unicid.edu.br/index.php/revistadaodontologia/article/view/629/587>. Acesso em: 02 set. 2020.

SCALCO, J. M., FERNANDES, T. M. F., SCALCO, V. F., RIBEIRO, E., SHIGUEMATSU, S. M., POLETI, M. L. **Analysys of preventative influene on a oral hygiene protocol on ventilator-associated pneumonia.** Journal of Health Sciences, v.21, n.3, p.281-283, 2019.

SCANNAPIECO, F. A.; SHAY, K. **Oral health disparities in older adults: Oral bacteria, inflammation, and aspiration pneumonia.** Dental Clinics of North America, v.58, n.4, p.771-782, 2014.

SOARES, M.I., CAMELO, S. H. H., RESCK, Z. M. R., TERRA, F. S. **Saberes gerenciais do enfermeiro no contexto hospitalar.** Revista Brasileira de Enfermagem, v.69, n.4, p.676, 2016.

SOARES, M. I., LEAL, M. A., RESCK, M. R. M, TERRA, F. S., CHAVES, L. D. P., HENRIQUES, S. H. **Competence-based performance evaluation in hospital nurses.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, v.27, e3184, 2019.

SOUZA, F. G. M., ERDMANN, A. L., MAGALHÃES, A. L. P. **Contornos conceituais e estruturais da pesquisa qualitativa.** Porto Alegre: Moriá, 2016.

SOUZA, M. F. G., SANTOS, A. D. B., MONTEIRO, A. I. **O processo de enfermagem na concepção de profissionais de enfermagem de um hospital de ensino.** Revista Brasileira de Enfermagem, v.66, n.2, p.167-173, 2013.

TEIXEIRA, K. C. F., SANTOS, L. M., AZAMBUJA, F. G. **Análise da eficácia da higiene oral de pacientes internados em unidades de terapia intensiva de um hospital de alta complexidade no sul do Brasil.** Revista de Odontologia da Unesp, v.31, n.2, p.134-144, 2019.

TSUJI, H., AGUILAR-DA-SILVA, A. **Aprender e ensinar na escola vestida de branco: do modelo biomédico ao humanístico.** São Paulo: Phorte, 2010.

CAPÍTULO 13

INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO: AS AÇÕES DA EQUIPE NA PREVENÇÃO SOB A ÓTICA DO ENFERMEIRO EM CENTRO CIRÚRGICO

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 10/09/2020

Edson Flaiman Menines Souto

Universidade Castelo Branco

Rio de Janeiro – Rio de Janeiro

<http://lattes.cnpq.br/1708181689706956>

RESUMO: Objetivo: Compreender o papel do enfermeiro na prevenção de Infecção de sítio cirúrgico e a importância do checklist e profilaxia antimicrobiana como fator preventivo. Método: Uma revisão integrativa na qual foram utilizadas as bases de dados BDENF, BVS, SCIELO e LILACS, com corte temporal de 2014 à 2019, aonde foram selecionados 20 artigos para o estudo. Resultados: Foi constatado que o enfermeiro exerce um papel de grande importância na prevenção de infecção de sítio cirúrgico, mostrando-se presente em todo o período perioperatório e sempre atuante nas medidas adotadas através de protocolos profiláticos no qual vemos a profilaxia antimicrobiana e o checklist como uma das medidas mais importantes para a prevenção desse acometimento. Conclusão: A infecção de sítio cirúrgico ainda é um grande problema que pode trazer riscos severos ao paciente aonde encontramos o enfermeiro à frente na supervisão e execução de medidas preventivas para a diminuição desse agravo e para segurança do paciente.

PALAVRAS - CHAVE: Infecção da ferida cirúrgica, Antibioticoprofilaxia, Lista de checagem,

Enfermagem, Prevenção.

SURGICAL SITE INFECTION: THE TEAM'S ACTIONS IN PREVENTION FROM THE POINT OF VIEW OF THE NURSE IN THE SURGICAL CENTER

ABSTRACT: Objective: To understand the role of the nurse in the prevention of surgical site infection and the importance of checklist and antimicrobial prophylaxis as a preventive factor. Method: An integrative review in which the BDENF, VHL, SCIELO and LILACS databases were used, with a time cut from 2014 to 2019, where 20 articles were selected for the study. Results: It was found that the nurse plays a very important role in the prevention of surgical site infection, being present throughout the perioperative period and always active in the measures adopted through prophylactic protocols in which we see antimicrobial prophylaxis and the checklist as one of the most important measures to prevent this involvement. Conclusion: The infection of surgical site is still a great problem that can bring severe risks to the patient where we find the nurse ahead in the supervision and execution of preventive measures for the reduction of this aggravation and for the safety of the patient.

KEYWORDS: Surgical wound infection, Antibioticoprofilaxia, Checklist, Nursing, Prevention.

1 | INTRODUÇÃO

A infecção relacionada à assistência à saúde (IRAS) é de tamanha importância e tem-se mostrado preocupação por parte dos serviços

de saúde. Dentre as topografias das IRAS, a infecção de Sítio cirúrgico (ISC) é diretamente pertinente aos procedimentos cirúrgicos, atualmente, está entre as mais importantes IRAS. (CARVALHO, R. L. R. *et al*)

A ISC é uma temida complicação consequente de um procedimento cirúrgico, pois trata-se de um grave episódio, possuindo um alto custo e é afiliado ao aumento da morbidade e mortalidade. É aquele que ocorre na incisão da cirurgia, acometendo tecidos, órgãos e cavidades manipuladas durante o procedimento cirúrgico podendo ser diagnosticadas num período de 30 dias ou em prazo de até 1 ano, no caso de uso de próteses. Pode ser classificada como incisional superficial, quando envolve pele e tecido subcutâneo; incisional profunda, quando envolve tecidos moles profundos (fáscia e/ou músculos) e órgãos/cavidade quando envolve órgão ou cavidade. (BARROS, C. S. M. A. *et al*)

No Brasil a ISC destaca-se entre as principais IRAS, ocupando a terceira posição entre todas, compreendendo cerca de 14% a 16 % entre pacientes hospitalizados. O processo infeccioso pós cirúrgico é favorecido por uma diversidade de fatores que abrangem aspectos assistências no pré, intra e pós operatório. Fazendo-se necessário uma equipe multiprofissional preparada e capacitada para a prevenção de infecções. (BRAZ, N. J. *et al*)

Estudos mostram que 60% das ISC são evitáveis e que a implementação de medidas simples pode reduzir a incidência desta afecção. Dentre as medidas que são utilizadas na profilaxia da ISC, estão o checklist de cirurgia segura, paramentação correta da equipe, lavagem cirúrgicas das mãos de forma correta, antisepsia da pele do paciente, esterilização dos materiais e instrumentais, e o uso racional de antimicrobianos (ATM) no Perioperatório, sendo esse um dos mais utilizados na prevenção da ISC. Entretanto, sua eficácia está diretamente relacionada com a forma como é administrado. (MELO, M. S. *et al*)

A profilaxia antimicrobiana (PATM) se caracteriza pela administração endovenosa de agente ATM profilático, a fim de que a sua concentração bactericida atinja níveis séricos e teciduais quando a incisão for realizada e durante todo período cirúrgico. Isso visa reduzir a carga microbiana de contaminação intraoperatória e para cumprimento com êxito de sua função, deverá administrada até uma hora antes da incisão cirúrgica. (TOSTES, M. F. P. *et al*)

O enfermeiro possui grande importância no papel de prevenção, controle e cuidado da ISC. O mesmo tem como diretriz, a supervisão e controle de todos os acontecimentos no período perioperatório para que seja evitado o risco de qualquer evento adverso (EA), além do mais, diante da percepção do checklist de cirurgia segura, o Enfermeiro tem o comando de voz no controle de toda a equipe multiprofissional que é assistida, tendo função a supervisão desde a recepção do paciente no centro cirúrgico, até toda a verificação dos requisitos a serem cumpridos do checklist, que se dá nas etapas de verificação antes e após a indução anestésica, incisão cirúrgica e durante ou após o fechamento da incisão. (FERREIRA, E. G. J.; TELES, A. F. G.; AMARAL, M. S.)

Quando nos referimos da atuação de enfermagem baseada em evidências frente a ISC, se mostra um assunto de extrema relevância uma vez que essa infecção é a terceira mais recorrente entre as IRAS. O enfermeiro é um agente importante na prevenção da ISC, atuando em diversos momentos e alguns deles são: na supervisão da técnica de escovação cirúrgica, no checklist e na PATM. (GEBRIM, C. F. L. *et al*)

Diante do exposto, com o intuito de compreender e aprimorar o conhecimento sobre a temática envolvida, buscamos na literatura evidências que façam o leitor entender a importância do papel do enfermeiro na atuação da prevenção de ISC, no uso do checklist e na PATM como medidas profiláticas, assim propôs-se o presente trabalho. Sendo seu objetivo geral “compreender a importância do enfermeiro na prevenção de ISC no período perioperatorio” e seus objetivos específicos, “Identificar os meios de prevenção utilizados para a Infecção de Sítio Cirúrgico” e “Descrever a abordagem do enfermeiro na profilaxia antimicrobiana e no checklist de cirurgia segura”.

2 | METODOLOGIA

Este projeto trata-se de uma revisão integrativa que compreende a análise de pesquisas conceituadas que dão embasamento para a tomada de decisões e o aprimoramento da prática clínica, possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um determinado tema, além de demonstrar lacunas do saber que precisam ser completadas com a realização de novos estudos. (MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M.) Para o desenvolvimento foram utilizadas 6 etapas metodológicas que são: Definição da pergunta de pesquisa; pesquisa na literatura; categorização dos estudos; categorização dos artigos incluídos na revisão; a interpretação dos resultados obtidos e a apresentação da revisão.

A primeira fase trata-se da formação da pergunta norteadora. Esta é considerada a etapa mais importante pois determina o tema a ser pesquisado o que direciona todas as etapas posteriores a esta. A questão norteadora escolhida foi: Qual o papel do enfermeiro e sua importância como agente responsável pela prevenção de ISC e o uso do checklist e profilaxia antimicrobiana como medida preventiva?

A segunda fase trata-se da busca em literatura. Nesta fase definimos os seguintes descritores: Infecção da ferida cirúrgica, antibioticoprofilaxia, lista de checagem, enfermagem e prevenção. Foi realizada a busca dos artigos nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (LILACS), Base de Dados em Enfermagem (BDENF).

A terceira fase corresponde à coleta de dados de outras pesquisas que fossem relevantes para a construção deste projeto. Foram estabelecidos os critérios para refinamento do conteúdo encontrado, para inclusão foram estabelecidos: Os artigos publicados entre os anos de 2014 a 2019, que disponibilizassem os textos na íntegra, no

idioma Português. Os critérios de exclusão foram: Artigos que não cumprissem os critérios de inclusão, dissertações e teses.

A quarta fase é a avaliação crítica dos artigos incluídos na etapa anterior. Realizamos a categorização e a avaliação dos dados fornecidos pelos artigos selecionados para estudo com o intuito de agrupar o conhecimento sobre a temática.

A quinta fase corresponde ao resumo das informações obtidas durante a análise temática, nesta etapa dissertaremos sobre nossa interpretação e conclusão.

A sexta fase refere-se à apresentação propriamente dita da revisão realizada. É a concretização de todas as etapas seguidas anteriormente.

3 | RESULTADOS

A partir do uso dos descritores selecionados e critérios de inclusão, foram achados um total de 767 artigos, sendo 80 da BDNF, 76 da LILACS, 169 da BVS e 442 da SCIELO, depois de lido os resumos dos artigos, foram selecionados para a revisão integrativa desse estudo 3 da BDNF (15%), 6 da LILACS (30%), 6 da BVS (30%) e 5 da Scielo (25%), totalizando 20 artigos para a discussão (100%)

Foram incluídos alguns dados referentes aos 20 artigos selecionados para o tópico de discussão desta pesquisa como: autores, ano da publicação e a revista no qual foi publicado, o método de estudo e o título de cada um, os quais foram publicados de 2014 à 2019, tendo 4 estudos com métodos de revisão integrativa, 6 com método de estudo transversal, 2 com estudo descritivo, 1 de coorte histórica, 1 de pesquisa avaliativa, 1 estudo epidemiológico de caso-controle, 1 estudo retrospectivo, 1 estudo de coorte não recorrente, 1 pesquisa exploratória com abordagem qualitativa, 1 pesquisa avaliativa e 1 pesquisa metodológica de abordagem quantitativa.

Foram encontrados 7 artigos de checklist (35%), 3 de profilaxia antimicrobiana (15%), 1 de curativos (5%), 1 cuidados de enfermagem na manutenção da temperatura corporal (5%), 3 de fatores de risco para ISC (15%), 2 ISC em pacientes submetidos a cirurgia cardíaca (10%), 2 de prevenção a ISC (10%) e 1 de incorporação de evidências na enfermagem (5%).

Se demonstrou evidente que o enfermeiro exerce um papel fundamental na prevenção de ISC e sua atuação tem grande importância durante todo o período perioperatório. Além disso todos os artigos selecionados falam de fatores de risco que podem levar a complicações cirúrgicas e a ISC, também relatam de medidas a serem tomadas para que ocorra a prevenção desses agravos de modo efetivo e que contribua sempre para a segurança do paciente, mostrando que o enfermeiro está sempre presente e a frente seja atuando ou supervisionando todo o processo de prevenção.

4 | DISCUSSÃO

A presente revisão buscou identificar e compreender a importância das principais medidas preventivas no controle de EA que venham ocasionar a ISC durante o período perioperatório, sabendo que essa é uma temida complicação consequente de um procedimento cirúrgico a qual pode levar o agravo do paciente ou até mesmo ao óbito. Sendo proveniente de um processo infeccioso e pós-cirúrgico, pode vir a surgir de uma diversidade de fatores que abrange aspectos assistências no pré, intra e pós-operatório. (OLIVEIRA, A. C. O.; GAMA, C. S.)

Se faz assim necessário uma equipe preparada para agir de maneira preventiva contra infecções em todo período perioperatório, no qual o enfermeiro dentro dessa equipe tem o papel na supervisão e controle de todos os acontecimentos e medidas a serem tomadas contra o surgimento desse evento. Dentre essas medidas encontra-se o checklist de cirurgia segura e a PATM que são dois grandes fatores importantes na prevenção da ISC. (OLIVEIRA, A. C. O.; GAMA, C. S.)

O checklist é uma estratégia usada para a melhora da assistência cirúrgica, sendo importante para a redução de EA garantido que seja seguida algumas regras e medidas de segurança críticas pela equipe cirúrgica de modo que aumente a segurança dos procedimentos cirúrgicos, contribua com a melhora nas práticas de segurança, promova melhor comunicação e trabalho entre a equipe. Esse checklist é dividido em três momentos que são: sing in, time out e sing out. (ROSCANI, A. N. C. P. *et al*)

A “entrada” ou sing in é necessário para que o paciente ou sítio cirúrgico não seja operado errado, são verificados nesse momento, o consentimento para cirurgia, a identificação do paciente, demarcação do sítio cirúrgico, segurança anestésica, oxímetro de pulso, avaliação de via aérea, alergias do paciente e risco de perda sanguínea. Na “pausa cirúrgica” ou time out a equipe se apresenta, confirmam o sítio cirúrgico, nome do paciente e cirurgia proposta, ocorre breve debate sobre eventos críticos previstos e planejamento operatório, verifica esterilização de equipamentos e materiais, confirma PATM e exames laboratoriais. Na “saída” ou sing out que é feita antes do paciente sair da sala, é verificada a contagem de instrumental, compressas e agulhas, identificação de amostras patológicas corretas, problemas com equipamentos e se ocorreu intercorrências que venha influenciar na recuperação do paciente e demandar cuidados específicos. (ALMEIDA, R. E. A.; RODRIGUES, M. C. S.)

Demonstra-se necessário o envolvimento, conhecimento e compreensão de todos os membros da equipe para que se possa obter bons resultados e incorporar com eficácia na prática diária, como mostra estudos que se realizada de maneira fidedigna pela equipe o checklist reduz as taxas de mortalidade, complicações cirúrgicas e aumenta as chances dos pacientes receberem um tratamento adequado. (GOMES, C. D. P. *et al*), (ROSCANI, A. N. C. P. *et al*).

Porém mesmo sabendo que o checklist traz benefícios para a segurança do paciente, melhora a comunicação da equipe e evita EA, observou que ainda ocorre um preenchimento inadequado ou até mesmo o não preenchimento e muitas das vezes quando é realizado não se faz verbalmente como deveria ser. Cabe ressaltar que o uso da lista de verificação permite um processo mais comunicativo entre a equipe nas salas operatórias o que é essencial na cultura de segurança e ainda a adesão da equipe e o preenchimento correto é imprescindível para alcançar o impacto esperado na segurança do paciente. (MARQUIONI, F. S. N. *et al*), (ALMEIDA, R. E. A.; RODRIGUES, M. C. S.), (MAZIERO, E. C. S.; SILVA, A. E. B. C.; CRUZ, E. D. A.)

Compreendemos que a concepção dos profissionais da equipe sobre a importância dos itens a serem verificados no checklist pode ter influência no seu uso, pois os itens relacionados diretamente a enfermagem são os que tem maior preenchimento correto em relação os demais ligados as outras áreas que compõem a equipe. Isso possivelmente está ligado pelo fato de que a recomendação é de que um único membro da equipe que vá participar do procedimento cirúrgico conduza a aplicação do checklist e o enfermeiro é que assume o protagonismo na condução do mesmo. (MARQUIONI, F. S. N. *et al*), (ALMEIDA, R. E. A.; RODRIGUES, M. C. S)

Sob a ótica do enfermeiro a implementação do checklist acarreta em benefícios para o paciente com ênfase para a promoção de sua segurança. Para a equipe, consiste em melhora na comunicação e o uso da lista como oportunidade de cooperamento entre os profissionais, sendo a qualidade do cuidado prestado ao paciente melhorada. No que tange a enfermagem, o enfermeiro tem participação ativa no uso do checklist que proporciona a prevenção de EA em todo o período perioperatório e na melhoria assistencial, a partir de redução de erros e consequentemente danos ao paciente. (TOSTES, M. F. P.; GALVÃO, C. M.), (GOMES, C. D. P. *et al*)

Também é avaliado pelo enfermeiro no pré-operatório as condições do paciente, adquirindo as informações necessárias para reduzir as incertezas e medos do paciente e com isso trazer uma assistência com mais qualidade para os próximos períodos cirúrgicos. A enfermagem necessita realizar controle de infecções trazendo ferramentas para diminuir taxas prevalentes desse acometimento, o qual através da construção, confirmação, uso de protocolos de intervenção e manejo da equipe para realização dos cuidados, são aspectos relevantes para atuação de uma assistência perioperatória presente e eficaz na prevenção de fatores de risco. (MARTINS, T.)

Existem protocolos que são criados pelas instituições na visão de prevenção de complicações cirúrgicas e segurança do paciente, no qual vemos em um dos artigos selecionados que o enfermeiro é quem guia esse protocolo profilático para pacientes a serem submetidos a intervenção cirúrgica, no qual é feito a tricotomia, o uso da clorexidina como antisséptico corporal, controle glicêmico rigoroso no transoperatório, o uso de mupirocina nas narinas a fim de impedir a infecção por *staphylococcus aureus* e assepsia

do campo operatório. (KAHL, E. R. P. Y. *et al*)

Estes processos possuem importância para diminuir o crescimento de infecções, como também manter válido os protocolos de prevenção de ISC. Ações sistemáticas da equipe de enfermagem para impedir diminuir desfechos prejudiciais das doenças e fatores de risco, devem estar presentes independente do cenário atuante. (KAHL, E. R. P. Y. *et al*)

AISC consiste nos fatores relacionados ao paciente, a equipe, mas fundamentalmente da disponibilidade de contaminação da ferida cirúrgica durante o procedimento. Com isso pode se dizer que a chance de contaminação bacteriana traz uma maior possibilidade para o paciente desenvolver uma ISC, através da entrada de microrganismo na cavidade que está aberta e sendo manipulada no momento da cirurgia. (OLIVEIRA, A. C. O.; GAMA, C. S.)

Tendo vários fatores de risco existentes que contribuem para o desenvolvimento da ISC temos como exemplo o patógeno, o paciente e o procedimento cirúrgico. O patógeno destaca-se a carga microbiana, sua patogenicidade e infectividade, já aqueles em relação ao paciente podem se ter vários fatores como: extremos de idade, sua alimentação, período de internação pré-operatória, doenças preexistentes, dentre outros. No procedimento cirúrgico que se dá no transoperatório pode ser descrito a antisepsia de forma incorreta das mãos do cirurgião e instrumentador, o preparo inadequado da sala operatória, a PATM feita de maneira errada, a oxigenação e o não controle da normotermia do paciente, entre outros. (OLIVEIRA, A. C. O.; GAMA, C. S.)

Vale ressaltar que o controle da temperatura corporal do paciente é algo que não consta como um item no checklist, sendo um fator de extrema importância, pois é função da enfermagem aplicar medidas para prevenir a hipotermia, pois a mesma pode acarretar em complicações sistêmicas, comprometendo o processo de cicatrização e aumentando o risco de desenvolver ISC. Alguns fatores podem vir a causar hipotermia não intencional no ato cirúrgico, tais como a duração da anestesia, temperatura da sala operatória, uso de soluções e infusões intravenosas frias e fatores relacionados ao paciente como: índice de massa corporal, idade e presença de doenças ou traumas associados. (SOUZA, E. O.; GONÇALVES, N.; ALVAREZ, A. G.)

Para evitar esta complicação, cabe também a enfermagem implementar medidas de prevenção em todo o período perioperatório tais como: método cutâneo ativo, que é a infusão de solução intravenosa aquecida, que se aplica tanto no pré, intra e pós operatório, e o método cutâneo passivo como o uso de lençol de algodão que normalmente é usado no pré e pós operatório imediato, campo cirúrgico de algodão, que é usado no intraoperatório e quando necessário faz-se o enfaixamento de extremidades com algodão ortopédico no intraoperatório e pós imediato. (SOUZA, E. O.; GONÇALVES, N.; ALVAREZ, A. G.)

A equipe também tem um papel fundamental na prevenção dos fatores de risco relacionados ao procedimento cirúrgico, tais como ter somente o número de pessoas essenciais na sala, na manutenção da porta fechada durante todo procedimento exceto

para passagem de equipamentos/materiais e profissionais necessários, a paramentação correta de toda a equipe com uso de capote e luvas cirúrgicas estéreis, máscaras e gorros cobrindo todo o cabelo durante a cirurgia, a não utilização de acessórios por toda a equipe e a degermação correta das mãos antes de entrar na sala para realizar a cirurgia. Essas medidas interferem diretamente na patogênese da ISC pois contribuem para eliminação/redução da passagem de microorganismos para a incisão ou cavidade manipulada na cirurgia. Salientando que é papel do enfermeiro supervisionar se a equipe está executando de maneira correta todas as medidas preventivas. (OLIVEIRA, A. C. O.; GAMA, C. S.)

Uma medida importante que se dá no pós operatório é a realização de curativos, que tem por finalidade auxiliar no tratamento da lesão feita, de modo a promover um ambiente favorável a cicatrização e diminuir o risco de infecção. Quando esses inúmeros recursos e terapêuticas de curativos são associados a protocolos assistências desenvolvidos e padronizados pela equipe de saúde, obtêm-se grande sucesso na recuperação da lesão. Sendo o enfermeiro o responsável pela realização dos curativos e também pela realização da evolução da lesão, para que assim seja feita a escolha do curativo mais adequado levando em consideração as características e o leito da ferida. (VIEIRA, A. L. G. *et al*), (KAHL, E. R. P. Y. *et al*)

Dentre as medidas mais utilizadas na prevenção de ISC está o uso de antibiótico profiláticos, o qual se refere a administração endovenosa de antibiótico antes da incisão cirúrgica a fim de que o mesmo atinja níveis séricos e teciduais quando a incisão for feita e durante todo o procedimento cirúrgico. Sendo uma medida relevante para a prevenção e redução de ISC, desde que a PATM siga rigorosamente os critérios definidos para o uso desse medicamento, devendo ser administrado via endovenosa, na dose de acordo com o peso do paciente, no tempo adequado (60 minutos antes da incisão), não devendo ultrapassar 24 horas de uso após a cirurgia e o uso de doses adicionais (repique) cuja a cirurgia ultrapassar a meia vida da droga usada. (GEBRIM, C. F. L. *et al*), (TOSTES, M. F. P. *et al*), (MELO, M. S. *et al*)

Antimicrobianos de meia vida menor que 1 hora é sugerido dose adicional a cada duas horas e se a meia vida do ATM for maior que 1 hora é indicado a cada 3-4 horas. Existem muitos ATM que podem ser utilizados, porém o de maior escolha conforme consta a corroboração entre os dados de todos os artigos selecionados com essa temática que foram 4 (100%), evidenciando que foi um da família de cefalosporinas de primeira geração que é o Cefazolina o qual liga-se em quantidade maior a proteínas plasmáticas, tem volume de distribuição mais baixa e meia vida de 1-2 horas, são fatores que levam esse medicamento a atingir concentrações séricas mais altas maior ampliação de ação, tornando-se assim o ATM de escolha, também tem efeito contra muitos microorganismos gram positivo e gram negativo além de seres seguros e mais rentáveis. (OLIVEIRA, A. C. O.; GAMA, C. S.), (TOSTES, M. F. P. *et al*), (MELO, M. S. *et al*)

As diretrizes visando a eficácia da cefazolina indica que deve ser administrado ao

paciente conforme o peso, sendo usado 1g para pacientes com o peso abaixo de 80kg e 2g quando o peso for maior que 80 kg, No caso de paciente obesos e de etilismo é necessário o ajuste das doses. (GEBRIM, C. F. L. *et al*)

Em contra partida mesmo sendo uma pratica profilática das mais importantes, o uso inadequado da PATM pode contribuir para resistência microbiana, acarretando risco a segurança do paciente. A administração e avaliação da necessidade de repique no intraoperatório é função do anestesista, o enfermeiro apenas confirma no momento do checklist dentro do centro cirúrgico se foi feita a PATM e passa para o pós se houve uso da dose adicional. (GEBRIM, C. F. L. *et al*), (MELO, M. S. *et al*)

Assim demonstrando-se que a enfermagem perioperatória pode contribuir para o fortalecimento das práticas de segurança do paciente através do enfermeiro assistencial, que fortalece essas práticas e provoca de modo abrangente um compromisso com os códigos de ética da enfermagem, pois se trata de uma pratica profissional orientada pelo respeito à conduta ética sendo assim uma pratica segura. Ainda deve se comprometer com o seguimento de diretrizes, guias, recomendações e resoluções pautadas na pratica baseada em evidências vigentes. É importante ainda que o profissional aprimore seus conhecimentos técnico-científico na temática de segurança ao paciente e demais assuntos que sustentarão sua prática profissional. (TOSTES, M. F. P. *et al*)

E através do enfermeiro gerencial, que por sua vez também tem a responsabilidade de oferecer uma assistência segura, promovendo, estimulando e criando condições para a educação profissional e desenvolvimento pessoal da equipe de enfermagem sob a sua orientação e supervisão proporcionando, além disso, um ambiente em que o enfermeiro possa perceber ameaças à segurança do paciente e ter autonomia e apoio para tomada de decisões em prol da segurança do paciente. Demonstra-se assim que a enfermagem exerce grande protagonismo na implementação e realização das melhores práticas para a segurança do paciente, pois os enfermeiros estão envolvidos nos cuidados do paciente, sete dias por semana, 24 horas por dia, agindo por meio da sua vigilância para manter a segurança de seus pacientes, identificando situações de risco e agindo para a prevenção da mesma. (TOSTES, M. F. P. *et al*)

5 | CONCLUSÃO

Concluimos que a ISC nos dias atuais ainda é um grande problema, mesmo contendo inúmeras formas de prevenções, ainda é a terceira mais recorrente entre as IRAS a qual acarreta sérios riscos para a segurança do paciente. Portanto a aplicação de medidas preventivas para a redução de infecção de ISC torna-se de extrema importância sendo essas ações realizadas pela equipe de saúde. O enfermeiro está na supervisão e execução de praticamente todas as ações preventivas, por ser o profissional que permanece maior tempo junto ao paciente e que possui condições técnico-científicas para

avaliar e prestar uma assistência adequada de acordo com a real necessidade de cada paciente, contribuindo para a segurança do mesmo em todo período perioperatório desde o banho pré-operatório, tricotomia, controle glicêmico e da temperatura corporal do paciente, a realização de curativos, na identificação dos fatores de risco e agindo no controle dos mesmo.

Também é o responsável pelo preenchimento e confirmação dos itens do checklist o qual é uma das principais ferramentas na redução da mortalidade e complicações cirúrgicas, que ainda promove mais segurança para o paciente e melhora na comunicação da equipe. É imprescindível que o preenchimento deva ser feito de maneira correta em todos os itens da lista para que o mesmo seja efetivo e alcance os resultados esperados. Para que isso ocorra, torna-se necessário que a equipe reconheça sua importância, tenha conhecimento sobre cada uma de suas etapas e esteja envolvida com sua implementação.

Além disso destaca-se a PATM que é um dos mais importantes meios de prevenção e redução da ISC, desde que essa seja feita de maneira correta seguindo rigorosamente todas os critérios para a sua administração antes da incisão cirúrgica e repique durante a cirurgia se necessário. Vemos que essa medida é um dos meios mais eficazes para o combate a ISC, porém se a mesma for usada de maneira inadequada em qualquer período perioperatório, pode acabar acarretando em resistência microbiana, sendo esse um grande fator de risco para a segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R. E. A.; RODRIGUES, M. C. S. **Preenchimento da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica em hospitais brasileiros**. 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-947621>. Acesso em 15 out. 2019.

BARROS, C. S. M. A. *et al.* **Fatores de risco para a infecção de sítio cirúrgico em procedimentos cirúrgicos cardíacos**. 2018. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/26045>. Acesso em 19 mai. 2019.

BRAZ, N. J. *et al.* **Infecção do sítio cirúrgico em pacientes submetidos a cirurgias cardíacas: uma análise do perfil epidemiológico**. 2018. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1793>. Acesso em 23 mai. 2019.

CARVALHO, R. L. R. *et al.* **Incidência e fatores de risco para infecção de sítio cirúrgico em cirurgias gerais**. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2848.pdf. Acesso em 19 mai. 2019.

FERREIRA, E. G. J.; TELES, A. F. G.; AMARAL, M. S. **Segurança do paciente no centro cirúrgico a partir da implementação do checklist de cirurgia segura uma revisão da literatura**. 2018. Disponível em: <https://revistacientifica.facmais.com.br/wp-content/uploads/2019/02/13.-SEGURAN%C3%87A-DO-PACIENTE-NO-CENTRO-CIR%C3%9ARGICO-CHECK-LIST.pdf>. Acesso em 15 jul. 2019.

GEBRIM, C. F. L. *et al.* **Análise da profilaxia antimicrobiana para a prevenção da infecção do sítio cirúrgico em um hospital do centro-oste brasileiro.** 2014. Disponível em <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-724781>. Acesso em 27 out. 2019.

GEBRIM, C. F. L. *et al.* **Indicadores de processo para prevenção da infecção do sítio cirúrgico sob a ótica da segurança do paciente.** 2016. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n44/pt_administracion2.pdf. Acesso em 22 mai. 2019.

GOMES, C. D. P. *et al.* **Percepção de uma Equipe de Enfermagem sobre a Utilização do Checklist Cirúrgico.** 2016. Disponível em: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/12/827197/sobecc-v21n3_pt_140-145.pdf. Acesso em 30 out. 2019.

KAHL, E. R. P. Y. *et al.* **Cenário ambulatorial de pacientes com sítio cirúrgico após intervenção cardíaca.** 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000100422. Acesso em 30 out. 2019.

MARQUIONI, F. S. N. *et al.* **Cirurgia Segura: Avaliação da Adesão ao Checklist em Hospital de Ensino.** 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-988148>. Acesso em 27 out. 2019.

MARTINS, T. *et al.* **Pré-operatório de cirurgias potencialmente contaminadas: fatores de risco para infecção do sítio cirúrgico.** 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-837837>. Acesso em 27 out. 2019.

MAZIERO, E. C. S.; SILVA, A. E. B. C.; CRUZ, E. D. A. **Adesão ao uso de um checklist cirúrgico para segurança do paciente.** 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/mdl-26735753>. Acesso em 27 out. 2019.

MELO, M. S. *et al.* **Avaliação da profilaxia antimicrobiana cirúrgica em um hospital de ensino.** 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/biblio-1021195>. Acesso em 23 mai. 2019.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. **Revisão integrativa método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem.** 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s010407072008000400018&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em 10 mai. 2019.

OLIVEIRA, A. C. O.; GAMA, C. S. **Avaliação da adesão às medidas para a prevenção de infecções do sítio cirúrgico pela equipe cirúrgica.** 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/mdl-26516746>. Acesso em 10 out. 2019.

ROSCANI, A. N. C. P. *et al.* **Validação de checklist cirúrgico para prevenção de infecção de sítio cirúrgico.** 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n6/1982-0194-ape-28-06-0553.pdf>. Acesso em 22 mai. 2019.

SOUZA, E. O.; GONÇALVES, N.; ALVAREZ, A. G. **Cuidados de enfermagem no período intraoperatório para manutenção da temperatura corporal.** 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-988150>. Acesso em 17 nov. 2019.

TOSTES, M. F. P. *et al.* **Prática da profilaxia antimicrobiana cirúrgica como fator de segurança do paciente.** 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-784416>. Acesso em 23 mai. 2019.

TOSTES, M. F. P.; GALVÃO, C. M. **Lista de verificação de segurança cirúrgica: benefícios, facilitadores e barreiras na perspectiva da enfermagem.** 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/biblio-978510>. Acesso em 27 out. 2019.

VIEIRA, A. L. G. *et al.* **Curativos utilizados para prevenção de infecção do sítio cirúrgico no pós-operatório de cirurgia cardíaca: revisão integrativa.** 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-985049>. Acesso em 05 out. 2019.

CAPÍTULO 14

INTERVENÇÕES ATUAIS PARA REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA POR ACRETISMO PLACENTÁRIO

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 05/11/2020

Maria Eduarda dos Santos

Centro Universitário Maurício de Nassau -
UNINASSAU
Caruaru - Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/3729123307412976>

Thaisi Eunici da Silva Amorim

Centro Universitário Maurício de Nassau -
UNINASSAU
Caruaru - Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/9049998385728188>

Nadja Nayara Albuquerque Guimarães de Sousa

Centro Universitário Maurício de Nassau -
UNINASSAU
Caruaru - Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/9820840332930946>

RESUMO: A mortalidade materna é um dos grandes problemas de saúde pública, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento, tendo em vista que a mesma é um dos grandes indicadores de saúde feminina. Diante do exposto, o objetivo deste estudo é realizar uma análise de revisão bibliográfica sobre as intervenções e manejos a respeito do acretismo placentário. Foi utilizado como procedimento metodológico para o presente estudo uma revisão integrativa de literatura, pautado na abordagem qualitativa, fundamentado numa revisão bibliográfica. A placenta acreta vem se tornando cada vez

mais frequente, e é uma causa importante de hemorragia puerperal com grandes índices de mortalidade materna e neonatal. As principais causas para o seu desenvolvimento são cicatrizes uterinas, extração manual da placenta e endometriose, ainda há outros fatores de risco, como cirurgia uterina anterior, placenta prévia anterior, abortamento prévio, idade materna e multiparidade. É possível constatar que embora muitas vezes sendo aderido um manejo conservador inicial, aproximadamente 40% das mulheres com placenta acreta acabam sendo submetidas à histerectomia de emergência e que 42% apresentam maior morbidade. A mortalidade materna ainda é um desafio para a saúde da sociedade, como demonstra os dados do guia de vigilância epidemiológica de óbito materno que evidencia um número de 15.121 óbitos nos anos de 2010 a 2018. O fato das taxas ainda se apresentarem extremamente elevadas reflete, principalmente, a ineficácia das atuais políticas públicas de saúde voltadas para redução da MM, a desorganização, e a baixa qualidade da assistência prestada às mulheres brasileiras durante o ciclo gravídico puerperal, mostrando-se necessário a adoção de medidas mais efetivas e uma assistência qualificada.

PALAVRAS - CHAVE: Placenta acreta; Mortalidade materna; Hemorragia pós-parto.

CURRENT INTERVENTIONS FOR REDUCING MATERNAL MORTALITY BY PLACENTARY ACCREDITATION

ABSTRACT: The Maternal mortality is one of the major public health problems, both in developed

and developing countries, in terms that it is one of the major indicators of women's health. In view of the above, the objective of this study is to carry out an analysis of the literature review on the interventions and management regarding placental accretism. An integrative literature review, based on a qualitative approach, based on a literature review, was used as the methodological procedure for the present study. The placenta accreta is becoming more frequent, and is an important cause of puerperal hemorrhage with high rates of maternal and neonatal mortality. The main causes for its development are uterine scars, manual extraction of the placenta and endometriosis, there are still other risk factors, such as anterior uterine surgery, previous placenta, previous abortion, maternal age and multiparity. It is possible to note that although initial conservative management is often adhered to, approximately 40% of women with an accrete placenta end up undergoing emergency hysterectomy and that 42% have greater morbidity. Maternal mortality still a challenge for the health of society, as shown in the data of the epidemiological surveillance guide for maternal death, which shows a number of 15,121 deaths in the years 2010 to 2018. The fact that the rates are still extremely high reflects, mainly, the ineffectiveness of current public health policies aimed at reducing the MM (Maternal Mortality), the disorganization, and the low quality of care provided to Brazilian women during the puerperal pregnancy cycle, proving necessary to adopt more effective measures and qualified assistance.

KEYWORDS: Placenta Accreta; Maternal Mortality; Postpartum Hemorrhage.

1 | INTRODUÇÃO

A mortalidade materna é um dos grandes problemas de saúde pública, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento, tendo em vista que a mesma é um dos grandes indicadores de saúde feminina. A Classificação Internacional de Doenças (CID-10) define mortalidade materna (MM) como a morte que ocorre durante o período gestacional ou dentro de um período de 42 dias após o término deste, independentemente da duração ou da localização da gravidez (DIAS *et al*, 2015).

As causas de morte materna são classificadas em dois tipos, sendo esses, mortes obstétricas diretas e mortes obstétricas indiretas. As mortes obstétricas diretas são aquelas resultantes de complicações obstétricas no período gravídico-puerperal, em decorrência de intervenções, omissões ou tratamentos incorretos. Já as mortes indiretas são causadas por patologias prévias existentes na gestante, ou que são desenvolvidas neste período, e se agravam devido aos efeitos fisiológicos da gestação, desencadeando complicações (NOGUEIRA, 2017).

Apesar de, na maioria das vezes a razão ser por causas evitáveis, a mortalidade materna ainda se mostra com níveis elevados, em consequência dos desafios encontrados na implementação de estratégias para sua redução, e desconhecimento da sua real magnitude. Fatores como idade materna elevada, ausência ou frequência irregular nas consultas do pré-natal, ocupação/profissão, ausência do parceiro, baixo nível de conhecimento de fatores agravantes a saúde e condições de patologias prévias, são agravantes para a evolução ao óbito das gestantes neste período (RODRIGUES, 2020).

Constatou-se por meio de estudos que a hemorragia é uma das principais causas da MM, em decorrência a este fato no ano de 2015 a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) juntamente ao Ministério da Saúde (MS) colocou em vigor a estratégia zero morte materna por hemorragia (0MMxH), afim de promover a prevenção de hemorragia obstétricas, e reduzir os índices da mortalidade materna (OPAS, 2018).

O acretismo placentário é uma anormalidade na implantação da placenta, que se insere, toda ou em partes, à decídua ou à parede uterina, devido à proliferação excessiva do trofoblasto, resultando em hemorragia significativa quando o obstetra tenta efetuar a dequitação (RIZO; PONCE; CUTIE, 2015). O acretismo placentário é classificado em três tipos, sendo esses: Placenta acreta, quando a placenta se adere mais profundamente ao endométrio; Placenta increta, quando a placenta se adere à musculatura do útero; Placenta percreta, quando ultrapassa o miométrio, acometendo a parede mais externa do útero podendo atingir órgãos vizinhos (TEODOROVECZ, 2012).

Na década de 80 a incidência de placenta acreta era de 1/2500 gestações, enquanto atualmente foi relatada 1/333 a 1/533 nascimentos, fato que se justifica pela crescente realização de partos cesáreos, que juntamente com a placenta prévia (PP) são os principais fatores predisponentes (VÉLIZ *et al*, 2018). Apesar de ser pouco frequente, os casos diagnosticados evoluem com grande facilidade para complicações hemorrágicas e morbidades maternas, além de continuar sendo uma das principais causas de cesárias-histerectomias (AMBE *et al*, 2018).

Através de análise percebe-se que essas complicações se dão pelo fato do diagnóstico tardio do acretismo placentário, que quando diagnosticado precocemente acontece por volta de 32 semanas, quando é possível ter um diagnóstico preciso, porém ocorre comumente durante o parto (AMBE *et al*, 2018). Além da falta de centros especializados e ausência de consenso internacional há também uma grande dificuldade nas pesquisas e principalmente no manejo da mesma no momento do parto, o que leva a uma série de complicações e risco de morte para a mulher, além de altos custos com sua recuperação (VÉLIZ *et al*, 2018).

Desse modo, mostra-se relevante a análise e reavaliação das técnicas e intervenções adotadas nos casos de acretismo placentário como também dos resultados obtidos, afim de observar quais as condutas obtêm os melhores resultados e quais as mudanças necessárias.

2 | OBJETIVO

Realizar uma análise de revisão bibliográfica sobre as intervenções e manejos a respeito do acretismo placentário e mostrar a importância da elaboração de novas estratégias para o combate à mortalidade materna e as complicações pós-parto causadas

pelo mesmo.

3 | METODOLOGIA

Foi utilizado como procedimento metodológico para esse estudo uma revisão integrativa de literatura, pautada na abordagem qualitativa, relacionada ao Acretismo Placentário. Foram utilizadas as seguintes bases de dados: Scientific Eletronic Library Online (SCIELO), e Literatura Latino-Americana em ciências da saúde (LILACS). Os critérios de inclusão adotados foram: artigos de língua portuguesa, inglesa e espanhola que possuíssem relevância temática e que abordassem como assunto principal as intervenções atuais nos casos de acretismo placentário. Os critérios de exclusão foram: artigos que não abordaram a temática proposta, ou que a abordaram de forma superficial o tema. Foram encontrados na busca inicial 35 artigos, após análise e aplicabilidade dos critérios de inclusão e exclusão, a amostra final conteve 13 artigos. Foram utilizados os seguintes descritores: Placenta acreta; Mortalidade materna; Hemorragia pós-parto.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

A placenta acreta vem se tornando cada vez mais frequente, e é uma causa importante de hemorragia puerperal com grandes índices de mortalidade materna e neonatal. As principais causas para o seu desenvolvimento são cicatrizes uterinas, extração manual da placenta e endometriose, ainda há outros fatores de risco, como cirurgia uterina anterior, placenta prévia anterior, abortamento prévio, idade materna e multiparidade (LIMA et al, 2015).

Estudos mostram grande relação do desenvolvimento do acretismo placentário à placenta prévia (PP), acometendo 19,2% das pacientes, o que equivale a quase um em cada cinco casos, sendo o tipo 10 central a de maior risco para o acretismo. Foi identificado também risco relativo para o acretismo 3 vezes maior em pacientes com 2 ou mais cesáreas, concluindo que quanto maior o número de cirurgias, maior será este risco (TORLONI; MORON; CAMANO, 2001).

É possível constatar que embora muitas vezes sendo aderido um manejo conservador inicial, aproximadamente 40% das mulheres com placenta acreta acabam sendo submetidas à histerectomia de emergência e que 42% apresentam maior morbidade. A mortalidade materna ainda é um desafio para a saúde da sociedade, como demonstra os dados do guia de vigilância epidemiológica de óbito materno que evidencia um número de 15.121 óbitos nos anos de 2010 a 2018 (Figura 1, 2 e 3). Sendo as causas obstétricas diretas, que ocorrem no período gestacional, parto ou puerpério e são ocasionadas por omissões, intervenções e tratamentos incorretos, as principais causas de óbito, evidenciando que são causas evitáveis (BRASIL, 2018).



Figura 1. Óbitos de mulheres por causas obstétricas diretas, indiretas e não específicas de 2010.

Fonte: DATASUS. Acesso em outubro de 2020.

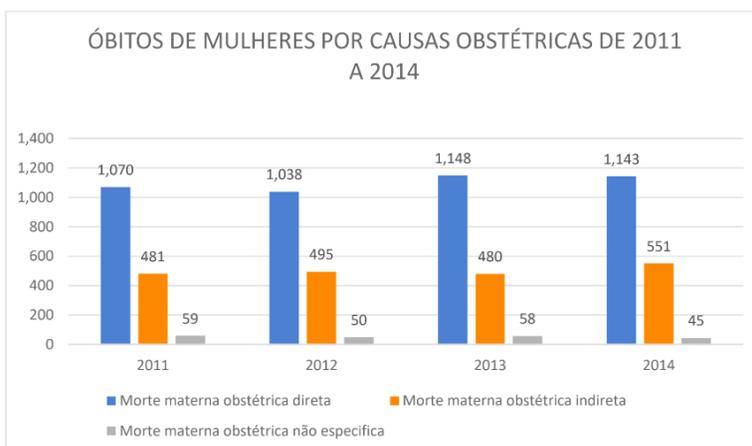


Figura 2. Óbitos de mulheres por causas obstétricas diretas, indiretas e não específicas de 2011 a 2014.

Fonte: DATASUS. Acesso em outubro de 2020.

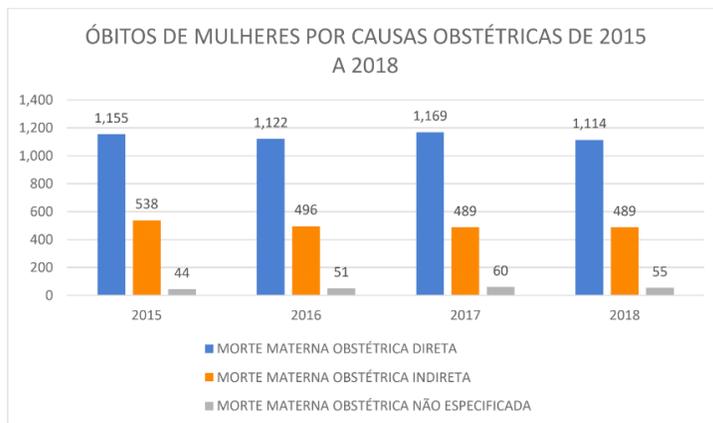


Figura 3. Óbitos de mulheres por causas obstétricas diretas, indiretas e não especificas de 2015 a 2018.

Fonte: DATASUS. Acesso em outubro de 2020.

A negligência por parte dos profissionais de saúde a respeito de notificar esses dados atrelada à baixa fiscalização do governo são um dos fatores para essas taxas se apresentarem inconclusivas, podendo ser assim umas das possíveis causas para eficácia reduzida (RODRIGUES; PASSOS, 2020).

Diante desses dados várias estratégias de controle e prevenção da mortalidade materna foram criadas com o passar dos anos e todas elas têm o enfermeiro como principal profissional atuante na redução desse agravo como a estratégia Zero Morte Materna por Hemorragia (OMMxH), criado pela Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), em conjunto com o Ministério da Saúde (MS), que tem o intuito de preparar os profissionais para realização do manejo de hemorragias obstétricas com atividades teóricas e simulações praticas através de um manual metodológico, além de indicar o manejo do traje antichoque não pneumático (TAN) que é um mecanismo de compressão estratégica para reverter o choque e reduzir a perda sanguínea (OPAS,2018).

Outra importante estratégia utilizada pelo ministério da saúde para reduzir a morte materna são os Comitês de Morte Materna (CMM), considerado um importante método de conhecimento e monitoração da situação no país e entendidos como dispositivos técnicos científicos, os comitês além de coletar dados e gerar informações formulam medidas de prevenção adequadas na região de sua abrangência com uma monitorização materna contínua (RODRIGUES et al, 2003). Levando em consideração essa informação e o fato da taxa de mortalidade materna está intimamente ligada a assistência prestada, o Ministério da Saúde (MS) tem dado cada vez mais autonomia a essa classe e reconhecido a importância de sua assistência (BARRETO et al, 2018).

5 | CONCLUSÃO

O fato das taxas ainda se apresentarem extremamente elevadas reflete, principalmente, a ineficácia das atuais políticas públicas de saúde voltadas para redução da MM, a desorganização, e a baixa qualidade da assistência prestada às mulheres brasileiras durante o ciclo gravídico puerperal. A redução desses índices tem se mostrado um desafio para a saúde pública brasileira, sendo imprescindível uma reavaliação dos métodos de notificação de óbitos no país, a adoção de medidas mais efetivas e uma assistência qualificada. Como problema de saúde pública a mortalidade materna além de ser um indicador de desenvolvimento social é também um forte indicador de qualidade das estratégias de combate à morte materna.

REFERÊNCIAS

AMBE, A.K. *et al.* **Tratamiento conservador del acretismo placentario. Reporte de tres casos y revisión de la literatura.** Acta médica Grupo Ángeles, v. 16, n. 1, p. 72-75, 2018.

BARRETO, E.S. *et al.* **Redução da mortalidade materna e atuação do enfermeiro.** Revista Enfermagem Contemporânea, v. 7, n. 1, p. 20-26, 2018.

BARRETO, T.G.G; FARIA, I.A.; SANTOS, I.A.B. **Placenta percreta: relato de caso.** Arquivos Catarinenses de Medicina, v. 47, n. 4, p. 175-180, 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS. 2018. Disponível em <http://www.datasus.gov.br> [Acesso em 20 de maio de 2020].

DIAS, J.M.G. *et al.* **Mortalidade materna.** Rev Med Minas Gerais, v. 25, n. 2, p. 173-179, 2015.

LIMA, E.R. *et al.* **Resultados maternos e perinatais em gestações com placenta prévia com e sem acretismo em maternidade terciária.** Revista de Medicina da UFC, v. 55, n. 1, p. 18-24, 2015.

NOGUEIRA, L.D.P.; OLIVEIRA, G.D.S. **Assistência pré-natal qualificada: as atribuições do enfermeiro.** Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde, v. 6, n. 1, 2017.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. **Manual de orientação para o curso de prevenção de manejo obstétrico da hemorragia: Zero Morte Materna por Hemorragia.** Brasília: OPAS; 2018.

RIZO, M.E.M; PONCE, V.A.A; CUTIE, W.F. **Placenta accreta.** Rev Cubana Obstet Ginecol, v. 41, n. 2, p. 190-196, jun. 2015.

RODRIGUES, A.V; SIQUEIRA, A.A. **Uma análise da implementação dos comitês de estudos de morte materna no Brasil: um estudo de caso do Comitê do Estado de São Paulo.** Cadernos de Saúde Pública, v. 19, p. 183-189, 2003.

RODRIGUES, G.M.; PASSOS, E.T. **Taxas da mortalidade materna no Brasil.** Revista Liberum accessum, v. 1, n. 1, 2020.

TEODOROVECZ, D. et al. **Acretismo placentário**. Revista do Curso de Enfermagem, v. 1, n. 01, 2012.

TORLONI, M.R; MORON, A.F; CAMANO, L. **Placenta prévia: fatores de risco para o acretismo**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 23, n. 7, p. 417-422, 2001.

VÉLIZ, F. *et al.* **Acretismo placentario: Un diagnóstico emergente. Abordaje quirúrgico no conservador**. Revista chilena de obstetricia y ginecología, v. 83, n. 5, p. 513-526, 2018.

CAPÍTULO 15

MANEJO DE CATETERES CENTRAIS DE INSERÇÃO PERIFÉRICA (PICC) PELO ENFERMEIRO (A)

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 03/09/2020

Maria das Dores da Silva Pereira

Centro Universitário Dr. Leão Sampaio
Juazeiro do Norte-CE
<http://lattes.cnpq.br/7602527935331456>

Elailce Gonçalves de Sousa

Centro Universitário Dr. Leão Sampaio
Juazeiro do Norte-CE
<http://lattes.cnpq.br/6119391708986390>

Pricylla de Sousa Lima

Centro Universitário Dr. Leão Sampaio
Juazeiro do Norte-CE

Vanessa Ribeiro de Souza

Faculdade de Juazeiro do Norte
Juazeiro do Norte- CE
<http://lattes.cnpq.br/6593792174550005>

Guilherme Caetano de Sousa

Centro Universitário Dr. Leão Sampaio
Juazeiro do Norte-CE
<http://lattes.cnpq.br/6018306674671722>

Ian Alves Meneses

Centro Universitário Dr. Leão Sampaio
Juazeiro do Norte-CE
https://www.cnpq.br/cvlattesweb/PKG_MENU.menu?f_cod=34B609E316DA34610A21B4CB807A85A3

Damiana Roberlania Lima da Silva

Centro Universitário Dr. Leão Sampaio
Juazeiro do Norte-CE
<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/busca.do>

David Rosendo de Sousa Leite

Centro Universitário Dr. Leão Sampaio
Juazeiro do Norte-CE

Isabelly Rayane Alves dos Santos

Centro Universitário Dr. Leão Sampaio
Juazeiro do Norte-CE

Nayane Freitas de Souza

Centro Universitário Dr. Leão Sampaio
Juazeiro do Norte-CE
<http://lattes.cnpq.br/6018306674671722>

Adalberto Cruz Sampaio

Faculdade Metropolitana de Fortaleza
Juazeiro do Norte-CE
<http://lattes.cnpq.br/7242876029174045>

RESUMO: Introdução: Os Cateteres Centrais de Inserção Periférica (PICC) são amplamente utilizados em unidades neonatais quando os neonatos necessitam de uma linha venosa por tempo prolongado. A competência técnica e legal para o Enfermeiro inserir o PICC encontra-se no artigo 1º da Resolução nº 258/2001, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Trata-se de um cateter longo e flexível, inserido através de uma veia periférica que, por meio de uma agulha introdutora, progride até a veia cava superior ou veia cava inferior, adquirindo dessa forma propriedades de acesso venoso central. **Objetivos:** Analisar a utilização do PICC pelo enfermeiro. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão de literatura. Para busca, utilizou-se os descritores (DECS) “Assistência” AND “Enfermagem” AND “Cateteres Venosos

Centrais”. A busca ocorreu na base de dados da LILACS e BDEF através da Biblioteca Virtual de Saúde-BVS. O levantamento do material ocorreu no período de agosto de 2020. Foram selecionados 8 artigos para compor o estudo. **Resultados e Discussão:** O PICC é um avanço tecnológico nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, que proporciona vantagens ao recém-nascido de alto risco como: oferta da nutrição parenteral, medicamentos ou soluções em altas concentrações, irritantes e/ou vesicantes, reduz o número de múltiplas punções, está relacionado a baixos índices de infecção se corretamente manipulado e possui durabilidade maior que acessos periféricos comuns. Todas estas vantagens são oferecidas quando o enfermeiro se encontra habilitado para inserção do PICC. Entretanto, uma parcela dos enfermeiros não possui especialização e/ou habilidades técnicas para implantar o PICC. **Conclusão:** Faz-se necessário o maior incentivo à capacitação dos enfermeiros para utilização do PICC, através de instituições aptas, bem como o investimento voltado para aquisição deste dispositivo, com o intuito de garantir a melhoria constante da qualidade da assistência aos neonatos.

PALAVRAS - CHAVE: assistência, enfermagem, cateteres venosos centrais.

MANAGEMENT OF CENTRAL CATHETERS OF PERIPHERAL INSERTION (PICC) BY NURSES (A)

ABSTRACT: Introduction: Peripherally Inserted Central Catheters (PICC) are widely used in neonatal units when neonates need a venous line for an extended period. The technical and legal competence for the Nurse to insert the PICC is found in article 1 of Resolution nº 258/2001, of the Federal Nursing Council (COFEN). It is a long and flexible catheter, inserted through a peripheral vein that, through an introducer needle, progresses to the superior vena cava or inferior vena cava, thereby acquiring properties of central venous access. **Objectives:** To analyze the use of PICC by nurses. **Methodology:** This is a literature review. For search, the descriptors (DECS) “Assistance” AND “Nursing” AND “Central Venous Catheters” were used. The search was carried out in the LILACS and BDEF database through the Virtual Health Library-VHL. Available in full texts in the form of articles, in Portuguese and English, that addressed the theme, when crossing the descriptors, a total of 88 articles were obtained. As exclusion criteria: literature review, theses, and articles with a longer publication year than 10 years old. The survey of the material took place in the period of August 2020. 8 articles were selected to compose the study. **Results and Discussion:** The PICC is a technological advance in Neonatal Intensive Care Units, which provides advantages to the newborn of high risk such as: offering parenteral nutrition, medications or solutions in high concentrations, irritants and / or vesicants, reduces the number of multiple punctures, is related to low infection rates if color correctly handled and has greater durability than common peripheral accesses. All these advantages are offered when the nurse is qualified to insert the PICC. However, a portion of nurses do not have specialization and / or technical skills to implement the PICC. Another limiting factor of its use is that the value to obtain this equipment is high, making the acquisition by some health units unfeasible. **Conclusion:** It is necessary to provide greater incentives for the training of nurses to use the PICC, through suitable institutions, as well as the investment aimed at the acquisition of this device, in order to ensure constant improvement in the quality of care for newborns.

KEYWORDS: assistance, nursing, central venous catheters.

1 | INTRODUÇÃO

Os Cateteres Centrais de Inserção Periférica (PICC) são amplamente utilizados em unidades neonatais quando os neonatos necessitam de uma linha venosa por tempo prolongado. O que vem se tornando cada vez mais essencial na terapêutica medicamentosa de características vesicantes e irritantes (SILVA, RIBEIRO, HOFFMANN.,2016).

A competência técnica e legal para o Enfermeiro inserir o PICC encontra-se no artigo 1º da Resolução nº 258/2001, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN).

Trata-se de um cateter longo e flexível, inserido através de uma veia periférica que, por meio de uma agulha introdutora, progride até a veia cava superior ou veia cava inferior, adquirindo dessa forma propriedades de acesso venoso central o que Permitiu o aumento da sobrevivência de recém-nascidos (RN's), especialmente de prematuros (KEGLER *et al.*,2016)

Sua utilização auxilia na redução das necessidades de anestésicos, realização de procedimentos no leito e diminuição das intercorrências como: pneumotórax, hemotórax lesão de plexo braquial e ente outros. No entanto é imprescindível o constante treinamento pela equipe de enfermagem e multidisciplinar (SILVA, RIBEIRO, HOFFMANN.,2016).

Kegler *et al.*,2016 também destaca a importância da promoção da redução da dor durante a inserção, manutenção e remoção do (PICC). Essa redução da dor torna-se indispensável tanto para garantir a sobrevivência dos neonatos como também para promover seu conforto. O manejo da dor neonatal advém de medidas farmacológicas e não-farmacológicas onde o profissional enfermeiro poderá estar atento no momento da inserção desses cateteres.

De acordo com Rangel *et al* 2019 para obter uma segurança adequada ao paciente com utilização do PICC, torna-se imprescindível que os profissionais que estão em acompanhamento realizem uma rigorosa vigilância, o que ocasionará uma diminuição do risco de dano ao paciente.

Desta forma, tem-se como objetivo da pesquisa analisar a utilização do manejo de cateteres centrais de inserção periférica (PICC) fornecida pelo enfermeiro.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de cunho descritivo, produzida por acadêmicos de enfermagem do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio (UNILEÃO). Acerca da utilização do (PICC) pelo profissional enfermeiro.

A revisão integrativa é uma abordagem metodológica que permite a incorporação de um vasto leque de propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências e

análise de problemas metodológicos de um tópico particular (SOUZA, SILVA, CARVALHO, 2010).

Para a busca pelos artigos foi utilizado a estratégia *Population, Variables and Outcomes* (PVO), a qual almeja a encontrar as respostas adequadas as perguntas da pesquisa, ao passo que possibilita a compreensão do contexto e de suas variáveis.

Consequente a utilização da estratégia PVO, a questão norteadora do estudo consistiu em: Quais são as orientações fornecidas ao enfermeiro quanto a utilização e o manejo do (PICC) em unidades neonatais?

Itens da Estratégia	Componentes	Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)
<i>Population</i>	Profissionais de enfermagem	Equipe de Enfermagem
<i>Variables</i>	Manobra de Ressuscitação Cardiopulmonar	Cateteres venosos centrais
<i>Outcomes</i>	Prevenção e controle	Assistência

Tabela 1– Elaboração da questão norteadora através da estratégia PVO. Juazeiro do Norte - Ceará, Brasil. 2020.

Para busca, utilizou - se os descritores (DECS) “Assistência” AND “Enfermagem” AND “Cateteres Venosos Centrais”. A busca ocorreu na base de dados da LILACS e BDEFN através da Biblioteca Virtual de Saúde-BVS. Foram incluídos os estudos originais disponíveis em textos completos na forma de artigos, nos idiomas Português e Inglês, que abordassem a temática. Ao cruzar os descritores se obteve um total de 19 artigos. Foram selecionados 8 artigos para compor o estudo. Ressalta-se que a busca dos artigos foi realizada por 10 pesquisadores, de maneira independente e simultânea, com checagem de inconsistências, entre os dias 23 e 25 de agosto de 2020.

Para a busca e seleção das publicações, foram utilizados como critérios de inclusão: estudos disponíveis na íntegra, do tipo artigo científico, publicados entre os anos de 2013 a 2020, nos idiomas inglês, português e espanhol. Ao passo que, como critérios de exclusão foram indexados: estudos duplicados nas bases de dados, que não versassem sobre o tema e/ou que não respondiam à questão norteadora do estudo, por meio da leitura do título e resumo na íntegra.

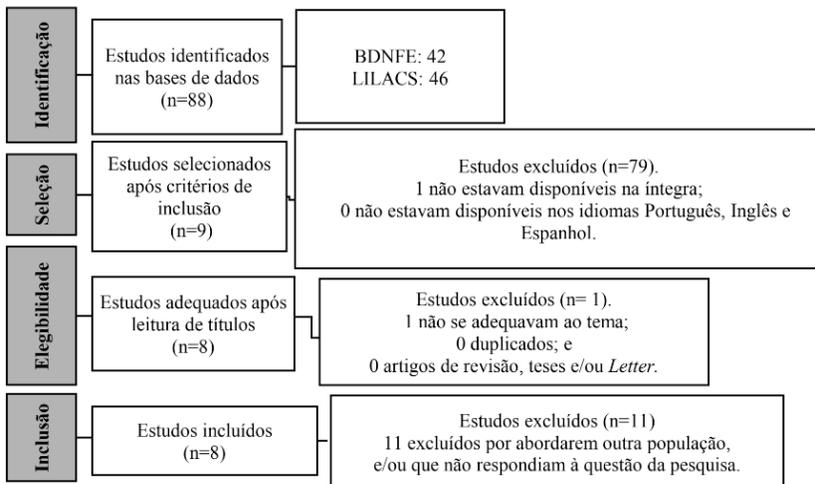


Figura 2. Fluxograma da seleção dos estudos de acordo com o *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA). Juazeiro do Norte - Ceará, Brasil. 2020.

Consequente a busca e seleção dos estudos nas bases de dados foi realizada a identificação e avaliação das pesquisas, conforme exposto no fluxograma PRISMA, a partir do qual foi obtida uma amostra inicial de 88 artigos, sendo que, depois de indexados os critérios de inclusão e exclusão a amostra final desta revisão foi composta por 8 estudos.

3 I RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com os resultados das pesquisas dos 8 artigos, vantagens são oferecidas quando o enfermeiro se encontra habilitado para inserção do (PICC). Entretanto, uma parcela dos enfermeiros não possui especialização e/ou habilidades técnicas para implantar o (PICC). Outro fator limitante do seu uso é que o valor alto para se obter este equipamento, inviabilizando a aquisição por algumas unidades de saúde (PRADO *et al.*, 2019).

Tratando-se de um procedimento que exige do enfermeiro habilidades e conhecimentos específicos em relação aos aspectos anatômicos e fisiológicos da criança, assim como conhecimento quanto ao seu desenvolvimento. Com isso é imprescindível que o enfermeiro tenha como base conhecimentos baseados em evidências (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

O (PICC) é um avanço tecnológico nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, que proporciona vantagens ao recém-nascido de alto risco como: oferta da nutrição parenteral, medicamentos ou soluções em altas concentrações, irritantes e/ou vesicantes, reduz o número de múltiplas punções, está relacionado a baixos índices de infecção se corretamente manipulado e possui durabilidade maior que acessos periféricos comuns (KEGLER *et al.*, 2016).

Atentando que a população de neonatos prematuros está sujeita a riscos, a atenção ao RN e sua avaliação clínica tem a necessidade de serem estruturadas e sistemáticas. Dessa maneira, é fundamental o conhecimento das indicações e técnicas, além da escolha e utilização de material adequado para a realização dos procedimentos invasivos. A decisão da conduta exige cuidadosa avaliação dos riscos e benefícios dos procedimentos no cuidado neonatal (PRADO *et al.*, 2019).

A principal causa para internação neonatal é a prematuridade, responsável também por maior risco de mortalidade no período neonatal. É neste período onde mais se encontram a indicação para o uso do (PICC), devido a necessidade da permanência de terapias intravenosas (JANTSCH *et al.*, 2014).

De acordo com OLIVEIRA *et al.*, 2014 a Sistematização da Assistência de enfermagem é imprescindível, no que se refere a organização do cuidado e respaldo legal para as ações de enfermagem e aumento do vínculo entre o cliente e o cuidador que necessita desse tipo de procedimento.

Kegler *et al.*, 2016 fornece medidas essenciais para a equipe de enfermagem ao lidar com neonatos que necessitam do (PICC). Ressaltando que pelo fato de ser uma terapia que possa gerar dor no neonato, o enfermeiro poderá promover medidas humanizadas para o alívio da dor. Tais como: farmacológicas, tais como analgésicos não opioides e opioides e/ou não farmacológicas, como administração de glicose ou sacarose, sucção não nutritiva, amamentação, contato pele a pele ou método mãe-canguru e diminuição da estimulação tátil.

“As práticas não farmacológicas mais utilizadas na UTIN são a sucção não nutritiva, com dedo enluvado ou chupeta, a glicose 25% e o enrolamento. [...] (KEGLER *et al.*, 2016).

Esse avanço tecnológico de acordo com Swerts *et al.*, 2013, depende que a equipe de enfermagem esteja devidamente qualificada e treinada para prestar uma assistência resolutiva durante todas as etapas que envolvem o procedimento. Obtendo no entanto conhecimento sobre todos os riscos que envolvem a prática além das complicações durante a sua inserção, manutenção e remoção.

Referente ao procedimento em si, o mais indicado pelas enfermeiras é a veia cefálica como primeira escolha, diferente da literatura que sugere a veia basílica que se dá pelas características anatômicas favoráveis (SWERTS *et al.*, 2013).

Outro cuidado importante com o PICC em neonatos refere-se a complicações como a infecção, que como citado por Duarte *et al.*, 2012 pode estar relacionado a prematuridade e ao baixo peso no momento da inserção do cateter. Por trata-se de neonatos que estão com a imunidade baixa.

4 | CONCLUSÃO

O estudo em questão ressalta a relevância e os inúmeros benefícios da utilização

acertada do PICC pelo Enfermeiro em neonatos. Seguindo todas as recomendações necessárias para a inserção e manuseio correto, proporcionando a melhor vivência de cada paciente em uso de PICC.

O cuidado de enfermagem aos pacientes que necessitam de terapia intravenosa implica em uma avaliação contínua, em todas as etapas do processo. Colaborando para reflexão e adoção de condutas que impliquem no aprimoramento da assistência de enfermagem aos RN e também direcionem o ensino acerca dos cuidados de enfermagem necessários para inserção, manutenção e remoção do PICC.

Portanto faz-se necessário o maior incentivo à capacitação desses profissionais referente a utilização do PICC, bem como o investimento voltado a aquisição deste dispositivo, conferindo uma assistência qualificada e humanizada ao neonato. Desta forma, traz à tona a reflexão sobre a necessidade de mudanças nas práticas dos profissionais de saúde, e a necessidade de investimentos em educação permanente em favor da qualificação e humanização do cuidado ao neonato em UTIN, como também a indispensabilidade de estudos atuais abordando a referida temática.

REFERÊNCIAS

DUARTE E.D; PIMENTA A.M; SILVA B.C.N; PAULA C.M; Fatores associados à infecção pelo uso do cateter central de inserção periférica em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; **Rev Esc Enferm USP** 2013; 47(3):547-54; DOI: file:///C:/Users/psf/Downloads/2.pdf.

JANTSCH L.B; NEVES E.T; ARRUÉ A.M; KEGLER J.J; OLIVEIRA C.R; Utilização do cateter central de inserção periférica em neonatologia; **Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, v. 28, n. 3, p. 244-251, set./dez. 2014**; DOI: file:///C:/Users/psf/Downloads/3.pdf.

KEGLER J.J; PAULA C.C; NEVES E.T; JANTSCH L.B; Manejo da dor na utilização do cateter central de inserção periférica em neonatos; **Esc Anna Nery** 2016;20(4):e20160099; DOI: file:///C:/Users/TERMINAL%2002%20PSF%20Xi/Downloads/1414-8145-ean-20-04-20160099.pdf.

OLIVEIRA C.R; NEVE E.T; RODRIGUES E.C; ZAMBERLAN K.C; SILVEIRA A; Cateter central de inserção periférica em pediatria e neonatologia: possibilidades de sistematização em hospital universitário; **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem** 18(3) Jul-Set 2014; DOI: file:///C:/Users/psf/Downloads/4.pdf.

PRADO N.C.C; SANTOS R.S.C; LIMA D.M; GÓIS M.M.C.D; COSTA R.H.S; SILVA R.A.R; Necessidades humanas básicas alteradas em neonatos com cateter central de inserção periférica; **Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2019**; 27:e44521; DOI: http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2019.44521

RANGEL R.J.M; CASTRO D.S; AMORIM M.H.C; ZANDONADE E; CHRISTOFEEL M.M; PRIMO C.C. Práticas de Inserção, Manutenção e Remoção do Cateter Central de Inserção Periférica em Neonatos. **Rev Fund Care Online.**2019.11(n. esp):278-284. DOI: http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.278-284.

COREN; Inserção de cateter periférico central, pelos enfermeiros **RESOLUÇÃO COFEN-258/2001**; DOI: http://www.coren-ro.org.br/resolucao-cofen-2582001_2061.html

SWERTS C.A; FELIPE A.O.B; ROCHA K.M; ANDRADE C.U.B; Cuidados de enfermagem frente às complicações do cateter central de inserção periférica em neonatos; **Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2013 jan/mar;15(1):156-61**; DOI: file:///C:/Users/psf/Downloads/1.pdf.

SILVA T.S; RIBEIRO N.R.R; HOFFMANN V.R.K; Instrumento para avaliação do paciente candidato ao cateter venoso central de inserção periférica valvulado; **Cienc Cuid Saude 2016 Abr/Jun; 15(2): 203-211**; DOI: file:///C:/Users/TERMINAL%2002%20PSF%20XI/Downloads/1677-3861-ccs-15-02-0203.pdf.

CAPÍTULO 16

NUTRIÇÃO E ENFERMAGEM: ATENÇÃO MULTIDISCIPLINAR NA PROMOÇÃO DE SAÚDE NO AMBIENTE HOSPITALAR

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](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

Faculdade Futura.
Nutricionista pelo 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: A atuação multidisciplinar promove o cuidado integral, tratando-o como ser biopsicossocial que necessita de intervenções de profissionais, por exemplo, enfermeiros e

nutricionistas, para o tratamento adequado. O termo cuidado é associado à enfermagem e torna-se a base científica dessa profissão que presta assistência integral e nutricionista avalia as necessidades de indivíduos para a promoção da saúde pela alimentação adequada. Analisar a multidisciplinaridade da atuação da Nutrição e da Enfermagem na promoção da saúde no âmbito hospitalar. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura na LILACS e SCIELO, realizada em Setembro de 2020. Os descritores foram associados ao operador booleano (AND): Enfermeiro. Nutricionista. Promoção da Saúde. Os critérios de inclusão foram estudos em português, publicados entre os anos de 2010 a 2020. A saúde é a relação entre de quem cuida e quem é cuidado, manifestando-se por ações interdisciplinares, através da partilha de conhecimentos, auxiliando na tomada de decisões para o controle de doenças. A enfermagem tem como princípio ético, zelo pela dignidade pela pessoa e amenizando doenças, tendo maior contato e acompanhamento dos pacientes, corroborando com o nutricionista na identificação dos pacientes em estado de desnutrição. Através da avaliação, da coleta de dados, monitoramento dos sinais vitais, controle do peso, triagem feita pela nutrição e enfermagem, realização do exame físico e identificação de sinais clínicos, doenças e medicações. O nutricionista irá adequar à dieta do paciente de acordo com as necessidades, tornando-se essencial o acompanhamento do estado nutricional e o monitoramento rigoroso da ingestão de alimentos para garantir o aporte de macro e micronutrientes, determinantes para a evolução clínica, pois pacientes desnutridos apresentam maior risco de infecção e complicações. Portanto, a nutrição e a enfermagem são ciências que elaboram atividades para a promoção da saúde, proporcionando o potencial máximo de saúde da população, utilizando as ferramentas interligadas: alimentação e cuidado.

PALAVRAS - CHAVE: Enfermeiro. Nutricionista. Promoção da Saúde.

NUTRITION AND NURSING: MULTIDISCIPLINARY ATTENTION IN PROMOTING HEALTH IN THE HOSPITAL ENVIRONMENT

ABSTRACT: The multidisciplinary performance promotes comprehensive care, treating it as a biopsychosocial being that requires interventions by professionals, for example, nurses and nutritionists, for the proper treatment. The term care is associated with nursing and becomes the scientific basis of this profession, which provides comprehensive assistance and nutritionists assess the needs of individuals to promote health through adequate nutrition. Analyze the multidisciplinary role of Nutrition and Nursing in promoting health in the hospital. This is an integrative literature review in LILACS and SCIELO, carried out in September 2020. The descriptors were associated with the Boolean operator (AND): Nurse. Nutritionist. Health Promotion. The inclusion criteria were studies in Portuguese, published between the years 2010 to 2020. Health is the relationship between who cares and who is cared for, manifesting itself through interdisciplinary actions, through the sharing of knowledge, helping in decision-making for disease control. Nursing has as an ethical principle, zeal for dignity for the person and mitigating diseases, having greater contact and monitoring of patients, corroborating with the nutritionist in the identification of patients in a state of malnutrition. Through assessment, data collection, monitoring vital signs, weight control, screening by nutrition and nursing, physical examination and identification of clinical signs, diseases and medications. The nutritionist will adapt to the patient's diet according to the needs, making it essential to monitor the nutritional status and strictly monitor the food intake to ensure the supply of macro and

micronutrients, determinants for the clinical evolution, as malnourished patients present increased risk of infection and complications. Therefore, nutrition and nursing are sciences that develop activities for health promotion, providing the maximum health potential of the population, using the interconnected tools: food and care.

KEYWORDS: Nurse. Nutritionist. Health promotion.

1 | INTRODUÇÃO

A abordagem multidisciplinar configura-se como o atendimento realizado pelos profissionais da saúde, trabalhando em conjunto para promoção, prevenção e recuperação da saúde. No que se refere à abordagem multidisciplinar, nessa prática os trabalhadores de saúde, devem trabalhar em conjunto pautados dentro do princípio da integralidade, tendo consciência e agindo conforme o diálogo com as diversas áreas do conhecimento, para que juntos alcancem o mesmo objetivo, promover assistência a saúde de qualidade, respeitando os pacientes em suas individualidades e integralidades, de acordo com o que é estabelecido na legislação brasileira (SILVA, et al, 2017).

O trabalho multidisciplinar deve ser realizado em todos os âmbitos de atenção à saúde. Dentro do contexto hospitalar, caracterizado pelas demandas complexas de assistência, a multidisciplinaridade é uma atuação essencial para a garantia do cuidado integral dos enfermos. Para isso, é cobrado dos profissionais de saúde o trabalho regido pela lógica de equipe com uma comunicação efetiva e integrada, para que alcancem a potencialização da assistência, buscando desconstruir a segregações nas atuações do cuidado e conseqüentemente promoverem o cuidado integrado e humanizado em prol do reestabelecimento da saúde do paciente. (NASCIMENTO, et al, 2016) .

Vê-se que o trabalho em equipe associando as práticas e saberes profissionais de cada classe dos trabalhadores de saúde, são essenciais para desencadear transformações na assistência em ambiente hospitalar, tendo como retorno a maior produtividade da equipe e melhores resultados. Além do desenvolvimento de discussões e o consenso em relação aos objetivos e resultados a serem alcançados, o trabalho multidisciplinar proporciona meios para alcançá-los da melhor forma (SANTOS, et al, 2016).

No contexto hospitalar a desnutrição ainda é a maior causa de mortalidade, proveniente da diminuição da ingestão alimentar causa a perda de massa corporal total, prejudicando a funcionalidade física, mental e evolução clínica do paciente. Nesse sentido, tendo em vista a gravidade dessa situação, faz-se necessário o olhar atento aos cuidados nutricionais durante a hospitalização (ZANIN, et al, 2017).

A assistência adequada é fundamental para a recuperação da saúde do paciente hospitalizado e evolução do estado nutricional, tendo como objetivo a prevenção das complicações nutricionais e diminuição do tempo no âmbito hospitalar. Para isso é necessário a atenção integral do paciente internado, tendo o nutricionista o objetivo de identificar a desnutrição do paciente e suas carências nutricionais, através de uma avaliação do estado

nutricional, metas terapêuticas, exames clínicos (SETA, et al, 2010).

Dentro desse contexto, a enfermagem como ciência do cuidar, atua no ambiente hospitalar junto à nutrição, buscando e estabelecendo estratégias para assistir o paciente de forma segura e eficaz. O (a) enfermeiro (a), é um integrante da equipe de saúde que tem dentro das suas principais ações assegurar a assistência ao paciente de forma segura e humanizada, prestando o cuidado com base na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) (OLIVEIRA et al, 2016; SILVA, et al, 2020).

Tendo em vista a importância conjunta da equipe multidisciplinar no âmbito hospitalar, sugere-se investigar qual é a atuação conjunta do profissional nutricionista e enfermeiro para a promoção de saúde?

Dessa forma, justifica-se a necessidade da atuação conjunta do enfermeiro e o nutricionista na promoção da saúde, uma vez que o nutricionista assume o papel de educação nutricional promovendo mudanças nos hábitos nutricionais, e o enfermeiro com a equipe médica tem um olhar mais amplo do cuidado integral do paciente, propondo assim trabalhar de acordo com os limites e especificidades de sua formação.

Portanto, esse estudo teve como objetivo analisar a multidisciplinaridade da atuação da Nutrição e da Enfermagem na promoção da saúde no âmbito hospitalar.

2 | METÓDO

Realizou-se uma revisão integrativa de estudos sobre a atuação multidisciplinaridade da Nutrição e da Enfermagem na promoção da saúde no âmbito hospitalar, 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: “Nutricionista”. “Enfermeiro”. e “Promoção da saúde”, 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 textos

completos disponíveis, na íntegra, para análise; aqueles publicados nos idiomas português e, principalmente, em inglês, entre os anos 2010 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 conjunto da Nutrição e da Enfermagem, como membros da equipe interdisciplinar para promover a saúde no âmbito hospitalar, assim como, as condutas de cada profissional que são adotadas, e os dados estatísticos para a comprovação deste estudo, apresentando esses fatos nos dados dos resultados e discussão.

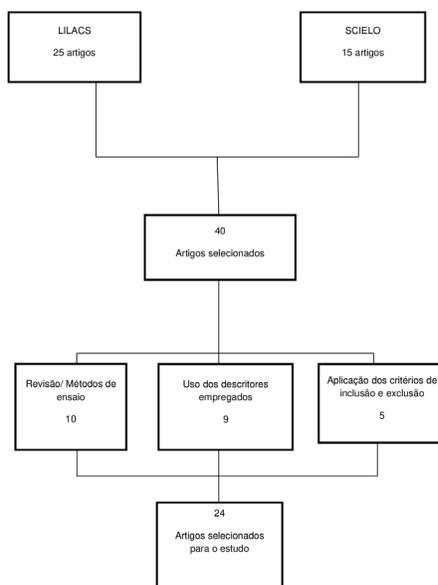


Figura 1: Fluxograma descrevendo as etapas de seleção, inclusão e exclusão dos artigos nas bases de dados.

3 | RESULTADOS

Empregados os descritores mencionados, obteve-se 40 artigos que faziam referência à associação dos termos procurados. Após a avaliação por meio dos critérios previamente estabelecidos, restaram 24 trabalhos que foram selecionados para compor a amostra final.

A tabela 1 mostra os 8 principais achados destes trabalhos para os resultados e discussão, assim como o tipo de estudo.

Autor/ano	Título	Tipo de estudo	Principais achados
ZANIN, et al., 2017.	Relevância do nutricionista na diminuição de reinternações hospitalares.	Estudo descritivo observacional.	O nutricionista na equipe multidisciplinar, em todos os níveis de atenção à saúde, contribui na recuperação do estado nutricional, na prevenção das doenças crônicas, na diminuição das reinternações e do tempo de internação.
DANTAS, 2017.	Atuação da equipe multiprofissional na atenção básica em relação à alimentação e nutrição da pessoa com deficiência em Natal, RN.	Estudo descritivo transversal.	A atuação dos profissionais foi incipiente. Acredita-se que os profissionais necessitam receber capacitação nessa temática a fim de haver melhoria no serviço prestado à pessoa com deficiência.
SOUSA; PEREIRA; 2014.	Intervenção na Hipertensão Arterial em Doentes em Cuidados de Saúde Primários.	Estudo descritivo transversal.	A participação do enfermeiro e do nutricionista foi essencial para o desenvolvimento do programa, intervindo de forma inicial na promoção da saúde dos participantes.
BARBOSA; LEONARDO; BOSI; 2016.	O nutricionista na Estratégia Saúde da Família.	Estudo Argumentativo descritivo.	Evidenciou com base nos seus resultados que há um descompasso entre a formação de muitos profissionais e o cenário da prática, por ser um meio repleto de desafios.
CALEGARI, et al., 2012.	Diagnósticos de Enfermagem em Pacientes Hipertensos Acompanhados em Ambulatório Multiprofissional.	Estudo transversal quantitativa.	A avaliação clínica do enfermeiro conduza à melhoria da qualidade dos cuidados de saúde.
PEREIRA; OLIVEIRA; 2012.	A Importância do Profissional Nutricionista no Âmbito Hospitalar.	Estudo descritivo observacional.	O nutricionista é essencial no âmbito hospitalar, pois é o profissional capacitado para cuidar da alimentação dos pacientes, tanto por via oral, enteral e parenteral.
PEDROSO; SOUSA; SALLES; 2011.	Cuidado nutricional hospitalar: percepção de nutricionistas para atendimento humanizado.	Estudo descritivo qualitativo.	As principais dificuldades encontradas pelas nutricionistas relacionam fragmentação de ações entre os profissionais da equipe, além de condições geradas pela própria complexidade de suas atividades, tais como tempo escasso, número de leitos por nutricionista e atividades administrativas.

<p>SETA; O'DWYER; HENRIQUES; SALES; SALES; 2010.</p>	<p>Cuidado nutricional em hospitais públicos de quatro estados brasileiros: contribuições da avaliação em saúde à vigilância sanitária de serviços.</p>	<p>Estudo exploratório descritivo.</p>	<p>Os resultados deste estudo apontam para uma baixa integração das atividades de assistência nutricional ao conjunto de ações desenvolvidas pela equipe de saúde no ambiente hospitalar.</p>
--	---	--	---

Tabela 1. Apresentação dos estudos inclusos na revisão.

Fonte: artigos inclusos no estudo.

4 | DISCUSSÃO

Pelo que foi observado, a equipe multiprofissional é formada por um grupo de profissionais que possuem habilidades técnicas, perfis e experiências distintas, tendo em comum a busca pelo mesmo objetivo, o melhor tratamento e melhores resultados para o paciente. O trabalho da equipe multiprofissional é de fundamental importância para que ações mais amplas sejam tomadas, com o uso de abordagens e conhecimentos distintos, tendo cada profissional trabalhando e atuando em sua área específica, e buscando a interdisciplinaridade com ações dos outros profissionais (PEREIRA, 2011).

Observando esse tipo de trabalho em saúde percebe-se a articulação de diversos saberes, constituindo um importante aspecto da integralidade das práticas em saúde, buscando uma compreensão ampliada do que é necessário para o paciente atendido, e para a população como um todo. Essa modalidade de trabalho pode aumentar as chances de melhores resultados, tratando o indivíduo por completo (PEREIRA, 2011).

O profissional nutricionista presente na equipe multidisciplinar contribui em diversos níveis de atenção ao paciente, auxilia na manutenção do estado nutricional, prevenção de doenças e tratamento de doenças pré-existentes, e a recuperação da saúde. As comprovações científicas demonstram a alimentação como sendo um dos principais fatores para a saúde humana. No ambiente hospitalar a alimentação adequada é imprescindível, visto que os pacientes necessitam possuir um bom sistema imunológico, além de diminuir as chances de que pacientes internados desenvolvam algum tipo de desnutrição proteica calórica (PEREIRA, OLIVEIRA, 2012).

O objetivo da terapia nutricional é manter ou melhorar o suporte nutricional do paciente, tratando e evitando a má nutrição, esse suporte nutricional pode ser através de suplementos nutricionais orais, nutrição enteral por meio de um tubo de alimentação, ou nutrição parenteral, utilizando um cateter intravenoso. A escolha da terapia é feita após avaliação do profissional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Inicia-se o processo de identificação de fatores de risco através da triagem onde o nutricionista recolhe dados de peso e altura, exame físico, dobras cutâneas, além de outras avaliações feitas de acordo com cada estabelecimento hospitalar. Uma vez que

a triagem é feita, caso algum risco seja identificado no indivíduo, é feito o processo de avaliação nutricional detalhadamente com o objetivo de quantificar o problema. Após esses procedimentos fundamentais, o profissional identifica qual a terapia nutricional para o seu paciente, seja essa terapia através da nutrição enteral, nutrição parenteral ou oral (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

O nutricionista possui capacidade de auxiliar no tratamento de pacientes que estão no processo de terapia nutricional, juntamente com o auxílio de outros profissionais presentes na equipe multidisciplinar hospitalar, incluindo nessa equipe a presença do profissional de enfermagem, esse possui também habilidades para o tratamento desses pacientes (FERNANDES, et al, 2020).

O profissional de enfermagem é um dos profissionais que compõe a equipe multidisciplinar, sendo ele essencial para identificação de problemas e necessidades do paciente, atuando de forma significativa no processo de promoção da saúde e tratamento de indivíduos hospitalizados. Além de atividades cotidianas, esse profissional também pode auxiliar na abordagem nutricional do tratamento, juntamente com o nutricionista avalia e identifica o melhor tratamento de terapia nutricional a ser realizado (FERNANDES, et al, 2020).

O profissional enfermeiro, como membro da equipe de saúde de maior contato e acompanhamento dos pacientes no âmbito hospitalar, corrobora com o nutricionista na identificação dos pacientes em estado de desnutrição ou que apresentam características relacionadas a carências nutricionais através da avaliação do paciente, por meio da coleta de dados e monitoramento dos sinais vitais, controle peso e altura, triagem feita pelas equipes de nutrição e de enfermagem, realização do exame físico e identificação de possíveis sinais clínicos (padrões de ingestão alimentar e nutrientes, fatores psicológicos e sociais, condições físicas e doenças e medicações) (ZANIN, et al, 2017).

As maiores partes dos pacientes internados possuem alguma doença (Hipertensão, diabetes mellitus, dislipidemias) que necessita de um acompanhamento multiprofissional próximo e contínuo. Além disso, grandes partes dos pacientes que vão para a internação estão em risco nutricional ou desnutridos, (30% a 65%) seguidos por excesso de peso e a menor parte está em eutrofia (FERRAZ, CAMPOS, 2012; ZANIN, et al, 2017).

A inserção do nutricionista no ambiente hospitalar é de extrema importância para a melhor atuação da equipe de profissionais, porém, esse profissional responsável pelo cuidado nutricional enfrenta diversas dificuldades na atuação do seu trabalho. A principal dificuldade encontrada é a divergência entre os profissionais da equipe, gerando ações fragmentadas, modificações dietéticas prescritas pelo nutricionista, e menor individualização da dieta, causada pelo fluxo de alimentos que segue a lógica de uma padronização, também são exemplos dessa dificuldade (PEDROSO, et al, 2011).

O nutricionista irá adequar à dieta do paciente de acordo com suas necessidades e/ou sua doença. São de suma importância o acompanhamento do estado nutricional e o

monitoramento diário rigoroso da ingestão de alimentos, a fim de garantir o aporte de macro e micronutrientes necessários, determinantes para a evolução clínica e a recuperação, uma vez que pacientes desnutridos apresentam diminuição das funções dos órgãos e maior risco de infecção (PEREIRA, OLIVEIRA, 2012).

O acompanhamento é feito até que o paciente esteja se alimentando de quantidades adequadas de nutrientes, assim como esteja recuperando o seu estado nutricional. No caso do paciente que está via nutrição enteral o nutricionista adequará o volume e as quantidades de acordo com a tolerância do paciente frente a cada volume ofertado (PEREIRA, OLIVEIRA, 2012).

Os métodos de avaliação têm os seguintes objetivos: consumo alimentar, parâmetros bioquímicos, composição corpórea e antropometria, e subjetivos: avaliação subjetiva global e exame físico têm como finalidade identificar distúrbios nutricionais que propiciará uma intervenção adequada ajudando na restauração do estado nutricional do paciente. Quando a equipe multiprofissional trabalha de forma simultânea nessas condutas diminuem as chances de desnutrição hospitalar e aumento do cuidado nutricional e da evolução clínica do indivíduo (PEDROSO, SOUSA, SALLES, 2011).

Além disso, a aceitação dos alimentos ofertados para o paciente que circunda vários aspectos como o ambiente, características sensoriais das refeições ofertadas e patologia também estão relacionados aos profissionais que estão envolvidos no cuidado alimentar e nutricional destes (PEDROSO, SOUSA, SALLES, 2011).

Além das dificuldades já citadas, situações como poucos profissionais dessa área, aliado a uma grande demanda de pacientes, falta de interação do nutricionista da área clínica com a produção de refeições, e tempo escasso para realização de diversas atividades de sua competência, são aspectos que se tornam desafios para o profissional nutricionista (PEDROSO, et al, 2011).

Ainda em relação às dificuldades encontradas por profissionais da saúde no âmbito hospitalar, o profissional de enfermagem também encontra desafios em sua atuação. Déficits de recursos financeiros, materiais e humanos, diante de uma alta demanda de pacientes em estado grave, e falta de leitos suficientes para os pacientes, são exemplos de dificuldades vivenciadas por esses profissionais (ZANDOMENIGHI ,et al, 2014).

Os profissionais de Saúde que se encontram em ambiente hospitalar devem se preocupar com a promoção da saúde dos pacientes e buscar meios para que as estratégias planejadas com este fim sejam viabilizadas. A adoção do cenário hospitalar como indutor de promoção da saúde implica incorporar um conceito ampliado de saúde e de cuidado de saúde (CARVALHO, 2018). A enfermagem, como maior grupo de profissionais, desempenha um papel importante no cuidado da saúde dos pacientes, sempre mantendo a autonomia e o conforto, além de ensinar aos pacientes como adotar um estilo de vida mais saudável.

No espaço hospitalar o enfermeiro se torna responsável em níveis diferentes em gestão e cuidado no ambiente, sendo de responsabilidade da enfermagem o cuidado,

expertise, poder formal, promoção da saúde como um contínuo de ações. Nelas, é apontada a dualidade da necessidade de cuidar e, ao mesmo tempo, as limitações existentes no exercício profissional (CARVALHO, 2018). A equipe de saúde está frequente a exposição de diversos fatores, comprometedores de suas saúdes física e mental, como lidar com a dor, o sofrimento e a morte, também, pelo sistema de turnos contínuos ou de trabalho em turnos ininterruptos de revezamento e prestação de serviços durante 24 horas diárias (SANTANA, et al, 2014).

O enfermeiro se faz necessário nesse ambiente pois ele é o responsável pela promoção da saúde de todos os pacientes, tomando suas demandas como prioridade, sempre dando autonomia e segurança para essas pessoas, além disso o enfermeiro acaba por se tornar desenvolvedor de ações educativas em saúde, apesar dessas ações não serem privativas a profissão, acredita-se que estes são mais preparados para realizá-la, não apenas pela sua visão holística do ser humano, mas por ser o profissional que permanece mais tempo ao lado do paciente (BORGES, et al, 2012).

5 I CONCLUSÃO

Portanto, a nutrição e a enfermagem são ciências que promovem e mantêm a saúde no âmbito hospitalar, garantindo a assistência integral ao paciente, respeitando, assim, suas particularidades biopsicossociais e conforme o caso clínico, através da ação conjunta e específica, utilizando suas ferramentas interligadas: alimentação e cuidado.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, M. I. S.; LEONARDO, G. M. N.; BOSI, M. L. M. O nutricionista na Estratégia Saúde da Família. **EDUERJ**. v. 5, p. 401-425. 2016. DOI: 10.7476/9788575114568

BRASÍLIA. Ministério da Saúde. Manual de Terapia Nutricional na Atenção Especializada Hospitalar no Âmbito do Sistema Único de Saúde- SUS. Brasília, 2016.

BISPO, B. H. R.; ALELUIA, I. M. B. A percepção da equipe multiprofissional acerca do cuidado interdisciplinar em uma Unidade de Terapia Intensiva de Salvador, Bahia. **Saúde em Redes**, v. 5, n. 1, p. 115-125, 2019.

BORGES, M. C. L. A. et al. Práticas educativas no ambiente hospitalar: reflexões sobre a atuação do enfermeiro. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 4, n. 3, p. 2592-2597, 2012.

CARVALHO, Q. G. S. Promoção da saúde em ambiente hospitalar e as práticas de cuidado de enfermeiros, 2018.

COLEGARIN, D. P.; GOLDMEIER S.; MORAES, M. A.; SOUZA, E. N. Diagnósticos de Enfermagem em Pacientes Hipertensos Acompanhados em Ambulatório Multiprofissional. **Rev Enferm UFSM**. v. 2, n. 3, p. 610-618. DOI: 10.5902/217976925696

DANTAS, L. K. C. S. Atuação da equipe multiprofissional na atenção básica em relação à alimentação e nutrição da pessoa com deficiência em Natal, RN. Trabalho apresentado para obtenção do título de Nutricionista pela Universidade federal do Rio Grande do Norte. 2017.

FERNANDES, H. M. A. et al. Reflexões sobre terapia nutricional enteral em unidade de terapia intensiva: diálogo entre o enfermeiro e o nutricionista. Anais do Simpósio Internacional de Inovação Tecnológica- SIMTEC, Rio Grande do Norte, v. 1, n.1, p. 272-279, 2020.

FERRAZ, L.F; CAMPOS, A.C.F, O papel do nutricionista na equipe multidisciplinar em terapia nutricional. **Rev. Bras Nutr Clin**, v.27, n.2, p.119-23, 2012.

NASCIMENTO J. N.; TAVARES, D. M. S. Prevalência e fatores associados a quedas em idosos. **Texto Contexto enfermagem**, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/010407072016000360015>;

NOGUEIRA, J. W. S.; RODRIGUES, M. C. S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: um desafio para a segurança do paciente. **Rev. Cogitare Enfermagem.**, v. 20, n. 3, p. 636-640, 2015. Disponível em: <https://revistas.ufr.br/cogitare/article/view/40016>.

OLIVEIRA, J. B. et al. Atuação do enfermeiro no controle de infecção hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). **Mostra Interdisciplinar do Curso de Enfermagem**, v. 2, n. 2, 2016. Disponível em: <http://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/mice/article/view/1143/919>. 10.

PEDROSO, C.G.T; SOUSA, A.A; SALLES, R.K. Cuidado nutricional hospitalar: percepção de nutricionistas para atendimento humanizado. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p.1155-1162, 2011. DOI: 10.1590/S1413-81232011000700047.

PEREIRA, R. C. A. O trabalho multiprofissional na Estratégia Saúde da Família: estudo sobre modalidades de equipes. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p. 1-135, 2011.

PEREIRA, J. O.; OLIVEIRA, E. F. A importância do profissional nutricionista no âmbito hospitalar. **Ciegesi**. v. 1, n. 1, p. 878-891. 2012.

PEREIRA, J. O; OLIVEIRA E. F. A importância do profissional nutricionista no âmbito hospitalar. Anais eletrônicos Conferência Internacional de Estratégia em Gestão, Educação e Sistemas de Informação, Goiânia, v.1, n.1, p. 878-891,2012.

SANTANA, V. S. et al. Qualidade de vida dos profissionais de saúde em ambiente hospitalar. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, v. 4, n. 1, p. 35-46, 2014.

SANTOS, J. L. G. et al. Strategies used by nurses to promote teamwork in an emergency room. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, v. 37, n. 1, 2016.

SETA, M. H. et al. Cuidado nutricional em hospitais públicos de quatro estados brasileiros: contribuições de avaliação em saúde à vigilância sanitária de serviços. **Ciência & saúde coletiva**, v. 15, n. 3, p. 3413-3422,2010.

SILVA, M. V. S.; MIRANDA, G. B. N. A.; MARCIENI, A. Sentidos atribuídos à integralidade: entre o que é preconizado e vivido na equipe multidisciplinar. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. 2017 [Acessado 24 Setembro 2020].

SILVA, A. T. et al. Segurança Do Paciente E A Atuação Do Enfermeiro Em Hospital. **Ver enferm UFPE on line.**, v. 12, n.6, p.1532-8,2018.

SOUSA, P.; PEREIRA, M. G. Intervenção na Hipertensão Arterial em Doentes em Cuidados de Saúde Primários. **PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS.** v. 15, n. 1, p. 245-261. DOI: 10.15309/14psd150120

ZANDOMENIGHI, R. C. et al. Cuidados intensivos em um serviço hospitalar de emergência: Desafios para os enfermeiros. *Revista Mineira de Enfermagem, Londrina*, v. 18, n. 2, p. 404-414, 2014. DOI: 10.5935/1415-2762.20140031.

ZANTINI, A. F. F. et al. Relevância do nutricionista na diminuição de reinternações hospitalares. **Arq. Ciênc. Saúde.** v. 24, n. 2, p. 51-59. 2017.

O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PREMATUROS EXTREMOS ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DA FSCM-PA NO ANO DE 2017

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 03/09/2020

Marta Cleonice Cordeiro de Assunção

Faculdade Paraense de Ensino

Belém – Pará

<http://lattes.cnpq.br/7507379487660449>

Ivana Nazaré da Silva Rocha

Instituição: Faculdade Integrada Brasil

Amazônia – FIBRA

Belém – Pará

<http://lattes.cnpq.br/0349064701567169>

Carlos Roberto Monteiro de Vasconcelos Filho

Instituição: Universidade do Estado do Pará

Belém – Pará

<http://lattes.cnpq.br/8255547413532161>

Eurifrance do Socorro de Souza Santos

Instituição: Centro Universitário Metropolitano

da Amazônia

Belém – Pará

<http://lattes.cnpq.br/5379888795406885>

Marília Medeiros Silva

Instituição: Universidade do Estado do Pará

Belém – Pará

<http://lattes.cnpq.br/0127504024105612>

RESUMO: Verificou-se o perfil epidemiológico de prematuros extremos que realizaram atendimento ambulatorial no setor de neonatologia da FSCM-PA no ano de 2017, através de estudo documental, retrospectivo de natureza quantitativa com

recém-nascidos menor de 29 semanas oriundos da 3ª etapa do Método Canguru, com a finalidade de tratar as comorbidades e acompanhar o crescimento e desenvolvimento deste grupo, bem como sua reabilitação. As informações foram coletadas por meio de busca ativa composta de 14 prontuários e fichas dos prematuros extremos no mês de dezembro de 2018. Para a análise foi utilizado uma ficha modelo contendo as seguintes variáveis: diagnóstico, data de nascimento, procedência, tipo de parto, sexo, peso, idade gestacional, data de alta, pré-natal número de consultas, morbidade associada, sequela, tempo de internação, idade da mãe, data da primeira consulta e número de consultas. Os dados coletados foram agrupados e analisados utilizando a estatística descritiva simples, Softwares Excel, demonstrado através de gráficos e planilhas, cálculos de médias e variâncias. Dos 14 RNs que participaram da pesquisa, 58% têm como procedência Belém e região metropolitana, a média de idade materna foi de 26,643 anos, 57% eram do sexo masculino, 50% nasceram de cesáreas, 57% nasceram com IG de 28 semanas, 88% refere ter realizado pré-natal, 43% nasceram com muito baixo peso. Cerca de 88% das mães afirmam ter feito pré-natal, sendo que apenas 14% dessa passam por sete consultas, e a média do tempo de internação foi de 86 dias sendo maior nos prematuros com menor IG, podemos notar também que nos prontuários e fichas investigadas o número relevante de bebês que não comparecem às consultas agendadas dificultando o tratamento das comorbidades e do acompanhamento da equipe no crescimento e desenvolvimento do cliente.

PALAVRAS - CHAVE: Ambulatório. Prematuros extremos. Prematuridade.

THE EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF EXTREMELY PRETERM NEWBORNS TREATED AT THE FSCM-PA AMBULATORY IN THE YEAR 2017

ABSTRACT: The epidemiological profile of extremely premature infants who received ambulatory care in the neonatology sector of FSCM-PA in 2017 was verified through a documentary, retrospective study of a quantitative nature with newborns under 29 weeks of age from the 3rd stage of the Kangaroo Method, in order to treat comorbidities and monitor the growth and development of this group, as well as its rehabilitation. The information was collected through an active search composed of 14 medical records and records of extremely premature infants in December 2018. For the analysis, a model record was used containing the following variables: diagnosis, date of birth, origin, type of delivery, gender, weight, gestational age, date of discharge, prenatal number of consultations, associated morbidity, sequelae, length of stay, mother's age, date of first consultation and number of consultations. The collected data were grouped and analyzed using simple descriptive statistics, Excel softwares, demonstrated through graphs and spreadsheets, calculations of means and variances. Of the 14 newborns who participated in the survey, 58% were from Belém and the metropolitan region, the average maternal age was 26,643 years, 57% were male, 50% were born by cesarean sections, 57% were born with 28-week GA, 88% reported having performed prenatal care, 43% were born with very low birth weight. Approximately 88% of mothers claim to have had prenatal care, with only 14% of them undergoing seven consultations, and the average time spent in hospital was 86 days, being longer in premature infants with lower GI, we can also note that in the medical records and forms investigated the relevant number of babies who do not attend scheduled appointments, making it difficult to treat comorbidities and to monitor the team in the growth and development of the client.

KEYWORDS: Ambulatory Care; Extreme Premature; Premature Infant

1 | INTRODUÇÃO

A mortalidade neonatal é responsável por quase 70% das mortes no primeiro ano de vida, e o cuidado adequado ao recém-nascido (RN) tem sido um dos desafios para reduzir os índices de mortalidade infantil no Brasil (BRASIL, 2011).

A prematuridade é um grave problema de saúde pública no Brasil, com 317.657 prematuros nascidos no ano de 2016 no Pará foram 16.261, conforme dados do DATASUS. Destes, 44.386 nasceram antes de completar 32 semanas de idade gestacional (IG).

Uma classificação dos recém-nascidos segundo critérios de peso ao nascer, idade gestacional e relação peso/idade gestacional permite definição de grupos de maior risco de morbidade e mortalidade e planejamento de ações preventivas e terapêuticas (OLIVEIRA, 2015).

Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (2012), a presença de morbidades em níveis variados faz do adequado acompanhamento após a alta hospitalar uma extensão dos cuidados empregados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neonatal). As

anormalidades menores do neurodesenvolvimento têm sido observadas de forma crescente nos países desenvolvidos. Enquanto que no Brasil estes dados ainda são escassos.

No ano de 2010, as complicações decorrentes da prematuridade foram responsáveis por 14% das mortes de crianças menores de cinco anos (BRASIL, 2012). O Ministério da Saúde (MS), através de um guia de atenção à saúde do recém-nascido elencou as principais morbidades ocorridas em recém-nascidos (RNs) prematuros.

Quanto menor a idade gestacional (IG), maiores são as taxas de mortalidade e morbidade, e conseqüentemente maior a chance da criança apresentar sequelas que poderão surgir à medida que se desenvolve (ROLNIK, 2013).

Consoante com Brasil (2015) após quinze anos desde a publicação da Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo peso, o Método Canguru segue estimulando o desenvolvimento de práticas de cuidado perinatal no país em constante implementação nos serviços públicos e privado no setor de neonatologia.

Há a necessidade de acompanhar de forma estruturada estes pacientes, a fim de conhecer o perfil dos recém-nascidos que sobrevivem a UTI no Brasil e melhor assistilos, estabelecendo um planejamento de intervenção precoce. Diante do exposto emergiu a seguinte questão de pesquisa: Qual o perfil epidemiológico dos prematuros extremos atendidos no ambulatório da FSCM-PA no ano de 2017?

A partir da realidade observada no Brasil, a qual é compatível com a literatura científica, que classifica os recém-nascidos prematuros extremos como a população infantil de maior risco para morbimortalidade, sentiu-se necessidade de traçar o perfil epidemiológico dessa população atendida pelo ambulatório de neonatologia da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCM-PA).

É uma instituição que se tornou referência no atendimento oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sendo um hospital e credenciado como Amigo da Criança pelo Ministério da Saúde e hoje é considerado o maior centro de Neonatologia do estado do Pará e da América Latina.

A realização deste estudo pode subsidiar o redirecionamento da assistência prestada a estes bebês e suas famílias. Temos por objetivo deste estudo: Traçar o Perfil Epidemiológico dos prematuros extremos que realizaram atendimento ambulatorial no setor de neonatologia da FSCM-PA no ano de 2017.

2 | MÉTODOS

Trata-se de um estudo documental, retrospectivo de natureza quantitativa. Realizado no Ambulatório de Atendimento a Prematuros, da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMP). A FSCMP é um símbolo na área de saúde pública do estado, neste mês de dezembro de 2018, a instituição foi recomendada ao Comitê de Certificação para a Acreditação Plena, ONA Nível 2, destinada a instituições que, além de atenderem aos

critérios de segurança, apresentam também gestão integrada, com os critérios atendidos recebeu no dia 19/12/2018 acreditação ONA 2.

Esta instituição possui Ambulatório Prematuro que atende a todos os recém-nascidos oriundos da 3ª etapa do Método Canguru com a finalidade de acompanhar o crescimento e desenvolvimento destes recém-nascidos, bem como sua reabilitação quando há comprometimento leve e moderado do desenvolvimento contando com uma equipe multiprofissional distribuídos com as seguintes especificações: ambulatório de neuropediatria, fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia, nutrição, enfermagem.

As variáveis foram coletadas por meio de busca ativa nos prontuários e fichas dos prematuros extremos no mês de dezembro de 2018. A amostra inclui os Prematuros Extremos atendidos no ambulatório da FSCMP no ano de 2017. Foram excluídos da pesquisa as fichas e prontuários com dados incompletos. A amostra foi composta de 14 prontuários e fichas ambulatoriais, para tal foi utilizado uma ficha modelo contendo as seguintes variáveis: diagnóstico, data de nascimento, procedência, tipo de parto, sexo, peso, idade gestacional, data de alta, pré-natal nº de consultas, morbidade associada, seqüela, tempo de internação, idade da mãe, data da primeira consulta e nº de consultas.

Os dados coletados foram agrupados e analisados utilizando a estatística descritiva simples, Softwares Excel, demonstrado através de cálculos de médias e variâncias. Enfatiza-se que o projeto deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Pará (UFPA), por meio do CAAE 92186218.1.0000.0018 e parecer nº 2.898.662. E pela instituição proponente Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, CAAE 92186218.1.3001.5171 e parecer nº 3.046.603, não havendo qualquer procedimento que possa interferir nas ações.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 14 RNs que se enquadraram nos critérios para participação da pesquisa, 58% tem como procedência a região metropolitana de Belém, a média de idade materna foi de 26,643 anos, 57% eram do sexo masculino, 50% nasceram de cesáreas, 57% nasceram com IG de 27 semanas, 88% refere ter realizado pré-natal, no entanto apenas 14% realizaram sete ou mais consultas e 43% nasceram com muito baixo peso.

Em relação ao número de partos realizados foi encontrado um elevado índice de cesáreas. Pode-se relacionar o elevado número de cesáreas ao tipo de assistência especializada que a Instituição oferece, sendo referência na atenção à gestante de alto risco. O grande percentual de RNs PIG pode ser associado principalmente ao alto índice de gravidez de risco atendidas na Instituição, que podem levar a restrição do crescimento e desenvolvimento do RN.

Em relação às comorbidades associadas, foram encontradas: Síndrome do

Desconforto Respiratório, Icterícia, Hemorragia Peri Intraventricular, Cardiopatia, Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde, Hidrocefalia, Pneumonia e Anóxia. O Desconforto Respiratório Precoce obteve prevalência entre as complicações (sete casos), seguido de Icterícia (cinco casos) e Infecção Neonatal (cinco casos).

Para Rugolo (2005) essas patologias determinam no período inicial de internação uma alta demanda metabólica, alto gasto energético e oferta nutricional insuficiente para atender às necessidades de crescimento do recém-nascido, particularmente os prematuros.

Na população acompanhada, a mediana de idade materna foi de 26,643 anos (18 a 44 anos), com 86% das mães apresentando idade entre 20 e 44 anos e 14% eram mães adolescentes.

Quanto ao tempo médio de internação do presente estudo foi de 85,857 dias, com um tempo mínimo de internação de 51 dias e máximo de 125 dias. Este tempo prolongado de internação dos RNPTÉ pode ser associado à sua dificuldade de adaptação ao meio extrauterino e está altamente relacionado com as comorbidades presentes.

Tal situação de maior tempo de hospitalização também está relacionada com possíveis repercussões no crescimento e desenvolvimento destes RNs, como acarretar desequilíbrio nos mecanismos de homeostase e no desenvolvimento cognitivo e de aprendizagem.

O presente estudo permitiu conhecer o perfil epidemiológico desses pacientes e contribui para caracterização da população brasileira de prematuros extremos, fato importante e desconhecido para o qual a SBP (2012) chama a atenção, considerando o Brasil um país de dimensões continentais ainda com bolsões de pobreza, desigualdades socioculturais e desigual assistência à saúde, com características que o diferem de outros países desenvolvidos podendo determinar desfechos e necessidades assistenciais diferentes.

A continuidade ao cuidado à saúde do egresso da UTI neonatal envolve aspectos biopsicossociais, familiares e culturais tendo como eixo norteador da atenção básica à saúde da criança, o processo de crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2012). Do levantamento bibliográfico realizado, observou-se uma vasta literatura internacional publicada a respeito de crescimento e desenvolvimento de prematuro, porém, a literatura brasileira ainda é escassa.

Ao avaliar segundo estratos de idade gestacional, o mesmo padrão foi mantido para a população com déficit de peso, mas, na população total houve uma inversão no estrato de prematuros < 32 semanas, com predominância do sexo feminino sem significância estatística.

Em consonância com Freitas (2012) esse achado é explicado pelo fato dos pré-termos masculinos serem mais susceptíveis a complicações da prematuridade que influenciam no crescimento ou determinam óbito comparados aos do sexo feminino, principalmente em IG ≤30 semanas. No que diz respeito às características biológicas dos recém-nascidos, este

estudo mostrou uma predominância do sexo masculino, de forma semelhante aos achados de outros estudos para a população brasileira.

Entre as possíveis causas aventadas na literatura está a alta taxa de parto operatório levando a uma tendência decrescente de parto vaginal após uma cesárea anterior, que pode conduzir a erro de data e aumento de nascimentos prematuros tardios. Este estudo mostrou uma alta taxa de partos cirúrgicos neste serviço de modo semelhante ao encontrado em outras regiões do Brasil, porém para estabelecer relação de causa-efeito entre cesarianas e prematuridade mais estudos precisam ser realizados (UNICEF, 2013).

O quantitativo de prematuros extremos foi pequeno neste estudo, o que pode ser explicado pelo fato dessa população apresentar maior índice de complicações e óbitos e reflete a necessidade de melhoria na atenção perinatal dos mesmos. Essas evidências levam à discussão sobre suas possíveis causas e alertam para a necessidade de monitorar futuros desfechos a curto e longo prazo ainda pouco conhecido.

Este estudo teve algumas limitações como o fato de ser retrospectivo sem controle de variáveis, o curto tempo de avaliação, poucos estudos relatados na literatura com metodologia semelhante dificultando comparação mais robusta.

4 | CONCLUSÃO

Dos 14 RNs que se enquadraram nos critérios para participação da pesquisa, evidenciou-se que 58% têm como procedência a região metropolitana de Belém e que 88% das mães afirmam ter feito pré-natal, sendo que apenas 14% dessa passam por sete consultas, e a média do tempo de internação foi de 86 dias sendo maior nos prematuros com menor IG, podemos notar também que nos prontuários e fichas investigadas o número relevante de bebês que não comparecem às consultas agendadas dificultando os tratamentos das comorbidades e do acompanhamento da equipe no crescimento e desenvolvimento do cliente.

A análise das características nos possibilitou proporcionar maior conhecimento sobre esse público, bem como os principais problemas de saúde que os acometem, permitindo dessa forma ajudar no atendimento ambulatorial diferenciado e individualizado, onde envolve a família, pois são orientados como ajudar no desenvolvimento desse prematuro, aprimorando a qualidade no tratamento acompanhado por uma equipe multiprofissional. Por fim quanto às contribuições deste estudo para a sociedade almeja-se munir os enfermeiros neonatologistas com conhecimento sobre atendimento ambulatorial de prematuros extremos, a fim de aperfeiçoar a habilidade no cuidado desse atendimento e despertar interesse para essa questão que é de grande importância para o tratamento, crescimento e desenvolvimento desse público.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, nº 33). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf. Acesso em 15/10/2018

_____. **Método Canguru no Brasil: 15 anos de política pública** / organizado por Maria Teresa Cera Sanches... [et al]. São Paulo: Instituto de Saúde, 2015. Disponível em <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-recem-nascido/1067/> Acesso em 08/09/2018

FREITAS, B.A.C et al. **Características epidemiológicas e óbitos de prematuros atendidos em hospital de referência para gestante de alto risco**. Revista brasileira terapia intensiva [Internet]-2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103507X2012000400016&lng=en Acesso em 10/09/2018

OLIVEIRA, G. C. **Análise do catch-up de crescimento de uma coorte de recém-nascidos prematuros [dissertação]**. Universidade Federal do Mato Grosso/ Instituto de Saúde Coletiva – 2015. Disponível em: http://ri.ufmt.br/bitstream/1/180/1/DISS_2015_Gisele%20do%20Couto%20Oliveira.pdf Acesso em 20/08/2018

ROLNIK, Daniel Lorber et al. **Predição do parto prematuro: avaliação sequencial do colo uterino e do teste para proteína-1 fosforilada ligada ao fator de crescimento insulina-símile**. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [online]. 2013, vol.35, n.9, pp.394-400. ISSN 0100-7203. Disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010072032013000900003&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em 25/08/2018

RUGOLO, L. M. S. S. **Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo**. *Jornal de Pediatria*. (Rio J.), Porto Alegre, v. 81, n. 1, supl. 1, p. S101-S110, Mar. 2005. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/jped/v81n1s1/v81n1s1a13.pdf> Acesso em 18/09/2018

SBP - Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Neonatologia. **Seguimento ambulatorial do prematuro de risco**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2012. 84p. Disponível em https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/seguimento_prematuro_ok.pdf Acesso em 30/07/2018

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Consultoria: pesquisa para estimar a prevalência de nascimentos pré-termo no Brasil e explorar possíveis causas**, 2013 [internet]. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/br_prematuridade_possiveis_causas.pdf. Acesso em 26/07/2020

CAPÍTULO 18

PERCEPÇÃO DAS MÃES DE BEBÊS PREMATUROS SOBRE AMAMENTAÇÃO: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 06/10/2020

Bruna Kely Oliveira Santos

Universidade da integração internacional da
lusofonia afro brasileira. - UNILAB
Instituto de Ciências da Saúde - Curso de
Enfermagem.
Pentecoste - Ceará
<http://lattes.cnpq.br/5841455578203218>

Alana Santos Monte

Universidade da integração internacional da
lusofonia afro brasileira. - UNILAB
Instituto de Ciências da Saúde - Curso de
Enfermagem
Fortaleza - Ceará
<http://lattes.cnpq.br/2721930234665099>

Ana Carolina Maria Araújo Chagas Costa Lima

Centro Universitário Estácio do Ceará
Fortaleza – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/7599567785166409>

Anne Fayma Lopes Chaves

Universidade da integração internacional da
lusofonia afro brasileira. - UNILAB
Instituto de Ciências da Saúde - Curso de
Enfermagem
Fortaleza - Ceará
<http://lattes.cnpq.br/2733416072137875>

Antonia Lucileide Andrade da Cunha

Universidade da integração internacional da
lusofonia afro brasileira. - UNILAB
Instituto de Ciências da Saúde - Curso de
Enfermagem

Mulungu - Ceará

<http://lattes.cnpq.br/8776693940147977>

Bruno de Melo do Nascimento

Universidade da integração internacional da
lusofonia afro brasileira. - UNILAB
Instituto de Ciências da Saúde - Curso de
Enfermagem.
Palmácia - Ceará
<http://lattes.cnpq.br/7237896172678113>

Jamile Magalhães Ferreira

Universidade da Integração Internacional da
Lusofonia Afro-Brasileira. - UNILAB
Instituto de Ciências da Saúde - Curso de
Enfermagem.
Fortaleza - Ceará.
<http://lattes.cnpq.br/8874514784642392>

Letícia Leandro dos Santos

Universidade da Integração Internacional da
Lusofonia Afro-Brasileira. - UNILAB
Instituto de Ciências da Saúde - Curso de
Enfermagem.
Fortaleza - Ceará
<http://lattes.cnpq.br/9074713584940478>

Naara Ingrid da Silva Sales

Universidade da Integração Internacional da
Lusofonia Afro-Brasileira. - UNILAB
Instituto de Ciências da Saúde - Curso de
Enfermagem.
Acarape - Ceará
<http://lattes.cnpq.br/2139683228807740>

Paloma Cristina Garcia Soares

Universidade da Integração Internacional da
Lusofonia Afro-Brasileira - UNILAB
Instituto de Ciências da Saúde - Curso de
Enfermagem.

Redenção - Ceará
<http://lattes.cnpq.br/6339731002327116>

Rebeca Silveira Rocha

Maternidade escola Assis Chateaubriand- MEAC
Unidade Neonatal
Fortaleza - Ceará
<http://lattes.cnpq.br/1532223910103321>

Talita Silva de Lima

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira - UNILAB
Instituto de Ciências da Saúde - Curso de Enfermagem.
Barreira - Ceará
<http://lattes.cnpq.br/8271925549347008>

RESUMO: Apesar de todos os benefícios da amamentação, as mães de bebês prematuros enfrentam muitas dificuldades durante esse processo. Conhecer a percepção das mães de bebês prematuros acerca da amamentação. Trata-se de uma revisão integrativa realizada a coleta no mês de maio de 2020. Realizou-se a busca nas bases de dados LILACS), MEDLINE, SCIELO, PubMed e BDNF, sendo usado os descritores em saúde (DeCS): “Aleitamento Materno”, “Recém-Nascido Prematuro” e “Relações Mãe-Filho”, e os do Medical Subject Headings (MeSH) foram “Breast Feeding” “Infant, Premature” e “Mother-Child Relations”. A amostra foi composta por 11 artigos. Evidenciou-se que as mães de bebês prematuro atribuem ao leite materno o poder de recuperação e desenvolvimento dos seus filhos, além de fortalecer o vínculo entre mãe e filho, no entanto, muitas dificuldades são enfrentadas diante da prematuridade. A amamentação na prematuridade tem aspectos relacionados a fatores psicossociais como sentimentos negativos de tristeza e ansiedade, fatores relacionados à mãe como os problemas mamários e retorno ao trabalho, e fatores relacionados ao neonato como a sonolência, o reflexo de sucção imaturo e o uso de sondas. Frente ao exposto percebe-se a necessidade de abordar a mãe de forma holística, dando ênfase a seus sentimentos, suas dúvidas e dificuldades, visando compreender o que cada uma enfrenta e buscar junto a ela maneiras de vencer essas barreiras. Logo, a equipe de enfermagem da UTIN desempenha função primordial no apoio a essas mães, buscando deixá-las informadas, seguras e empoderadas para amamentar.

PALAVRAS - CHAVE: Aleitamento materno. Recém-nascido prematuro, Relações mãe-filho.

PERCEPTION OF PREMATURE BABY'S MOTHERS ABOUT BREASTFEEDING: INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: Despite all the benefits of breastfeeding, mothers of premature babies face many difficulties during this process. To know the perception of mothers of premature babies about breastfeeding. This is an integrative review carried out on the collection in May 2020. The search was performed in the databases LILACS), MEDLINE, SCIELO, PubMed and BDNF, using the health descriptors (DeCS): “ Breastfeeding ”, “ Newborn Premature ” and “ Mother-Child Relations ”, and those from Medical Subject Headings (MeSH) were” Breastfeeding

“Infant, Premature “and” Mother-Child Relations “. The sample consisted of 11 articles. It became evident that mothers of premature babies attribute to their milk the power of recovery and development of their children, in addition to strengthening the bond between mother and child, however, many difficulties are faced in the face of prematurity. Breastfeeding in prematurity has aspects related to psychosocial factors such as negative feelings of sadness and anxiety, factors related to the mother such as breast problems and return to work, and factors related to the neonate such as drowsiness, the immature sucking reflex and the use of tubes. In view of the above, it is perceived the need to approach the mother holistically, emphasizing her feelings, doubts and difficulties, in order to understand what each one faces and to seek ways with her to overcome these barriers. Therefore, the NICU nursing team plays a key role in supporting these mothers, seeking to keep them informed, safe and empowered to breastfeed.

KEYWORDS: Breastfeeding, Premature newborn, Mother-child relations.

1 | INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Brasil é o décimo país com maior número de nascimentos de RNPT com prevalência estimada de 9,2%. De acordo com o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), entre 2000 e 2010, indicou-se aumento da prevalência de nascimentos pré-termo no país de 6,8% para 7,1% (BEZERRA *et al.*, 2017).

Apesar do aumento da sobrevivência desses neonatos, diante de recursos tecnológicos cada vez mais específicos, as dificuldades em relação à alimentação e suporte nutricional, acabam sendo os principais motivos de preocupação da equipe multiprofissional. Isso acontece porque os RNPT ainda se apresentam muito imaturos, com pouco reflexo de busca e sucção ou até ausentes e com grande dificuldade de permanecerem em estado de alerta. Além disso, muitos vivenciam quadros clínicos desfavoráveis o que dificultam ou até impedem momentaneamente o início da amamentação (PESSOA- SANTANA *et al.*, 2016).

Sabe-se que a amamentação é a forma mais segura e apropriada de alimentação na primeira infância, pois oferece benefícios nutricionais, imunológicos, psicológicos e econômicos, estando associada com a diminuição da morbimortalidade infantil e do risco de desenvolver doenças diarreicas e respiratórias. Especialmente para o RNPT o leite materno consiste em substância ideal, pelo fato de proporcionar melhor digestão, fornecer componentes imunológicos e conter elementos nutricionais nas quantidades necessárias para a sua recuperação e desenvolvimento (BEZERRA *et al.*, 2017).

Diante disso as mães desses bebês são fortemente incentivadas na unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) para amamentar ou ordenhar o leite e fornecê-lo a criança. A experiência de ordenhar o leite é individual e algumas mães acham confortável, enquanto outras apresentam dor e estresse. Mesmo as que não gostam preferem continuar devido acreditar nos benefícios do seu leite, como sendo importante para a criança (NIELA-

VILÉN *et al.*, 2019).

Embora muitas mães acreditem no poder do seu leite e existam atividades educativas quanto ao manejo do aleitamento materno e manutenção da lactação, algumas mães não se sentem seguras de que, de fato, o leite materno atende às necessidades de seu filho. Assim, torna-se de grande importância o apoio e incentivo dados a essas mães sobre o aleitamento materno no sentido de facilitar o processo de recuperação desses neonatos, minimizar a angústia, insegurança e medo dessas mães ao se depararem neste momento (PESSOA- SANTANA *et al.*, 2016).

Com isso, pode ser observado que muitas mães de bebês prematuros não conseguem amamentar os filhos e quando conseguem é por pouco tempo ou somente no período de internação da criança. A partir disso, evidencia-se a necessidade de compreender porque isso acontece, o que essas mães sabem e sentem a respeito da amamentação. Assim, surgiu a seguinte pergunta norteadora “Qual a percepção das mães de bebês prematuros sobre a amamentação?”.

O objetivo desse estudo foi analisar as produções científicas disponíveis na literatura quanto a percepção de mães de bebês prematuros sobre a amamentação. Os achados deste estudo poderão direcionar os cuidados dos profissionais que atuam diretamente com mães de bebê prematuros, para que os mesmos busquem ajuda-las e apoiá-las nesse momento.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa na qual optou-se por percorrer as seguintes etapas: Identificação do tema e elaboração 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 e apresentação da revisão/síntese do conhecimento (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

Inicialmente, elaborou-se a pergunta norteadora: “Qual a percepção das mães de bebês prematuros sobre a amamentação?”.

Posteriormente, para a seleção dos artigos, foram utilizados critérios de inclusão: artigos publicados em português, espanhol e inglês; original, disponível na íntegra eletronicamente e gratuitamente, que retratassem a percepção das mães acerca da amamentação de bebês prematuros. Foram excluídos os artigos duplicados.

Foram utilizados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCs): “Aleitamento Materno”, “Recém-Nascido Prematuro” e “Relações Mãe-Filho”, e os do *Medical Subject Headings* (MeSH) foram “Breast Feeding” “Infant, Premature” e “Mother-Child Relations”. Foi realizado o cruzamento entres os descritores citados utilizando o operador booleano *and* para realização da pesquisa.

O levantamento dos artigos realizou-se em maio de 2020, com uma busca nas

seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System online (Medline) Scientific Eletronic Library Online (SCIELO), na base de dados bibliográficos especializada na área de enfermagem (BDENF) e PubMed.

Ao todo encontrou-se 265 artigos, sendo 32 na base de dados LILACS, 50 na MEDLINE, 131 no PubMed e 52 na BDENF. Destes, foram excluídos do estudo 254 artigos, pelos seguintes aspectos: 5 devido a duplicação e 249 por não abordarem a temática do estudo (Quadro 1).

Base de Dados	LILACS	MEDLINE	SCIELO	BDENF	PubMed	Total
Produção encontrada	32	50	-	52	131	265
Exclusão por idioma	-	-	-	-	-	-
Não é artigo original	-	-	-	-	-	-
Exclusão por repetição	-	2	-	3	-	5
Não aborda a temática de estudo	29	48	-	43	129	249
Total da seleção	3	-	-	6	2	11

Quadro 1- Seleção de artigos encontrados nas bases de dados LILACS, MEDLINE, SCIELO, BDENF e PubMed, após análise dos critérios de inclusão e exclusão. Redenção, Ceará, 2020.

Para a coleta de dados dos artigos que foram incluídos na revisão integrativa, foi utilizado um instrumento adaptado de Ursi (2005) para captar os dados essenciais de cada estudo selecionado, tais como: nome do artigo; autores/ ano; tipo de estudo; instrumento utilizado; locais e resultados.

A avaliação das publicações selecionadas foi baseada na classificação proposta por Melnyk e Fineout-Overholt (2005), os quais classificam as publicações segundo as forças de evidências: Nível 1: as evidências são provenientes de revisão sistemática ou metanálise de todos relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundas de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; Nível 2: evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; Nível 3: evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; Nível 4: evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; Nível 5: evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; Nível 6: evidências derivadas de um único estudo descritivo ou

qualitativo; Nível 7: evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas.

A análise dos resultados evidenciados foi realizada de forma descritiva, sendo apresentada a síntese de cada estudo incluído na revisão integrativa e comparações entre as pesquisas incluídas, destacando diferenças e semelhanças.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra da revisão integrativa foi composta de 11 estudos, sendo prevalente as publicações ocorridas no ano de 2016. Em relação ao idioma, oito artigos foram publicados em português e três em inglês. Quanto ao método adotado nos estudos, foi unânime a utilização da abordagem qualitativa, sendo classificados com nível de evidência 6.

No tocante a origem das publicações, predominaram os estudos realizados no Brasil (9), apenas um nos Estados Unidos e um na Finlândia, sendo 10 desenvolvidos em hospitais públicos e apenas um na residência dos participantes.

Após a leitura dos estudos selecionados, percebeu-se dois aspectos fundamentais na percepção das mães sobre amamentação, a saber: benefícios do aleitamento materno e dificuldades da amamentação diante da prematuridade, conforme quadro 3.

	Título	Benefícios da amamentação	Dificuldades relatadas
1	Percepção de mães sobre o processo de amamentação de recém-nascidos prematuros na unidade neonatal.	O leite materno é essencial ao desenvolvimento do recém-nascido, contém todos os nutrientes necessários, contribui para seu crescimento e proteção, previne infecção, além de fortalecer o vínculo afetivo mãe e filho. Favorece a contração uterina e perda de peso das mães.	Sentimento negativos de impotência, medo, ansiedade, insegurança e baixa na produção láctea.
2	Percepção de mães de recém-nascidos prematuros hospitalizados acerca da amamentação.	O leite materno promove uma recuperação mais adequada e eficaz, fortalece o vínculo mãe e filho, possui uma importância maior para o recém-nascido prematuro diante de suas necessidades.	Lidar com o bebê muito pequeno, uso de sondas, sonolência do neonato, reflexo de sucção imaturo e insegurança das mães.
3	Percepção materna do aleitamento no contexto da prematuridade.	Auxilia no seu desenvolvimento do bebê, protege contra infecções, fortalece o vínculo entre mãe e filho.	Lidar com as condições de saúde do neonato, baixa produção láctea, estresse e insegurança.
4	Saberes e práticas de mães de recém-nascidos prematuros perante a manutenção do aleitamento materno.	Auxilia no desenvolvimento, protege contra doenças, auxilia na contração uterina e diminuição do sangramento.	O bebê fazer uso de sondas e a insegurança.

5	A manutenção do aleitamento materno de prematuros de muito baixo peso: experiência das mães.	Fortalece a criança, ajuda ela a se desenvolver mais rápido e protege contra doenças.	Estresse, desânimo, insegurança, baixa produção láctea, medo da criança perde peso, dificuldade da pega, debilidade da sucção e a volta ao mercado de trabalho.
6	Mothers' feelings about breastfeeding their premature babies in a rooming-in facility.	Ajuda o bebê a crescer saudável, é econômico para a família, e fortalece o vínculo mãe e filho.	Relatam sentimento de tristeza, culpa pelo parto prematuro, medo e insegurança pelo fato do bebê ser muito pequeno e delicado.
7	Amamentação de prematuros em uma unidade neonatal: a vivência materna.	O leite é adequado para as necessidades metabólicas e fisiológicas dos bebês prematuros, auxiliando em seu crescimento e desenvolvimento.	Cuidados com o bebê diante da fragilidade dele, da sucção débil, de se cansarem e se engasgarem com mais facilidade, pouca produção láctea, medo e ansiedade.
8	A Typology of Breastfeeding Mothers of Preterm Infants: A Qualitative Analysis.	Amamentação e prática e segura, protege as crianças, auxilia no seu crescimento e desenvolvimento.	Medo, dificuldade na pega, dor ao amamentar.
9	Aprendizado e prática do aleitamento materno na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: vivência de mulheres.	Essencial para a saúde e desenvolvimento do bebê, fortalece o vínculo mãe e filho, fonte de proteínas e anticorpos.	Algumas mulheres referem dor ao amamentar, medo pelo fato do bebê se pequeno e frágil, a anatomia do mamilo, mamas muito cheias devido o bebê se saciar rápido e não as secar.
10	"I have faith in my milk": the meaning of milk for mothers of very low birth weight infants hospitalized in the neonatal intensive care unit.	O leite é considerado como um tipo de remédio que pode prevenir ou diminuir complicações nos bebês, além de ajudar essas crianças a crescerem e se desenvolverem	Ansiedade, estresse, não poder amamentar no próprio seio e a baixa produção láctea.
11	A vivência de mães de recém-nascidos prematuros no processo de lactação e amamentação.	O leite materno auxilia na imunidade do bebê e no desenvolvimento e crescimento.	Preocupação com a produção láctea, uso de sondas e reflexo de sucção debilitado.

Quadro 3 - Síntese dos estudos relacionados aos benefícios do aleitamento materno e as dificuldades da amamentação diante da prematuridade. Redenção, Ceará, Brasil, 2020.

Fonte: Dados da pesquisa.

Evidenciou-se que a percepção das mulheres em relação os benefícios do AM e das dificuldades da amamentação estavam relacionados a fatores psicossociais, à mãe e ao

bebê, como mostra as categorias abaixo.

Fatores Psicossociais

Foi visto em quatro estudos que as dificuldades relatadas pelas participantes estavam relacionadas a fatores psicossociais. Pesquisa que envolveu 23 mães de bebês prematuros internados em uma UTIN nos Estados Unidos apontou mães com relatos de ansiedade e estresse diante da hospitalização (ROSSMAN *et al.*, 2013).

Dois estudos mostraram que apesar dos sentimentos negativos diante da prematuridade, as mães mencionaram a amamentação como fonte de esperança. Pesquisa que envolveu 17 mães de bebês prematuros internados na UTIN de Petrolina evidenciou que as mesmas apresentaram sentimentos negativos como medo, ansiedade e insegurança relacionados a condição de saúde do seu bebê, no entanto, relataram que a amamentação é um modo de fortalecer o vínculo com o bebê (AMANDO *et al.*, 2016).

Fatores relacionados à mãe

Evidenciou-se em três estudos que as dificuldades relatadas pelas entrevistadas tinham relação ao fator materno, sendo dois relacionados a problemas mamários, um ao retorno ao trabalho.

Pesquisa realizada no município de Divinópolis, no estado de Minas Gerais, o qual contou com a participação de 12 mulheres, as mesmas relataram que o fator que favoreceu o desmame precoce foi a baixa produção láctea e o medo do bebê perder peso, logo favorecendo a inserção da fórmula infantil. As mães que continuaram amamentando relataram que conseguiram graças ao apoio familiar e dos profissionais de saúde, sendo demonstrado por elas a consciência da importância nutricional, imunológica e afetiva do aleitamento materno (BRAGA; ALMEIDA; LEOPOLDINO, 2012).

Na Finlândia, foram entrevistadas 80 mães de prematuros hospitalizados na UTIN, onde a maioria (75%) queixaram-se dor durante a amamentação, principalmente no momento da ordenha. Porém elas continuaram a amamentar e descreveram a amamentação como importante para as crianças, principalmente as prematuras, e uma mãe ainda enfatizou a prevenção de alergias (NIELA-VILÉN *et al.*, 2019). Em um estudo realizado na UTIN do Rio de Janeiro foi observado que as entrevistadas relataram sentir dificuldades para amamentar devido a anatomia da mama, sendo enfatizado que a avaliação das mamas deveria ser feita durante o pré-natal para que fossem realizados procedimentos e orientações que auxiliassem na exteriorização desse mamilo (ROCHA *et al.*, 2013).

Fatores relacionados ao bebê

Foi visto em quatro artigos que aspectos inerentes ao RN podem dificultar a amamentação. Uma pesquisa realizada com oito mães no interior do Ceará mostrou que os principais fatores que dificulta o processo de amamentação estavam relacionados ao neonato, sendo esses a sonolência, o reflexo de sucção imaturo e o uso de sondas

(BEZERRA *et al.*, 2017).

Em unidade neonatal do Rio de Janeiro oito mães relataram que os RN se cansam rápido devido a força que exercem pra sugar a mama, bem como se engasgam com facilidade, com isso as mães ficam nervosas e com medo de amamentar seus bebês, porém elas relatam que conseguiram superar esse medo graças ao apoio dos profissionais de saúde que sempre estavam por perto ajudando, em contrapartida algumas se sentiram desconfortáveis em amamentar pelo fato de ser muita gente em volta dela e do bebê (GORGULHO; PACHECO, 2008).

As mães de bebês prematuros lidam diariamente com o medo de perder o filho, a angústia pelo período de separação e pela instabilidade clínica do RNPT (PEREIRA *et al.*, 2015). Em alguns hospitais estão sendo criados grupos terapêuticos os quais contribuem para elaboração e significação da história vivida. Ao falarem sobre suas dores, medos e angústias, as mães encontram-se tecendo uma rede de apoio com os profissionais e com aqueles que se identificam por vivenciar uma experiência parecida com a sua (MARCIANO; EVANGELISTA; AMARAL, 2019)

No contexto da amamentação, sentimentos considerados “negativos” como a angústia, medo e dificuldade ainda são frequentemente identificados, no entanto, sentimentos considerados “positivos” são relatados com maior frequência após o início do processo de lactação, sendo importante que a equipe apoie e incentive precocemente essa prática (CRUZ; SEBASTIÃO, 2015).

Resultados de vários estudos mostram evidências empíricas de que a amamentação pode atuar como uma proteção contra a depressão pós-parto, trazem que amamentar melhora o bem-estar psicológico da mãe e age regulando os padrões de sono e vigília. Além desses quando a mãe realiza os cuidados parentais tem uma melhora no envolvimento emocional com a criança (FIGUEIREDO *et al.*, 2013).

Para as mulheres que vivenciam problemas mamários o BHL desempenha uma função importante que é de orientar essas mães quanto a ordenha correta, auxílio no posicionamento e pega correta do bebê ao seio (PEREIRA *et al.*, 2019). O BLH exerce papel fundamental para as mães de RNPT, pois orienta e auxilia as mesmas quanto a ordenha e a estimulação para que as mesmas produzam mais leite (AZEVEDO; MENDES, 2008).

Estes profissionais utilizam técnicas que auxiliam no desenvolvimento das habilidades de sucção e deglutição, tendo como exemplo a sucção não nutritiva, a estimulação com dedo enluvado, por meio de massagens extra e intraorais com propósito de capacitar recém-nascidos prematuros a utilizarem seus reflexos. Além desses estímulos a equipe multiprofissional realiza a avaliação dos parâmetros hemodinâmicos, antes e durante a realização dessas técnicas para observar se esse bebê está apto ou não para a alimentação oral no seio da mãe (CAVALCANTE *et al.*, 2018).

4 | CONCLUSÃO

A presente revisão evidenciou que as mães de bebês prematuro atribuem ao leite materno o poder de recuperação e desenvolvimento dos seus filhos, além de fortalecer o vínculo entre mãe e filho, no entanto, muitas dificuldades são enfrentadas diante da prematuridade. A amamentação na prematuridade tem aspectos relacionados a fatores psicossociais como sentimentos negativos de tristeza e ansiedade, fatores relacionados à mãe como os problemas mamários e retorno ao trabalho, e fatores relacionados ao neonato como a sonolência, o reflexo de sucção imaturo e o uso de sondas.

Frente ao exposto percebe-se a necessidade de abordar a mãe de forma holística, dando ênfase a seus sentimentos, suas dúvidas e dificuldades, visando compreender o que cada uma enfrenta e buscar junto a ela maneiras de vencer essas barreiras. Sugere-se a realização de estudos de intervenção sobre essa temática, visando direcionar as práticas de cuidado para favorecer a promoção do aleitamento materno nesse público.

REFERÊNCIAS

AMANDO, A. R.; TAVARES, A. K.; OLIVEIRA, A. K. P.; FERNANDES, F. E. C. V.; SENA, C. R. S.; MELO, R. A. Percepção de mães sobre o processo de amamentação de recém-nascidos prematuros na unidade neonatal. **Rev. baiana enferm.**, Salvador, v. 30, n. 4, p. 1-11, out./dez., 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v30i4.17134>. Acesso em: 20 de jul. de 2020.

AZEVEDO, M.; MENDES, E. N. W. Manutenção da lactação: um desafio para mães de prematuros hospitalizados. **Rev. gaúch. enferm.** Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 68-75, mar., 2008. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5282/3002>. Acesso em: 18 de jul. de 2020.

BEZERRA, M. C.; CARVALHO, A. C. O.; SAMPAIO, K. J. A. J.; SIMONE SOARES DAMASCENO, OLIVEIRA, D. R.; FIGUEIREDO, M. F. E. R. Percepção de mães de recém-nascidos prematuros hospitalizados acerca da amamentação. **Rev. baiana enferm.** Salvador, v. 31, n. 2, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v31i2.17246>. Acesso em: 15 de jul. de 2020.

BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**, v. 5, n. 11, p. 121–136, dez., 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.21171/ges.v5i11.1220>. Acesso em: 19 de jul. de 2020.

BROD, F. R.; ROCHA, D. L. B.; SANTOS, R. P. Saberes e práticas de mães de recém-nascidos prematuros perante a manutenção do aleitamento materno. **Rev Fund Care Online**, 8(4):5108-5113, out/dez, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i4.5108-5113>. Acesso em: 19 de jul. de 2020.

BRAGA, P. P.; ALMEIDA, C. S.; LEOPOLDINO, I. V. Percepção materna do aleitamento no contexto da prematuridade. **Rev. Enferm. Cent.-Oeste Min.**, v. 2, n. 2, p. 151-158, 2012. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/177/298>. Acesso em: 16 de jul. de 2020.

CRUZ, M. R; SEBASTIÃO, L. T. Amamentação em prematuros: conhecimentos, sentimentos e vivências das mães. **Distúrb. comun.** São Paulo, v. 27, n. 1, mar. 2015. Disponível em:

<https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/19362/16328>. Acesso em: 15 de jul. de 2020.

GORGULHO, F. R.; PACHECO, S. T. A. Amamentação de prematuros em uma unidade neonatal: a vivência materna. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 19-24, mar., 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452008000100003>. Acesso em: 18 de jul. de 2020.

MARCIANO, R. P.; EVANGELISTA, P. G.; AMARAL, W. N. Grupo de mães em UTI neonatal: um espaço de escuta e intervenção precoce em psicanálise. **Rev. SBPH.**, Belo Horizonte, v. 22, n. 2, p. 48-67, jul-dez. 2019. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v22n2/v22n2a04.pdf>. Acesso em: 22 de jul. de 2020.

Melnik BM, Fineout-Overholt E. **Making the case for evidence-based practice**. In: Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2005.

NIELA-VIELÉN, H.; AXELIN, A.; SALANTERÁ, S.; MELENDER, H. L. **A Typology of Breastfeeding Mothers of Preterm Infants: A Qualitative Analysis**. Disponível em: https://journals.lww.com/advancesinneonatalcare/Abstract/2019/02000/A_Typology_of_Breastfeeding_Mothers_of_Preterm.8.aspx. Acesso em: 23 de ago. de 2020.

PEREIRA, L. T. S.; ALVES, T. C. M.; LOURO, N. S.; CESAR, N. F.; FERREIRA, J. D.; PAULA, K. R. *et al*. Queixas de nutrizes que buscam atendimento em um banco de leite humano e fatores associados. **Rev. Enferm. Atual In Derme**; v. 87, n. 25, abr. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.31011/reaid-2019-v.87-n.25-art.212>. Acesso em: 20 de jul. de 2020.

PEREIRA, L. B.; ABRÃO, A. C. F. V.; OHARA, C. V. S. Vivências maternas frente às peculiaridades da prematuridade que dificultam a amamentação. **Texto & contexto enferm.**, Santa Catarina, v. 24, n. 1, p. 55-63, jan-mar., 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015000540014>. Acesso em: 20 de jul. de 2020.

PESSOA-SANTANA, M. C. C.; SILVEIRA, B. L.; SANTOS, I. C. S.; MASCARENHAS, M. L. V. C.; DIAS, E. G. C. Métodos alternativos de alimentação do recém-nascido prematuro: considerações e relato de experiência. **Rev. bras. ciênc. Saúde**, v. 20, n. 2, p. 157-162, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/14607/15745>. Acesso em: 21 de jul. de 2020.

ROCHA, C. R.; SILVA, L. R.; SOEIRO, G.; VASCONCELLOS, M. A. O.; ABRÃO, D. F. A.; SILVA, L. R. Aprendizado e prática do aleitamento materno na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: vivência de mulheres. **Rev. enferm. UFPE on line**. Recife, v. 7, n. 3, p. 641-648, mar. 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10275/10913>. Acesso em: 22 de jul. de 2020.

RODRIGUES, L. N.; SANTOS, A. S.; TORQUATO, R. C.; LOPES, A. P. A GOMES, P. P. S.; CHAVES, E. M. C. Diagnósticos de enfermagem relacionados à amamentação em nutrizes acompanhadas na atenção primária à saúde. **Enferm. foco**, Brasília, v. 10, n. 6, p. 125-130, 2019. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2785/661>. Acesso em: 18 de jul. de 2020.

ROSSMAN, B. R.; KRATOVIL, A. L.; GREENE, M. M.; ENGSTROM, J. L.; MEIER, P. P. "I have faith in my milk": the meaning of milk for mothers of very low birth weight infants hospitalized in the neonatal intensive care unit. **J Hum Lact.**, v. 29, n. 3, p. 359-365, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0890334413484552>. Acesso em: 20 de jul. de 2020.

ROZA, T. K. S.; RAMOS, A.S. M. B.; COSTA, C. C. P.; SANTOS, G. B. S.; CÂNDIDO, J. P. B.

Contribuição da enfermagem na implantação da colostro terapia em UTI - neonatal: relato de experiência. In: Anais do Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal. Campo Grande (MS), 2018. Disponível em: <https://even3.blob.core.windows.net/anais/63829.pdf>. Acesso em: 07 de jul. de 2020.

SANTOS, R. P. B.; ARAÚJO, R. T.; TEIXEIRA, M. A.; RIBEIRO, V. M.; LOPES, A. S.; ARAUJO, V. M. Importância do colostro para a saúde do recém-nascido: percepção das puérperas. **Rev enferm UFPE on line.**, v. 11(Supl. 9):3516-22, set., 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234481/27672>. Acesso em: 15 de jul. de 2020.

SILVA, R. V.; SILVA, I. A. A vivência de mães de recém-nascidos prematuros no processo de lactação e amamentação. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, 13 (1): 108-115, jan-mar, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a15.pdf>. Acesso em: 16 de jul. de 2020.

TRONCO, C. S.; PADOIN, S. M. M.; PAULA, C. C.; RODRIGUES, A. P.; NEVES, E. T.; WEINMANN, A. R. M. Manutenção da lactação de recém-nascido pré-termo: rotina assistencial, relação mãe-filho e apoio. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v.19, n.4, p. 635-640, out.-dez., 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150085>. Acesso em: 20 de jul. de 2020.

Ursi, E. S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura.** 130 f. Dissertação (mestrado) da Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2005. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-18072005-095456/publico/URSI_ES.pdf. Acesso em: 20 de jul. de 2020.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 52, n. 5, p. 546-553, dec. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>. Acesso em: 18 de jul. de 2020.

CAPÍTULO 19

PERFIL DOS PACIENTES DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COM SEDAÇÃO

Data de aceite: 01/12/2020

Sandra Valeria Francisconi Santos

Instituto Gnosis – Rio de Janeiro – RJ
<http://lattes.cnpq.br/4145951353604998>

Estela Kessler da Costa

Instituto Gnosis – Rio de Janeiro – RJ
<http://lattes.cnpq.br/2771170473555330>

Leonardo da Cunha Azevedo

Instituto Gnosis – Rio de Janeiro – RJ
<http://lattes.cnpq.br/1865268419752156>

Cláudia Andréa Di Carlantonio Dutra Queiroga

Instituto Gnosis - Rio de Janeiro – RJ
<http://lattes.cnpq.br/0159540451546962>

RESUMO: **Objetivo:** Conhecer as características dos pacientes encaminhados a um grande Centro de Diagnóstico por Imagem Público para submeter-se a RM com sedação. **Métodos:** Trata-se de estudo transversal, de caráter descritivo, com abordagem quantitativa, tendo como problema de pesquisa: Qual o perfil dos pacientes encaminhados para RM com sedação? A avaliação foi realizada no período de 06/04/2018 a 05/04/2019. Todos os pacientes foram submetidos a uma triagem e assinaram o termo de consentimento. Os dados foram coletados diretamente das triagens e após análise, compilados para definir o perfil. **Resultados:** Foram analisadas as triagens de 263 pacientes, sendo constatados: 154

pacientes do gênero masculino e 109 do gênero feminino, com faixa etária de 3 a 82 anos, sendo, em sua maioria crianças, com faixa etária de 0 a 9 anos, total de 133 pacientes. Adolescentes, com faixa etária de 10 a 19 anos, total de 84 pacientes. Adultos com faixa etária de 20 a 99 anos, total de 46 pacientes. Indicação diagnóstica: 28 crises convulsivas, 23 atrasos global de desenvolvimento e 14 epilepsia. Dos 263 somente, 21 claustrofóbicos. **Conclusão:** Identificar o perfil do paciente foi fundamental para que pudéssemos planejar ações de melhoria em todo o processo e otimizar os protocolos dos exames. **PALAVRAS - CHAVE:** Ressonância Magnética, Sedação, Crianças, Epilepsia, atraso global no desenvolvimento.

PROFILE OF MAGNETIC RESONANCE IMAGING PATIENTS WITH SEDATION

ABSTRACT: **Objective:** To know the characteristics of patients referred to a large Public Imaging Diagnosis Center to undergo MRI with sedation. **Methods:** This is a cross-sectional, descriptive study with a quantitative approach, having as research problem: What is the profile of patients referred to MRI with sedation? The evaluation was carried out from 06/04/2018 to 05/04/2019. All patients underwent screening and signed the consent form. The data were collected directly from the screenings and after analysis, compiled to define the profile. **Results:** Screenings of 263 patients were analyzed, with the following findings: 154 male patients and 109 female patients, aged 3 to 82 years, mostly children, aged 0 to 9 years, total 133 patients,

Adolescents, aged 10 to 19 years, total of 84 patients, Adults, aged 20 to 99 years, total of 46 patients. Diagnostic indication: 28 seizures, 23 global developmental delay and 14 epilepsy. Of the 263, only 21 claustrophobic. **Conclusion:** Identifying the patient's profile was essential for us to plan improvement actions throughout the process and optimize exam protocols.

KEYWORDS: Magnetic Resonance, Sedation, Children, Epilepsy, global development delay.

1 | INTRODUÇÃO

Desde 1982, o uso da imagem por ressonância magnética (RM) cresce de maneira exponencial e migra rapidamente de um contexto de pesquisa para um contexto clínico, superando a rapidez de evolução de qualquer outra técnica de aquisição de imagens ⁽¹⁾.

A RM é um método de diagnóstico por imagem que não utiliza radiação ionizante em sua técnica, diferente de outras modalidades radiográficas. Esse Método não invasivo de demonstração da anatomia interna é baseado no princípio de que os núcleos atômicos em um campo magnético forte absorvem pulsos de energia de radiofrequência e as emitem como ondas de rádio que podem ser reconstruídas nas imagens computadorizadas ⁽²⁾.

Além disso, esse método também é conhecido por muitos como um ímã gigante em forma de tubo, que emite um barulho constante que causa desconforto. Por isso, tanto o paciente como o acompanhante recebem um abafador de ruídos (fone de ouvido ou protetor auricular). Para comunicação entre o paciente e profissional, o aparelho tem um sistema de áudio que permite fácil interação, buscando uma melhor segurança. O paciente recebe uma campanha para que, em caso de desconforto ou reação adversa, seja prontamente acolhido pela equipe.

Nesse sentido, é importante considerar que a RM se utiliza das propriedades magnéticas de determinados átomos existentes no nosso corpo e, por meio de campo magnético muito potente, faz com que eles se comportem de maneira que o equipamento consiga produzir uma imagem, sendo um dos métodos de diagnóstico por imagem que definem muito bem as estruturas do corpo humano. Esse também é um método capaz de mostrar, com precisão, as diferentes regiões do corpo humano, como crânio, fígado, ossos, cartilagens, tendões, músculos etc. É útil também para avaliarmos o que é fisiológico e o que é patológico como: doença desmielizante, escoliose, síndrome da medula espinhal ancorada, hemocromatose, hidrocefalia e outras doenças.

Essa prática metodológica gera exames de excelente qualidade, mas, para isso, o paciente deve permanecer imóvel ⁽³⁾. Entretanto, o tempo elevado das sequências e a diminuta circunferência do magneto acarretam um grande desconforto em pacientes, como por exemplo, os pacientes claustrofóbicos, pediátricos, idosos, sendo necessário, na maioria das vezes, realização do exame sob sedação.

Além desses grupos acima, os pacientes adultos sem relato de claustrofobia também manifestam algum desconforto. A sedação ou anestesia tornam-se então imprescindíveis para que o diagnóstico não seja prejudicado por artefatos de movimento.

Imobilidade durante o exame é um fator determinante de boa qualidade das imagens. Nos casos em que essa colaboração não é possível, devem ser realizados sob anestesia. A escolha da técnica anestésica deve ser individualizada e baseada nas condições clínicas do paciente, na duração e no tipo de exame.

Sedação

A Sedação em exames de imagem pode ser feita de forma intravenosa, oral ou inalatória. A mais comum é a intravenosa, porque o organismo absorve de forma mais rápida o sedativo. Atenção deve ser dada a todas as etapas desse procedimento. A sedação é necessária não apenas para obter a imobilidade exigida, mas também para diversos outros fatores como: diminuir a ansiedade, a dor e o estresse dos pacientes no caso de ressonância magnética.

Os pacientes pediátricos frequentemente requerem sedação para procedimentos médicos para reduzir a dor e o estresse, ou para manter a imobilidade. O uso de via oral, nasal ou supraglóticas durante estudos na RM sob anestesia geral ou sedação profunda melhoram significativamente a qualidade das imagens ⁽⁴⁾.

Desde 1985, sociedades científicas divulgaram diretrizes para a realização de anestesia não cirúrgica (NORA), a fim de reduzir complicações ⁽⁵⁾. Na última atualização das Diretrizes Internacionais, em 2016, e na declaração de prática clínica de 2019 da European Society of Pediatric Anaesthesiology, muitos aspectos da NORA pediátrica são detalhados, como registro de anestesia, monitoramento, configuração e competências do pessoal dedicado na função do nível esperado de sedação. No entanto, nenhuma indicação clara sobre a abordagem farmacológica mais apropriada é relatada ^(6,7).

2 | OBJETIVO

O objetivo nessa pesquisa foi conhecer as características dos pacientes encaminhados a um grande Centro de Diagnóstico por Imagem Público para submeter-se a Ressonância Magnética com sedação.

3 | MÉTODO

Estudo transversal, de caráter descritivo, com abordagem quantitativa. Tendo como problema de pesquisa: Qual o perfil dos pacientes encaminhados para Ressonância Magnética com sedação? A avaliação foi realizada no período de 06/04/2018 à 05/04/2019. Todos os pacientes foram submetidos a uma anamnese para Ressonância Magnética e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido para sedação.

Os dados foram coletados diretamente das anamneses e após análise, compilados para definir o perfil. Outras documentações foram envolvidas como: Ficha de anestésica, Protocolo de cuidados pós Extravasamento de Contraste; Prescrição de contraste e outras

medicações.

Para um entendimento mais aprofundado sobre o assunto, foi realizada uma revisão de literatura nas bases de dados PubMed e Embase, correlacionando os descritores Magnetic Resonance Spectroscopy, Magnetic Resonance Imaging, Interventional, Deep Sedation, Conscious Sedation, Anesthesia, Child, Autistic Disorder, Autism Spectrum Disorder, Epilepsy, Generalized, Phobic Disorders, Mental Disorders e termos livres sinônimos, com o objetivo de responder à pergunta de pesquisa proposta no presente estudo. Para identificação dos descritores foram consultados os vocabulários controlados da área da saúde DeCs (Descritores em Ciências da Saúde), MeSH (Medical Subject Headings) e Emtree. Optou-se pela aplicação de um filtro de idiomas (português, inglês e espanhol), para excluir idiomas não considerados na leitura de texto completo, e um recorte temporal para recuperar apenas artigos publicados nos últimos 5 anos (2015-2020). As estratégias de busca utilizadas em cada base de dados podem ser consultadas na tabela 1.

ESTRATÉGIA DE BUSCA		QUANTITATIVO	
PUBMED	(((Magnetic Resonance Spectroscopy[mh] OR Magnetic Resonance Imaging, Interventional[mh] OR Magnetic Resonance[tiab] OR MRI[tiab]) AND (Deep Sedation[mh] OR Conscious Sedation[mh] OR Sedation[tiab] OR Anesthesia[mh] OR Anesthes*[tiab] OR Anaesthesia[tiab] OR Propofol[tiab] OR Midazolam[tiab])) AND ((Child[mh] OR Child*[tiab] OR Adolescent[mh] OR Adolescent*[tiab] OR Teen*[tiab] OR Infant*[tiab] OR Youth*[tiab] OR Pediatric*[tiab] OR Paediatric*[tiab]) AND (Autistic Disorder[mh] OR Autism Spectrum Disorder[mh] OR Autistic Disorder[tiab] OR Autism[tiab] OR Convulsive Disorder*[tiab] OR Epilepsy, Generalized[mh] OR Epilepsy[tiab] OR Epilepsies[tiab] OR Convulsion*[tiab] OR Phobic Disorders[mh] OR Claustrophobia*[tiab] OR Mental Disorders[mh] OR Mental Disorder*[tiab] OR Mental Disabilit*[tiab] OR Mental[tiab] OR Psychiatric[tiab] OR Neuropsychiatric[tiab] OR Anxiety[tiab]))) AND (English[lang] OR Portuguese[lang] OR Spanish[lang]) AND ("2015/01/01"[PDat] : "2020/10/06"[PDat])	Recuperados	88
		Excluídos	
		Selecionados	

EMBASE	<p>(‘nuclear magnetic resonance spectroscopy’/mj OR ‘mr spectroscopy’:ti,ab OR ‘nmr spectrometry’:ti,ab OR ‘nmr spectroscopy’:ti,ab OR ‘high field nmr’:ti,ab OR ‘magnetic resonance spectroscopy’:ti,ab OR ‘mnr spectroscopy’:ti,ab OR ‘nmr spectral analysis’:ti,ab OR ‘nmr spectral identification’:ti,ab OR ‘nmr spectrum’:ti,ab OR ‘nuclear magnetic resonance spectral analysis’:ti,ab OR ‘nuclear magnetic resonance spectrometry’:ti,ab OR ‘nuclear magnetic resonance spectroscopy’:ti,ab OR ‘nuclear magnetic resonance spectrum’:ti,ab OR ‘spectroscopy, nuclear magnetic resonance’:ti,ab OR ‘nuclear magnetic resonance imaging’/mj OR ‘mri’:ti OR ‘nmr imaging’:ti OR ‘imaging, magnetization transfer’:ti,ab OR ‘magnetic resonance imaging’:ti,ab OR ‘magnetic resonance tomography’:ti,ab OR ‘magnetization transfer imaging’:ti,ab OR ‘mr imaging’:ti OR ‘nuclear magnetic resonance imaging’:ti,ab OR ‘nuclear magnetic resonance’/mj OR ‘nmr’:ti OR ‘magnetic resonance’:ti,ab OR ‘mr’:ti OR ‘nuclear magnetic relaxation dispersion’:ti,ab OR ‘nuclear magnetic resonance’:ti,ab OR ‘resonance, magnetic’:ti,ab) AND (‘deep sedation’/mj OR ‘deep sedation’:ti,ab OR ‘conscious sedation’/mj OR ‘conscious sedation’:ti,ab OR ‘moderate sedation’:ti,ab OR ‘sedation, conscious’:ti,ab OR ‘sedation’/mj OR ‘sedation’:ti,ab OR ‘anaesthesia’/mj OR ‘anaesthesia’:ti,ab OR ‘anesthesia’:ti,ab OR ‘anesthetization’:ti,ab OR ‘short anaesthesia’:ti,ab OR ‘short anesthesia’:ti,ab OR ‘short duration anaesthesia’:ti,ab OR ‘short duration anesthesia’:ti,ab OR ‘anesthetic action’:ti,ab OR ‘anaesthetic action’:ti,ab OR ‘autoanaesthesia’:ti,ab OR ‘propofol’/mj OR ‘propofol’:ti,ab OR ‘midazolam’/mj OR ‘midazolam’:ti,ab OR ‘midazolam hydrochloride’:ti,ab) AND (‘child’/mj OR ‘child’:ti,ab OR ‘children’:ti,ab OR ‘adolescent’/mj OR ‘adolescent’:ti,ab OR ‘teenager’:ti,ab OR ‘juvenile’/mj OR ‘juvenile’:ti,ab OR ‘youth’:ti,ab OR ‘pediatric’:ti,ab OR ‘paediatric’:ti,ab OR ‘infant’/mj OR ‘infant’:ti,ab OR ‘teen’:ti,ab) AND (‘autism’/mj OR ‘autism’:ti,ab OR ‘autism spectrum disorder’:ti,ab OR ‘autism, early infantile’:ti,ab OR ‘autism, infantile’:ti,ab OR ‘autistic child’:ti,ab OR ‘autistic children’:ti,ab OR ‘autistic disorder’:ti,ab OR ‘autistic spectrum disorder’:ti,ab OR ‘child development disorders, pervasive’:ti,ab OR ‘childhood autism’:ti,ab OR ‘classical autism’:ti,ab OR ‘early infantile autism’:ti,ab OR ‘infantile autism’:ti,ab OR ‘infantile autism, early’:ti,ab OR ‘typical autism’:ti,ab OR ‘convulsion’/mj OR ‘convulsion’:ti,ab OR ‘convulsion susceptibility’:ti,ab OR ‘convulsions’:ti,ab OR ‘convulsive action’:ti,ab OR ‘convulsive disorder’:ti,ab OR ‘convulsive reaction’:ti,ab OR ‘generalized epilepsy’/mj OR ‘central epilepsy’:ti,ab OR ‘diffuse epilepsy’:ti,ab OR ‘epilepsy, general’:ti,ab OR ‘epilepsy, generalised’:ti,ab OR ‘epilepsy, generalized’:ti,ab OR ‘generalised epilepsy’:ti,ab OR ‘generalized epilepsy’:ti,ab OR ‘idiopathic epilepsy’:ti,ab OR ‘epilepsy’/mj OR ‘acute epilepsy’:ti,ab OR ‘chronic epilepsy’:ti,ab OR ‘epilepsia’:ti,ab OR ‘epilepsy’:ti,ab OR ‘epileptic’:ti,ab OR ‘epileptic disorder’:ti,ab OR ‘epileptic syndrome’:ti,ab OR ‘epileptic syndromes’:ti,ab OR ‘phobia’/mj OR ‘phobia’:ti,ab OR ‘phobias’:ti,ab OR ‘phobic anxiety’:ti,ab OR ‘phobic anxiety disorder’:ti,ab OR ‘phobic disorders’:ti,ab OR ‘phobic fear’:ti,ab OR ‘phobic fears’:ti,ab OR ‘phobic neuroses’:ti,ab OR ‘phobic neurosis’:ti,ab OR ‘phobic reaction’:ti,ab OR ‘claustrophobia’/mj OR ‘claustrophobia’:ti,ab OR ‘claustrophobic anxiety’:ti,ab OR ‘claustrophobic fear’:ti,ab OR ‘claustrophobic reaction’:ti,ab OR ‘phobia, claustro’:ti,ab OR ‘mental disease’/mj OR ‘disease, mental’:ti,ab OR ‘diseased mental state’:ti,ab OR ‘disorder, mental’:ti,ab OR ‘disordered mental state’:ti,ab OR ‘disturbed mental state’:ti,ab OR ‘illness, mental’:ti,ab OR ‘insanity’:ti,ab OR ‘mental abnormality’:ti,ab OR ‘mental confusion’:ti,ab OR ‘mental defect’:ti,ab OR ‘mental disease’:ti,ab OR ‘mental disorder’:ti,ab OR ‘mental disorders’:ti,ab OR ‘mental disorders diagnosed in childhood’:ti,ab OR ‘mental disturbance’:ti,ab OR ‘mental illness’:ti,ab OR ‘mental insufficiency’:ti,ab OR ‘mental symptom’:ti,ab OR ‘neurodevelopmental disorder’:ti,ab OR ‘neurodevelopmental disorders’:ti,ab OR ‘neuropsychiatric disease’:ti,ab OR ‘neuropsychiatric diseases’:ti,ab OR ‘neuropsychiatric disorder’:ti,ab OR ‘neuropsychiatric disorders’:ti,ab OR ‘psychiatric disease’:ti,ab OR ‘psychiatric disorder’:ti,ab OR ‘psychiatric illness’:ti,ab OR ‘psychiatric symptom’:ti,ab OR ‘psychic disease’:ti,ab OR ‘psychic disorder’:ti,ab OR ‘psychic disturbance’:ti,ab OR ‘psychologic disorder’:ti,ab OR ‘psychologic disturbance’:ti,ab OR ‘psychological disorder’:ti,ab OR ‘psychological disturbance’:ti,ab OR ‘psychopathology’:ti,ab OR ‘anxiety’/mj OR ‘anxiety’:ti,ab) AND [embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim) AND ([english]/lim OR [portuguese]/lim OR [spanish]/lim) AND [2015-2020]/py</p>	Recuperados	39
		Excluídos	
		Selecionados	

Tabela 1. Estratégias de busca nas bases de dados

4 | RESULTADOS

Foram analisadas as anamneses de 263 pacientes, sendo constatados: 154 pacientes do gênero masculino e 109 do gênero feminino, com faixa etária de 3 a 82 anos, sendo em sua maioria crianças, com faixa etária de 0 a 9 anos, total de 133 pacientes, Adolescentes, com faixa etária de 10 a 19 anos, total de 84 pacientes, Adultos, com faixa etária de 20 a 99 anos, total de 46 pacientes. Indicação diagnóstica: 28 crises convulsivas, 23 atrasos global de desenvolvimento e 14 epilepsia. Dos 263, somente 21 claustrofóbicos.

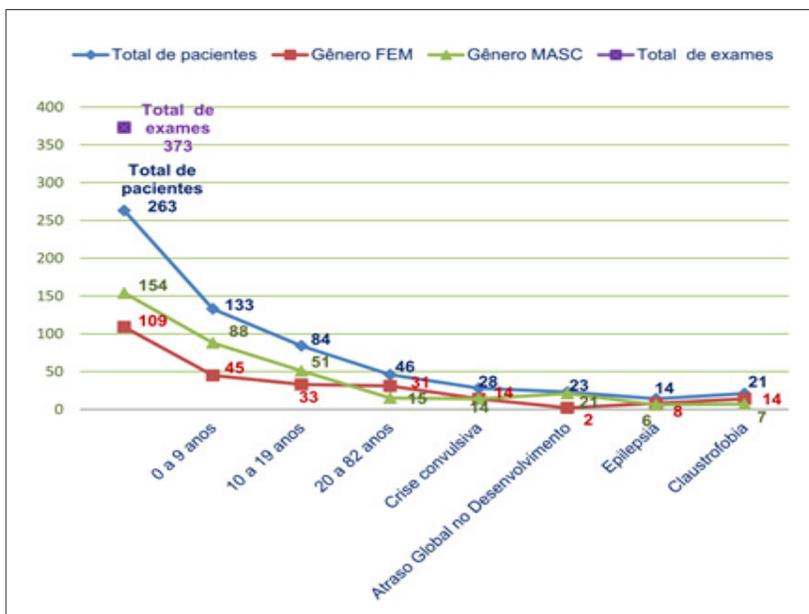


Figura 1 - Perfil dos pacientes de Ressonância Magnética para sedação

Fonte: Autores

Dentre os perfis pesquisados, os casos de epilepsia requerem cuidados ainda mais diferenciados, pois o profissional lida com uma doença neurológica crônica, podendo ser progressiva em relação a distúrbios cognitivos, frequência e gravidade dos eventos críticos, caracterizada por crises recorrentes (8).

A epilepsia é uma das doenças neurológicas mais frequentes, sendo superada apenas pelo acidente vascular cerebral (9). Afeta aproximadamente 1% da população mundial. A incidência dessa patologia varia de acordo com idade, sexo, raça, tipo de síndrome epiléptica e condições socioeconômicas. Nos países desenvolvidos, a prevalência da epilepsia está em torno de 0,5% da população. Nos países em desenvolvimento, em torno de 1,5% a 2% da população. Nos Estados Unidos existem dois milhões de pessoas com

epilepsia e 300 mil são crianças com idade inferior a 14 anos. O diagnóstico de epilepsia se baseia em história clínica, descrição da atividade convulsiva por quem a presenciou, exame físico (procura de achados focais) e achados encefalográficos (10) .

A incidência de epilepsia é maior no primeiro ano de vida e volta a aumentar após os 60 anos de idade. A probabilidade geral de ser afetado por epilepsia ao longo da vida é de cerca de 3% (11). É importante enfatizar que a presença de epilepsia é elevada em crianças portadoras de retardo mental, paralisia cerebral, autismo, alterações psiquiátricas ou de comportamento. Aproximadamente 30% das crianças com autismo podem apresentar diferentes tipos de crises epilépticas durante a adolescência (10). O paciente epiléptico apresenta maior mortalidade decorrente de morte súbita inesperada, estado de mal epiléptico e elevado índice de suicídio (10)

RM demonstra claramente maior sensibilidade para o reconhecimento e localização de lesões encefálicas associadas a convulsões. Anomalias congênitas de migração, pequenas lesões inflamatórias, áreas de hemorragia parenquimatosa, processos degenerativos da substância branca, focos de infarto e gliose, e neoplasias intracranianas de pequenas dimensões, tanto primárias como metastáticas, são mais claramente identificadas com a RM, do que com qualquer outra modalidade de imagem. A relação entre anormalidade anatômica e focos epileptogênicos é presuntiva; entretanto, a lesão correlaciona-se com os sintomas clínicos na maior parte das vezes. Exames por imagens funcionais com tomografia computadorizada por emissão de fóton único (SPECT), tomografia com emissão de pósitron (PET), RM funcional ou magnetoencefalografia podem ser incluídas como parte da avaliação pré-operatória antes de uma terapia cirúrgica definitiva (12).

Outras modalidades de pacientes que requerem um cuidado diferenciado são os casos de Atraso de Desenvolvimento global e Deficiência Intelectual são razões comuns para avaliação diagnóstica por pediatras. Existem várias causas possíveis, muitos dos quais têm genética, gestão e implicações do tratamento para a criança e família. Genéticas, as causas são estimadas como responsáveis por aproximadamente um quarto a metade dos casos identificados. A multiplicidade de causas genéticas individualmente raras desafia o médico no que diz respeito à seleção do diagnóstico testes e diagnóstico preciso. Para auxiliar o praticante diretrizes práticas foram formuladas e estas são revisados e resumidos neste artigo específico (13) .

Enquanto os pacientes acometidos de Claustrofobia podem apresentar extrema dificuldade em passar por esse procedimento. Análises de casos relacionados, indicam que podemos observar desde um ligeiro desconforto, até pânico e desejo de interromper o exame. Em uma pesquisa dos radiologistas, 71,6% dos entrevistados afirmaram que a ansiedade era um problema comum em seu departamento de imagem quando pacientes eram encaminhados para ressonância magnética (14).

Essa ansiedade nos pacientes claustrofóbicos normalmente resulta em movimentação durante o exame, reduzindo assim a viabilidade das imagens a serem

analisadas. Nas situações mais complexas, repetições do exame são necessárias e mesmo a sedação do paciente é considerada. Em algumas ocasiões o exame pode ser cancelado e em outras o paciente pode desistir do exame. Essas intercorrências durante os procedimentos, produzem, além do desconforto ao paciente, reflexos financeiros, pois o custo do equipamento sofisticado e dos profissionais especializados envolvidos é dispendido além do que foi planejado.

As gerações mais recentes desses equipamentos trouxeram avanços em design e usabilidade, em função da percepção desses problemas causados pela ansiedade dos pacientes acometidos de Claustrofobia. Esses avanços passam por tubos menores e redução de ruído (15).

No entanto, estes avanços tecnológicos não levaram a uma completa redução de reações claustrofóbicas. Exames de cabeça, em particular, podem ainda parecer desanimadores para pacientes claustrofóbicos, mesmo em designs mais amigáveis para o paciente (16,15). Para melhorar a experiência da interação com o equipamento e reduzir a sensação de ansiedade, claustrofobia e medo antes do exame, algumas intervenções devem ser desenvolvidas. Essas intervenções podem variar significativamente em termos de facilidade de implementação e a carga que colocam no tempo e custos da equipe. Isso aponta para uma estratégia baseada na relação custo/benefício das intervenções.

5 | CONTRIBUIÇÕES PARA ENFERMAGEM E OUTROS

Explorar uma área pouco pesquisada pela enfermagem e exercitar a prática baseada em evidências.

Tentar prevenir as remarcações dos exames sob sedação, poupando uma perda significativa de tempo de trabalho, desgaste dos pais e pacientes, custo improdutivo para Instituição e talvez o mais importante, atraso no diagnóstico.

A expectativa é de que esses dados contribuam com os serviços de saúde, para uma melhor assistência ao paciente especiais, minimizando, dentre outros, índices elevados de laudos inconclusivos.

6 | DESAFIOS

A equipe de enfermagem ocupa um papel chave para um exame bem sucedido, desde as orientações antes do exame até sua avaliação diagnóstica. Todo cuidado deve estar focado aos pacientes e sua família, baseados em protocolos terapêuticos, por meio de uma prática Baseada em Evidências e a partir de protocolos descritos e implementados na instituição, sem deixar à parte, a humanização.

A humanização junto ao paciente tem início com as orientações por meio do acolhimento, porém o profissional pode encontrar desafios e dificuldades para desenvolver de forma efetiva o cuidado humanizado, pois a rotina de trabalho, quando se torna

mecanizada, faz com que não sejam priorizadas atitudes que favoreçam a expressão dos sentimentos e a compreensão das necessidades individuais do paciente.

O ambiente pode não favorecer e dificultar a execução dessa humanização, porém é fundamental que a enfermagem a execute, uma vez que o paciente vive um momento de carência e fragilização emocional, em função da espera de um diagnóstico, muitas vezes desfavorável.

Novas atribuições surgem e são agregadas à rotina da enfermagem antes, durante e após a avaliação diagnóstica. É importante que a partir dessa realidade, sejam desenvolvidas ações educativas e compartilhamento de informações com outros profissionais da área.

É valoroso que a equipe na área diagnóstica perceba as características, os sinais e sintomas das indicações para os exames, bem como os devidos cuidados que podem ser realizados, possibilitando que a enfermagem exerça um papel de protagonismo na experiência do paciente.

Capacitar e qualificar a equipe para um atendimento seguro é prioritário na rotina de trabalho, uma vez que esses exames são realizados fora do centro cirúrgico e conseqüentemente em ambientes com deficiência de estrutura para a realização de um ato anestésico 100% seguro. Podemos citar algumas complicações relacionadas como reações alérgicas e anafiláticas por causa do uso de contraste, depressão respiratória, arritmias, hipotermia, instabilidades hemodinâmicas e complicações inerentes ao próprio procedimento.

Elaboração de guideline para centralização das melhores evidências para a prática da enfermagem envolvendo os procedimentos pré, trans e pós- exames de ressonância magnética sob sedação, tem como objetivo nos ajudar a alcançar os melhores resultados.

Trabalhar cada vez mais a comunicação efetiva com a equipe, uma vez que compartilharmos informações para vários grupos distintos (equipe anestésica, call center, recepção, ouvidoria, faturamento etc...), é outro desafio muito importante para evitar danos para o paciente.

Idosos não colaborativos ou pacientes com limitação por dor ou patologias que causam movimentação involuntária e dificuldade no posicionamento por anestesia devem ser estudados.

7 | CONSIDERAÇÕES

Identificar o perfil dos pacientes é fundamental para que possamos planejar ações de melhoria em todo o processo e otimizar o tempo de realização dos exames e seus resultados, mantendo a qualidade deve ser uma meta a ser alcançada.

É importantíssimo que o médico radiologista, o médico Anestesiologista, enfermeiro, técnico de enfermagem, técnico de radiologia, maqueiro e recepcionista estejam capacitados e qualificados para esse procedimento e esse perfil de pacientes.

Existem oportunidades para a criação e desenvolvimento de protocolos específicos para o melhor manejo anestesiológico e script padronizado para a abordagem inicial e interação com o paciente, envolvendo todo o ciclo do exame com as diversas situações possíveis.

REFERÊNCIAS

1. FERREIRA, Fernanda Guimarães Meireles; NACIF, Marcelo Souto. **Manual de técnicas em Ressonância Magnética**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2011.
2. Descritores em Ciências da Saúde: DeCS. ed. 2020. rev. e ampl. São Paulo: BIREME / OPAS / OMS, 2017. Disponível em: < <http://decs.bvsalud.org> >. Acesso em 22 de outubro. 2020.
3. OLIVEIRA, B. et al. **Anestesia para procedimentos fora do bloco cirúrgico – protocolo de cuidados**. Rev Med Minas Gerais 2010; 20(2 Supl 3): S12- S18.
4. UCISIK-KESER, F. et al. **Impact of airway management strategies on magnetic resonance image quality**. Br J Anaesth. 2016;117: i97–i102.
5. **Guidelines for the elective use of conscious sedation, deep sedation, and general anaesthesia in paediatric patients**. Committee on drugs. Section on anesthesiology. Paediatrics. 1985; 76:317–21. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/d/?term=Guidelines+for+the+elective+use+of+conscious+sedation%2>
6. ZIELINSKA M, BARTKOWSKA-SNIATKOWSKA A, BECKE K. **Safe pediatric procedural sedation and analgesia by anesthesiologists for elective procedures: a clinical practice statement from the European Society for Paediatric Anaesthesiology**. Paediatr Anaesth. 2019;29(6):583–90.
7. LEVATI A, PACCAGNELLA F, PIETRINI D, SIAARTI-SARNePI **guidelines for sedation in paediatric neuroradiology**. Minerva Anestesiol. 2004; 70:675.
8. Yacubian EMT - Epilepsias, em: Nitrine R, Bacheschi LA - **A Neurologia que Todo Médico Deve Saber**. 2a Ed, São Paulo, Atheneu, 2008;235-256.
9. PORTER, RJ . Classification of Epileptic Seizures and Epileptic Syndromes, em: Engel Jr J, Pedley TA - **Epilepsy: a Comprehensive Textbook**. Philadelphia, Lippincott-Raven, 1997;47-57.
10. Ren WHP - **Anesthetic management of epileptic pediatric patients**. Int Anesthesiol Clin, 2009;47:101-116.
11. KWAN P, SANDER JW. **The natural history of epilepsy: an epidemiological view**. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2004;75(10):1376-81
12. Colégio Brasileiro de Radiologia **Critérios de Adequação do ACR EXAME POR IMAGEM DE PACIENTE PEDIÁTRICO COM CONVULSÕES**. Painel de Especialistas em Imagem Pediátrica: John, D. et al.
13. SROUR M, Shevell M. **Genetics and the investigation of developmental delay/intellectual disability**. Arch Dis Child 2014; 99:386-389). Arch Dis Child. 2014 Apr;99(4):386-9.

14. TISCHLER, V. et al. **Patient anxiety in magnetic resonance imaging centres: is further intervention needed?** Radiography 2008; 14: 265–6.
15. LEMAIRE C, MORAN GR, SWAN H. **Impact of audio/visual systems on pediatric sedation in magnetic resonance imaging.** J Magn Reson Imaging 2009; 30: 649–55.
16. HUNT, CH. et al. **Wide, short bore magnetic resonance at 1.5T: Reducing the failure rate in claustrophobic patients.** Clin Neuroradiol 2011; 23: 141–4.

CAPÍTULO 20

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE CASOS DE HEMORRAGIAS ANTEPARTO ASSOCIADA A PLACENTA PRÉVIA E DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA NO ESTADO DE ALAGOAS DE 2008 A 2017

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 18/09/2020

Vanessa Camila Paixão dos Santos

Centro Universitário Tiradentes
Maceió – AL

<http://lattes.cnpq.br/8573475340844350>

Bruna Lins Tenório Barros

Centro Universitário Tiradentes
Maceió – AL

<http://lattes.cnpq.br/9465272233800320>

Antônio Fernando Xavier Silva Júnior

Centro Universitário Tiradentes
Maceió – AL

<http://lattes.cnpq.br/2281154359767958>

RESUMO: As hemorragias anteparto são caracterizadas pelo sangramento vaginal, a partir da vigésima semana de gestação até o parto e podem ocorrer em sucessão de placenta prévia e descolamento prematuro de placenta, os quais caracterizam o perfil epidemiológico dessa hemorragia. O descolamento prematuro da placenta e placenta prévia são alterações patológicas que acontecem durante a gravidez. O estudo tem como objetivo identificar o perfil epidemiológico de casos de hemorragias anteparto associada a placenta prévia e descolamento prematuro de placenta no estado de Alagoas no período de 2008 a 2017. Utilizou-se como método o epidemiológico transversal e os dados foram obtidos do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do Ministério de Saúde do Estado de Alagoas. O estudo compreendeu um

período de anos (2007 a 2018). As variáveis estudadas foram: ano das internações, faixa etária, raça/cor (auto referida), tipo do regime do estabelecimento (público ou privado) e município de internação. Foram registrados 2.936 casos no período estudado, sendo o ano de 2010 de maior incidência. A maioria dos casos aconteceram com mulheres de 20 a 29 anos (47,16%), no município de Maceió. Em relação a cor (auto referida), a cor parda apresentou-se predominante, com internações em estabelecimentos privados. Com este estudo foi possível identificar o perfil epidemiológico dos casos de hemorragias antepartos, visando melhorar a rede de atenção para essas mulheres, promovendo a promoção da saúde, reduzindo assim a morbimortalidade materna e fetal.

PALAVRAS - CHAVE: Hemorragia anteparto. Placenta prévia. Descolamento prematuro de placenta. Perfil epidemiológico

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF ANTEPARTAL HEMORRHAGE CASES ASSOCIATED WITH PREVIOUS PLACENTA AND PREMATURE DISCOLLATION OF PLACENTA IN THE STATE OF ALAGOAS FROM 2008 TO 2017

ABSTRACT: Antepartum haemorrhages are characterized by vaginal bleeding from the twentieth week of gestation until delivery and may occur in succession of previous placenta and premature placental dislocation, which characterize the epidemiological profile of this bleeding. Premature placental detachment and placenta previa are pathological changes which

occur during pregnancy. The study aims to identify the epidemiological profile of cases of antepartum haemorrhage associated with previous placenta and premature placental detachment in the state of Alagoas from 2008 to 2017. The method used was the cross-sectional epidemiological and the data were obtained from the Hospital Information System (SIH) of the Ministry of Health of the State of Alagoas. The study comprised a period of years (2007 to 2018). The variables studied were: year of hospitalization, age, race/color (self-reported), type of establishment (public or private) and municipality of hospitalization. There were 2,936 cases in the period studied, with the highest incidence in 2010. Most of the cases occurred with women between 20 and 29 years of age (47.16%), in the municipality of Maceió. In relation to color (self-reported), brown color was predominant, with hospitalizations in private facilities. With this study, it was possible to identify the epidemiological profile of antepartum hemorrhage cases, aiming to improve the attention network for these women, promoting health promotion, thus reducing maternal and fetal morbidity and mortality.

KEYWORDS:Antepartum hemorrhage. Previous placenta. Premature discoloration of the placenta. Epidemiological profile

1 | INTRODUÇÃO

A ocorrência da hemorragia anteparto é uma das causas mais importantes de mortalidade materno-fetal. Esta é definida como sangramento vaginal que ocorre a partir da vigésima semana de gestação até o parto. As principais causas desse sangramento são decorrentes do descolamento prematuro da placenta (DPP) e a placenta prévia (PP) (DIAS et al, 2010).

O descolamento prematuro da placenta (DPP) é conceituado como a separação antecipada de parte ou da totalidade da placenta da parede do útero, que deveria se encontrar implantada até o nascimento do feto (ROCHA, et al. 2017). É uma das piores complicações obstétricas, com aumento muito importante da morbimortalidade materna, por maior incidência de síndromes hemorrágicas na segunda metade da gestação (BRASIL, 2012). Sua fisiopatologia exata ainda é desconhecida e apesar de extensas pesquisas, a maioria dos casos permanece sem causa definida. Inúmeros estudos identificaram fatores de risco que predispõem a essa complicação, portanto ele parece ter etiologia multifatorial (NUNES, et al, 2016). Kahhale e Souza (2012) diz que as mulheres com DPP apresentam: dor súbita e intensa principalmente em localização de fundo uterino, perda sangüínea vaginal em 80% dos casos, pode haver anemia, hipotensão e choque, parada da movimentação fetal, coagulopatia por consumo local e coagulação intra-vascular disseminada (CIVD).

Segundo Pereira e Campos (2013), a placenta prévia (PP) é definida como a situação em que a placenta está implantada e em desenvolvimento, no segmento inferior do útero. A placenta prévia (PP) é a segunda causa mais comum de hemorragia genital no segundo trimestre, perdendo apenas para o descolamento da placenta normalmente inserida (NEVES e SEIMA, 2019). A etiologia da PP não está bem estabelecida. Constituem fatores de risco: cesarianas prévias, interrupção de gravidez ou cirurgias uterinas, tabagismo, idade

avançada, multiparidade, uso de cocaína e gravidez múltipla (DIAS, et. al., 2010). A PP apresenta quadro clínico de sangramento genital indolor sem causa aparente, de coloração vermelha viva, recorrente e de gravidade progressiva (KAHHALE e SOUZA, 2012)

A ocorrência da hemorragia anteparto é uma das causas mais importantes de mortalidade materno-fetal, quando este sangramento é provocado pelo descolamento prematuro da placenta (DPP) e a placenta prévia (PP). Estes casos causam um impacto substancial no consumo de recursos de saúde, podendo reverter esse quadro se realizado o pré-natal adequado, pois este possibilita a identificação precoce de inúmeros agravos que estão associados à maior morbimortalidade materno-fetal.

Tem sua etiologia multifatorial e assemelha-se à de outras entidades clínicas, como crescimento intrauterino restrito e prematuridade, o que reforça a impressão de que eles sejam a expressão de fator comum: a disfunção placentária. Tem como fator de risco o uso de álcool e tabagismos, a via de parto em gestação anterior e o intervalo entre as gestações, sendo significativamente elevado em gestações precedidas por cesariana (VITÓRIA, 2011).

Conhecer a prevalência, os principais tipos de doenças ou agravos e as características sociodemográficas de mulheres com intercorrências na gestação pode favorecer o manejo e a prevenção de desfechos indesejáveis para a mãe e para o seu filho (VALERA *et al.*, 2017).

2 | METODOLOGIA

Este estudo se trata de um estudo epidemiológico do tipo transversal dos registros de internações por hemorragias anteparto associada a placenta prévia e descolamento prematuro de placenta – CID-O441 (Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão, código O441), 2008 a 2017 no estado de Alagoas. Os dados desta pesquisa foram obtidos do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do Ministério de Saúde do Estado de Alagoas. O período analisado foi de janeiro de 2008 a dezembro de 2017.

As variáveis estudadas foram: o número de internações por hemorragias anteparto associada a placenta prévia e descolamento prematuro de placenta no estado de alagoas. E as variáveis independentes foram: ano das internações, faixa etária, raça/cor (autorreferida), tipo do regime do estabelecimento (público ou privado) e município de internação.

Para a revisão bibliográfica foram selecionados os respectivos descritores controlados: Hemorragia Uterina, Descolamento Prematuro da Placenta, Placenta Prévia e para ampliar a seleção dos artigos, os descritores não controlados: hemorragias anteparto. Foi feito o levantamento bibliográfico nas seguintes bases de dados: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), PubMed, *The Cochrane Library* e APA (*American Psychological Association*). A busca de publicações ocorreu em setembro de 2018, no Portal da BVS, pelo site www.bvssalud.org, que integra as bases citadas.

Os dados da pesquisa foram tabulados pelo tabnet (instrumento desenvolvido pelo DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, órgão do Ministério da Saúde (MS), que permite tabulações on-line de dados e geração de informações) e armazenados em planilha de Excel (Microsoft office®). Os dados coletados foram analisados, mediante uso da estatística descritiva, sendo organizados, descritos e interpretados por meio de tabelas e gráficos. Os dados utilizados são de domínio público e correspondem ao banco de dados do sistema DATASUS, de acesso gratuito e livre por meio da internet o que não necessitou da apreciação do projeto por um Comitê de Ética em Pesquisa.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre os anos de 2008 a 2017 o Estado de Alagoas registrou o total de 2.936 casos de hemorragia anteparto associada a placenta prévia e descolamento prematuro de placenta. Na tabela 1 é possível verificar o resultado obtido da distribuição dos números de casos, a proporção de casos de internamento e a incidência dos casos de hemorragia anteparto associada a placenta prévia e descolamento prematuro de placenta no período de 2008 – 2017 no estado de Alagoas.

		CASOS		
ANO	POPULAÇÃO	Nº	%	INCIDÊNCIA
2008	1618624	302	10,29	18,66
		CASOS		
ANO	POPULAÇÃO	Nº	%	INCIDÊNCIA
2009	1634511	380	12,94	23,25
2010	1649639	436	14,85	26,43
2011	1664044	427	14,54	25,66
2012	1677754	354	12,06	21,10
2013	1690793	312	10,63	18,45
2014	1703206	153	5,21	8,98
2015	1715038	181	6,16	10,55
2016	1726284	193	6,57	11,18
2017	1736945	198	6,74	11,40
TOTAL	16816838	2936	100,00	175,67

Tabela 1 – Distribuição dos números, proporção (%) e incidência de casos no período de 2008 – 2017 - Alagoas

Fonte: MS/ SIH-SUS

Nota-se que os anos que possuíram o maior número de casos foi 2010 e 2011 e que após a uma redução nos números de casos nos anos posteriores, os dois últimos anos (2016 e 2017) houve um aumento no número de casos comparado com os anos anteriores.

Isso pode ser entendido devido à ausência da assiduidade no planejamento familiar, do diagnóstico tardio da gestação e dos pré-natais na rede de atenção primária à saúde, pois neste se presta uma assistência de qualidade às mulheres gestantes o mais precocemente possível, prevenindo, assim, possíveis complicações inerentes à gestação ou o diagnóstico precoce das hemorragias anteparto. (OLIVEIRA et al, 2016).

Esses dados são similares aos resultados de um estudo realizado a partir de dados da Pesquisa Nascer no Brasil que analisou a assistência pré-natal oferecida às gestantes usuárias de serviços de saúde públicos e/ou privados do país, verificou que a adesão dessas mulheres a essa assistência ainda é baixa: 75,8% das mulheres iniciaram o pré-natal até a 16ª semana gestacional (VIELLAS, et al., 2014).

Quando observado a proporção de casos dessa hemorragia e a incidência por grupo etário (tabela 2) percebe-se que a faixa etária predominante foi a de 20 a 29 anos seguida de 30 a 39 anos. Esse resultado foi similar aos resultados do estudo realizado por Sampaio, et al. (2018) em uma maternidade pública no Acre, onde encontram a média de idade das mulheres foi de 28 anos, onde aproximadamente 2,7% das gestantes tinham idade <15 anos e 21% tinham idade ≥35 anos e aos de Renner et al. (2015) que realizou uma pesquisa na maternidade de um hospital de referência do interior do Rio Grande do Sul que das 314 gestantes consultadas no período analisado, 65% possuíam idade entre 21 e 35 anos de idade.

Divergindo dos resultados encontrados em uma pesquisa feita no estado do Pará, em um centro de referência em pré-natal de alto risco de hospital regional, que avaliou prontuários de gestantes de alto risco e encontrou 43 casos com idade entre 16 a 25 anos (ANJOS, et al. 2014) esse tal fato, pode ser justificado pela mudança do comportamento dos jovens em relação à atividade sexual que eleva a frequência de gestações na adolescência, acarretando em repercussões clínicas, sociais e, conseqüentemente, aumento dos registros de gestações de alto risco (MARREIRO et al., 2009).

Faixa etária	POPULAÇÃO	CASOS		
		Nº	%	INCIDÊNCIA
1 a 4 anos	1497532	1	0,03	0,07
10 a 14 anos	1653724	26	0,89	1,57
15 a 19 anos	1569331	402	13,69	25,62
20 a 29 anos	2949817	1391	47,38	47,16
30 a 39 anos	2599031	998	33,99	38,40
40 a 49 anos	1951503	118	4,02	6,05
TOTAL	12220938	2936	100,00	118,86

Tabela 2 – Número de casos proporcional e incidência por grupo etário no período de 2008 - 2017 - Alagoas

Fonte: MS/ SIH-SUS

Ao observar o gráfico 1 nota-se que através da proporção do número de casos de acordo com a Raça/cor dos pacientes por hemorragia anteparto associada a placenta prévia e descolamento prematuro de placenta no período de 2008 – 2017 em Alagoas a raça/cor em predominância é a cor parda seguida dos casos que não houveram a informação da cor/raça o que mostra um preenchimento inadequado na base de dados. Dados esses diferentes dos encontrados por Costa et al. (2016) que constatou que a etnia predominante das gestantes do Instituto da Mulher do município de Francisco Beltrão – Paraná foi da cor branca (62,3%) seguido da cor parda (31,1%). Porém, em estudo realizado por Anjos, et al (201) no Hospital Regional Baixo Amazonas, os resultados foram bem subjetivos com sua grande maioria sendo referidas como pardas.

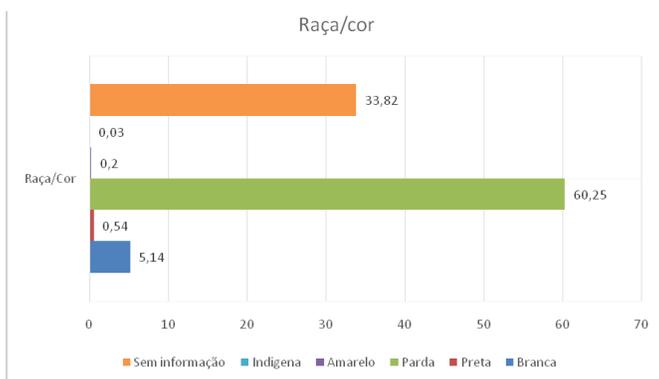


Gráfico 1 - Números e proporção (%) de casos de acordo com a Raça/cor dos pacientes no período de 2008 – 2017 - Alagoas

Fonte: MS/ SIH-SUS

Fazendo o comparativo para observar o regime do estabelecimento de internação por hemorragia anteparto associada a placenta prévia e descolamento prematuro de placenta no período estudado (tabela 3) é possível notar que o regime do estabelecimento o regime privado foi onde houve um maior número de casos durante o período estudado. Isso se entende devido ao fato de a acessibilidade, entendida como um grau de ajuste entre as características dos recursos de saúde e a população no processo da busca e obtenção de assistência à saúde, permite identificar fatores que obstaculizam o cuidado, nas dimensões organizacionais, econômicas, geográfica e sociocultural (RODRIGUES, 2010), tornando assim o regime privado mais acessível devido à falta de informação dos tipos de atenção à saúde e explicado também pela superlotação dos serviços públicos de referência.

Mas, quando se é estudado quanto aos regimes de estabelecimentos que a maioria das gestantes realizam o pré-natal, um estudo feito através de dados da pesquisa “Nascer no Brasil”, realizada em 2011 e 2012, 86,9% das consultas de pré-natal foram realizadas principalmente em unidades de atenção básica (VIELLAS, et al., 2014).

Regime do estabelecimento	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	(%)
Público	144	131	142	134	110	109	81	63	-	-	31,13
Privado	155	250	295	293	245	203	71	60	-	-	53,54
Ignorado	3	-	-	-	-	-	-	58	192	197	15,33
Total	302	381	437	427	355	312	152	181	192	197	100,00

Tabela 3 – Distribuição dos casos e regime do estabelecimento de internamento no período de 2008 – 2017 - Alagoas

Fonte: MS/ SIH-SUS

Quando aos municípios onde ocorreram maior número de internação por hemorragia anteparto associada a placenta prévia e descolamento prematuro de placenta no período de 2008 – 2017 no estado de Alagoas, o município de Maceió apresenta o maior número de casos, seguido do município de Arapiraca (tabela 4). O que é esperado visto que esses municípios concentram grande parte da população feminina em idade fértil. Esse fato se justifica, pois, são os municípios onde existem os hospitais de referência para o atendimento de média e alta complexidade.

MUNICÍPIO	Nº DE CASOS	%
Arapiraca	387	13,18
Batalha	1	0,03
Delmiro Gouveia	1	0,03
Maceió	2228	75,89
Palmeira dos Índios	2	0,07
Pão de Açúcar	16	0,54
Penedo	3	0,10
Piranhas	1	0,03
Rio Largo	2	0,07
Santana do Ipanema	118	4,02
São Miguel dos Campos	144	4,90
Teotônio Vilela	1	0,03
União dos Palmares	11	0,37
Viçosa	21	0,72
Total	2936	100,00

Tabela 4 – Distribuição proporcional dos casos nos municípios do estado de Alagoas no período de 2008 – 2017 - Alagoas

Fonte: MS/ SIH-SUS

4 | CONCLUSÃO

Torna-se fundamental a capacitação permanente dos profissionais de saúde, a fim de ampliar os conhecimentos acerca do perfil epidemiológico dos casos de hemorragia anteparto associada a placenta prévia e descolamento prematuro de placenta, melhorando, assim, a qualidade da assistência materno-fetal. Sendo consideradas como um problema de saúde pública as hemorragias antepartos citadas devem ter acompanhamento nos diversos níveis de atenção à saúde. A atenção primária à saúde, é de suma importância, pois é a porta inicial de acesso do usuário e é nela que é realizado o pré-natal inicial. Tendo o conhecimento das características dos perfis epidemiológicos desta patologia é possível criar uma linha de cuidado específico para os grupos de risco podendo dessa forma prevenir e/ou identificar inicialmente a hemorragia anteparto.

Ao se realizar o perfil dos casos desse tipo de hemorragia no estado de Alagoas e que foram captadas pelo serviço de saúde, é composto predominantemente por mulheres com a idade de 20 - 29 anos, de cor parda no município de Maceió utilizando o regime privado para suas internações. Através desse estudo foi possível observar a característica das hemorragias anteparto em Alagoas para que se possa ampliar a visão para o conhecimento do perfil epidemiológico, além dos fatores de risco e identificação precoce e identificar a intervenção para a redução da mortalidade por essa causa.

REFERÊNCIA

ANJOS, J. C. S. et al. **Perfil epidemiológico das gestantes atendidas em um centro de referência em pré-natal de alto risco**. Revista Paraense de Medicina, v.28, n.2, 2014.

BRASIL, Ministério da saúde. **Caderno de atenção básica: Gestação de Alto Risco**, Brasília: Ministério da Saúde, 2012

BRASIL, IBGE. **Censo demográfico**, 2018. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/al.html>>. Acesso em: 30 jul. 2019

COSTA, L. D. **Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco**. Cogitare Enferm. v.21, n.2, p.01-08, 2016.

DIAS, A.P. A. et al. **Placenta prévia como causa de hemorragia anteparto**. RevMed Minas Gerais, Belo Horizonte, v.20, n.1, p.126-128, 2010.

Kahhale, S.; Souza, E. **Protocolos de obstetrícia: descrição, diagnóstico, tratamento**. Estação W comunicação, São Paulo, 2012. Disponível em: <<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/mulher/ProtocoloObstetricia.pdf>>. Acesso em: 01 Ago. 2019

MARREIRO, C. M. et al. **Perfil clínico-epidemiológico das pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da fundação Santa Casa de misericórdia do Pará**. Rev para med, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001. **Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS**. www.datasus.gov.br.

NEVES, M. G. T; SEIMA, M. D. **Sistema de informação para análise da mortalidade infantil com ênfase nos óbitos por causas evitáveis no município de São José dos Pinhais, Paraná, Brasil**. Braz. J. Technol., Curitiba, v. 2, n. 3, p. 830-842, jul.-sep. 2019.

NUNES, R. D. **Avaliação dos fatores associados aos resultados neonatais no descolamento prematuro de placenta**. Arq. Catarin Med. v.4, n.25, p.11-27, 2016.

PEREIRA, M, I, B, A; CAMPOS, D. A. **Placenta prévia - classificação e orientação terapêutica**. Acta Obstet Ginecol Port, v.2, n.7, p.125-130, 2013.

RENNER, F. W. et al. **Perfil epidemiológico das puérperas e dos recém-nascidos atendidos na maternidade de um hospital de referência do interior do Rio Grande do Sul no primeiro semestre de 2014**. Boletim Científico de Pediatria, v. 4, n.2, 2015.

ROCHA, B. D. et al. **Produção científica acerca do descolamento prematuro da placenta**. J Nurs Health. v.2, n.7, p.188-198, 2017.

RODRIGUES, E. T. **Perfil epidemiológico das gestantes de alto risco internadas em um hospital de cânceres - Mato Grosso**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Faculdade De Ciencias Da Saude. Universidade de Brasília. Brasília, p. 73. 2010.

SAMPAIO, A. F. S. et al. **Gestação de alto risco: perfil clínico-epidemiológico das gestantes atendidas no serviço de pré-natal da maternidade pública de Rio Branco, Acre**. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant, Recife, v.18, n.3, p.567-575, 2018.

OLIVEIRA, E. C. et al. **A importância do acompanhamento pré-natal realizado por enfermeiros**. Revista Científica FacMais, v.7, n.3, 2016.

VALERA, Patricia L. R. et al. **Intercorrências na gravidez em puérperas brasileiras atendidas nos sistemas público e privado de saúde**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 25:e2949, 2017.

VIELLAS, E. F. et al. **Assistência pré-natal no Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2014.

VITORIA, Kelly M. et al. **Descolamento prematuro de placenta: uma breve revisão**. RevMed Minas Gerais, Belo Horizonte, v.21, n.4, p.65-68, 2011

CAPÍTULO 21

PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA A ALTA HOSPITALAR DE CRIANÇAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 26/09/2020

Manuela Costa Melo

Escola Superior de Ciências da Saúde.
Brasília, DF, Brasil.

Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-2018-1801>

Anna Luísa Torres Ribeiro

Escola Superior de Ciências da Saúde.
Brasília, DF, Brasil.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4160-7047>

Elaine Santos Aguiar

Escola Superior de Ciências da Saúde.
Brasília, DF, Brasil.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6531-5631>

Éverton Fernandes de Araújo

Escola Superior de Ciências da Saúde.
Brasília, DF, Brasil.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7753-5455>

José Carlos Pacheco da Silva

Escola Superior de Ciências da Saúde.
Brasília, DF, Brasil.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9272-3860>

Luana Fernandes dos Reis

Escola Superior de Ciências da Saúde.
Brasília, DF, Brasil.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9343-979X>

Renan Joseph de Moraes Custódio

Escola Superior de Ciências da Saúde.
Brasília, DF, Brasil.

Orcid: <http://orcid.org/0000-0001-6166-8037>

Amanda Costa Melo

Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
(SESBA), Salvador-BA.

Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-3282-5918>

Ruth Geralda Germana Martins

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito
Federal, Hospital Regional da Asa Norte,
Brasília, Distrito Federal, Brasil.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6687-1560>

Manuela Costa Melo

Escola Superior de Ciências da Saúde.
Brasília, DF, Brasil.

Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-2018-1801>

RESUMO: Relatar o processo de construção coletiva de um protocolo assistencial para Enfermeiros da Atenção Hospitalar a ser utilizado com crianças com necessidades especiais de saúde. Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado por seis acadêmicos da segunda série do curso de Enfermagem. O cenário do estudo foi na unidade pediátrica de um hospital-ensino do Distrito Federal. Ocorreu entre o período de 04 a 19 de dezembro de 2018. Utilizados no processo de elaboração do protocolo, dois instrumentos norteadores do estudo, o de Triagem de crianças com necessidades especiais de saúde e o Inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp. Na elaboração desse protocolo, organizou-se o atendimento hospitalar ao grupo crianças com necessidades especiais de saúde em um modelo esquemático, constituído por sete etapas, onde para cada classificação do grupo

foram instituídas instruções que deverão ser dadas aos cuidadores durante a internação e reforçar no momento da alta hospitalar. Infere-se que a realização desse protocolo seja capaz de suscitar melhorias na assistência multiprofissional de saúde acerca do cuidado ofertado às crianças com necessidades especiais de saúde durante sua hospitalização e no preparo da alta hospitalar, de modo que haja continuidade nos cuidados que precisarão ser desenvolvidos no âmbito domiciliar e, por conseguinte, ocasione maior satisfação de todos os envolvidos no processo de cuidar.

PALAVRAS - CHAVE: Enfermagem Pediátrica; Protocolos Clínicos; Alta do Paciente; Cuidadores; Doença Crônica.

ASSISTANCE PROTOCOL FOR HOSPITAL DISCHARGE OF CHILDREN WITH SPECIAL HEALTH NEEDS

ABSTRACT: Report the process of collective construction of an assistance protocol for Nurses of Hospital Attention to be used with children with special health needs. Descriptive study, experience report, carried out by six second grade nursing students. The study scenario was in the pediatric unit of a school-hospital in the Federal District. It occurred between 04 and 19 December of 2018. Used in the protocol elaboration process, two guiding tools, the Screening of children with special health needs and the Stress symptoms inventory for adults Lipp. In the protocol's elaboration, hospital care was organized for the group of children with special health needs in a schematic model, constituted by seven stages, where for each classification of the group there are instructions that should be given to the caregivers during hospitalization and at the moment of hospital discharge. It is inferred that the execution of this protocol is able to provoke improvements in multiprofessional health assistance regarding the care offered to children with special health needs during their hospitalization and preparation for discharge, in a way that we have continuity in the care they will need at the familiar ambit and, consequently, cause greater satisfaction for all involved in the care process.

KEYWORDS: Pediatric Nursing; Clinical Protocols; Patient Discharge; Caregivers; Chronic Disease.

1 | INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas observou-se uma constante mudança no perfil de morbimortalidade da população brasileira, conhecida como “transição epidemiológica”, a qual consistiu na queda do acometimento por doenças infectocontagiosas e o aumento das doenças crônicas não transmissíveis ocasionadas por alterações nos hábitos de vida e, mais recentemente, o aumento dos casos de anomalias congênitas (BRASIL, 2018). Tais alterações criaram demandas para o sistema de saúde, que precisa assistir as crianças que apresentam condições crônicas de saúde e requerem cuidados contínuos, de modo permanente ou temporário, demandando serviços sociais e de saúde em intensidade superior às crianças em geral, o qual desencadeia avanços tecnológicos na área da saúde (SIMONASSE E MORAES, 2015).

Esses avanços tecnológicos na saúde da criança resultaram em um maior número de

crianças com condições crônicas de cuidados especiais de saúde de natureza temporária ou permanente. Essas crianças são chamadas, no Brasil, de Crianças com Necessidades Especiais de Saúde (CRIANES) (ARAÚJO *et al*, 2014). As CRIANES são classificadas em cinco grupos: tecnológico, de desenvolvimento, medicamentoso, habitual modificado e demandas mistas.

Dentro de cada um dos grupos que caracterizam as CRIANES há necessidades e especificidades na assistência à cada criança. Deste modo, crianças pertencentes ao grupo tecnológico necessitam de assistência que envolve aparatos tecnológicos, como cânulas de traqueostomia, cilindro de oxigênio, bolsa de colostomia, entre outros; o grupo de desenvolvimento está associado a cuidados ofertados com o intuito de promover a reabilitação psicomotora e social; o grupo medicamentoso diz respeito à necessidade da administração de medicamento contínuo à criança; o grupo habitual modificado diz respeito a adaptações ou modificações do ambiente domiciliar às necessidades diárias da criança; enquanto demandas mistas se caracterizam pela associação destes cuidados. Portanto, as CRIANES necessitam de um conjunto de serviços que devem estar programados ao seu atendimento clínico, além de um serviço especializado e interdisciplinar, de acordo com as necessidades individualmente apresentadas (SILVA *et al*, 2015).

No que tange a à política da criança com necessidades especiais de saúde, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), publicada em 2015, possui sete eixos estratégicos, abordando em dois deles ações e estratégias voltados à saúde das CRIANES, as quais envolvem diagnóstico precoce e qualificação do manejo de doenças prevalentes na infância e ações de prevenção de doenças crônicas, além da assistência voltada aos casos já diagnosticados; articulação de um conjunto de estratégias intrasetoriais e intersetoriais, para inclusão dessas crianças nas redes temáticas de atenção à saúde, mediante a identificação de situação de vulnerabilidade e risco de agravos e adoecimento, reconhecendo as especificidades deste público para uma atenção resolutiva (BRASIL, 2018).

Em virtude do grau de complexidade da assistência a essas crianças, faz-se necessário prestar cuidados específicos e preparar a criança e a família para alta hospitalar, de modo que haja continuidade nos cuidados a serem desenvolvidos no âmbito domiciliar. Nesse sentido, torna-se prioridade considerar o conhecimento dos familiares, e, assim, a equipe multiprofissional será capaz de oferecer atenção resolutiva às necessidades da condição e/ou doença da criança e familiares (SILVEIRA, NEVES E PAULA, 2013).

Entre os diversos profissionais da equipe multiprofissional, a equipe de enfermagem é constituída por profissionais cuja assistência é direcionada a indivíduos sadios ou doentes, família ou comunidade, mediante um conjunto de saberes técnicos e científicos que auxiliam na prevenção, promoção ou recuperação da saúde. Além disso, o enfermeiro presente na atenção hospitalar adquire ações de assistência de enfermagem, gerenciamento do serviço, prover articulação entre a equipe de enfermagem e os outros profissionais, e na

organização do processo de trabalho, com foco nas demandas dos usuários (GOULART, COELHO E CHAVES, 2014).

A assistência de enfermagem ocorre de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, por meio do Processo de Enfermagem. Este é organizado em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes: coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação (BRASIL, 2009). Com isso, a elaboração de protocolos assistências torna-se uma ferramenta indispensável para suscitar melhorias na assistência multiprofissional acerca do cuidado ao indivíduo e, em especial, às CRIANES.

O uso de protocolos de assistência traduz vantagens ao serviço, como maior segurança aos usuários e profissionais, redução da variabilidade de ações de cuidado, melhora na qualificação dos profissionais para a tomada de decisão assistencial, facilidade para a incorporação de novas tecnologias, inovação do cuidado, uso mais racional dos recursos disponíveis e maior transparência e controle dos custos. Ademais, facilitam o desenvolvimento de indicadores de processo e de resultados, a disseminação de conhecimento, a comunicação profissional e a coordenação do cuidado (PIMENTA *et al*, 2015).

Percebe-se déficit literário devido à diversidade dos grupos de CRIANES como um todo, o que dificulta a criação de um guia baseado em evidências que possa ser amplamente aplicado. Tal fato é constatado pelos profissionais como um obstáculo para a prestação de cuidado de qualidade a esses usuários (ADAME, ROCHA E LOUDEN, 2011). Nesse sentido, este estudo justifica em apresentar a elaboração do protocolo assistencial e visa orientar os profissionais de saúde quanto às condutas a serem adotadas para a execução de uma alta hospitalar planejada e sistematizada como estratégia facilitadora para os cuidadores da criança, com o propósito de garantir a adequada continuidade do cuidado no domicílio e a ressocialização da criança e sua família, considerando o diagnóstico, esquemas de tratamento, medicamentos utilizados, acompanhamento pela equipe multiprofissional e orientações gerais.

Diante do exposto, a questão que norteou este estudo foi: como elaborar um protocolo assistencial com intuito de organizar a alta hospitalar de crianças com necessidades especiais de saúde? E assim buscamos responder ao seguinte objetivo: relatar a experiência de elaboração coletiva de um protocolo assistencial a crianças com necessidades especiais de saúde para Enfermeiros da Atenção Hospitalar.

2 | MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, que apresenta o processo de construção coletiva de um protocolo assistencial a ser aplicado a crianças com necessidades especiais de saúde para Enfermeiros da Atenção Hospitalar. O cenário do

estudo é a unidade pediátrica de um hospital-ensino do Distrito Federal. Nesta unidade há atendimentos frequentes a crianças na faixa etária entre 0 a 12 anos, 12 meses e 29 dias, desses atendimentos, muitos são do grupo CRIANES. Sendo assim, a finalidade deste protocolo é suscitar melhorias na assistência multiprofissional acerca do cuidado que têm sido ofertados.

Elaborado por seis acadêmicos da segunda série do curso de Enfermagem da Escola Superior de Ciências de Saúde (ESCS). Este estudo ocorreu no decorrer de 12 encontros, realizados durante as atividades acadêmicas no contexto do ciclo clínico da saúde da criança e do adolescente, no período de 04 a 19 de dezembro de 2018.

O referencial teórico norteador para a elaboração deste estudo é a Resolução COFEN nº 358 de 2009 (BRASIL, 2009), a qual dispõe 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, e dá outras providências. A SAE permite aplicar conhecimento e habilidade de forma organizada e orientada, oportuniza a comunicação da equipe de enfermagem com os demais profissionais de todas as especialidades, assegurando um cuidado abrangente, resolutivo e de qualidade ao paciente ao colaborar para o levantamento completo de suas necessidades reais e potenciais. Conforme estabelecido na Resolução COFEN nº 358 de 2009, o Processo de Enfermagem deve possuir amparo teórico que direcione e padronize as ações desenvolvidas em suas etapas, como viabilizado pelos protocolos assistenciais.

No desenvolvimento das atividades de educação permanente da enfermagem, o grupo de enfermeiros e a gestora de enfermagem, elaboraram o diagnóstico situacional enfrentamento de situações para melhoria na assistência prestada à população. E após reuniões foi desenvolvido planejamento estratégico para promoção de mudanças. Um dos aspectos do planejamento, de enfrentamento da situação, foi a criação do grupo de trabalho para elaboração de protocolos. É nesse, o grupo de estudantes da ESCS foram protagonistas.

Durante as atividades acadêmicas houve interesse no apoio ao grupo de enfermeiros desta unidade. Sendo assim, o grupo de estudantes e a tutora propuseram colaborar na construção do protocolo assistencial ao grupo de CRIANES. Esse protocolo passou por um longo processo de construção coletiva e seguiu três etapas.

Na primeira etapa ocorreu a realização da revisão da literatura. No início, definida a questão norteadora “como organizar a alta hospitalar de crianças com necessidades especiais de saúde, de acordo com a literatura científica?” Para esta revisão foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: artigos disponíveis na íntegra, de acesso gratuito, publicados nos idiomas inglês, português e espanhol, e abordassem a temática “alta hospitalar para assistência da criança com necessidades especiais de saúde”. Os critérios de exclusão: artigos repetidos nas bases de dados, resumos, folhetos, notícias, anais, editoriais.

O levantamento da literatura foi realizado no mês de dezembro de 2018, por meio de busca eletrônica nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Instituto Brasileiro de Informação, Ciência e Tecnologia (IBICT), Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Ocorreu a seleção da amostra a partir dos descritores identificados no *Medical Subject Headings* (MESH) e em Ciências da Saúde (DeCS), e utilizados os operadores booleanos “AND” e “OR”, e as seguintes palavras chave: crianças com necessidades especiais, rede de apoio, protocolo de enfermagem, alta do paciente e cuidadores. Desse modo, identificados nove estudos e desses, utilizados no apoiar a construção do protocolo.

Foram identificados os nove estudos, e assim, seguiu-se a segunda etapa, realizar a leitura, análise e discussão desses estudos. Este estudo foi centrado nas recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2018), da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e do Conselho Federal de Enfermagem (PIMENTA *et al*, 2015) e nos sete estudos (ADAME *et al*, 2011; DUARTE *et al*, 2015; FOSTER, MAGIONE-SMITH E SIMON, 2016; HAGAN, SHAW E DUNCAN, 2017; NEVES *et al*, 2015; SIMONASSE E MORAES, 2015). Após a discussão, seguiu-se a terceira etapa, elaboração do protocolo de saúde, e assim, as rotinas foram estabelecidas, e após finalizado, discutidas e pactuadas durante as reuniões com a enfermeira gestora da unidade.

Durante o processo de elaboração do protocolo, foram utilizados os instrumentos norteadores do estudo: o de triagem de Crianças com Necessidades Especiais de Saúde, CSHCN Screener® (FACT, 2002) e o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (LIPP, 2000), instrumento de triagem de estresse que, neste caso, aplicado aos acompanhantes das crianças.

O CSHCN Screener® consiste em um questionário composto por 5 questões e subitens. De acordo com esse instrumento, será considerada CRIANES a criança que receber resposta positiva a, no mínimo, uma questão e seus respectivos subitens. Todos os três subitens de pelo menos uma questão do instrumento (ou no caso da questão 5, os dois subitens), devem ser respondidos com “sim” para que a criança seja considerada CRIANES.

O Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL) consiste em um instrumento que possibilita avaliar o nível de estresse nos indivíduos e identificá-lo como uma manifestação física ou emocional. O ISSL é composto por 3 quadros com 34 sintomas físicos e 19 sintomas psicológicos, sendo que o quadro 1 contém sintomas referentes à 1ª fase do estresse (fase de alerta), o quadro 2 sintomas da 2ª e 3ª fases (fase de resistência e fase de quase-exaustão, respectivamente), e o quadro 3 apresenta sintomas da 4ª fase do estresse (fase de exaustão). Dentro da equipe de enfermagem, a aplicação do ISSL é uma atividade privativa do enfermeiro.

Após a construção do protocolo, optou-se em construir fluxograma do atendimento do grupo CRIANES na unidade pediátrica. O fluxograma é uma maneira de representação gráfica de um protocolo, como um passo a passo, com as recomendações aos profissionais que facilitam sua compreensão.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O grupo CRIANES requerem cuidados contínuos, de modo permanente ou temporário, demandando serviços sociais e de saúde em intensidade superior às crianças em geral (ADAME, ROCHA E LOUDEN, 2011; WAHDAN, EL-NIMR, 2018). Com o advento da tecnologia e avanços científicos e legislativos que asseguram os cuidados à criança, evidenciou-se a redução da mortalidade infantil e aumento da expectativa de vida de crianças com necessidades especiais de saúde, de modo que tais pacientes estejam presentes em alta escala nas instituições de saúde (DUARTE *et al*, 2015). Entretanto, nos hospitais o grupo CRIANES são comumente atendidas no mesmo serviço que os demais indivíduos, contrapondo a perspectiva de médicos que julgam ser mais apropriada a prestação de uma assistência específica às necessidades de saúde deste grupo de pacientes (ADAME *et al*, 2011).

No Brasil, as CRIANES são classificadas em 5 grupos de acordo com o tipo de cuidados especiais de saúde que requerem (BRASIL, 2018). Na elaboração deste protocolo, para cada classificação, do grupo CRIANES, foram instituídas instruções que deverão ser dadas aos cuidadores no momento da alta hospitalar (BRASIL, 2018; GÓES E CABRAL, 2017).

Uma pesquisa desenvolvida na cidade de Alexandria, no Egito, com o propósito de avaliar a viabilidade de uma versão árabe do CSHCN Screener[®], detectou uma prevalência de 12.2% de CRIANES no local. Observou-se assim que esta ferramenta pode ser facilmente aplicada para executar a triagem de Crianças com Necessidades Especiais de Saúde na região (WAHDAN E EL-NIMR, 2018).

Outro estudo realizado, utilizou o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp para avaliar o nível de estresse dos cuidadores de crianças com leucemia constatou a presença de sintomas de estresse em 50,0% dos participantes (DEL BIANCO FARIA E CARDOSO, 2010). Outro estudo que utilizou o mesmo instrumento constatou a presença de sintomas de estresse em 77% dos acompanhantes (CARNIER *et al*, 2015).

É relevante identificar sintomas de estresse nos cuidadores, uma vez que o estresse ocasionado pelo sofrimento das crianças e características do ambiente hospitalar, como falta de privacidade, podem interferir diretamente na capacidade desses acompanhantes de amparar a criança e exercer sua função de cuidador (DEL BIANCO FARIA E CARDOSO, 2010).

Estudo que analisou as perspectivas de prestadores de cuidados primários sobre

a assistência ofertada às CRIANES reuniu as principais dificuldades ao atendimento percebidas por esses profissionais. Dentre as características médicas dos indivíduos, as mais frequentemente citadas foram “doenças que afetam vários órgãos” e “diagnósticos raros ou não familiares” (FOSTER, MAGIONE-SMITH E SIMON, 2016).

A realidade contemporânea delineada por este grupo de clientes configura-se como um desafio aos profissionais de saúde, dado seu perfil de morbidade e necessidades específicos e pouco compreendidos (SIMONASSE E MORAES, 2015). Nesse sentido, no intuito dos profissionais de saúde desempenhem o papel assistencial, de maneira relevante, faz-se necessário que dominem o conhecimento científico e as especificidades das alterações inerentes ao grupo CRIANES.

Organizou-se o atendimento ao grupo CRIANES em um modelo esquemático, constituído de sete etapas distintas, conforme apresentado na Figura 1.

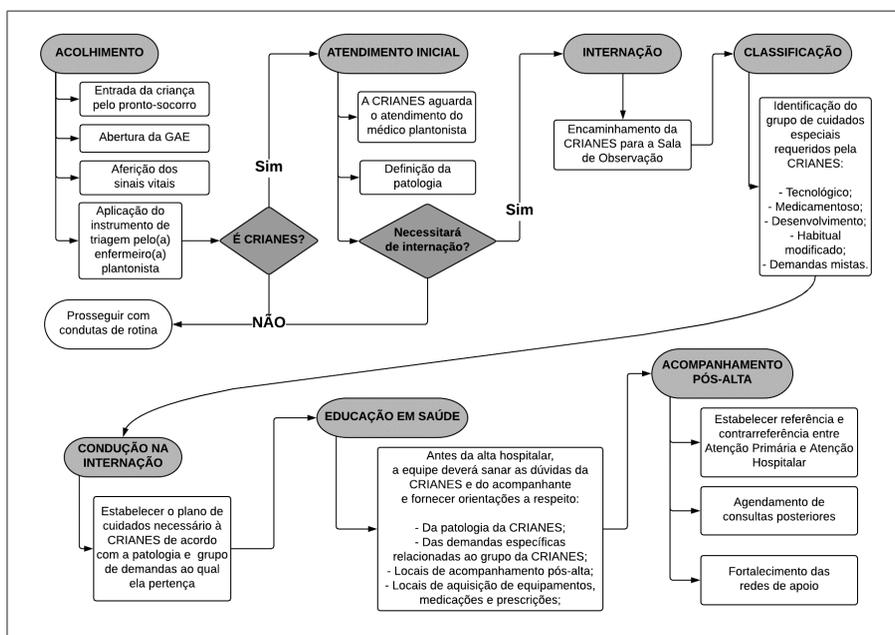


Figura 1 – Fluxo de atendimento ao grupo CRIANES.

Na primeira fase, Acolhimento, para assegurar que todos do grupo CRIANES sejam assistidos, pela equipe multidisciplinar, faz-se necessária a entrada da criança pelo Pronto-Socorro com a abertura da Guia de Atendimento de Emergência (GAE), sendo aplicado o instrumento de triagem de Crianças com Necessidades Especiais de Saúde, CSHCN Screener® pelo enfermeiro plantonista para classificá-la ou não como CRIANES. Neste momento, realizar a aferição dos sinais vitais.

Na segunda fase, Atendimento Inicial, após o preenchimento da GAE, na Classificação de Risco, a CRIANES e o acompanhante aguardam o atendimento do médico plantonista, e esse definirá a patologia e a necessidade de internação. A terceira fase, Internação, ocorre após o atendimento médico. Caso seja necessário a necessidade de internação, a CRIANES será encaminhada a Sala de Observação, local da internação no Pronto-Socorro.

Durante a quarta fase, Classificação, será identificada o tipo de cuidados especiais de saúde que a CRIANES necessita, de acordo com os grupos: Tecnológico, Medicamentoso, de Desenvolvimento, Habitual Modificado ou Demandas Mistas. Na sequência temos a quinta fase, Condução na Internação, na qual a equipe de saúde irá elaborar o plano de cuidados a CRIANES, considerar a patologia e as necessidades específicas requeridas pelo grupo de demandas do qual a criança faça parte.

A sexta fase, Educação em Saúde, consiste em estabelecer estratégia de intervenção no período que antecede a alta hospitalar. Nesse momento, serão sanadas as dúvidas da CRIANES e do acompanhante e deverão ser fornecidas orientações a respeito da patologia da CRIANES, dos cuidados específicos referentes ao grupo de demandas do qual a criança faça parte, dos locais de acompanhamento pós-alta e dos locais de aquisição de equipamentos, medicamentos e novas prescrições.

Em virtude da singularidade do cuidado, da complexidade e da fragilidade clínica desse grupo, os cuidadores enfrentam um grande desafio ao cuidar de uma criança que necessite de cuidados especiais de saúde, o que exige vigilância constante e dedicação exclusiva do cuidador familiar. Portanto, a educação em saúde é vista como uma estratégia de intervenção de grande relevância, supri a necessidade de apoio aos familiares e acompanhantes no intuito de evitar a ocorrência de rehospitalização em unidade de emergência pediátricas.

Na sétima e última fase, o Acompanhamento Pós-alta, definiu-se a necessidade de estabelecer referência e contrarreferência entre a Atenção Primária à Saúde e o serviço de internação hospitalar. Nesta etapa também são organizados os agendamentos de consultas posteriores e o fortalecimento das redes de apoio.

Infere-se com relação aos benefícios esperados, que as condutas preconizadas, devem ser claras e precisas, no intuito de facilitar a compreensão e o uso pelos profissionais de saúde, como também deverá ser revisado de maneira periódica, e considerar a realidade da instituição. A realização desse protocolo seja capaz de suscitar adequações na assistência multiprofissional de saúde acerca do cuidado ofertado às CRIANES durante sua hospitalização e, por conseguinte, ocasione maior satisfação de todos os envolvidos no processo de cuidar.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo evidenciou o processo de construção coletiva do protocolo assistencial, para Enfermeiros da Atenção Hospitalar, a ser utilizado com crianças com necessidades especiais de saúde, e ainda ressaltou a relevância da atuação da enfermagem na identificação deste grupo, visto que o grau de complexidade da assistência requer o preparo adequado para a alta hospitalar.

Este estudo exhibe relevância pela necessidade da criação de ferramentas que direcionem o cuidado de enfermagem ao grupo CRIANES, com a finalidade de promover alta hospitalar segura. Evidencia-se a importância de a enfermagem repensar suas ações em busca de aperfeiçoamento e participação mais ativa na capacitação dos cuidadores quanto às atividades domiciliares, orientando-os em relação a realização de procedimentos pós-alta hospitalar.

O estudo apresenta limitação com relação a implementação, visto que o período de desenvolvimento do mesmo não possibilitou a execução do protocolo pelo grupo de estudantes na unidade hospitalar. Entretanto, o objetivo de construção da ferramenta foi alcançado.

REFERÊNCIAS

ADAME, N.; ROCHA, M.E.M.; LOUDEN, C.; AGRAWAL, R.. Pediatric Hospitalists' Perspectives on the Care of Children With Medical Complexity. **Hospital Pediatrics**®.; vol.1, n.1, p. 30-7. 2011. Disponível em: <http://hosppeds.aappublications.org/content/7/7/410>.

ARAÚJO, J.P.; SILVA, R.M.M.; COLLET, N.; NEVES, T.E.; TOSO, B.R.G.O.; VIEIRA, C.S. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Rev. Bra. Enf.**; vol.67, n.6, p.1000-07. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670620>.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN – 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. 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html. Acesso em 04 jan 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para o cuidado com o paciente no ambiente domiciliar** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Hospital Alemão Oswaldo Cruz. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/maio/11/Orientacoes-para-o-cuidado-com-o-paciente-no-ambiente-familiar.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_Nacional_de_Atencao_Integral_a_Saude_da_Crianca_PNAISC.pdf.

CARNIER, L.E.; PADOVANI, F.H.P.; PEROSA, G.B.; RODRIGUES, O.M.P.R.. Estratégias de enfrentamento em crianças em situação pré-cirúrgica: relação com idade, sexo, experiência com cirurgia e estresse. **Estudos de Psicologia**; vol. 32, n.2, p.319-330. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2015000200319

DEL BIANCO FARIA, A.M. e CARDOSO, C.L.. Aspectos psicossociais de acompanhantes cuidadores de crianças com câncer: stress e enfrentamento. **Estudos de Psicologia**; vol. 27, n.1, p.13-20. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v27n1/v27n1a02>

DUARTE, E.D.; SILVA, K.L.; TAVARES, T.S.; NISHIMOT, C.L.J.; WALT, M.C.R.F.; SENNA, R.R. de. Desafios do trabalho da enfermagem no cuidado às crianças com condições crônicas na atenção primária. **Rev. Escola Anna Nery**; vol.19, n.4, p.648-655. 2015 O. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n4/1414-8145-ean-19-04-0648.pdf>

FOSTER, C.C.; MAGIONE-SMITH, R.; SIMON, T.D.. Caring for Children with Medical Complexity: Perspectives of Primare Care Providers. **The Journal of Pediatrics**; 182:275-282. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27916424>

FOUNDATION FOR ACCOUNTABILITY (FACT). **The Child and Adolescent Health Measurement Initiative and Facct (CAHMI)**. The Children with Special Health Care Needs (CSHCN) Screener®. 2002. Disponível em: <https://depts.washington.edu/dbpeds/Screening%20Tools/CSHCN-CAMHIScreener.pdf>

GÓES, F.G.B. e CABRAL, I.E.. Discursos sobre cuidados na alta de crianças com necessidades especiais de saúde. **Rev. Bras Enferm**, Rio de Janeiro.; vol.70, n.1, p.163-71. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672017000100163&script=sci_abstract&tlng=pt

GOULART, B.F.; COELHO, M.F. e CHAVES, L.D.P.. Equipe de Enfermagem na atenção hospitalar: Revisão integrativa. **Rev. Enferm. UFPE online**., Recife.; vol. 8, n.2, p.386-95. 2014. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/272020626_EQUIPE_DE_ENFERMAGEM_NA_ATENCAO_HOSPITALAR_REVISAO_INTEGRATIVA.

HAGAN, J.F.; SHAW, J.S. e DUNCAN, P.M.. **Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children and Adolescents** [pocket guide]. 4th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics: 2017. Disponível em: https://brightfutures.aap.org/Bright%20Futures%20Documents/BF4_POCKETGUIDE.pdf

LIPP, M.E.N.. **Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp** (ISSL). São Paulo: Casa do Psicólogo; 2000.

NEVES, E.T.; SILVEIRA, A.; ARRUE, A.M.; PIESZAK, G.M.; ZAMBERLAN, K.C.; SANTOS, R.P.. Rede de cuidados de crianças com necessidades especiais de saúde. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis. vol.24, n.2, p.399-406. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672014000200213&script=sci_abstract&tlng=pt

PIMENTA, C.A.M.; JENSEN, R.; SHIMODA, G.T.; NISHI, F.A.; AMORIM, A.F.; LOPES, C.T.. **Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem**. COREN-SP – São Paulo, 2015. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf>.

SILVA, R.M.M.; LUI, A.M.; CORREIO, T.Z.H.O.; ARCOVERDE, M.A.M.; MEIRA, M.C.R.; CARDOSO, L.L.. Busca ativa de crianças com necessidades especiais de saúde na comunidade: relato de experiência. **Rev. Enferm. UFSM**; vol.5, n.1; p.178-85. 2015. Disponível em: <http://enfermagem.bvs.br/lidbi/docsonline/get.php?id=354>.

SILVEIRA, A.; NEVES, E.T. e PAULA, C.C.. Cuidado familiar das crianças com necessidades especiais de saúde: um processo (sobre) natural e de (super) proteção. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis; vol.22, n.4, p.1106-14. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/29.pdf>.

SIMONASSE, M.F. e MORAES, J.R.M.M. Crianças com necessidades especiais de saúde: impacto no cotidiano familiar. **Journal of Research Fundamental Care Online**. Vol.7, n.3, p.2902-2909. 2015. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?!IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=26905&indexSearch=ID>.

WAHDAN, I.H. e EL-NIMR, N.A.. Identificação de crianças com necessidades especiais de saúde em Alexandria, Egito. **Pediatr. Res.**; vol. 84, n.1, p.57-61. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29795196>.

CAPÍTULO 22

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS A CLIENTES EM USO DE HIPODERMÓCLISE

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 11/09/2020

Andréia Cristina Barbosa Costa

Universidade Federal de Alfenas, Escola de Enfermagem
Alfenas – Minas Gerais
ORCID: 0000-0003-3484-9638

Adriana Olímpia Barbosa Felipe

Universidade Federal de Alfenas, Escola de Enfermagem
Alfenas – Minas Gerais
ORCID: 0000-0002-4491-5750

Erika de Cássia Chaves Lopes

Universidade Federal de Alfenas, Escola de Enfermagem
Alfenas – Minas Gerais
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2346-5359>

Maria Betânia Tinti de Andrade

Universidade Federal de Alfenas, Escola de Enfermagem
Alfenas – Minas Gerais
ORCID: 0000-0003-0329-1299

Melissa Santos Nassif

Universidade Federal de Alfenas, Escola de Enfermagem
Alfenas – Minas Gerais
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0323-004X>

Munyra Silva Rocha Assunção

Universidade Federal de Alfenas, Escola de Enfermagem
Alfenas – Minas Gerais
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0998-3125>

Síntique Sara Silva Santos

Universidade Federal de Alfenas, Escola de Enfermagem
Alfenas – Minas Gerais
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2820-5118>

Waldecy Lopes Júnior

Universidade Federal de Alfenas, Escola de Enfermagem
Alfenas – Minas Gerais
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5948-0633>

Isabelle Cristinne Pinto Costa

Universidade Federal de Alfenas, Escola de Enfermagem
Alfenas – Minas Gerais
ORCID: 0000-0002-2611-8643

RESUMO: Objetivo: Relatar a sistematização da assistência de enfermagem, no que tange ao Processo de Enfermagem, direcionado a uma cliente em utilização da hipodermóclise sob os cuidados paliativos. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência de uma cliente com câncer, na qual a hipodermóclise foi implementada. **Resultados:** Dentre os principais títulos diagnósticos com referência a Taxonomia da NANDA-I em relação a instalação e a utilização da hipodermóclise, têm-se: a Integridade da pele Prejudicada; Risco de Infecção; Dor aguda e Medo. As intervenções prescritas a cliente em uso dessa terapêutica foram: Orientar o cliente e familiares em relação ao procedimento; Estimular a cliente e familiares a verbalizar seus anseios e medos; Realizar a higiene da pele com solução antisséptica antes

do procedimento; Utilizar técnicas assépticas para a inserção e manipulação da via; Avaliar a presença de sinais flogísticos e extravasamento; Manter curativo transparente no local da inserção; Realizar a troca do local de punção a cada 72 horas ou na vigência de sinais flogísticos; Avaliar o volume de líquidos infundidos não ultrapassando 1500 mL em 24 h; Avaliar a sensibilidade dolorosa no local utilizando escala numérica; Observar indicadores não verbais de desconforto como expressão facial; Administrar métodos não farmacológicos e farmacológicos para alívio da dor. **Conclusão:** A via hipodermóclise constitui uma excelente alternativa para a administração de fluídos e medicamentos em cliente em cuidados paliativos, sendo fundamental a implementação do processo de enfermagem para prevenir a ocorrência de eventos adversos.

PALAVRAS - CHAVE: Processo de Enfermagem; Hipodermóclise; Cuidados Paliativos; Enfermagem.

SYSTEMATIZATION OF NURSING CARE IN PALLIATIVE CARE TO CUSTOMERS USING HYPODERMOCLYSIS

ABSTRACT: Objective: To report the nursing care systematization with respect to the Nursing Process directed to a client undergoing hypodermoclysis in palliative care. **Methodology:** This is a case report of a client with cancer, in which hypodermoclysis was implemented. **Results:** Among the main diagnostic titles with reference to NANDA-I Taxonomy in relation to the installation and use of hypodermoclysis, there are: Impaired skin integrity; Risk of infection; Acute pain and fear. The interventions prescribed to clients using this therapy were: To guide the client and family members regarding the procedure; Encourage the client and family members to voice their concerns and fears; Perform skin hygiene with antiseptic solution before the procedure; Use aseptic techniques for insertion and manipulation of the pathway; Assess the presence of phlogistic signs and leakage; Keep transparent dressing at the insertion site; Change the puncture site every 72 hours or in the presence of inflammatory signs; Assess the volume of infused liquids not exceeding 1500 mL in 24 hours; Assess painful sensitivity at the site using a numerical scale; Observe non-verbal indicators of discomfort such as facial expression; Administer non-pharmacological and pharmacological methods for pain relief. **Conclusion:** The hypodermoclysis route constitutes an excellent alternative for the administration of fluids and medications to a client in palliative care, and it is essential to implement the nursing process to prevent the occurrence of adverse events.

KEYWORDS: Nursing Process; Hypodermoclysis; Palliative care; Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é entendida como uma metodologia científica que tem por finalidade a organização do trabalho da Enfermagem quanto ao método, pessoal e instrumentos (COFEN, 2009). Surgiu com o aprimoramento dos conhecimentos técnicos-científicos do Enfermeiro e vem sendo cada vez mais implementada na prática profissional, conferindo maior segurança aos pacientes e melhoria da qualidade da assistência (BARROS; CHIESA, 2007).

Para execução de suas ações, o Enfermeiro utiliza o Processo de Enfermagem (PE),

um instrumento metodológico e sistemático que permite orientar a assistência à pessoa, à família ou à comunidade (COREN-SP, 2015; PIVOTO et al., 2017), devendo ser realizado em todos os ambientes públicos e privados, em que ocorrem o cuidado de Enfermagem (COFEN, 2009).

Conforme destaca a Resolução COFEN N. 358/2009, o Processo de enfermagem se operacionaliza em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, a saber: 1) Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem); 2) Diagnóstico de Enfermagem; 3) Planejamento de Enfermagem; 4) Implementação; e 5) Avaliação de Enfermagem. Estas fases também estão apresentadas na Figura 1.



Figura 1. Fases do Processo de Enfermagem.

Fonte: Elaborado pelos próprios autores, tendo como referência a Resolução COFEN N. 358/2009, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2019.

Ressalta-se que ao enfermeiro incumbe a liderança na execução e avaliação do PE, cabendo-lhe, privativamente, o diagnóstico de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, bem como a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem a serem realizadas, face a essas respostas (COFEN, 2009).

Sob este prisma, observa-se que a SAE e o PE configuram-se importantes conquistas no campo científico da Enfermagem, uma vez que melhoram a qualidade da assistência, promovem a autonomia e permitem uma padronização da linguagem, além de representarem a valorização e o conhecimento próprio do enfermeiro, as quais contribuem cada vez mais para uma enfermagem mais consolidada (BOAVENTURA; SANTOS; DURAM, 2017).

Não obstante, no contexto da assistência de enfermagem ao cliente em cuidado

paliativos, a prática do PE se justifica diante do envolvimento das múltiplas e complexas dimensões do cuidado, ou seja, física, psicossocial, emocional e espiritual (SILVA et al., 2020).

Define-se cuidados paliativos por uma assistência integral prestada a uma pessoa acometida por uma doença grave e progressiva, a qual ameaça a continuidade de sua vida (BRASIL, 2018). Por conseguinte, a atuação do enfermeiro torna-se fundamental, principalmente porque a equipe de enfermagem permanece ao lado do paciente em tempo integral, proporcionando respeito e qualidade de vida, controle de dor e de outros sintomas e manutenção do conforto, com vistas à humanização do cuidado (MARKUS et al., 2017).

Nesse sentido, os sistemas de saúde devem entender os cuidados paliativos como área essencial a ser atendida, com base nos princípios de cobertura de saúde universal, independente de classe social, doença ou idade (LIMA, 2017).

No que tange à promoção do cuidado humanizado e conforto, em cuidados paliativos, recomenda-se simplificar a prescrição e evitar vias endovenosas que agregam desconforto, dependência, riscos e custos, levando a obstinação terapêutica. Desta maneira, dentre as alternativas para a administração de fármacos, tem-se a hipodermóclise, também conhecida como terapia subcutânea. Esta, é uma via que apresenta a mesma eficácia da via endovenosa com a vantagem de ser menos dolorosa e com raros eventos adversos (PONTALTI et al., 2016).

Considerada uma prática antiga, teve sua primeira descrição em 1913, contudo, em decorrência de suas complicações pelo manejo incorreto, esta técnica deixou de ser utilizada (TAKAKI; KLEIN, 2010). Tal técnica é realizada com vistas a administrar soluções na hipoderme, camada mais profunda da pele, cuja vascularização é similar à que se observa nos músculos (PONTALTI et al., 2016).

A referida via é utilizada principalmente para infusão de analgésicos e adjuvantes no controle da dor e hidratação, tanto em pacientes internados como os que se encontram em acompanhamento ambulatorial, sendo considerada eficaz no controle de sintomas (BRUNO, 2015; NUNES; SOUZA, 2016).

Assinala-se que esta técnica tem sido utilizada em instituições de saúde, em pacientes em que a via oral e a endovenosa encontram-se impossibilitadas de utilização, além de permitir maior conforto, praticidade e menores riscos quando comparada a um cateter venoso central (VIDAL et al., 2015). Adicionalmente, é reconhecida como uma prática simples e barata, quando comparada as demais técnicas (SASSON; SHVARTZMAN, 2001).

A terapia pela via subcutânea apresenta vantagens, benefícios, indicações e possíveis complicações. No entanto, as vantagens desta superam as suas possíveis desvantagens (LOPES, 2014). No que se refere às vantagens, destacam-se a comodidade para o paciente e sua família, a inserção simples do cateter, a facilidade na administração e a manutenção da via por um período maior, os quais proporcionam maior conforto ao

paciente (JUSTINO et al., 2013).

Por esse motivo, tem sido considerada via de escolha para os pacientes sob cuidados paliativos, uma vez que, nesse grupo de pacientes, a via de administração de medicamentos deve ser de fácil acesso, pouco agressiva, eficaz e com poucos efeitos adversos, promovendo, dessa forma, o conforto para o paciente (ARRIEIRA et al., 2008).

Uma das dificuldades relatadas para a utilização dessa técnica no Brasil, refere-se ao desconhecimento da mesma entre os profissionais de saúde, sobretudo, médicos e enfermeiros, ocasionado pela falta de discussão do tema em seus processos de formação profissional (TAKAKI; KLEIN, 2010).

É oportuno destacar que uma outra dificuldade quanto à técnica, é a falta de documentação padronizada, que orientem a aplicação da mesma, no que tange às medicações permitidas, as diluições e as interações, o que podem ocasionar insegurança nos profissionais de saúde (NUNES; SOUZA, 2016).

Neste contexto, é de suma importância que os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, tenham conhecimento dessa técnica, para que, de forma eficaz e segura, possam implementá-la na assistência ao paciente sob os cuidados paliativos, minimizando os traumas e promovendo o conforto.

2 | OBJETIVO

Relatar a sistematização da assistência de enfermagem, no que tange ao Processo de Enfermagem, direcionado a uma cliente em utilização da hipodermóclise sob os cuidados paliativos.

3 | MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado a partir da vivência de docentes e discentes do curso de Enfermagem de uma Universidade pública do Sul de Minas Gerais na assistência a inserção e a manutenção da hipodermóclise.

Tal experiência ocorreu durante as atividades de ensino no Pronto Atendimento de um hospital referência para tratamento oncológico, no primeiro semestre de 2019.

Essa experiência aconteceu com a admissão de uma cliente com câncer em terminalidade de vida, no Pronto Atendimento. A cliente apresentava desidratada, mucosas hipocoradas e com queixa algica. Após a avaliação médica, foi prescrito soroterapia e medicação analgésica, pela via endovenosa. Após a avaliação da equipe de enfermagem em relação a dificuldade de acesso venoso, foi considerada, junto com a equipe multidisciplinar, a possibilidade de instalação da hipodermóclise.

Inicialmente, em conversa com a cliente e seus familiares, os mesmos foram orientados quanto a possibilidade de inserção da hipodermóclise, justificando que o

procedimento era simples e que poderia contribuir para a hidratação e melhora da dor. Após a orientação e a autorização verbal para o procedimento, foi providenciado o material para a realização do procedimento e a preparação dos medicamentos prescritos.

Posteriormente, ocorreu a inserção da hipodermóclise na região abdominal, no quadrante superior direito, nas proximidades da cicatriz umbilical. Em seguida, foi instalado a soroterapia e a medicação prescrita.

É importante ressaltar que o Processo de Enfermagem baseou todo o procedimento. Neste contexto utilizou-se como referencial para a definição dos títulos diagnósticos a Taxonomia da NANDA-I (HERDMAN; KAMITSURU, 2018) e as intervenções foram descritas com base na Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) (BUTCHER et al., 2016).

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A hipodermóclise é uma ferramenta importante para a enfermagem e o cuidado em saúde, tanto no ambiente hospitalar, como em domicílio. Assinala-se que embora os profissionais de enfermagem sejam os mais habituados com a administração de medicamentos e/ou terapias de hidratação, pesquisas comprovam que a adesão destes profissionais acerca da referida técnica ainda é restrita, mesmo com inúmeros benefícios (GOMES et al., 2017). Conforme apontam os estudos, a técnica da hipodermóclise apresenta baixo custo, praticidade na realização e aceitação pelos pacientes, que referem maior tolerabilidade e comodidade, proporcionando maior autonomia a esses indivíduos, além de apresentar menos eventos adversos e assegurar o controle sintomático decorrentes da doença (BRITO; CHIBANTE; ESPIRITO SANTO, 2017). Destaca-se, portanto, que a referida técnica é de fundamental importância para o alcance dos princípios dos cuidados paliativos, promovendo ao paciente conforto e dignidade.

Cumprе assinalar, que apesar de raras complicações relacionadas ao uso desta terapia, podem ocorrer a presença de alguns eventos adversos, a saber: edema local, dor, calor, endurecimento, eritema ao redor do sítio de inserção do cateter por mais de quatro horas, presença de infecção, extravasamento de fluidos pelo óstio e necrose (AZEVEDO; BARBOSA; CASSIANI, 2012).

Por conseguinte, faz-se mister assinalar a importância do conhecimento do enfermeiro sobre a realização da hipodermóclise, com vistas a realizar um processo de enfermagem que possibilita um fazer direcionado por ações científicas exequíveis na prática, sobretudo no que tange a avaliação, para observar alguns desses sintomas e, conseqüentemente, prestar os devidos cuidados de enfermagem de forma imediata, agindo no tratamento e desta forma, buscando prevenir grandes complicações.

Diante dessas ponderações, ao promover a assistência a uma cliente em utilização da hipodermóclise com diagnóstico de câncer de vias biliares e em cuidados paliativos, foi

possível desenvolver um processo de enfermagem, que abordava um plano de cuidado composto por diagnósticos de enfermagem, tendo como referência a Taxonomia proposta pela NANDA-I, e as possíveis intervenções, conforme assinalado no quadro abaixo (Quadro 1). Ressalta-se que os títulos diagnósticos, contemplados no referido plano, estão correlacionados ao processo de instalação e da utilização da hipodermóclise.

Título Diagnóstico (NANDA-I)	Intervenções
Integridade da pele Prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> - Escolher o local adequado para a realização do procedimento livre de lesões e de vasos sanguíneos, como a região deltoide, anterior do tórax, escapular, região abdominal, e nas faces anterior e lateral das coxas; - Puncionar a pele com o cateter venoso periférico de calibre de acordo com a medicação a ser administrada e a quantidade de tecido subcutâneo; - Fazer a prega cutânea e inserir o cateter no tecido subcutâneo com angulação entre 30 a 45 ° grau, o sentido da inserção é sentido ao centro do corpo; - Manter o local de inserção do cateter limpo e seco; - Puncionar o cateter no tecido utilizando técnicas assépticas; - Monitorar sinais de infiltração e infecção.
Risco de Infecção	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar a higiene da pele com solução antisséptica antes do procedimento; - Utilizar técnicas assépticas para a inserção e manipulação da via; - Avaliar a presença de sinais flogísticos e extravasamento; - Manter curativo transparente no local da inserção; - Realizar a troca do local de punção a cada 72 horas ou na vigência de sinais flogísticos;
Dor aguda	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a sensibilidade dolorosa no local, utilizando escala numérica (Escala Visual Analógica – EVA); - Observar indicadores não verbais de desconforto como expressão facial durante a inserção do cateter e na manutenção; - Administrar métodos não farmacológicos e farmacológicos para alívio da dor.
Medo	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar o cliente e familiares em relação ao procedimento com linguagem simples e de fácil compreensão; - Estimular o cliente e familiares a verbalizar seus anseios e medos.

Quadro 1. Diagnósticos e intervenções de Enfermagem para um cliente em cuidados paliativos que utiliza a via de hipodermóclise.

Fonte: Elaborado pelos próprios autores, tendo como referência a Nanda-I, Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2019.

51 CONCLUSÃO

A via hipodermóclise constitui uma excelente alternativa para a administração de fluidos e medicamentos em clientes em cuidados paliativos, sendo fundamental a implementação de um processo de enfermagem que contemple uma avaliação minuciosa, prevenindo a ocorrências de eventos adversos.

Sugere-se, portanto, uma ampla divulgação desta técnica entre os enfermeiros quanto à sua realização, bem como ao desenvolvimento de habilidades para sua aplicação, com vistas a realizarem um PE adequado aos pacientes sob os cuidados paliativos. Permitindo, dessa forma, elaboração de planos de cuidados que contemplem os diagnósticos, os resultados e as intervenções de enfermagem que favorecem uma assistência holística, individualizada, e que busquem o conforto e a dignidade desses pacientes.

REFERÊNCIAS

1. ARRIEIRA, I. C.; et al. **Infusão subcutânea como alternativa em cuidados paliativos**. Ciência, Cuidado e Saúde, v. 7, n. 2, p. 1-3, 2008. Disponível em: <file:///E:/Downloads/20656-Texto%20do%20artigo-85466-1-10-20130426.pdf>.
2. AZEVEDO, E. F.; BARBOSA, L. A.; CASSIANI, S. H. B. **Administração de antibióticos por via subcutânea: uma revisão integrativa da literatura**. Acta Paul Enferm., v.25, n. 5, p. 817-22, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000500026>.
3. BARROS, D.G.; CHIESA, A.M. **Autonomia e necessidades de saúde na Sistematização da Assistência de Enfermagem no olhar da saúde coletiva**. Rev Esc Enferm USP, v. 41, n. spe, p. 793-798, 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342007000500009>.
4. BOAVENTURA, A.P.; SANTOS, P.A.; DURAN, E.C.M. **Conhecimento teórico-prático do enfermeiro sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem e Processo de Enfermagem**. Enferm Global, v. 16, n. 2, p. 182-94, 2017. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n46/pt_1695-6141-eg-16-46-00182.pdf.
5. BRASIL. Ministério da saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Tratamento do Câncer**. nov 2018. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tratamento/cuidados-paliativos>.
6. BRITO, W. A. P.; CHIBANTE, C.L.P.; ESPIRITO SANTO, F.H. **Hipodermóclise como ferramenta terapêutica para o cuidado de enfermagem e saúde**. Rev Cubana Enferm., v. 33, n. 4, p. e1182, 2017. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192017000400018&lng=es.
7. BRUNO, V. G. **Hipodermóclise: revisão de literatura para auxiliar a prática clínica**. Einstein, v. 13, n. 1, p. 122-8, 2015. Disponível em: DOI:10.1590/S1679-45082015RW2572.
8. BUTCHER, H. K. et al. **Nic - Classificação Das Intervenções de Enfermagem**. 6ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2016. 640 p.

9. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº. 358/2009.** Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília. 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009_4384.html.
10. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO (COREN-SP). **Processo de enfermagem: guia para a prática.** São Paulo: COREN-SP; 2015. Disponível em: <http://www.coren-sp.gov.br/sites/default/files/SAE-web.pdf>.
11. GOMES, N.S. et al. **Nursing knowledge and practices regarding subcutaneous fluid administration.** Rev Bras Enferm., v. 70, n. 5, p. 196- 205, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n5/0034-7167-reben-70-05-1096.pdf>).
12. JUSTINO, E. T. et al. **Hipodermóclise em pacientes oncológicos sob cuidados paliativos.** Cogitare Enfermagem. v. 18, n. 1, p. 84-9, 2013. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v18i1>.
13. LIMA, MS. **Formação em Cuidados Paliativos: Influência na Vida Profissional: influência na vida profissional.** 2017. 67p. Dissertação (Mestrado em Cuidados Paliativos) - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto em Cuidados Paliativos. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/110140/2/242882.pdf>.
14. LOPES, J. M. M. **Utilização da via subcutânea no doente em cuidados paliativos.** 2014. Dissertação (Mestrado em Cuidados Paliativos). Castelo Branco: Instituto Politécnico de Castelo Branco. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.11/2378>.
15. MARKUS, L.A. et al. **A atuação do enfermeiro na assistência ao paciente em cuidados paliativo.** RGS, v. 17, n. 1, p. 71-81, 2017. Disponível em: <http://www.herrero.com.br/files/revista/file808a997f5fc0c522425922dc99ca39b7.pdf>.
16. NUNES, P. M. S. A.; SOUZA, R. C. S. **Adverse effects of hypodermoclysis in adult patients: an integrative review.** REME: Rev Min Enferm., v. 20, p. e951, 2016. Disponível em: DOI: 10.5935/1415-2762.20160020.
17. PIVOTO, F.L. et al. **Production of nurse's subjectivity: relationship with the implementation of the nursing process.** Rev Enferm UFPE, v. 11, n. 4, p. 1650-7, 2017. Disponível em: DOI: 10.5205/10438-93070-1-RV.1104sup201706.
18. PONTALTI, G. et al. **Benefícios da Hipodermóclise na cínica paliativa de pacientes com câncer: relato de caso.** Revista Brasileira de Cancerologia, v. 62, n. 3, p. 247-252, 2016. Disponível em: DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2016v62n3.222.
19. SASSON, M.; SHVARTZMAN, P. **Hypodermoclysis: an alternative infusion technique.** Am Fam Physician, v. 64, n. 9, p. 1575-8, 2001. Disponível em: <https://www.aafp.org/afp/2001/1101/p1575.html>.
20. SILVA, F. C. et al. **Assistência de enfermagem a pacientes com câncer em cuidados paliativos: revisão integrativa.** Revista Enfermagem Atual In Derme, v. 91, n. 29, 11. 149-157. 2020. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.31011/reaid-2020-v.91-n.29-art.626>.
21. HERDMAN, T.H.; KAMITSURU, S. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: Definições e Classificação.** 11 ed. Porto Alegre: Artmed. 2018-2020. 1187 p.

22. TAKAKI, C. Y.; KLEIN, G. F. **Hipodermoclise: o conhecimento do enfermeiro em unidade de internação**. ConSientia Saúde, v. 9, n. 3, p. 486-96, 2010. Disponível em: DOI: 10.5585/conssaude.v9i3.2046.
23. TANNURE, M. C; PINHEIRO, A.M. **SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. 491 p.
24. VIDAL, F. K. G. et al. **Hipodermóclise: revisão sistemática da literatura**. Rev Atenção Saúde, v. 13, n. 45, p. 61-9, 2015. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.13037/ras.vol13n45.2953>.

CAPÍTULO 23

TRANSLACTAÇÃO VERSUS ALIMENTAÇÃO NO COPO: PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE GANHO DE PESO EM PREMATUROS

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 25/10/2020

Maria Alexandra Fontinelle Pereira

UNINOVAFAPI. São Luís, MA, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/2253913921961265>

Cristiane Vêras Bezerra Souza

UERG. São Luís, MA, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/2299956371966543>

Daniel Campelo Rodrigues

UFPI. São Luís, MA, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/0654715783485771>

Nalma Alexandra Rocha de Carvalho

UFPI. Teresina, PI, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/9329475476191746>

Rosa Maria Assunção de Queiroga

UEMA. São Luís, MA, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/8012504726662098>

Wilma Lemos Privado

UFMA. São Luís, MA, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/6254316700786122>

Ivana Mayra da Silva Lira

UFPI. Teresina, PI, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/4689523440227664>

Francisca Jáyra Duarte Morais

AESPI. Teresina, PI, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/2680547356128179>

Lais Cristina Noletto

UFPI. Teresina, PI, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/2016259376469170>

Polyana Coutinho Bento Pereira

UESPI. Teresina, PI, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/8812674495477406>

Sérgio Alcântara Alves Poty

UNINASSAU. Teresina, PI, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/3710402318072099>

Joaquim Guerra de Oliveira Neto

UFPI. Teresina, PI, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/7300514693159731>

RESUMO: Esse trabalho objetiva descrever, por meio da literatura científica, acerca dos métodos de alimentação do recém-nascido, destacando a translactação e a alimentação no copo. Realizado por meio de uma reflexão temática baseado em uma revisão não exaustiva da literatura. Foi evidenciado que a translactação é uma técnica eficaz para favorecer a transição da alimentação alternativa por sonda gástrica para a via oral quando comparada a outros métodos, pois é o meio pelo qual o prematuro recebe estímulos orais adequados. A literatura ressalta ainda que a ingestão de leite por copo em recém-nascido leva a um grande derramamento de leite e, conseqüentemente, uma menor absorção pelo mesmo. A transição alimentar da via gástrica para a via oral é um grande desafio, não só para o bebê prematuro, mas também para a equipe de saúde. Espera-se que os resultados desse estudo sejam transformados em ações efetivas e que os participantes sejam beneficiados com tais práticas.

PALAVRAS - CHAVE: Prematuro; Aleitamento materno; Métodos de alimentação.

TRANSLACTION VERSUS FOOD IN THE CUP: SCIENTIFIC PRODUCTION ON WEIGHT GAIN IN PREMATURES

ABSTRACT: This objective study describes, through the scientific literature, about the feeding methods of the newborn, highlighting the translation and the feeding in the cup. Performed through a thematic reflection based on a non-exhaustive literature review. It was evidenced that translaction is an effective technique to favor the transition from alternative gastric tube feeding to the oral route when compared to other methods, as it is the means by which the premature infant receives adequate oral stimuli. The literature also points out that the intake of per cup in a newborn leads to a large spill of milk from the bed and, consequently, less absorption by it. The food transition from the gastric route to the oral route is a major challenge, not only for the premature baby, but also for the health team. It is expected that the results of this study will be transformed into effective actions and that the participants will benefit from such practices.

KEYWORDS: Premature; Breastfeeding; Feeding Methods.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde estima que, anualmente, nasçam cerca de 15 milhões de recém-nascidos prematuros (RNPT) no mundo o que representa mais de um em cada 10 nascimentos. O Brasil está na décima posição entre os países onde mais nascem prematuros (WHO, 2015).

Quando se relaciona prematuridade e amamentação a literatura evidencia que quanto maior a idade gestacional (IG) e quanto mais dias de vida os prematuros têm, melhores são as condições de pega ao seio materno. Além disso, a IG está associada às condições de ordenha e à classificação final da mamada (SILVA; ALMEIDA, 2015). No entanto, a população pré-termo nem sempre pode ser alimentada diretamente no peito da mãe, seja devido à instabilidade clínica ou à ausência da genitora (MARTINS; ZANATTA, 2013).

A maneira como o leite é oferecido aos RNPT é uma variável importante a considerar. As vantagens e desvantagens dos métodos são discutidas em termos de estabilidade fisiológica e impacto na amamentação exclusiva (BRANDÃO; VENANCIO; GIUGLIANI, 2015).

Assim, transição alimentar da via gástrica para a via oral é um grande desafio, não só para o bebê prematuro, mas também para a equipe de saúde, pois é sua responsabilidade avaliar o melhor método de transição alimentar para cada recém-nascido, considerando que é um período que requer atenção em termos de segurança e eficiência na administração da dieta (MOREIRA et al., 2017).

Especialistas referem que a alimentação por via oral em RNPT, é a forma mais indicada para o desenvolvimento do sistema sensorio-motor-oral gastrointestinal da criança. Porém, em muitos RNPT, não é possível utilizar a via, sendo necessário muitas vezes recorrer às vias parenteral e enteral (MEDEIROS et al., 2011).

Neste sentido, o processo de transição da alimentação para a via oral do recém-nascido prematuro tem sido um dos fatores questionados entre a equipe que atende essa demanda devido ao risco existente em virtude da imaturidade da coordenação das funções estomatognáticas (DAMASCENO et al., 2014).

Em RNPT quanto maior a habilidade oral maiores as possibilidades da transição para via oral ocorrer, mais rápido e menor é o período de internação em ambiente hospitalar. Possibilita o bom desempenho do sistema estomatognático, o bebê ingere nutrientes necessários e adquire ganho de peso que permite a alta hospitalar com segurança e eficiência (VARGAS et al., 2015).

Sabe-se que um dos fatores que influenciam nessa taxa de mortalidade é o baixo peso ao nascer, e a nutrição está diretamente relacionada a essas questões de crescimento e desenvolvimento, principalmente quando se trata da transição alimentar, que é considerado o ponto chave para a melhora do seu quadro clínico e ganho de peso para alta hospitalar.

Assim, percebe-se a importância do processo de transição eficiente da alimentação gástrica para via oral, com um método efetivo que gere benefícios significativos para o RNPT.

Evidencia-se a relevância de se estudar e comparar tecnologias relacionada a essa temática com a finalidade primordial de trazer benefícios para o público em questão. Nesse estudo o benefício pretendido será aos RNPT, um público vulnerável, que tem um percentual bem alto de mortalidade. Dessa forma, tem-se a necessidade da elaboração do presente estudo a fim de fornecer subsídios que conduzam as práticas e rotinas no cuidado ao RNPT o qual requer condições que favoreçam seu melhor crescimento e desenvolvimento.

TRANSLACTAÇÃO *VERSUS* ALIMENTAÇÃO NO COPO DE PREMATUROS

O termo recém-nascido prematuro, ou pré-termo, é utilizado para designar todos os bebês que nascem antes da 37ª semana de gestação. Os nascidos com menos de 28 semanas são considerados prematuros extremos, os nascidos entre 28 e menos que 32 semanas são chamados de muito prematuros e prematuros moderados e tardios os nascidos entre 32 e menos que 37 semanas de gestação (OMS, 2013).

Em relação entre o peso os recém-nascidos com menos que 2.500 gramas são classificados como de baixo peso; abaixo de 1.500 gramas, muito baixo peso; abaixo de 1.000 gramas, extremo baixo peso; e abaixo de 800 gramas, microprematuro (OMS, 2013).

A prematuridade e o baixo peso ao nascer são os principais fatores de risco relacionados com a mortalidade neonatal e representam de 60% a 70% da mortalidade infantil no país. Aproximadamente 68% das mortes de crianças com menos de um ano acontecem no período neonatal, sendo a maioria no primeiro dia de vida (BRASIL, 2013).

No Distrito Federal, foi constatado que 61% das mortes infantis estiveram associados

à prematuridade e ao baixo peso no nascimento (BRASIL, 2011). O nascimento de bebês prematuros no mundo representa mais de um em cada dez nascimentos e muitos dos sobreviventes terão problemas de aprendizagem, visuais e/ou auditivos, entre outros (MENEZES et al., 2014).

Devido a essa e outras questões, criou-se uma proposta de assistência voltada ao RNPT e integrada à família. O Método Canguru é um tipo de assistência neonatal que implica no contato pele a pele precoce entre a mãe e o recém-nascido de baixo peso, de forma, crescente e pelo tempo que ambos entenderem por progresso e suficiente, permitindo, desta forma uma maior participação dos pais nos cuidados dos recém-nascidos (BRASIL, 2013).

O Método é desenvolvido em três etapas e, desde a primeira, é dada atenção aos pais, porém é na segunda que a participação deles é mais requisitada, pois os prepara para a alta hospitalar. Nessa etapa, a mãe é convidada a permanecer de forma contínua com seu filho e a realizar a Posição Canguru (PC). O apoio da família é essencial para a mãe, pois ela é capaz de abranger a tríade que sintetiza o MC: amor, calor e aleitamento materno (SANTOS; MACHADO; CHRISTOFFEL, 2013).

A segunda etapa é chamada de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru (UCINCa), nela bebê permanece de maneira contínua com sua mãe e a posição canguru será realizada pelo maior tempo possível. Esse período funcionará como um “estágio” pré-alta hospitalar (BRASIL, 2013).

Nesse ambiente a assistência de enfermagem neonatal deve ser focada na criação de um ambiente favorável para o cuidado do bebê prematuro, livre de estímulos danosos, que promova o desenvolvimento e minimize as consequências negativas da doença. O envolvimento precoce dos pais e familiares no cuidado do bebê prematuro é fundamental para a promoção do vínculo afetivo (NOGUEIRA; FERREIRA, 2012).

Em relação a alimentação do bebê prematuro a literatura evidencia que o aleitamento materno é considerado a melhor fonte de nutrição. Tendo em vista que o leite materno produzido pela própria mãe do recém-nascido pré-termo é o que melhor atende às suas necessidades nutricionais durante a internação e após a alta hospitalar. No entanto, caso essa estratégia não seja possível, deve-se oportunizar que o prematuro receba esses fatores através de leite humano de banco de leite compatível com sua idade gestacional ou, como última opção, que o bebê seja alimentado com uma fórmula própria ao prematuro (MELO et al., 2013).

Assim, algumas técnicas são utilizadas durante o processo de transição alimentar nos neonatos prematuros seja para estimular a sucção direta ao seio materno ou para favorecer a harmonia da coordenação sucção/deglutição/respiração já estabelecida de forma indireta (MEDEIROS et al., 2011).

Tem-se a relactação e translactação como técnicas, de sucção direta ao seio, amplamente utilizadas. A utilização de copos nesse processo tem sido descrita como uma

forma segura e prática de alimentação para RNPT, até que esses neonatos sejam capazes de utilizarem o próprio seio materno para obter suas necessidades calóricas (SILVA et al., 2009).

Uma pesquisa realizada na unidade onde funciona o Método Canguru de uma maternidade de alto risco em Maceió, Alagoas, demonstrou que os métodos alternativos de alimentação mais utilizados na transição da gavagem para o seio materno, em RNPT, foram o copo, a translactação, a relactação e a técnica sonda-dedo. Dentre esses, evidenciou-se que na ocasião da retirada da sonda enteral, o uso do copo associado à amamentação foi a técnica mais utilizada (PESSOA-SANTANA, 2013).

Estudos mostram que a translactação é a técnica mais eficaz para favorecer a transição da alimentação alternativa por sonda gástrica para a via oral quando comparada a outros métodos, pois é o meio pelo qual o RNPT recebe estímulos orais fidedignos em virtude de ser exposto diretamente ao seio materno (SIQUEIRA; DIAS, 2011). Entretanto, não se pode ignorar que a perda de leite e a ingestão incompleta do volume total prescrito é uma situação que pode levar à perda de peso e influenciar o estado clínico de RNPT (MOREIRA et al., 2017).

Uma revisão sistemática da literatura mostrou que a ingestão de leite por copo em recém-nascidos leva a um grande derramamento de leite e, conseqüentemente, uma menor absorção pelo RNPT. Mesmo que os bebês alimentados com copo possam ter menor ingesta calórica, a maioria dos estudos avaliados no estudo não relatou diferença estatisticamente significativa na perda de peso (MCKINNEY et al., 2016).

Para que a transição de alimentação de sonda para VO no RNPT tenha sucesso é necessário avaliar alguns componentes como a condição clínica estável, habilidade motora oral da criança, maturidade do neurodesenvolvimento e as experiências positivas de alimentação (SCOCHI et al., 2010).

Porém para a escola adequada do método o ideal é avaliar os pontos na prontidão para a avaliação da alimentação oral composta de itens com variação no desempenho, com escores variando de 0 a 2, totalizando uma soma variando de 0 a 36 (NYQVIST; EWALD, 2006).

CONCLUSÃO

A transição alimentar da via gástrica para a via oral é um grande desafio, não só para o bebê prematuro, mas também para a equipe de saúde. Essas evidências científicas devem ser transformadas em ações efetivas dos serviços de saúde para esse público e as instituições de saúde devem criar estratégias que promovam uma adesão eficaz dos profissionais que atuam com mães e RNPT, como programas de educação continuada sobre o método de transição mais adequado, baseado nas especificidades de cada paciente.

Ressalta-se que as publicações no tema em questão são incipientes e tal comparação

é de extrema relevância para a sociedade científica e trabalhadores na área da saúde. Espera-se que os resultados desse estudo sejam transformados em ações efetivas e que os participantes sejam beneficiados com tais práticas.

REFERÊNCIAS

BRANDÃO, D. S.; VENANCIO, S. I.; GIUGLIANI, S. I. Association between the Brazilian Breastfeeding Network implementation and breastfeeding indicators. **J Pediatr.**, v.91, n.2, p.143-151, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru.** Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. **Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012:** diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União n.º 12, 13 de julho de 2013, Seção 1, p. 59. Brasília, 2013.

DAMASCENO, J. R.; SILVA, R. R. C.; XIMENES NETO, F. R. G. et al. Nutrição em recém-nascidos prematuros e de baixo peso: uma revisão integrativa. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.**, v. 14, n. 1, p.40-46, 2014.

MARTINS, D. D.; ZANATTA, E. A. Percepções das mães sobre o aleitamento materno e desmame precoce. **Rev Enferm.**, v.2, n.1, p.53 -74, 2013.

MCKINNEY, C. M.; GLASS, R. P.; COFFEY, P. et al. Feeding neonates by cup: A systematic review of the literature. **Matern Child Health J.**, v.20, n.8, p.1620–33, 2016.

MEDEIROS, A. M. C.; OLIVEIRA, A. R. M.; FERNANDES, A. M. et al. Caracterização da técnica de transição da alimentação por sonda enteral para seio materno em recém-nascidos prematuros. **J. Soc. Bras. Fonoaudiol.**, v.23, n.1, p.57-65, 2011.

MELO, L. M.; MACHADO, M. M. T.; LEITE, A. J. M. et al. Prematuro: experiência materna durante amamentação em Unidade de Terapia Intensiva neonatal e pós-alta. **Rev Rene**, v.14, n.3, p.512-20, 2013.

MENEZES, M. A. S.; GARCIA, D. C.; MELO, E. V. et al. Recém-nascidos prematuros assistidos pelo Método Canguru: avaliação de uma coorte do nascimento aos seis meses. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 32, n. 2, p.171-177, 2014.

MOREIRA, C. M. D.; CAVALCANTE-SILVA, R. P. G. V.; FUJINAGA, C. I. et al. Comparison of the finger-feeding versus cup feeding methods in the transition from gastric to oral feeding in preterm infants. **J Pediatr.**, v.14, n.17, p.1-17, 2017.

NOGUEIRA, J. R. D. F.; FERREIRA, M. O envolvimento do pai na gravidez/parto e a ligação emocional com o bebê. **Rev. Enf. Ref.**, v.3, n.8, p.57-66, 2012.

NYQVIST, K. H.; EWALD, U. Surface electromyography of facial muscles during natural and artificial feeding of infants: identification of differences between breast-, cup- and bottle-feeding. **J Pediatr.**, v.82, n.1, p.85-86, 2006.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Nascimentos prematuros**. Nota descritiva nº 363, Nov. 2013, disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>, acesso em: 15 de Jun. 2020.

PESSOA-SANTANA, M. C. C.; SILVEIRA, B. L.; SANTOS, I. C. S. et al. Métodos Alternativos de Alimentação do Recém-Nascido Prematuro: Considerações e Relato de Experiência. **R bras ci Saúde**, v.17, n.1, p.55-64, 2013.

SANTOS, N. D.; MACHADO, M. E. D.; CHRISTOFFEL, M. M. (Re)conhecendo a participação masculina no Método Canguru: uma interface com a prática assistencial de enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.12, n. 3, p.461-468, 2013.

SCOCHI, C. G. S et al. Transição Alimentar por Via Oral em Prematuros de um Hospital Amigo da Criança. **Revista Acta Paul Enfermagem**, v.23, n.4, p.540-545, 2010.

SILVA, A. C. M. G.; ALENCAR, K. P. C.; RODRIGUES, L. C. B. et al. A alimentação do prematuro por meio do copo. **Rev Soc Bras Fonoaudiol.**, v.14, n.3, p.387-393, 2009.

SILVA, P. K.; ALMEIDA, S. T. Avaliação de recém-nascidos prematuros durante a primeira oferta de seio materno em uma UTI neonatal. **Rev. CEFAC**, v.17, n.3, p.927-935, 2015.

SIQUEIRA, M. B. C.; DIAS, M. A. B. A percepção maternal sobre vivência e aprendizado de cuidado de um bebê prematuro. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 20, n.1, p.27-36, 2011.

VARGAS, C. L.; BERWIG, L. C.; STEIDL, E. M. S.; et al. Prematuros: crescimento e sua relação com as habilidades orais. São Paulo. **Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol.**, v.27, n.4, p.378-83, 2015.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preterm birth**. Fact sheet N°363. Updated November 2015. Disponível m:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>. Acesso em: 05 out. 2020.

USO DE TECNOLOGIAS NÃO-FARMACOLÓGICAS PARA O ALÍVIO DA DOR DURANTE O PARTO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 06/10/2020

Rebeca da Rocha Gomes

Universidade Federal do Maranhão
São Luís, Maranhão
<http://lattes.cnpq.br/9473770092988375>

Anne Caroline Rodrigues Aquino

Universidade Federal do Maranhão
São Luís, Maranhão
<http://lattes.cnpq.br/6075116681524226>

Bruna Cristina Silva Andrade

Universidade Federal do Maranhão
São Luís, Maranhão
<http://lattes.cnpq.br/4094900015132444>

Claudionete Abreu Costa

Universidade Federal do Maranhão
São Luís, Maranhão
http://lattes.cnpq.br/4901161_083156812

RESUMO: A dor no trabalho de parto é influenciada pelas características individuais das parturientes, por suas experiências psicológicas e por fatores culturais, étnicos, sociais e ambientais. A atitude profissional é de relevante importância na assistência, além da abordagem empática, associando-se à utilização de estratégias não-farmacológicas (ENF) adequadas visando aliviar a dor tão presente nas parturientes. O presente estudo tem como objetivo relatar a experiência sobre o uso de tecnologias não-farmacológicas para alívio da dor no parto. Trata-se de um estudo

descritivo, do tipo relato de experiência sobre implementação de práticas não-farmacológicas para alívio da dor no parto, realizado no centro de parto da maternidade escola, em São Luís-MA, em dezembro de 2019. Observou-se que as ENFs contribuem de forma eficaz, pois a parturiente ocupa o protagonismo no parto; isso permite alívio da dor; oferece conforto e auxilia na dilatação do colo uterino, deixando o processo menos tenso, doloroso e uma melhor condução no trabalho de parto. A parturiente que recebe atenção, aconselhamento e orientações, sente-se preparada para optar pela estratégia que se adequa às suas necessidades. As ENFs são fundamentais para que a assistência seja integral, humanizada, e de qualidade, pois fornecem conforto, bem-estar e autonomia.

PALAVRAS - CHAVE: Saúde da Mulher; Salas de Parto; Parto Obstétrico.

Área Temática: Temas Livres.

USE OF NON-PHARMACOLOGICAL TECHNOLOGIES FOR PAIN RELIEF DURING CHILDBIRTH: EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: Pain in labor is influenced by the individual characteristics of women in labor, by their psychological experiences and by cultural, ethnic, social and environmental factors. The professional attitude is of relevant importance in the care, besides the empathic approach, associated with the use of appropriate non-pharmacological strategies (NFE) aiming at relieving the pain so present in the parturients. This study aims to report the experience on the use of non-pharmacological technologies for pain relief

in childbirth. It is a descriptive study, of the experience report type on the implementation of non-pharmacological practices for pain relief in childbirth, carried out at the maternity school delivery center, in São Luís-MA, in December 2019. It was observed that the NFEs contribute in an effective way, because the woman is the protagonist in childbirth; this allows pain relief; offers comfort and assists in the dilatation of the uterine cervix, leaving the process less tense, painful, and a better conduction in labor. The woman who receives attention, counseling, and guidance feels prepared to choose the strategy that fits her needs. The FNS are fundamental for the assistance to be integral, humanized, and of quality, because they provide comfort, well-being, and autonomy.

KEYWORDS: Women's Health; Delivery Rooms; Obstetric Birth.

1 | INTRODUÇÃO

Gravidez e parto são experiências únicas vivenciadas pela mulher e por todos que a rodeiam, sendo momentos intensos e de transição, repletos de diversas transformações biológicas, fisiológicas e psicossociais. O nascimento é um evento natural e doloroso. A dor no trabalho de parto sofre influência de características individuais das parturientes, oriundas de suas experiências psicológicas, fatores culturais, étnicos, sociais e ambientais (SANTANA, et al., 2013; SILVA, et al., 2020; ANDRADE; RODRIGUES; SILVA, et al., 2017; OLIVEIRA, et al., 2017).

Promover o conforto e a satisfação da mulher durante o trabalho de parto torna-se uma das tarefas mais importantes da equipe multidisciplinar provedora de cuidados à mulher, sendo também um grande desafio. Para tanto, faz-se necessário a valorização do parto fisiológico e o uso adequado de tecnologias na assistência ao parto e nascimento, entre estas, as modificações no ambiente do parto e a aplicação de práticas ou métodos não medicamentosos de alívio à dor do parto, que contribuem para um maior bem-estar da parturiente (DE OLIVEIRA; CRUZ, 2014).

Prestar assistência humanizada deve ser um caminho a ser seguido para a melhoria na qualidade da assistência, e deve basear-se nos princípios da Política Nacional de Humanização e no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) (BRASIL, 2001; SILVA, et al., 2020). Segundo Hernandez e Jaramillo (2018) o cuidado humanizado ao parto consiste na prestação de cuidados abrangentes, com ações que visam uma experiência satisfatória durante o trabalho de parto e parto. Essas atividades incluem a oferta de tratamento digno e respeitoso que aborda a autonomia sociocultural, emocional e corporal, dando poder às mulheres durante os cuidados e evitando intervenções médicas e farmacológicas desnecessárias.

A atitude profissional é de relevante importância na assistência, tendo em vista que tudo isso poderá ser realizado, além da abordagem empática, associando-se à utilização de estratégias não-farmacológicas (ENF) adequadas visando aliviar a dor tão presente nas parturientes (DAVIM, et al., 2008). O presente estudo tem como objetivo relatar a experiência sobre o uso de tecnologias não-farmacológicas para alívio da dor no parto.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência sobre implementação e observação de práticas não-farmacológicas e não invasivas para alívio da dor no trabalho de parto, realizado durante o estágio curricular obrigatório da disciplina de saúde da mulher do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), no centro de parto de uma maternidade de um Hospital Universitário em São Luís - Maranhão no mês de dezembro de 2019. As tecnologias aplicadas foram: acolhimento, escuta ativa, massagens, deambulação, agachamento, balanço pélvico, banho de chuveiro, bola suíça, respiração, banqueta e apoio psicológico.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Observou-se que ao acolher e aplicar a escuta ativa e qualificada à parturiente, ao acompanhante e família, pode-se compreender e perceber os sentimentos, as necessidades, as dúvidas e expectativas das pessoas envolvidas e assim elaborar e executar uma assistência integral e individualizada. A abordagem empática passa segurança, e como observado na prática proporciona a participação mais ativa das parturientes no trabalho de parto.

Segundo Oliveira et., al (2017) um parto humanizado não se caracteriza apenas pela ausência de práticas desnecessárias. Para que este se efetue realmente, a parturiente deve ser respeitada em sua totalidade, participando ativamente das decisões que envolvem o seu atendimento, de modo a ocupar seu papel de protagonista, enquanto o profissional de saúde destina-se ao suporte à parturição.

Evidenciou-se que as estratégias não-farmacológicas (ENF) e ações não invasivas aplicadas, que foram massagens, deambulação, agachamento, balanço pélvico, banho de chuveiro, bola suíça, respiração, banqueta e apoio psicológico, são eficazes, pois além de proporcionarem uma maior participação da mulher contribuem para o alívio da dor, diminuição dos níveis de estresse e ansiedade, dilatação do colo uterino e nascimento. De acordo com Davim et., al (2008) ao se aplicar as três ENF associadas, exercícios respiratórios, relaxamento muscular e massagem lombossacral, há diferença significativa no alívio da intensidade da dor das parturientes nos 6, 8 e 9cm de dilatação do colo uterino.

Corroborando Santana et., al (2013) diz que o banho de chuveiro é um recurso não farmacológico bastante favorável ao alívio da dor no trabalho de parto, sendo eficaz ao tratamento, sem efeitos adversos, de fácil aceitação pelas parturientes e com resultados satisfatórios.

De acordo com Gayeski e Bruggemann (2010) nem todos os métodos são eficazes no alívio da dor, mas reduzem os níveis de estresse e ansiedade da parturiente e promovem satisfação. A redução dos níveis de estresse previne a hiperventilação e conseqüente alcalose respiratória reduzindo a liberação de catecolaminas o que contribui para uma

melhor perfusão placentária e menores índices de acidose fetal, com consequentes resultados neonatais positivos.

Verifica-se, que as parturientes que foram acolhidas e que receberam as estratégias não-farmacológicas para alívio da dor, além de maior protagonismo, autonomia, liberdade de escolha, demonstraram conforto, bem-estar e autoconfiança em si mesma e na equipe de enfermagem durante o trabalho de parto e parto.

4 I CONCLUSÃO

As tecnologias não-invasivas foram instrumentos indispensáveis à parturiente por fornecer uma assistência integralizada, e conseqüentemente, aumento das vantagens e qualidade de vida a longo prazo para o binômio mãe e filho. A experiência realizada demonstra os benefícios da utilização das tecnologias não-farmacológicas durante o trabalho de parto e a boa aceitação das mulheres, comprovando ser uma técnica eficaz, de baixo custo, que estimula a formação de vínculo, que é indispensável para o cuidado, e de fácil realização, pois não necessita de equipamentos sofisticados para aplicação, podendo ser aplicadas pelos profissionais ou acompanhante de escolha da parturiente.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Larisse Ferreira Benevides de; RODRIGUES, Quessia Paz; SILVA, Rita de Cássia Vellozo da. **Boas Práticas na atenção obstétrica e sua interface com a humanização da assistência.** Revista Enfermagem UERJ, [S.l.], v. 25, p. e26442, dez. 2017. ISSN 0104-3552. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/26442/25893>>. Acesso em: 17 jul. 2020. doi:<https://doi.org/10.12957/reuerj.2017.26442>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticos de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/** Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

DAVIM, Rejane Marie Barbosa, et al. **Banho de chuveiro como estratégia não farmacológica no alívio da dor de parturientes.** Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2008;10(3):600-9. Disponível em : <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a06.htm>

DE OLIVEIRA, Luciane Marta Neiva; CRUZ, Anna Gláucia Costa. **A utilização da bola suíça na promoção do parto humanizado.** 2014.

GAYESKI, Michele Ediane; BRUGGEMANN, Odaléa Maria. **Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática.** Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 774-782, Dez. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072018000400320&lng=en&nrm=iso>. acesso em 17 Jul 2020.

JIMENEZ-HERNANDEZ, Gustavo E; PENA-JARAMILLO, Yesenia M. **Adherencia a las recomendaciones de la OMS en la atención del parto y nacimiento humanizado.** Medellín, Colombia. Rev. Univ. Ind. Santander. Salud, Bucaramanga, v. 50, n. 4, p. 320-327, Dez. 2018. Disponível em <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072018000400320&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 Mai 2020. <http://dx.doi.org/10.18273/revsal>.

OLIVEIRA, Larissa Lages Ferrer de et al. **As vivências de conforto e desconforto da mulher durante o trabalho de parto e parto.** Revista Enfermagem UERJ, [S.l.], v. 25, p. e14203, dez. 2017. ISSN 0104-3552. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/14203/25923>>. Acesso em: 17 jul. 2020. doi:<https://doi.org/10.12957/reuerj.2017.14203>.

SANTANA, Licia Santos et al. **Efeito do banho de chuveiro no alívio da dor em parturientes na fase ativa do trabalho de parto.** Rev. dor, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 111-113, Jun 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132013000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17 Jul 2020. <https://doi.org/10.1590/S1806-00132013000200007>.

SILVA, Magda Jaqueline Santos da *et al.* **QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA AO PARTO E PÓS-PARTO NA PERCEPÇÃO DE USUÁRIAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.** Revista Ciência Plural, Rio Grande do Norte, v. 6, n. 1, p. 1-17, 2020.

SILVA, Thayná Champe da et al. **Práticas de atenção ao parto e nascimento: uma revisão integrativa** Labor And Birth Care. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro. 2017;7:e1294. Acesso em 18 Jul de 2020. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1294/1314>. Doi:<http://dx.doi.org/10.19175/recom.v7i0.1294>

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

Acretismo 12, 136, 138, 139, 142, 143

Adolescente 48, 50, 52, 53, 95, 207

Alívio da dor 87, 235

Alta Complexidade 12, 3, 107, 109, 123, 200

Alta Hospitalar 14, 64, 165, 203, 204, 205, 206, 207, 209, 211, 212, 227, 228

Amamentação 10, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 149, 171, 172, 173, 174, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 226, 229, 230

Assistência de Enfermagem 10, 14, 4, 7, 8, 9, 10, 12, 37, 41, 58, 60, 61, 63, 74, 78, 82, 84, 87, 90, 93, 110, 111, 149, 150, 155, 205, 206, 207, 212, 215, 216, 217, 219, 222, 223, 224, 228, 237

Atenção Multidisciplinar 13, 152

Atendimento Hospitalar 10, 1, 3, 4, 5, 203

C

Câncer 11, 31, 33, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 67, 87, 88, 90, 91, 95, 213, 215, 219, 220, 222, 223

Centro Cirúrgico 12, 110, 124, 125, 132, 133, 191

Classificação de risco 10, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 110

Crianças 11, 14, 16, 19, 31, 40, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 51, 53, 55, 56, 88, 89, 91, 92, 93, 166, 177, 178, 183, 188, 189, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 212, 213, 214, 227

Cuidados Paliativos 12, 14, 56, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 215, 216, 218, 219, 220, 221, 222, 223

D

Drogas Vasoativas 11, 57, 59, 60, 62, 111

E

Enfermagem 2, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 1, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 15, 17, 20, 22, 23, 24, 35, 36, 37, 38, 41, 52, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 78, 79, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 98, 99, 100, 104, 107, 108, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 126, 127, 129, 130, 132, 133, 134, 135, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 149, 150, 151, 152, 153, 155, 156, 157, 159, 160, 161, 162, 163, 167, 171, 172, 175, 181, 182, 190, 191, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 212, 213, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 228, 231, 234, 235, 236, 237

Enfermeiro 10, 11, 12, 13, 1, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 41, 52, 57, 59, 60, 66, 71, 72,

73, 74, 85, 86, 87, 89, 91, 92, 93, 94, 96, 97, 98, 104, 110, 111, 117, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 131, 132, 141, 142, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 153, 155, 157, 159, 160, 161, 162, 163, 191, 205, 208, 210, 216, 217, 218, 220, 222, 223, 224

F

Familiares 11, 11, 30, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 50, 51, 52, 53, 54, 56, 66, 72, 73, 77, 94, 117, 168, 205, 210, 211, 215, 219, 221, 228

Forame Oval 10, 37, 38, 39, 40, 41, 42

G

Ganho de peso 15, 225, 227

Gestão 9, 12, 2, 5, 10, 45, 63, 78, 100, 102, 107, 108, 109, 120, 160, 162, 167, 180, 189, 237

H

Hemorragia 136, 138, 139, 141, 142, 168, 189, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201

Higiene Oral 12, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123

N

Necessidades Especiais 14, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 212, 213, 214

Nutrição 13, 16, 19, 104, 105, 145, 148, 152, 153, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 167, 227, 228, 230, 237

O

Oncologia Pediátrica 12, 87, 91, 95

P

Pacientes 14, 1, 2, 3, 6, 9, 11, 34, 36, 39, 40, 41, 46, 52, 54, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 66, 67, 72, 73, 74, 76, 77, 78, 83, 85, 86, 89, 98, 108, 109, 112, 114, 117, 118, 121, 122, 123, 125, 127, 128, 129, 132, 133, 134, 139, 150, 153, 154, 157, 158, 159, 160, 161, 166, 168, 183, 184, 185, 188, 189, 190, 191, 199, 201, 209, 216, 218, 219, 220, 222, 223

Parto 15, 2, 3, 6, 7, 136, 138, 139, 164, 167, 169, 170, 177, 179, 194, 195, 196, 230, 232, 233, 234, 235, 236

PICC 13, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150

Placenta Prévia 14, 136, 138, 139, 142, 143, 194, 195, 196, 197, 199, 200, 201, 202

Prematuridade 6, 149, 165, 166, 168, 169, 170, 172, 176, 177, 178, 180, 181, 196, 226, 227, 228

Protocolo 14, 3, 24, 83, 107, 109, 110, 111, 121, 129, 185, 192, 203, 204, 206, 207, 208, 209, 211, 212, 213

R

Religiosidade 10, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 28, 31, 33, 34, 35, 36

S

Sedação 14, 183, 184, 185, 188, 190, 191

Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) 155, 207, 216

T

Tecnologias 15, 26, 51, 206, 227, 232, 233, 234, 235

Translactação 15, 225, 227, 228, 229

U

Úlceras por pressão 107

Urgência e emergência 2, 3, 9, 76, 77, 78, 79, 82, 84

A Enfermagem e o Gerenciamento do Cuidado Integral 4



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 4



www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 


Ano 2020