

GERENCIAMENTO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E ENFERMAGEM

4



Luana Vieira Toledo
(Organizadora)

GERENCIAMENTO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E ENFERMAGEM

4



Luana Vieira Toledo
(Organizadora)

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

2021 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2021 Os autores

Copyright da Edição © 2021 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 com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da 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
Prof. Dr. Crisóstomo Lima do Nascimento – Universidade Federal Fluminense
Prof^ª Dr^ª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Daniel Richard Sant’Ana – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof^ª Dr^ª 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
Prof^ª Dr^ª Ivone Goulart Lopes – Instituto 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
Prof^ª Dr^ª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros
Prof^ª Dr^ª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Prof^ª Dr^ª Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof^ª Dr^ª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^ª Dr^ª 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
Prof^ª Dr^ª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof^ª Dr^ª 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
Prof^ª Dr^ª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof^ª Dr^ª 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
Prof^ª Dr^ª 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
Prof^ª Dr^ª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
Prof^ª Dr^ª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof^ª Dr^ª 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 Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina

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. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra

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. Cleiseano Emanuel da Silva Paniagua – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás

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 Dra. 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
Prof. Dr. Marco Aurélio Kistemann Junior – Universidade Federal de Juiz de Fora
Prof^ª Dr^ª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Prof^ª Dr^ª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof^ª Dr^ª Priscila Tessmer Scaglioni – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Linguística, Letras e Artes

Prof^ª Dr^ª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Prof^ª Dr^ª Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Prof^ª Dr^ª Carolina Fernandes da Silva Mandaji – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof^ª Dr^ª 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
Prof^ª Dr^ª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná
Prof^ª Dr^ª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Prof^ª Dr^ª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Prof^ª Dr^ª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia

Conselho Técnico Científico

Prof. Me. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Me. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí
Prof. Dr. Alex Luis dos Santos – Universidade Federal de Minas Gerais
Prof. Me. Alexandro Teixeira Ribeiro – Centro Universitário Internacional
Prof^ª Ma. Aline Ferreira Antunes – Universidade Federal de Goiás
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Prof^ª Ma. Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa
Prof^ª Dr^ª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Prof^ª Dr^ª Andrezza Miguel da Silva – Faculdade da Amazônia
Prof^ª Ma. Anelisa Mota Gregoleti – Universidade Estadual de Maringá
Prof^ª 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
Prof^ª 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. Me. Christopher Smith Bignardi Neves – Universidade Federal do Paraná
Prof. Ma. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
Profª Drª Cláudia Taís Siqueira Cagliari – 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
Prof. Dr. Everaldo dos Santos Mendes – Instituto Edith Theresa Hedwing Stein
Prof. Me. Ezequiel Martins Ferreira – Universidade Federal de Goiás
Profª Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora
Prof. Me. Fabiano Eloy Atilio Batista – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas
Prof. Me. Francisco Odécio Sales – Instituto Federal do Ceará
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 Albornoz – University of Miami and Miami Dade College
Prof. Me. Jhonatan da Silva Lima – Universidade Federal do Pará
Prof. Dr. José Carlos da Silva Mendes – Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Humano e Social
Prof. Me. Jose Elyton Batista dos Santos – Universidade Federal de Sergipe
Prof. Me. José Luiz Leonardo de Araujo Pimenta – Instituto Nacional de Investigación Agropecuaria Uruguay
Prof. Me. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco
Profª Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Profª Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Kamilly Souza do Vale – Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas/UFPA
Prof. Dr. Kárpio Márcio de Siqueira – Universidade do Estado da Bahia
Profª Drª Karina de Araújo Dias – Prefeitura Municipal de Florianópolis
Prof. Dr. Lázaro Castro Silva Nascimento – Laboratório de Fenomenologia & Subjetividade/UFPR

Prof. Me. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^ª Ma. Lillian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
Prof^ª Ma. Lilians Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
Prof^ª Dr^ª 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. Dr. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual do Paraná
Prof^ª Ma. Luana Ferreira dos Santos – Universidade Estadual de Santa Cruz
Prof^ª Ma. Luana Vieira Toledo – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Me. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
Prof^ª Ma. Luma Sarai de Oliveira – Universidade Estadual de Campinas
Prof. Dr. Michel da Costa – Universidade Metropolitana de Santos
Prof. Me. Marcelo da Fonseca Ferreira da Silva – Governo do Estado do Espírito Santo
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
Prof^ª Ma. Maria Elanny Damasceno Silva – Universidade Federal do Ceará
Prof^ª Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof. Me. Pedro Panhoca da Silva – Universidade Presbiteriana Mackenzie
Prof^ª Dr^ª Poliana Arruda Fajardo – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Ricardo Sérgio da Silva – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Renato Faria da Gama – Instituto Gama – Medicina Personalizada e Integrativa
Prof^ª 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
Prof^ª Ma. Silene Ribeiro Miranda Barbosa – Consultoria Brasileira de Ensino, Pesquisa e Extensão
Prof^ª Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo
Prof^ª Ma. Taiane Aparecida Ribeiro Nepomoceno – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Faculdade Regional Jaguaribana
Prof^ª 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: Camila Alves de Cremo
Correção: Kimberlly Elisandra Gonçalves Carneiro
Edição de Arte: Luiza Alves Batista
Revisão: Os Autores
Organizadora: Luana Vieira Toledo

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

G367 Gerenciamento de serviços de saúde e enfermagem 4 /
Organizadora Luana Vieira Toledo. – Ponta Grossa - PR:
Atena, 2021.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5706-765-9

DOI 10.22533/at.ed.659210902

1. Saúde. 2. Enfermagem. I. Toledo, Luana Vieira
(Organizadora). II. Título.

CDD 613

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; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa.

APRESENTAÇÃO

A coleção “Gerenciamento de Serviços de Saúde e Enfermagem” apresenta em quatro volumes a produção científica sobre o gerenciamento e organização dos serviços de saúde nos diferentes contextos assistenciais. Nos serviços de saúde, as atividades gerenciais são consideradas fundamentais para o alcance dos objetivos propostos, sendo compreendida como uma atividade multiprofissional diretamente relacionada à qualidade da assistência oferecida.

Tendo em vista a relevância da temática, objetivou-se elencar de forma categorizada, em cada volume, os estudos das variadas instituições de ensino, pesquisa e assistência do país, a fim de compartilhar com os leitores as evidências produzidas por eles.

O volume 1 da obra aborda os aspectos da organização dos serviços de saúde e enfermagem sob a ótica daqueles que realizam o cuidado. Destacam-se os riscos ocupacionais, as dificuldades enfrentadas no cotidiano do trabalho e o conseqüente adoecimento dos profissionais.

No volume 2 estão agrupadas as publicações com foco no gerenciamento das ações de planejamento familiar, incluindo a saúde do homem, da mulher, da criança e do adolescente.

O Volume 3 contempla a importância das ações de gerenciamento em diferentes contextos assistenciais, iniciando-se pela academia. Essa obra é composta pelas publicações que incluem as instituições escolares, unidades básicas de saúde, instituições de longa permanência e serviços de atendimento especializado.

O volume 4, por sua vez, apresenta as produções científicas de origem multiprofissional relacionadas às condições de adoecimento que requerem assistência hospitalar. Destacam-se estudos com pacientes críticos e em cuidados paliativos.

A grande abrangência dos temas organizados nessa coleção permitirá aos leitores desfrutar de uma enriquecedora leitura, divulgada pela plataforma consolidada e confiável da Atena Editora. Explore os conteúdos ao máximo e compartilhe-os.

Luana Vieira Toledo

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

AUTONOMIA DO PACIENTE NO PROCESSO DE VIVER COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO

Carla Lube de Pinho Chibante
Fátima Helena do Espírito Santo
Leila Leontina do Couto
Felipe Guimarães Tavares
Donizete vago Daher
Maria de Nazaré de Souza Ribeiro

DOI 10.22533/at.ed.6592109021

CAPÍTULO 2..... 17

A PERCEÇÃO DO ENFERMEIRO DIANTE DA VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM

Flávia Giendruczak da Silva
Liege Segabinazzi Lunardi
Lisiane Paula Sordi Matzenbacher

DOI 10.22533/at.ed.6592109022

CAPÍTULO 3..... 20

PINÇAS DA CIRURGIA ROBÓTICA E O IMPACTO FINANCEIRO ORIUNDO DO NÃO CUMPRIMENTO DE SUA UTILIZAÇÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Flávia Giendruczak da Silva
Liege Segabinazzi Lunardi
Lisiane Paula Sordi Matzenbacher

DOI 10.22533/at.ed.6592109023

CAPÍTULO 4..... 29

DESPERTAR CRÍTICO PARA HIGIENE DAS MÃOS NO CONTROLE DAS INFECÇÕES HOSPITALARES

Graciela Barcellos dos Santos Machado
Vivian Lemes Lobo Bittencourt
Maria Simone Vione Schwengber
Ana Luiza Pess de Campos
Suelen Karine Artmann
Milena de Freitas Bernardi
Loretta Vercelino
Gabryela Andressa Speroni
Aline dos Santos da Rocha
Christiane de Fátima Colet
Carmen Cristiane Schultz
Eniva Miladi Fernandes Stumm

DOI 10.22533/at.ed.6592109024

CAPÍTULO 5..... 39

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS: RESPONSABILIDADE ÉTICA E LEGAL DOS

PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

José Nilton do Nascimento
Michella Galindo de Albuquerque
Fabyano Palheta Costa

DOI 10.22533/at.ed.6592109025

CAPÍTULO 6..... 50

A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA INFECÇÃO PRIMÁRIA DA CORRENTE SANGUÍNEA CAUSADA POR CATETER VENOSO CENTRAL: REVISÃO INTEGRATIVA

Iolanda dos Santos Lucena
Vanessa Vieira de Moura
Cleonice Maria Silva Luna Epifânio

DOI 10.22533/at.ed.6592109026

CAPÍTULO 7..... 60

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE INFECÇÃO RELACIONADA AO CATETER VENOSO CENTRAL

Eliseba dos Santos Pereira
Eliel dos Santos Pereira
Aclênia Maria Nascimento Ribeiro
Gabriela Oliveira Parentes da Costa
Elton Filipe Pinheiro de Oliveira
Verônica Elis Araújo Rezende
Cleidinara Silva de Oliveira
Felipe de Sousa Moreiras
Laíse Virgínia Soares Senna
Luzia Fernandes Dias
Carla Lorena Morais de Sousa Carneiro
Eliete Leite Nery

DOI 10.22533/at.ed.6592109027

CAPÍTULO 8..... 68

CONSTRUÇÃO DE ALGORITMOS CLÍNICOS PARA CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES EM URGÊNCIA EMERGÊNCIA

Reinaldo Ribeiro de Oliveira
Maria Cristina de Mello Ciaccio
Grazia Maria Guerra

DOI 10.22533/at.ed.6592109028

CAPÍTULO 9..... 83

FATORES DE RISCO E CAUSAS DE ACIDENTES ENVOLVENDO MOTOS

Genoveva Ferreira Lourenço
Fatima Luna Pinheiro Landim
Thalita Soares Rimes

DOI 10.22533/at.ed.6592109029

CAPÍTULO 10..... 93

PERFIL DOS CASOS DE SUICÍDIO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Josênia Cavalcante Santos
Layze Amanda Leal Almeida
Raquel Costa e Silva
Allana Renally Cavalcante Santos de Moraes
Eclésio Cavalcante Santos
Edenilson Cavalcante Santos

DOI 10.22533/at.ed.65921090210

CAPÍTULO 11 103

PERCEPÇÃO DOS MÉDICOS DE UMA SALA DE EMERGÊNCIA SOBRE A ASSISTÊNCIA AO PACIENTE FORA DE POSSIBILIDADE DE CURA

Janaina Luiza dos Santos
Fernanda Alves dos Santos
Diana Paola Gutierrez Diaz de Azevedo
Maria Auxiliadora Gonçalves
Kamile Santos Siqueira Gevú
Ana Claudia Moreira Monteiro
Katy Conceição Cataldo Muniz
Virginia Maria de Azevedo Oliveira Knupp
Isabel Cristina Ribeiro Regazzi

DOI 10.22533/at.ed.65921090211

CAPÍTULO 12..... 114

O PERFIL HUMANISTA DO ENFERMEIRO QUE ATUA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Claudia Cristina Dias Granito Marques
Sarah Delgado Braga Silva

DOI 10.22533/at.ed.65921090212

CAPÍTULO 13..... 131

EFETIVIDADE DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS CRÍTICOS: UM ESTUDO DE COORTE

Ana Carolina Ribeiro Tamboril
Maria Corina Amaral Viana
Mônica Oliveira Batista Oriá
Katia Pires Nascimento do Sacramento
João Emanuel Pereira Domingos
Antonia Thamara Ferreira dos Santos
Águida Raquel Sampaio de Souza
Déborah Albuquerque Alves Moreira
Eglídia Carla Figueirêdo Vidal
Woneska Rodrigues Pinheiro

DOI 10.22533/at.ed.65921090213

CAPÍTULO 14..... 138

PACIENTES INTERNADOS EM CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA EM USO DE PRESSÃO INTRACRANIANA E DERIVAÇÃO VENTRICULAR EXTERNA E OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Maria Gabriela Ferreira Santos
Luiz Fernando de Almeida
Saulo Nascimento de Melo
Lívia Carolina Andrade Figueiredo
Vinícius Eugênio da Silva
Elielson Rodrigues da Silva
Rayssa Stéfani Sousa Alves
Alessandra Mara de Sousa

DOI 10.22533/at.ed.65921090214

CAPÍTULO 15..... 148

O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE USUÁRIOS COM CÂNCER DE PRÓSTATA NO RIO DE JANEIRO

Bruno Lira da Silva
Cristiane Maria Amorim Costa
Lorraine Terra dos Santos Cyrne Alves
Elizabeth Rose Costa Martins
Thelma Spíndola

DOI 10.22533/at.ed.65921090215

CAPÍTULO 16..... 166

ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA EQUIPE PEDIÁTRICA DE CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS

Talita Jordânia Rocha do Rêgo
Aline Lima Silva
Lília Viana Mesquita
Ana Catarina de Miranda Mota

DOI 10.22533/at.ed.65921090216

CAPÍTULO 17..... 176

CONTRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO NOS CUIDADOS PALIATIVOS AO PACIENTE COM FERIDA NEOPLÁSICA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Maria Madalena Cardoso da Frota
Samir da Rocha Fernandes Torres
Maria Clara Duarte Feitosa
Luanessa Dâmares de Farias da Silva
Camila da Silva Lopes Nunes
Thaissa Rhândara Campos Cardoso
Carine Cristina Oliveira Viana
Antônia Mirela Araújo
Thalis Kennedy Azevedo de Araújo
Kalita Karoline Duarte Souza
Sandrielle de Carvalho Duarte Souza

Maria Nivânia Livramento Feitosa

DOI 10.22533/at.ed.65921090217

SOBRE A ORGANIZADORA.....	186
ÍNDICE REMISSIVO.....	187

CAPÍTULO 1

AUTONOMIA DO PACIENTE NO PROCESSO DE VIVER COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO

Data de aceite: 22/01/2021

Data de submissão: 05/11/2020

Maria de Nazaré de Souza Ribeiro

Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa

Niterói- Rio de Janeiro

<https://orcid.org/0000-0002-7641-1004>

Carla Lube de Pinho Chibante

Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa

Niterói- Rio de Janeiro

<https://orcid.org/0000-0002-8083-4798>

Fátima Helena do Espírito Santo

Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa,

Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgico

Niterói- Rio de Janeiro

<https://orcid.org/0000-0003-4611-5586>

Leila Leontina do Couto

Instituto Nacional do Câncer- INCA

Rio de Janeiro- RJ

<https://orcid.org/0000-0002-8948-5045>

Felipe Guimarães Tavares

Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa,

Departamento de Enfermagem Médico-cirúrgico

Niterói- Rio de Janeiro

<https://orcid.org/0000-0002-8308-6203>

Donizete vago Daher

Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa,

Departamento de Enfermagem Médico-cirúrgico

Niterói- Rio de Janeiro

<https://orcid.org/0000-0001-6249-0808>

RESUMO: Objetivo: discutir o cuidado de enfermagem centrado no cliente com DCNT, como suporte e incentivo à autonomia para o autocuidado no âmbito da atenção hospitalar. Método: estudo qualitativo, descritivo do tipo etnográfico. A coleta de dados foi desenvolvida no período de janeiro a junho de 2017 com pacientes hospitalizados e equipe de enfermagem nas clínicas médica masculina e feminina do hospital universitário, mediante as técnicas de observação participante e entrevista semi-estruturada seguida de análise de conteúdo. Resultados: a categoria autonomia e liberdade identificou nas falas dos pacientes que estava relacionada com a liberdade de realizar as atividades e fazer as suas próprias escolhas sem depender de outras pessoas. Na categoria autonomia e inform(Ação) observou-se uma contradição no discurso dos pacientes com os profissionais. Os primeiros dizem precisar de mais informações, que estão relacionadas ao estado de saúde e o esclarecimento das dúvidas. Enquanto os profissionais relatam que a forma de considerar a autonomia do paciente é oferecer orientações e informações relacionadas ao tratamento e ao estado de saúde. Na terceira categoria autonomia e realiz(Ação) os pacientes hospitalizados disseram não depender de outras pessoas para realizar as suas atividades de

vida diária. Em contrapartida, trazem em seus discursos que os cuidados relacionados às necessidades básicas estão focados no outro. Já a última categoria, autonomia e cultura, aborda as várias formas de cultura, dentre elas a organizacional, por meio das rotinas e regras institucionais; a do modelo biomédico e o processo saúde doença e a do gênero e papéis sociais. Considerações Finais: as entrevistas permitiram ouvir as pessoas em momentos de vulnerabilidades, adoecidas e sob o controle da equipe de saúde, além de perceber como era desenvolvido o cuidado junto a esses pacientes, a forma como eram estimulados o autocuidado e a autonomia e a competência para cuidar do outro.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Hospitalização; Cultura; Autonomia Pessoal.

PATIENT AUTONOMY IN THE PROCESS OF LIVING WITH CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES DURING HOSPITALIZATION

ABSTRACT: Objective: to discuss client-centered nursing care with DCNT, as support and incentive to autonomy for self-care in the context of hospital care. Method: qualitative, descriptive study of the ethnographic type. Data collection was developed from January to June 2017 with hospitalized patients and nursing staff in the male and female medical clinics of the university hospital, through the techniques of participant observation and semi-structured interview followed by content analysis. Results: the category autonomy and freedom identified in the patients' statements that it was related to the freedom to perform the activities and make their own choices without relying on other people. In the category autonomy and inform(Action) a contradiction was observed in the discourse of patients with professionals. The former say they need more information, which are related to the state of health and the clarification of doubts. While professionals report that the way to consider patient autonomy is to provide guidance and information related to treatment and health status. In the third category autonomy and perform(Action) hospitalized patients said they did not depend on other people to perform their activities of daily living. On the other hand, they bring in their discourses that care related to basic needs is focused on the other. The last category, autonomy and culture, addresses the various forms of culture, including organizational, through routines and institutional rules; the biomedical model and the health-disease process and that of gender and social roles. Final Considerations: the interviews allowed us to listen to people in moments of vulnerability, lost and under the control of the health team, besides realizing how care was developed with these patients, how self-care and autonomy and competence to care for others were encouraged.

KEYWORDS: Nursing; Nursing Care; Hospitalization; Culture; Personal Autonomy.

1 | INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) apresentam início gradual, com duração longa, que, em geral, tem múltiplas causas e cujo tratamento envolve mudanças do estilo de vida, além de um processo de cuidado contínuo que, usualmente, não leva à cura. Elas representam as principais causas de morte e incapacidades no mundo, sendo responsáveis por 72% dos óbitos, no Brasil. Mundialmente, essas doenças possuem um

papel importante no perfil de saúde das populações e incluem as doenças cardiovasculares, as neoplasias, diabetes, obesidade e doenças respiratórias (BRASIL, 2014; BRASIL, 2011).

Assim, as DCNT representam um problema de saúde pública, acarretando inúmeros custos de natureza social e econômica. Entretanto, existem meios para evitá-las, principalmente por meio de ações de prevenção e promoção da saúde, além do controle dos fatores de risco ou de comportamentos que minimizem as suas complicações por meio de tratamentos e controles adequados.

Tradicionalmente, os modos de viver têm sido abordados numa perspectiva individualizante e fragmentada, colocando os sujeitos e as comunidades como os responsáveis únicos pelas várias mudanças ocorridas no processo saúde-adoecimento ao longo da vida. Contudo, na perspectiva ampliada de saúde, como definida no âmbito do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, do Sistema Único de Saúde (SUS) e das Cartas da Promoção da Saúde, esses modos de viver não se referem apenas ao exercício da vontade e/ou liberdade individual e comunitária, mas, considera também os modos como os sujeitos e as coletividades elegem determinadas opções de viver como desejáveis, organizam suas escolhas e criam novas possibilidades para satisfazer suas necessidades, desejos e interesses que pertencem à ordem coletiva, uma vez que seu processo de construção dá-se no contexto da própria vida (BRASIL, 2006).

Nesse sentido, o ponto de partida para a autonomia do sujeito é reconhecê-lo como protagonista do próprio cuidado, entendendo que ele mesmo é o principal foco desse cuidado, mediante estratégias que permitam o avançar da consciência ingênua para a consciência crítica, optando e escolhendo o melhor para si de forma a desenvolver, gradativamente, a capacidade e independência quanto ao próprio cuidado (FREIRE, 2005).

Com isso, o diálogo transformador possibilita a transição de uma consciência “ingênua”, caracterizada pela passividade, para uma consciência crítica e reflexiva, capaz de fazer com que o sujeito se coloque em posição questionadora, participativa e ativa. Além disso, analisar o contexto cultural do cliente é necessário visando identificar as aproximações entre cuidado popular e profissional, para que este ocorra a partir de uma realidade específica, com mais qualidade de forma a se obter o compartilhamento dos saberes (FREIRE, 2005; LEININGER, 1985).

Diante disso, à luz dessas considerações, esse estudo traz como pressuposto que durante a hospitalização do paciente com DCNT o seu autocuidado é pouco incentivado, restringindo a sua autonomia nesse processo de cuidar. O objetivo é discutir o cuidado de enfermagem centrado no cliente com DCNT, como suporte e incentivo à autonomia para o autocuidado no âmbito da atenção hospitalar.

2 | MÉTODO

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da instituição sob o CAAE

nº 56256116.1.0000.5243 e foi aprovado pelo Parecer nº 1.585.541. Todos os participantes foram esclarecidos quanto ao objetivo do estudo e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme preconiza a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde/MS.

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa com delineamento descritivo do tipo etnográfica. A etnografia é uma descrição densa da realidade. Tal densidade advém das manifestações de significados que permitem ao pesquisador explicar e interpretar os sentidos de um determinado contexto cultural, possibilitando que outros também apreendam o fenômeno estudado (GEERTZ, 2008).

O estudo foi desenvolvido no período de janeiro a junho de 2017. Os participantes foram pacientes hospitalizados com DCNT em enfermarias de clínica médica do hospital universitário e a equipe de enfermagem que atua em atividade assistencial nas referidas enfermarias.

Adotaram-se como critérios de inclusão, pacientes de ambos os sexos, adultos e idosos com idade igual ou superior a 18 anos, com diagnóstico médico em prontuário de pelo menos uma DCNT; e como critérios de exclusão, pacientes com alterações psíquicas e/ou mentais que prejudicassem a participação na pesquisa.

Para seleção da equipe de enfermagem, os critérios de inclusão foram: pessoas de ambos os sexos, que atuam nas referidas enfermarias em assistência direta aos pacientes com DCNT. Foram excluídos profissionais de licença médica ou outros tipos de afastamento. A amostra foi constituída por 30 profissionais de enfermagem (10 enfermeiros e 20 técnicos de enfermagem) e 20 pacientes com DCNT.

Foram utilizadas as seguintes técnicas de coleta de dados: observação participante com registros em diário de campo, onde foi descrito o processo de cuidado da equipe de enfermagem com os pacientes hospitalizados; e entrevista semiestruturada para aprofundar aspectos da observação e analisar a autonomia dos pacientes hospitalizados com DCNT.

As entrevistas foram gravadas em aparelho MP4, com duração média de 20 minutos para cada entrevista, para que nenhum dado fosse perdido o que permitiu que o entrevistador ouvisse os sujeitos da pesquisa com maior atenção, estabelecesse certa confiança com os mesmos e observasse as suas expressões corporais, objetivando compreender melhor os seus depoimentos. As entrevistas com os pacientes aconteceram na beira do leito e com a equipe de enfermagem no estar de cada andar da clínica médica masculina e feminina.

As entrevistas foram transcritas na íntegra pela própria pesquisadora, identificadas pelas iniciais P (Paciente); E (Enfermeiro); TE (Técnico de Enfermagem), visando preservar a identidade dos sujeitos.

O corpus de dados foi submetido à análise de conteúdo, que pressupõe algumas etapas: pré-análise; exploração do material ou codificação; tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2009).

Após a leitura das entrevistas, os dados foram divididos em unidades temáticas.

E, posteriormente, os temas comuns emergentes foram agrupados em quatro categorias, dentre as quais: Autonomia e liberdade; autonomia e inform(Ação); autonomia e realiz(Ação); e autonomia e cultura.

3 I RESULTADOS

Os pacientes hospitalizados com DCNT eram, em sua maioria, do sexo masculino (60%), com média de idade de 56,0(DP±16,70) anos, casados (60%), aposentados (50%) e ensino fundamental completo (40%).

Quanto às características da situação de saúde, as doenças do aparelho circulatório destacaram-se tanto nos diagnósticos principal (45%) quanto no secundário (75%). A maioria dos pacientes (80%) relatou ter tido hospitalização anterior e a média de permanência hospitalar foi de 8,04(DP±4,72) dias.

Com relação à caracterização da equipe de enfermagem, maioria do sexo feminino (86,7%), com média de 41,12(DP±12,21) anos, casado (56,7%), sendo 66,7% técnicos de enfermagem e 33,3% enfermeiros. Quanto ao tempo de atuação no cenário do estudo, 40% estavam entre seis meses a 5 anos; 46,15% trabalhavam em outro hospital.

3.1 Autonomia e Liberdade

Esta categoria foi identificada nas falas dos pacientes hospitalizados ao associarem a autonomia com ser livre, não depender de outras pessoas, ausência de limitações e a questão financeira. Além disso, as palavras de evocação em destaque nesta categoria foram: liberdade, ser independente, escolha e decisão. Isso pode ser observado nos relatos a seguir:

[...] independência para a gente fazer as coisas (...) não depender do outro, fazer as coisas pela sua própria cabeça (...) ter seu próprio dinheiro (P3)

É independência de fazer suas próprias coisas e escolher o que quer fazer (P7)

É quando a gente não tem nenhuma limitação que impeça a gente de fazer as nossas coisas; é quando eu desejo fazer alguma coisa e faço sem precisar de ajuda (P13)

Uma vez que as entrevistas foram realizadas no ambiente hospitalar, o que se esperava é que as respostas dos pacientes sobre o que é a autonomia estivessem relacionadas com o período de internação. Entretanto, na maioria das falas foi possível perceber que a autonomia era definida como liberdade de realizar as atividades e fazer as suas próprias escolhas sem depender de outras pessoas, ou seja, não faziam a associação da autonomia com a atual condição de estar hospitalizado.

Durante as observações foi possível identificar uma certa contradição nas falas dos

pacientes, uma vez que relatavam que a autonomia é ter liberdade, direito de escolhas, realização de atividades sem depender da ajuda de outras pessoas. Em algumas situações, como o banho no leito ou até mesmo o banho de aspersão em cadeira higiênica, observou-se que os técnicos de enfermagem davam o banho e apesar do paciente poder participar do cuidado, de alguma forma, como por exemplo, esfregar partes do corpo, os mesmos ficavam parados esperando terminar o procedimento, o que demonstrava dependência dos pacientes relacionado aos cuidados da equipe de enfermagem.

Apenas um paciente associou a autonomia com a hospitalização:

[...] para mim é poder andar livremente pelo hospital (...) é até onde eu posso ir sem precisar ou depender da ajuda de ninguém porque isso é uma dependência muito grande (P1)

Este paciente ao ser questionado sobre o que seria a autonomia fez uma associação da autonomia com o momento da hospitalização. Ele relatou que se sentia muito mais dependente ali que em casa, uma vez que os profissionais determinavam o que tinha que ser feito e não estimulavam o seu autocuidado e sua independência. Diferentemente do que acontecia fora do ambiente hospitalar, em que o mesmo realizava as suas atividades sem depender de outras pessoas.

Cabe destacar que, durante o período de coleta de dados, o paciente hospitalizado nem sempre participou das decisões sobre sua vida ou até mesmo foi comunicado a respeito dessas decisões de modo a compreendê-las. Uma vez que o hospital tem normas e regras a serem seguidas, os pacientes tornam-se dependentes do cuidado profissional com a imposição de horários para que as atividades sejam realizadas, como é o caso do banho, das refeições e da aferição dos sinais vitais.

3.2 Autonomia e Inform(Ação)

Esta categoria foi identificada tanto nas falas dos profissionais quanto dos pacientes hospitalizados, destacando as dúvidas relacionadas ao processo saúde-doença e os esclarecimentos sobre o estado de saúde, as informações, que por vezes não são esclarecedoras e tornam os pacientes reféns dos profissionais, além da identificação das vivências dos pacientes, trazendo as suas experiências no processo de hospitalização. O que pode ser observado nas falas a seguir:

Sinto falta de mais informações. Não sei se tá relacionado com autonomia. Aí você fica meio agarrado pra perguntar, fica meio receoso de perguntar alguma coisa: por que o médico não falou? Por que eu tô com aquela dúvida? Eles não tiram a nossa dúvida sem a gente perguntar. (P1)

Você tem as dúvidas e não tem como falar com eles. Acho que isso podia melhorar, dar uma atenção melhor pra gente, explicar exatamente o que a gente tem, na nossa língua, sem ser com palavras que eu nem entendo. (P7)

Acredito que no dia a dia aqui no hospital a nossa função enquanto profissional da saúde é orientar de forma clara e detalhada todos os procedimentos realizados com o paciente, a medicação que estamos dando, dizendo pra que serve, se o paciente é hipertenso e tem uma medicação pra controlar a pressão. A gente tem que comunicar o mesmo. (TE1)

É importante durante o processo de hospitalização que a gente, enquanto enfermeiro, realize orientações relacionadas às mudanças nos hábitos de vida para que este paciente não tenha complicações que levam o mesmo a retornar ao hospital. Também por meio da educação em saúde podemos garantir a adesão do paciente ao seu tratamento, além de estimular para as atividades diárias que irão implicar na sua prática do autocuidado. (E5)

Diante das falas dos participantes, é possível identificar uma contradição no discurso dos pacientes com os profissionais. Uma vez que os primeiros dizem precisar de mais informações, que estão relacionadas ao estado de saúde, ao uso de medicações, ao processo de hospitalização e o esclarecimento das dúvidas. Enquanto os profissionais relatam que a forma de considerar a autonomia do paciente é oferecer orientações e informações relacionadas ao tratamento, ao processo de hospitalização e ao estado de saúde.

Em algumas situações foi possível identificar tanto nas falas dos pacientes quanto nas observações, o poder dos profissionais diante do controle e domínio do saber, o que reforça a dependência do cuidado e a busca por informação que nem sempre esclarece dúvidas e mesmo, por vezes, leva à desinformação, tornando este sujeito passivo no seu processo de cuidado, conforme observado nas falas a seguir:

O médico passou aqui hoje de manhã e disse que eu tenho que andar mais. Mas aí, o enfermeiro passou aqui e disse que eu tô com essa sonda e não é pra eu ficar andando o tempo todo... (P1)

Eu não gosto quando as meninas vêm aqui de noite e colocam fralda em mim (...) Em casa eu vou ao banheiro sozinha, mas aqui elas me falaram que, por conta da minha doença e o risco que eu tenho de cair, é melhor usar a fralda, pelo menos, durante a noite... e isso me incomoda muito. (P11)

Durante as observações, percebeu-se que os pacientes ficavam receosos de fazerem perguntas e, por vezes, aparentavam medo de tirar as suas dúvidas com os profissionais, se colocando em uma posição passiva durante a realização do cuidado. Por outro lado, alguns profissionais abordavam os pacientes em posição de superioridade e realizavam orientações de forma autoritária, sem ter uma relação paciente-profissional de maneira horizontal.

Nesta categoria foi possível identificar, nas falas e nas observações, que os profissionais, por terem o conhecimento científico, acabam por usar este saber como instrumento de dominação. Ao não compartilhar com o paciente os aspectos observados no

seu exame físico, nos exames laboratoriais, na evolução do seu tratamento, o mesmo fica sem parâmetro para tomar uma decisão consciente, permanecendo alienado de si mesmo, estagnado em sua consciência ingênua e dependente do cuidado desse profissional.

3.3 Autonomia e Realiz(Ação)

Esta categoria foi identificada nas falas dos pacientes hospitalizados ao serem questionados se dependem de outras pessoas para viver o dia a dia. Foi observado nos relatos uma responsabilidade no cuidado à saúde focada no outro, ou seja, deixar de cuidar de si para cuidar do outro, a dependência do cuidado pela equipe de enfermagem e a limitação tanto financeira quanto da doença, conforme as falas a seguir:

Eu faço as minhas coisas, resolvo todos os meus problemas (...) ainda tomo conta da minha mãe. Na verdade, ela que depende dos meus cuidados, porque faço as minhas coisas e depois vou para casa dela fazer as dela. (P2)

Financeiramente sim, porque meu marido que me sustenta, mas agora vou precisar ainda mais, principalmente do meu filho. Antes, o nosso orçamento dava certinho, mas agora tem os remédios, aí acho que vou precisar do meu filho também. (P3)

A maioria dos pacientes hospitalizados disseram não depender de outras pessoas para realizar as suas atividades de vida diária. Em contrapartida, trazem em seus discursos que os cuidados relacionados às necessidades básicas estão focados no outro, como por exemplo, tomar conta da mãe, de netos, ajudar os filhos e cônjuges. O hospital torna-se um ambiente de limitação para a realização de atividades de autocuidado. Além disso, também é possível observar a negação da própria limitação relacionada à doença crônica, o que pode levar ao processo de hospitalização por um processo agudo ou complicação da doença de base.

Esta categoria também foi identificada nas falas dos profissionais de enfermagem ao serem questionados a respeito do que eles entendem sobre a autonomia do paciente, associando autonomia com a restrição de atividades e limitação física, além da dependência do cuidado dos pacientes pela equipe de enfermagem para a realização das necessidades básicas. Isso pode ser observado nas falas a seguir:

[...] que esse paciente conseguisse realizar as atividades dele de forma mais adaptada à doença e que permitisse que ele fizesse as suas atividades sozinhos, não dependesse do outro ou dependesse o mínimo possível de uma outra pessoa (E9)

É o paciente ter em mente a importância do autocuidado, ou seja, quanto mais independente o indivíduo for na realização das tarefas diárias e de autocuidado, maior a sua autonomia. (E3)

É quando a independência predomina, só não faz aquilo que impede de ser feito e precise de ajuda. (TE11)

Acho que, aqui no hospital, a gente tem de avaliar o paciente e ver até onde ele consegue fazer as suas coisas sozinho, porque se a gente faz por ele, acaba que ele fica dependente do nosso cuidado. (TE17)

Os profissionais entendem que a autonomia se relaciona com a independência, demonstrando uma confusão entre o que seria a capacidade de decisão e escolha com a execução de atividades de vida diária. É possível identificar nas falas um discurso que não condiz com a prática, uma vez que esses profissionais dizem observar o que os pacientes conseguem fazer sozinhos para que os mesmos não dependam dos seus cuidados. Porém, observou-se que, na prática, a relação de ajuda está em fazer para o outro e não identificar as reais necessidades do paciente.

Os pacientes, ao serem questionados de que forma os profissionais ajudam a desenvolver a autonomia, trazem em suas falas as ações de realização do cuidado pela equipe de enfermagem. Assim como nas falas dos profissionais há uma confusão entre autonomia e independência, conforme os relatos a seguir:

Quando eu tenho que tomar banho, alguns enfermeiros não deixam eu ir tomar banho lá no banheiro, preferem me dar o banho aqui na cama. Eles fazem tudo, eu nem me mexo. Já lá no chuveiro, eu que faço a minha higiene e eles só me ajudam quando eu não consigo fazer alguma coisa. (P2)

Ter que usar essa fralda é horrível, nunca tinha usado isso antes, mas as meninas conversaram comigo e falaram que ia ser melhor eu usar a fralda, minhas filhas falaram também... aí, tive que obedecer. (P17)

Diante das falas é possível identificar que as decisões na realização do cuidado durante a hospitalização cabem aos profissionais, uma vez que a instituição tem as suas regras e rotinas, o paciente torna-se refém das imposições desses profissionais, os quais escolhem a forma que o paciente receberá o banho, avaliações errôneas na utilização de fraldas e justificativas frágeis no desenvolvimento dos cuidados prestados.

Esperava-se que no processo de hospitalização, o paciente desenvolvesse sua autonomia e independência para o seu autocuidado. Entretanto, durante a sua internação, o profissional determina o que deve ser feito e decide pelo paciente. Nisso consiste a contradição, pois ao paciente é proibida toda e qualquer forma de busca da sua autonomia.

3.4 Autonomia e Cultura

Esta categoria aborda as várias formas de cultura, dentre elas a organizacional, por meio das rotinas e regras institucionais; a do modelo biomédico e o processo saúde-doença; e a do gênero e papéis sociais.

A cultura organizacional foi identificada nas falas dos pacientes ao serem questionados sobre o que eles sugeriam para o desenvolvimento da autonomia no ambiente hospitalar. Na maioria das respostas os pacientes falam sobre as regras da instituição e a rotina dos profissionais como um empecilho ao estímulo da autonomia durante a hospitalização.

Eu acho que as regras da instituição é que podem dificultar a nossa autonomia aqui dentro. (P4)

Acho que o hospital acaba impondo muitas regras, e os profissionais tem que seguir essas ordens e isso acaba refletindo nos pacientes que deixam de ter a liberdade pra fazer algumas coisas. Eu sei que não dá pra liberar tudo, mas tem coisas que a gente podia ter a decisão de escolher se quer ou não. (P9)

De acordo com as falas dos pacientes, as regras e rotinas institucionais fazem com que os mesmos se tornem dependentes do cuidado pelos profissionais. Uma vez que no ambiente hospitalar o paciente acaba se submetendo ao que o outro vai fazer, diferente do que acontece fora deste ambiente, em que o poder de decisão e escolha é da própria pessoa. Pode-se observar que tanto a cultura organizacional quanto a rotina oprimem e limita a autonomia do paciente.

Uma outra forma de cultura identificada nas falas dos pacientes foi a cultura do modelo biomédico diante do processo saúde-doença, em que há uma relação de poder no ambiente do cuidado com o profissional é o detentor do saber e o paciente como submisso a esse cuidado.

Acho que tem algumas coisas que me irritam aqui, por exemplo, chegar alguém aqui na minha cama, começar a mexer em mim e nem ao menos se identificar. Acho que o mínimo é dizer bom dia eu sou médico e preciso fazer tal coisa com você. E isso não é feito! O médico passa de manhã, mas faz uma visita tão rápida, que quando eu penso em fazer alguma pergunta, ele já foi. Aí, quando falo com a enfermeira que preciso falar com o médico ela diz que ele já, não tá mais ali. (P7)

Só acho que os médicos podiam passar mais vezes aqui, eles passam de manhã cedo. Se depois a gente precisar falar com eles ao longo do dia, a gente tem que esperar o dia seguinte. A não ser que tenha alguma emergência, aí eles aparecem (P12)

Nas falas foi possível perceber uma insatisfação dos pacientes com relação a falta de integração das informações pelos profissionais da saúde, a maneira como eram abordados no leito durante a hospitalização. Ao mesmo tempo, traziam a gratidão pelo cuidado e a atenção que receberam ao longo da internação. Além disso, também foi destacado o hospital como lugar de cura da doença com o modelo médico hegemônico constituindo uma das formas institucionalizadas de atenção da enfermidade, chegando a ser identificado como a forma mais concreta e eficaz de atender o processo saúde-doença.

A influência dos profissionais é identificada nas falas da equipe de enfermagem ao trazer que o foco desse cuidado é a doença e que o paciente hospitalizado necessita das suas intervenções para que o mesmo se recupere e retorne ao seu domicílio.

É importante conversar com ele sobre a sua doença, as suas limitações, o seu tratamento para que ele tenha uma boa recuperação ou até mesmo uma

reabilitação, para que ele possa desempenhar as tarefas do dia a dia, não só no ambiente hospitalar, mas também na sua casa (TE3)

A forma que a gente tem para considerar a autonomia do paciente é estimular o autocuidado, auxiliando na execução das tarefas mais simples do dia a dia, reconhecendo os limites de cada indivíduo, tentando estimular a cada dia a sua evolução (E8)

No hospital, mesmo que o paciente não queira, ele fica um pouco dependente do nosso cuidado porque parando pra pensar, a gente tem que encaminhar ele para o banho, tem que dar a medicação e, muitas das vezes, são medicações venosas, as refeições chegam em horário pré-estabelecido, ele acaba se adequando às normas da instituição. E querendo ou não, a gente enquanto profissional também precisa seguir essa rotina (E10)

Nas falas da equipe de enfermagem identificou-se que o cuidado tinha como foco a doença e que as ações desenvolvidas aos pacientes hospitalizados eram a informação, o auxílio na execução das tarefas do autocuidado e o estímulo para que o paciente desenvolvesse a sua autonomia. Entretanto, não há nos discursos dos profissionais uma preocupação com relação às escolhas dos pacientes, tendo como justificativa as regras institucionais, a rotina de trabalho, tornando este paciente dependente do cuidado da equipe de enfermagem.

O terceiro tipo de cultura identificada foi a do gênero e dos papéis sociais, tendo o homem como provedor do lar e a mulher no papel de cuidadora e responsável pela organização familiar, conforme a fala dos pacientes hospitalizados:

Quando eu tinha a minha esposa, ela cuidava de tudo pra mim... fazia a minha comidinha, era tudo regradinho, ela sabia exatamente o que eu podia e não podia comer, ela resolvia todos os problemas de casa e eu trabalhava pra trazer o dinheiro (P1)

Eu moro com a esposa e meus dois filhos... eles que dependem de mim na verdade. A minha esposa cuida da casa, faz minha comidinha, cuida dos filhos e eu vou trabalhar pra trazer o dinheiro pra casa. Eles dependem muito mais de mim que eu deles (P4)

Eu não gosto de tá aqui no hospital... E não porque eu sou tratada mal não... pelo contrário, todos me tratam super bem aqui. Só que é muito chato ficar enclausurada, presa aqui, sem poder fazer as suas coisas. Tenho que cuidar da minha casa, meu marido fica sozinho lá cuidando dos meus filhos... ainda tenho a minha mãe que precisa da minha ajuda, eu que fico tomando conta dela sabe?! Tenho mais dois irmãos, mas acaba que a responsabilidade acaba ficando com a mulher e acho que isso que me deixa doente. Fico estressada porque fica tudo em cima de mim (P7)

Nas entrevistas foi possível perceber uma diferença nos discursos entre os sexos feminino e masculino. As mulheres traziam em suas falas uma preocupação em estar

hospitalizada e não poder cuidar da sua família (filhos, marido, mãe, netos) e os afazeres domésticos (cozinhar, arrumar a casa, lavar e passar a roupa). Já os homens demonstram nas suas falas uma dependência com relação ao cuidado de outra pessoa, em sua maioria das esposas, e uma preocupação com a questão financeira por serem os provedores do lar.

4 | DISCUSSÃO

O processo de hospitalização abrange uma intensa adaptação dos indivíduos às várias modificações que ocorrem em seu cotidiano. Este reajustamento pode ser desencadeado de maneira mais fácil em alguns sujeitos; em outros, no entanto, pode apresentar-se de modo difícil, requerendo mais tempo, esforço e uma assistência de maior intensidade, processual, sistematizada e multiprofissional (SILVA; MENEZES, 2014).

Tal definição nos leva a refletir sobre ter uma doença crônica, em que a pessoa precisa aprender a lidar com mudanças, além de impor limites ao estilo de vida e restrição no que gostaria de fazer ou não. Nesse sentido, essas doenças podem causar incapacidade, afetando a funcionalidade e o desempenho nas atividades de vida diária.

Em algumas cenas observadas e descritas em diário de campo foi possível perceber que o profissional, na maioria das vezes, era o que decidia a forma como seria realizado o cuidado ao paciente. Sem a escuta e o diálogo na relação profissional/paciente, o que existe é a figura do opressor e do oprimido.

Diante disso, a opressão é a negação da liberdade ao anular a vocação humana de ser mais, o que pode ser verificada nas relações autoritárias, fazendo o homem viver em condição de heteronomia já que limitam ou anulam sua liberdade de optar e seu poder de realizar. O oprimido acaba adquirindo os valores dos opressores e no momento em que desejam ser como opressor, interiorizam suas opiniões e passam a desprezar a si mesmos, a se ver como incapazes (FREIRE, 2005).

A capacidade de participar do autocuidado é construída sobre ações que permitam a pessoa reconhecer, tratar e gerenciar seus próprios problemas de saúde, com autonomia e sabendo que o sistema de saúde está do lado dele. É necessário implementar diferentes ações que promovam o conceito de autocuidado e a aquisição desta capacidade entre os pacientes e as pessoas, em geral, permitindo gerir o seu plano de cuidados (MESTRE, 2014).

Na relação profissional-paciente, a autonomia pressupõe competência e liberdade para se proceder às escolhas conscientes entre as opções possíveis. Assim, é dever do profissional de saúde fornecer aos pacientes todas as explicações necessárias sobre a situação e riscos envolvidos nas diferentes alternativas da escolha deles, para que todas as possibilidades sejam reconhecidas, favorecendo-lhes a escolha que melhor atenda às necessidades (CARNEIRO; BERTI, 2009).

No contexto atual, a atividade educativa estabelecida pelo profissional de saúde

ainda é feita, em grande parte, de forma hierarquizada e autoritária, na qual não se permite a troca e não há valorização do sujeito como participante ativo do processo de cuidado, cerceando-lhe a voz. Entretanto, a pedagogia problematizadora subsidia o encontro entre o profissional e o cliente visando, pelo diálogo e compartilhamento das ideias, acessar seu saberes e práticas sobre as demandas do cuidado de si, e contribuir com a promoção de mudanças que se fazem necessárias (FREIRE, 2005; MARTINS; ALVIM, 2012).

Durante a hospitalização, a autonomia da pessoa, pode ficar mais restrita em decorrência das normas e rotinas que regem a realização do cuidado no âmbito hospitalar. A situação de vulnerabilidade e fragilidade, associado ao ambiente hospitalar altamente tecnológico, a insegurança diante do processo da doença, restringe o paciente em suas atividades, reduzindo ainda mais sua capacidade de decisão (CARRETA et al., 2013).

O cuidado, na perspectiva de Leininger, deve considerar a integralidade, a totalidade e a perspectiva holística da vida, presentes em fatores culturais e sociais, expressos na linguagem e modelos populares e profissionais de saúde. Para tanto, conhecer a cultura dos clientes, acedendo à interpretação do significado do cuidado e experiência de grupos culturais diversos é imprescindível às ações, tornando possível diminuir o distanciamento entre profissional e cliente, no sentido de melhorar a adaptação e aceitação das recomendações profissionais (LEININGER; MCFARLAND, 2014; BECKER et al., 2018).

Em Pedagogia do Oprimido, Freire (2005) reconhece que por trás do mito de “oportunidades iguais” todo um esquema opressor é montado para evitar o desenvolvimento da autonomia e do pensamento crítico através da educação, dos meios de comunicação de massa, do processo de trabalho. Isto vai ter como consequência o desenvolvimento de uma cultura do silêncio pela internalização da passividade.

Nesse sentido, a hospitalização tem contribuição direta para o distanciamento do paciente do seu ambiente cotidiano para um local de ações rotineiras com regras rígidas. Por si só, essa experimentação pode ser desagradável por abarcar diversas condições negativas como o afastamento do ambiente de convívio social e familiar, e, algumas vezes, designar certo grau de dependência (SILVA; MENEZES, 2014).

Desta forma, a assistência acaba se mecanizando e limitando-se à aplicação de procedimentos técnicos, sem considerar a autonomia do paciente, abrindo precedentes para o enfermeiro exercer o poder sobre o indivíduo internado. Além disso, a rotina e as regras institucionais impostas acabam por colocar o profissional na posição de opressor, enquanto os pacientes são os oprimidos, fazendo uma analogia com o conceito de invasão cultural de Freire. O autor diz que esta invasão é “a penetração que fazem os invasores no contexto cultural dos invadidos, impondo a estes sua visão do mundo, enquanto lhes freiam a criatividade, ao inibirem sua expansão” (BAPTISTA et al., 2018; FREIRE, 2005).

Destarte, a cultura do modelo biomédico traz o foco do cuidado na doença. Vários são os motivos que explicam o poder e a influência desses profissionais na nossa sociedade. Entre outras questões, pode-se destacar que o saber produzido pela medicina ao longo do

tempo, conseguiu desenvolver um progressivo conhecimento do corpo e das enfermidades e desenvolver intervenções eficazes para controlar os danos à saúde, aliviar o sofrimento, a dor e prolongar a vida (PIRES, 1989).

Portanto, o cotidiano das relações do cuidado nas instituições hospitalares, muitas vezes indiferente, mecânico e automatizado, não facilita a percepção do outro, tornando massificada a atuação profissional. Esses aspectos favorecem a despersonalização do ser humano, o que, por conseguinte, põe em risco a manutenção de sua dignidade (BAPTISTA et al., 2018; COLLIÈRE, 2012).

Ainda na categoria autonomia e cultura, identificou-se a cultura do gênero e dos papéis sociais. Às mulheres, compete a implementação do cuidado em tudo que cresce e se desenvolve, prolongando-se até a morte; a mulher há de ser a cuidadora principal nas etapas do ciclo vital. Dentre os vários papéis por ela desempenhados, o de cuidadora é histórica e culturalmente o mais evidenciado e assimilado. Quando se trata de cuidar/acompanhar um familiar em situação de hospitalização, seja ele, filho, esposo, mãe/pai, é a mulher que está implicitamente associada como cuidadora principal da família (COLLIÈRE, 2012; DI MENEZES; LIMA, 2019).

4.1 Limites do Estudo

Considera-se como limitação desse estudo o período em que se iniciou a coleta de dados, uma vez que ocorria a transição do término dos contratos dos funcionários da equipe de enfermagem e entrada da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), o que culminou em uma redução no quadro de funcionários. Além disso, o hospital universitário estava passando por obras, onde houve a junção da clínica cirúrgica com a médica, priorizando-se as cirurgias, justificando-se a redução de pacientes hospitalizados com DCNT no período.

4.2 Contribuições para área de enfermagem

Compreender como os profissionais da saúde, em especial a equipe de enfermagem, desenvolvem o cuidado aos pacientes hospitalizados com doenças crônicas, buscando analisar a autonomia desses pacientes. Uma vez que o cuidado desenvolvido no âmbito hospitalar ainda é fragmentado e centrado na cura da doença, pretende-se, porém, que este cuidado seja centrado na pessoa, com as suas expectativas, experiências, saberes e práticas e com valores atribuídos ao processo saúde-doença.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados, a primeira categoria trouxe uma associação da autonomia com a capacidade de ser livre, não depender de outras pessoas, ausência de limitações e a questão financeira. Na segunda identificou-se as dúvidas relacionadas ao processo saúde-doença e os esclarecimentos sobre o estado de saúde, as informações, que por vezes não

são esclarecedoras e tornam os pacientes reféns dos profissionais, além da identificação das vivências dos pacientes, trazendo as suas experiências no processo de hospitalização.

A terceira categoria identificou a responsabilidade no cuidado à saúde focada no outro, ou seja, deixar de cuidar de si para cuidar do outro, a dependência do cuidado pela equipe de enfermagem e a limitação tanto financeira quanto da doença. A última categoria abordou as várias formas de cultura, dentre elas a organizacional, por meio das rotinas e regras institucionais; a do modelo biomédico e o processo saúde-doença e a do gênero e papéis sociais.

As entrevistas permitiram ouvir as pessoas em momentos de vulnerabilidades, adoecidas e sob o controle da equipe de saúde, além de perceber como era desenvolvido o cuidado junto a esses pacientes, a forma como eram estimulados o autocuidado e a autonomia e a competência para cuidar do outro.

Há que se discutir as práticas dos profissionais da saúde no que se refere às ações desenvolvidas no cuidado junto aos pacientes, tanto no contexto da atenção básica quanto hospitalar, diante das demandas expressadas mediante uma identificação, análise e avaliação das habilidades no cuidar do outro e no suporte para o desenvolvimento da autonomia no âmbito das competências para o autocuidado.

REFERÊNCIAS

BAPTISTA, M.K.S.; SANTOS, R.M.; COSTA, L.M.C.; MACÊDO, A.C.; COSTA, R.L.M. **O poder na relação enfermeiro-paciente: revisão integrativa.** Rev. bioét. [Impr.]. 2018[cited 2020 15 mai]; 26 (4): 556-66. Available from: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/1529/1956

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: edições 70. 2009.

BECKER, R.M.; HEIDEMANN, I.T.S.B.; MEIRELLES, B.H.S.; COSTA, M.F.B.N.A.; ANTONINI, F.O.; DURAND, M.K. **Práticas de cuidado dos enfermeiros a pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis.** [Internet]. 2018 [cited 2020 13 mai];71 (suppl 6):2800-7. Available from: https://www.scielo.br/pdf/reben/v71s6/pt_0034-7167-reben-71-s6-2643.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 483 de 1º de abril de 2014.** Redefine a rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Brasília-DF; 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006. Brasília: DF, 2006. 60 p. (série b. textos básicos em saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Taxa de mortalidade por doenças crônicas no país.** 2011. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2011/11/taxa-de-mortalidade-por-doencas-cronicas-no-pais-cai-26-aponta-estudo>. Acesso em: 20/09/2020.

CARNEIRO, M.T.R.; BERTI, H.W. **A autonomia de pessoas hospitalizadas em situação pré-cirúrgica.** REME rev min enferm [Internet]. 2009 [cited 2020 20 mar]; 13(1):84-92. Available from: <http://www.reme.org.br/content/imagebank/pdf/v13n1a12.pdf>

CARRETA, M.B.; BETTINELLI, L.A.; ERDMAN, A.L.; HIGASHI, G.D.C.; SANTOS, J.L.G. **Compreendendo o significado do ser idoso vivenciando sua autonomia na hospitalização.** Rev rene [Internet]. 2013 [cited 2020 20 mar];14(3): 331-40. Available from: <http://dx.doi.org/10.15253/rev%20rene.v14i2.3387>

COLLIÈRE, M.F. **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem.** Coimbra: Lidel; 2012.

DI MENEZES, N.R.C.; LIMA, P.M.R. **Envelhecimento e doença crônica: uma análise da autonomia decisória de pacientes idosos com Mieloma Múltiplo.** Rev. SBPH. 2019 [cited 2020 15 mai];22(1): 107-26. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151608582019000100007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido.** 42.^a edição. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas.** Rio de Janeiro: LTC, 2008.

LEININGER, M. **Teoria do cuidado transcultural: diversidade e universalidade.** In: anais. I Simpósio Brasileiro Teorias de Enfermagem. Editora: UFSC. Florianópolis na Universidade Federal de Santa Catarina, 20 a 24 de maio de 1985.

LEININGER, M.M.; MCFARLAND, M.R. **Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory.** 3^aed. New York: McGraw-Hill; 2014.

MARTINS, P.A.F.; ALVIM, N.A.T. **Shared Care Plan: convergence between the educational problematizing perspective and the theory of nursing cultural care.** Rev bras enferm [Internet] 2012 [cited 2020 mar 20]; 65(2):368-73. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000200025

MESTRE AG. **La autonomia del paciente com enfermidades crônicas: de paciente pasivo a paciente activo.** enferm clin [Internet]. 2014 [cited 2020 mar 20]; 24(1):67-73. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-la-autonomia-del-paciente-con-S1130862113001769>

PIRES D. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem.** Cortez Editora: São Paulo; 1989.

SILVA, G.M.; MENEZES, G.G.S. **Avaliação do perfil sócio demográfico e hábitos de vida dos pacientes hospitalizados no município de lagarto, Sergipe.** Scientia plena [Internet]. 2014 [cited 2018 mar 20];10(3):1 -9. Available from: <https://www.scienciaplena.org.br/sp/article/view/1541>

CAPÍTULO 2

A PERCEÇÃO DO ENFERMEIRO DIANTE DA VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM

Data de aceite: 22/01/2021

Data de submissão: 22/11/2020

Flávia Giendruczak da Silva

Centro Universitário Metodista- IPA
Porto Alegre
Lattes: 0562947040645066

Liege Segabinazzi Lunardi

Universidade Federal do Rio Grande do Sul -
UFRGS
Porto Alegre
Lattes: 2528311994179647

Lisiane Paula Sordi Matzenbacher

Universidade Luterana do Brasil - ULBRA
Gravataí
Lattes: 3924294014733982

RESUMO: O presente trabalho tem por escopo constatar a não aplicabilidade da visita pré-operatória de enfermagem, identificamos que fatores como a falta de criação de um instrumento e determinação de um responsável interferem de maneira impactante para a não implantação de um protocolo de visita pré-operatória.

PALAVRAS-CHAVE: Visita pré-operatória enfermagem, Processos de Enfermagem.

THE NURSING'S PERCEPTION BEFORE THE PRE-OPERATING NURSING VISIT

ABSTRACT: The scope of this work is to establish the inapplicability of the preoperative visit nursing, found that factors such as lack of creating an

instrument and determining an impactful way interfere responsible for non implementation of a protocol of preoperative visit.

INTRODUÇÃO

As nuances que envolvem o momento cirúrgico são complexas, exigindo do paciente adaptação a uma nova realidade. A sistematização do cuidado ao paciente cirúrgico inicia com a visita operatória de enfermagem, que possibilita um acompanhamento prévio quanto às necessárias diligências, visando a efetiva realização da cirurgia.

Segundo Bedin et al 2004, a assistência de enfermagem, no período pré-operatório, abrange as três fases da experiência cirúrgica: pré-operatória, transoperatória e pós-operatória, cada uma delas englobando ações que o enfermeiro deve realizar, com o escopo de assegurar uma assistência de enfermagem segura visando a prevenção de complicações e garantindo a segurança do paciente.

O êxito da assistência de enfermagem na fase transoperatória dependerá da assistência desenvolvida no período pré-operatório, bem como o êxito pós-operatório depende da visita pré-operatória (DIAS V.C. SILVA, 2001).

A implantação de um método para sistematizar a assistência de enfermagem deve ter como premissa um processo individualizado, holístico, planejado, contínuo, documentado

e avaliado; esse método deve facilitar a prestação da assistência ao paciente como um ser único, com sentimentos e necessidades únicas, com a sua anestesia e sua cirurgia, permitindo uma participação ativa e tendo como objetivo principal a visão global do ser humano. A continuidade da assistência iniciada com a visita de enfermagem deve ser obtida pelo planejamento e implementação da assistência no período transoperatório, compreendendo a avaliação pré-operatória, transoperatória, e a pós-operatória de enfermagem (Picoli e Galvão, 2001)

Este trabalho possui como objetivo verificar os motivos mais frequentes encontrados por enfermeiros de centro cirúrgicos e unidade de internação para a não aplicação de um protocolo de visita pré-operatória de enfermagem, o que poderia ser feito para aplicação e qual a percepção dos enfermeiros diante da visita-pré-operatória de enfermagem.

MÉTODO

O presente trabalho científico consiste em um estudo qualitativo, possuindo como tema questões atinentes à fase pré-operatória, especificamente abordando sobre a percepção dos enfermeiros frente à visita pré-operatória de enfermagem.

A população estudada foram 15 enfermeiros de unidades de internação e de centro cirúrgico. Foi considerado como critério de inclusão: trabalhar em unidade hospitalar, desenvolver atividade na área de centro cirúrgico ou unidade de internação, não possuir visita pré-operatória de enfermagem implantada e estar trabalhando atualmente.

A coleta de dados ocorreu através de aplicação de questionário específico impresso e entregue aos voluntários desta pesquisa. Tendo em vista a proposta do presente trabalho, foi possível identificar três principais pontos que neste trabalho foram abordados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Através da análise das coletas, foi possível verificar que os 15 enfermeiros, quando questionados sobre o porquê da não implantação da visita pré-operatória de enfermagem na sua instituição, 53,33% sinalizaram que é devido à falta de um instrumento, 33,33% responderam que é devido ao desinteresse da equipe e 13,33% devido a desconhecimento da escala cirúrgica.

Quando consultados sobre o que acreditam que poderia ser feito para aplicação da visita pré-operatória na sua instituição, 40% responderam que o principal objetivo seria a criação de um instrumento, 46,66% em segundo lugar determinar um responsável e 13,33% sinalizaram que seria o conhecimento prévio da escala cirúrgica.

Segundo Silva (2001) o ideal é que a enfermeira de centro cirúrgico realize a visita pré-operatória de enfermagem, para detectar as necessidades do paciente e proporcionar assistência individualizada e efetiva.

Portanto, realizando um cotejo da citada literatura com a pesquisa realizada, constatamos ser de suma importância a presença *in loco* de um responsável pela visita pré-operatória, com a prévia atribuição de organizar a sistematização da assistência de enfermagem.

Quando questionados sobre o que achavam da visita pré-operatória de enfermagem 100% dos entrevistados responderam ser um ótimo instrumento de orientação.

Analisando o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFENS, 2000, p. 34), é de responsabilidade da profissão da enfermagem assegurar ao cliente uma assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, imprudência ou negligência. Com isso é possível observar que o atendimento dedicado ao paciente se distancia demasiadamente da teoria, já que na prática, em várias situações, a atenção individualizada é praticada de forma mecânica. Assim, a ética profissional, que tanto deve ser conservada, acaba sendo substituída por práticas adotadas devido à escassez de tempo ou comodidade de alguns profissionais (Picoli e Galvão, 2001).

CONCLUSÕES

A equipe de enfermagem tem um papel importante em todo processo de desenvolvimento da sistematização da assistência de enfermagem pré-operatória (SAEP), possibilitando uma visão global do paciente, proporcionando uma assistência holística, individualizada e contínua.

Apesar da visita de enfermagem ser considerada por todos os enfermeiros como um ótimo instrumento de orientação, acaba não sendo colocada em prática devido à falta de criação de um instrumento para orientação e a determinação de um responsável para realização deste atendimento. Sugere-se a criação e implantação de um protocolo de visita pré-operatória que vislumbre a SAPE.

REFERÊNCIAS

1. Bedin, E.; Ribeiro, L Barcelos; Barreto, RAP. Santos Soares Barreto: Humanização da Assistência de Enfermagem no Centro Cirúrgico. Rev. Eletrônica de Enfermagem, V. 06, N. 03, 2004. Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>.
2. Dias VC, Silva RSO. **Visita pré-operatória realizada pelo enfermeiro de Centro Cirúrgico**. Rev. Enfermagem UNISA 2001; 2:73-5.
3. Piccoli, M e Galvão, C. M. **Enfermagem Perioperatória: Identificação do Diagnóstico de Enfermagem Risco para Infecção Fundamentada no Modelo Conceitual de Levine**. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.9 nº 4 Ribeirão Preto 2001, acessado em 01/08/2010 <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692001000400007&script=sci_arttext>
4. COFEN – CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. COREN/RS. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Brasília/DF 2000.

CAPÍTULO 3

PINÇAS DA CIRURGIA ROBÓTICA E O IMPACTO FINANCEIRO ORIUNDO DO NÃO CUMPRIMENTO DE SUA UTILIZAÇÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 22/01/2021

Data de submissão: 19/11/2020

Flávia Giendruczak da Silva

Centro Universitário Metodista- IPA
Porto Alegre-RS
Lattes: 0562947040645066

Liege Segabinazzi Lunardi

Universidade Federal do Rio Grande do Sul -
UFRGS
Porto Alegre-RS
Lattes: 2528311994179647

Lisiane Paula Sordi Matzenbacher

Universidade Luterana do Brasil - ULBRA
Gravataí-RS
Lattes: 3924294014733982

RESUMO: As novas tecnologias utilizadas na área da saúde agregam maiores custos nos tratamentos realizados. Utilizar a auditoria dos processos como um aliado da enfermagem, busca proporcionar qualificação deste atendimento e otimização dos recursos financeiros. Desta forma, este estudo buscou relatar as experiências vivenciadas pela autora quanto ao controle e utilização de pinças da cirurgia robótica através de um levantamento retrospectivo de sua utilização identificando possíveis falhas ou defeitos e se representou algum impacto financeiro em decorrência disso. A amostra foi constituída por fichas de 405 procedimentos cirúrgicos realizados com os Sistema Robótico no período de 5 anos e com as planilhas de

controles das pinças cirúrgicas. Buscou-se, também, subsídios bibliográficos pelas bases de dados SciElo (Scientific Eletronic Library Online), PubMed e Medline e outros meios de pesquisa, os artigos foram selecionados a partir do ano de 2000. Foram utilizados os descritores: auditoria, auditoria em enfermagem, cirurgia robótica, enfermagem em cirurgia robótica. Totalizando 13 artigos. Através do estudo foi possível identificar a escassez de trabalhos sobre o assunto e identificou-se um percentual de pinças cirúrgicas que apresentavam problemas e, conseqüentemente, utilizações inferiores àquelas recomendadas pelo fabricante.

PALAVRAS-CHAVE: Auditoria em Enfermagem. Auditoria. Enfermagem. Cirurgia Robótica.

ROBOTIC SURGERY CALIPERS AND THE FINANCIAL IMPACT FROM FAILURE TO COMPLY WITH THEIR USE: EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: The new technologies used in the health area add higher costs in the treatments performed. Using process audit as an ally of nursing, seeks to provide qualification of this service and optimization of financial resources. In this way, this study sought to report on the experiences of the author regarding the control and use of robotic surgery tweezers through a retrospective survey of their use, identifying possible defects or defects and representing some financial impact as a result. The sample consisted of 405 surgical procedures performed with the Robotic System over a period of 5 years and with the surgical tweezers control sheets. We

also searched bibliographical sources for the Scientific Electronic Library Online, PubMed and Google Scholar databases and other research resources. The articles were selected from the year 2000. The following descriptors were used: audit, audit in nursing, robotic surgery, robotic surgery nursing. Totalling 13 articles. Through the study it was possible to identify the scarcity of works on the subject and a percentage was identified that had surgical claws that presented problems and, consequently, inferior uses to those recommended by the manufacturer.

KEYWORDS: Audit in Nursing. Audit. Nursing. Robotic Surgery.

1 | INTRODUÇÃO

A cada ano surgem novas tecnologias empregadas nas atividades de enfermagem, direta ou indiretamente. Avaliar, adquirir e controlar estes materiais e equipamentos, por vezes, fazem parte das atribuições do enfermeiro, sobretudo em um centro cirúrgico, visto que é nesta área que ocorrem os maiores avanços tecnológicos e científicos possibilitando que estes pacientes usufruam dos diversos benefícios advindos. (PINTO, 2018).

O Sistema Robótico é só mais um destes equipamentos que surge como um facilitador para cirurgia videolaparoscópica, atuando como um cirurgião auxiliar possibilitando ao cirurgião realizar o manuseio da câmera e de duas a três pinças cirúrgicas ao mesmo tempo através do console cirúrgico. Mas todo este avanço tem um custo elevado que pode ser superior a U\$2milhões e um custo de manutenção anual de U\$100.000,00, além da aquisição de material permanente e descartável. (BRATS, 2012).

Considerando que as pinças cirúrgicas do sistema robótico possuem utilizações limitadas o controle direto destas utilizações impactam diretamente sobre o custo do procedimento a ser realizado e para tanto a auditoria destes procedimentos é de suma importância para evitar perdas para a instituição que se propôs a implantar esta tecnologia.

Segundo descrito por Dias et al.(2011) a enfermagem é a maior usuária de materiais de alto custo ou, ainda, a categoria responsável pelos registros destes materiais, sendo assim a auditoria de enfermagem atende as necessidades das instituições de saúde no controle destes processos.

Fato que reforça a ideia de o enfermeiro ter como foco uma visão holística, mantendo-se alerta ao funcionamento dos equipamentos e materiais, garantindo assim a segurança do mesmo, além de ser proativo e antecipar-se a possíveis problemas e ou dificuldades de utilizações destes instrumentos bem como suas causas.

Estes procedimentos cirúrgicos realizados com esta nova tecnologia ainda não são cobertos pelos convênios, porém tendem a serem incluídos em um futuro próximo, para tanto, as desconformidades que possam ser identificadas nos registros de uso destes materiais em sala cirúrgica implicará em um parecer negativo destas operadoras, por isso a importância de realizar o controle e registro correto de todo este material.

Este estudo tem por objetivo relatar as experiências vivenciadas pela autora quanto ao controle e utilização de pinças da cirurgia robótica bem como realizar um levantamento

retrospectivo de sua utilização conforme o preconizado pelo fabricante e assim identificar o possível impacto financeiro em decorrência de defeitos e ou falhas apresentadas.

2 | MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência que pode ser definido como observação sistemática da realidade associado com um estudo retrospectivo de natureza exploratória descritiva realizada em uma instituição de grande porte pública e universitária de economia mista.

A questão que motivou este estudo foi: qual a representatividade do impacto financeiro provocado pelas pinças cirúrgicas robóticas que apresentaram defeito antes do cumprimento de suas utilizações no período de cinco anos da instalação do programa de Cirurgia Robótica.

A amostra realizada para o levantamento retrospectivo conta com 405 fichas de controle de procedimentos cirúrgicos realizados dentro do programa de cirurgia robótica no período de agosto de 2013 a agosto de 2018. Através destas fichas foi possível identificar as pinças utilizadas nas cirurgias bem como se estas cumpriram o número de utilizações preconizadas pelo fabricante.

Para delimitar o estudo serão descritas as pinças cirúrgicas mais utilizadas dentre as cinco especialidades (Cirurgia Geral, Cirurgia Digestiva, Proctologia, Ginecologia e Urologia) a qual realizaram cirurgia assistida pelo sistema robótico (todas de 8 mm), conforme segue: Large Needle Driver (Porta-agulha), Large Needle Driver Suture Cut (Porta-agulha Sutura e corta), Permanent Cautery Hook (Cautério Hook), Maryland Bipolar Fórceps (Pinça Maryland Bipolar), Pinça Bipolar Fenestrada, ProGrasp Fórceps (Pinça de Apreensão Pro-Grasp), Pinça Cardiere, Curves Scissors (Tesoura Monoplar), Pinça Small Graptor.

O levantamento foi analisado e seu impacto financeiro teve como base o valor de cada pinça através de compra/importação direta subdividido pela quantidade de utilizações preconizadas, nomeada pelo fabricante como Vidas.

Buscou-se subsídios teóricos para análise das informações através da base de dados: Scielo, PubMed e Medline e outros meios de pesquisa, os artigos foram selecionados a partir do ano de 2000, através de palavras chaves como: auditoria, auditoria em enfermagem, cirurgia robótica e enfermagem em cirurgia robótica. Totalizando 13 artigos que foram analisados em sua totalidade para identificar sua relevância quanto ao tema.

3 | CIRURGIA ROBÓTICA E A AUDITORIA EM ENFERMAGEM

A Cirurgia Robótica se iniciou no cenário mundial a partir da virada do século. Várias tecnologias estavam sendo desenvolvidas com o objetivo de melhorar a realização dos procedimentos videolaparoscópicos aperfeiçoando a visualização e os equipamentos, além

disso, a *Aeronautics and Space Administration Nacional (NASA)*, vislumbrou nestes avanços a criação da tecnologia de telemedicina, possibilitando que cirurgias indispensáveis no campo de batalha pudessem ser realizadas por um cirurgião há milhares de quilômetros dali, sem estar exposto à riscos. (FRANCIS, 2006)

O Sistema Cirúrgico Robótico utilizado atualmente no mundo todo foi a criação de uma única empresa que adquiriu todas as tecnologias que se desenvolviam paralelamente, desta forma foi possível a criação de um Sistema com grandes avanços (visão tridimensional, pinças cirúrgicas com maior mobilidade, filtro de movimentos involuntários, entre muitos outros) e, segundo Lemes (2011): “O robô é mais uma ferramenta de trabalho”.

O Sistema é composto por três equipamentos que se inter-relacionam, o carro do paciente (o robô, que acopla ao paciente através dos trocateres e por onde se movimentam as pinças cirúrgicas), o console do cirurgião (onde o cirurgião realiza os movimentos que serão reproduzidos no paciente e por onde visualiza as estruturas através da câmera 3D) e a torre de processamento (onde toda a informação dos demais equipamentos são propriamente transformadas e ação). (ZENDER e THELL, 2010)

Para sua utilização é necessário todo um planejamento, que começa pela aquisição, solicitação de materiais e acessórios, preparação da equipe, seleção dos pacientes para que seu desfecho seja positivo. Com base em tudo isso o papel do enfermeiro passa a ser definido agregando cuidado ao paciente e controle e administração de todo este processo.

Desta forma a auditoria, que é uma ferramenta utilizada para realizar o gerenciamento de enfermagem tanto ao que tange a qualidade da assistência ao paciente quanto ao que se refere ao controle dos custos gerados por esta assistência (SILVA et al., 2012), vem a contribuir com o melhor ajuste de contas das instituições e por consequência a possibilidade de continuidade dos serviços prestados. (VIANA et al., 2016).

Em seu trabalho sobre a atuação do enfermeiro em auditoria Segateli e Castanheira (2015) descrevem que a primeira citação sobre auditoria na área da saúde remonta o ano de 1918 nos Estados Unidos, quando um médico (George Gray Ward) verificava a qualidade da assistência prestada aos pacientes através dos registros realizados em prontuários e só em 1955 a enfermagem faz relato de tal atividade em outro trabalho desenvolvido também nos Estados Unidos e atualmente verifica-se interesse do mercado privado em absorver enfermeiros para atuarem em auditoria, possivelmente por tratar-se de um profissional da área da saúde com visão administrativa apurada. (PINTO e MELO, 2010)

Tanto a Auditoria em Enfermagem, quanto a Cirurgia Robótica são atividades bastante recentes na enfermagem e em grande desenvolvimento, para tanto é importante ressaltar que a expansão da Cirurgia Robótica depende diretamente de um controle preciso de todos os materiais e equipamentos utilizados, visto seu custo atual elevado.

4 | RESULTADO E DISCUSSÃO

Com base nas fichas das 405 procedimentos cirúrgicos assistidos pelo Sistema Robótico estratificamos em número de procedimentos realizados a cada ano (sem distinguir especialidade cirúrgica) para identificar como se deu a distribuição destes procedimentos ao longo destes cinco anos.

É importante ressaltar que faz parte das atividades do Enfermeiro da Cirurgia Robótica acompanhar a utilização das pinças da cirurgia robótica, bem como dimensionar a necessidade futura, dentro do que a Instituição está propondo para o programa. Desta forma a auditoria do instrumental é de suma importância para que ocorra a o melhor uso possível da verba destinada. Da mesma forma Segateli e Castanheira (2015) reforçam esta informação ressaltando que a auditoria na área da saúde proporciona o controle dos processos operacionais informando à administração da instituição sobre a eficiência, eficácia e possíveis falhas além de ter como objetivo a busca pela otimização dos recursos financeiros utilizados.

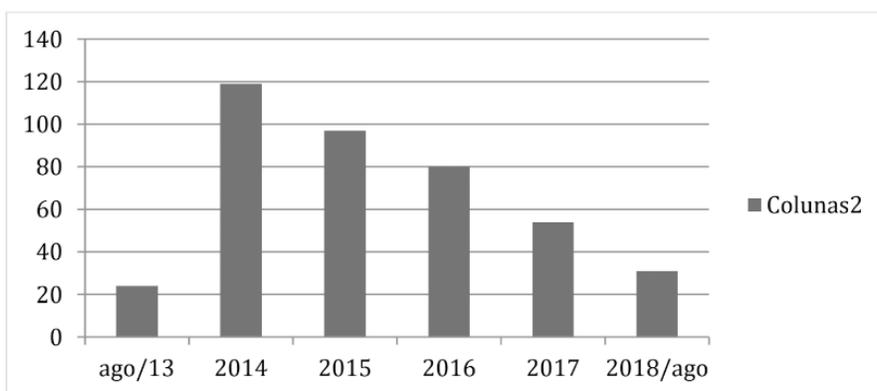


Gráfico 1: Número de Procedimentos de Acordo com o Ano

No Gráfico 1 identificasse um decréscimo na quantidade de procedimentos realizados, exceto pelo ano de 2013 (quando se implementou o programa em agosto). Tal alteração deveu-se a grande crise econômica que fez com que a instituição priorizasse gastos em outras áreas fazendo com que o controle dos instrumentais e materiais utilizados fosse ainda maior e melhor.

Para compreender melhor este controle e identificar o impacto financeiro oriundo de falhas não previstas se realizou um levantamento de todas as pinças utilizadas neste período (de agosto de 2013 a agosto de 2018) e convertemos a quantidade deste instrumental em número de utilizações, ou como o fabricante nomeia: “Vidas”. Além disso, contabilizamos a quantidade de vidas perdidas por defeitos apresentados.

Segateli e Castanheira (2015) citam também que o controle através de indicadores proporciona ao enfermeiro respostas para diversas questões de fórum assistenciais, legais e econômicas resultando em um atendimento de qualidade.

A Tabela 1 representa o custo de cada unidade de pinça utilizada, a quantidade utilizada nestes 405 procedimentos, à quantidade de vidas perdidas por falhas e o custo destas perdas.

Pinças	Valor da Importação Direta. (por unidade)	Vidas Utilizadas	Vidas Perdidas	Custo em perdas
Porta-agulha	U\$3080,00	392	0	0
Pinça de apreensão ProGrasp	U\$3080,00	289	11	U\$3388,00
Tesoura Monopolar	U\$2800,00	283	18	U\$5040,00
Pinça Bipolar Fenestrada	U\$3780,00	167	03	U\$1134,00
Pinça <i>Maryland</i>	U\$3780,00	113	10	U\$3780,00
Porta-agulha <i>Suture Cut</i>	U\$3360,00	90	0	0
Pinça <i>Cardiere</i>	U\$2800,00	88	0	0
Cautério Monopolar <i>Hook</i>	U\$2800,00	68	0	0
Pinça apreensão Small Graptor	U\$3360,00	62	08	U\$2688,00
Total	U\$28.840,00	1552	50	U\$16030,00

Tabela 1: Relação de Vidas Utilizadas e Vidas Perdidas do Instrumental

A pinça Harmônica que depende exclusivamente de utilização de refil bem como a utilização da pinça clipadora que se dá pelo número de clipagens, sofre uma exposição um pouco diferenciada, sendo assim optou-se por não considerá-la neste levantamento.

Em média cinco unidades de pinças são utilizadas para cada procedimento, cada uma contabilizando uma vida (utilização), desta forma há um valor considerável dispensado apenas deste material.

Identifica-se também que as pinças que mais sofreram dano/perdas de vidas foram: Tesoura Monopolar, Pinça de Apreensão ProGrasp, Pinça Maryland.

Entre os danos relatados e registrados podemos citar diminuição progressiva do fio de corte, além do rompimento dos cabos na tesoura monopolar e na pinça ProGrasp, além diminuição de passagem de corrente na pinça Maryland (bipolar).

Para tanto houve uma porcentagem de perdas a ser considerada conforme segue na Tabela 2.

Pinças	Vidas Perdidas	Porcentagem Sobre o Total utilizado
Porta-agulha	0	0%
Pinça de apreensão ProGrasp	11	0,71%
Tesoura Monopolar	18	1,16%
Pinça Bipolar Fenestrada	03	0,19%
Pinça <i>Maryland</i>	10	0,65%
Porta-agulha <i>Suture Cut</i>	0	0%
Pinça <i>Cardiere</i>	0	0%
Cautério Monopolar <i>Hook</i>	0	0%
Pinça apreensão Small Graptor	08	0,51%
Total	50	3,22%

Tabela 2: Porcentagem de perdas

Identifica-se um valor baixo de problemas durante estes cinco anos e 405 procedimentos num total de 3,22%, porém fator este a ser ressaltado no momento da aquisição do material que é realizado através de importação e que deve ser realizado com quase um ano de antecedência para que todo processo ocorra.

Tal porcentagem identificada não foi relatada em nenhum outro artigo sobre o tema, fator este que reforça a ainda baixa produção de pesquisa que verse sobre a cirurgia robótica, sobretudo associado ao contexto de auditoria de enfermagem, o que pode sugerir um acompanhamento frágil deste controle.

Este fato ressalta o que é relatado por Guerrer et al. (2015) que mesmo sendo o pagamento de materiais, medicamentos e procedimentos baseado, principalmente, nos registros realizados pela enfermagem e sendo possível que estes respondam por possíveis perdas financeiras que a instituição venha a ter, ainda assim são falhos e precisam ser aprimorados. Porém a manutenção de um programa de cirurgia robótica de qualidade e visando redução de custos depende de dois fatores segundo Nayeemuddin, um deles seria a formação de mais cirurgiões e outro uma equipe de enfermagem capacitada, pois diminui o tempo de giro, facilita o fluxo adequado de cada procedimento cirúrgico e consequentemente todo o controle de materiais, equipamentos e débitos.

5 | CONCLUSÃO

A Cirurgia Robótica será mais um instrumento de trabalho ao qual a enfermagem começa a se familiarizar, no entanto seu alto custo exige do profissional atenção e conhecimento ainda maiores quanto ao manuseio, controle, estimativa para aquisição entre outros fatores. O planejamento adequado dos recursos associado auditoria constante propiciará a continuidade de sua utilização e quiçá uma maior produtividade não esquecendo

a qualidade no atendimento.

O volume de perdas e falhas das pinças da cirurgia robótica identificadas foi pequeno, porém sempre deve ser considerado relevante e pontuado como estimativa para aquisição de novos materiais possibilitando, acima de tudo, segurança no atendimento ao paciente.

Constatou-se que a temática ainda é pouco explorada, com poucos artigos a respeito, sugerindo, por conta disso, a necessidade de ser melhor estudada possibilitando compreensão apurada de sua importância no contexto geral da cirurgia robótica.

REFERÊNCIAS

BRATS, Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologia em Saúde. **Prostatectomia Assistida Roboticamente**. 2012; 20(6):1-20. ISSN 1983-7003.

DIAS, T. C. L., et al. **Auditoria em enfermagem: revisão sistemática da literatura**. Rev. Bras. Enferm. 2011; 64(5): 931-937. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a20v64n5.pdf>.> Acesso em: 28 out.2018

FRANCIS, P., WINFIELD, H.N. **Medical robotics: the impact on Perioperative Nursing Practice**. Urol Nurs. 2006;26(2):99-108 Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16703917>> Acesso em: 26 out.2018.

GUERRER, G. F. F. G., LIMA, A. F. C., CASTILHO, V. **Estudo da auditoria de contas em um hospital de ensino**. Rev. Bras. Enferm. 2015; 68(3):414-420. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n3/0034-7167-reben-68-03-0414.pdf>.> Acesso em: 28 out.2018

LEMES, C. **Tempos modernos?** Rev Onco [Internet]. 2011/2012: 12-16. Disponível em: < <https://issuu.com/revista-onco/docs/onco-ed.09>> Acesso em: 28 out.2018.

NAYEEMUDDIN, M., DALEY, S. C., ELLSWORTH, P. **Modifiable factors to decrease the cost of robotic-assisted procedures**. AORN J. 2013;98(4):343-52. DOI: 10.1016/j.aorn.2013.08.012 Disponível em: <<https://aornjournal.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1016/j.aorn.2013.08.012>> Acesso em: 28 out.2018

PINTO, E. V., et al. **Atuação do enfermeiro na cirurgia robótica: desafios e perspectivas**. Rev SOBECC. 2018; 23(1): 43-51

PINTO, K. A., MELO, C. M. M. de. **A prática da enfermeira em auditoria em saúde**. Rev. Esc. Enferm USP. 2010; 44(3):671-678.

SEGATELI, T. S., CASTANHEIRA, N. **Atuação do profissional enfermeiro na auditoria em saúde**. Revista Saúde e Desenvolvimento. 2015; 7(4): 43-56.

SILVA, M. V. S. da, et al. **Limites e possibilidades da auditoria em enfermagem e seus aspectos teóricos e práticos**. Rev. Bras. Enferm. 2012;65(3):535-538.

SOUSA, C. S., et. al. **Capacitação em cirurgia robótica no programa de residência em enfermagem perioperatória**. Rev SOBECC. 2016;21(4):198-202. Disponível em:< https://www.researchgate.net/profile/Cristina_Sousa5/publication/311780442_Capacitacao_em_cirurgia_robotica_no_programa_de_residen>. Acesso em 23 out.2018

VIANA, C. D., et al. **Implantação da auditoria concorrente de enfermagem: um relato de experiência.** Texto Contexto Enfermagem. 2016;25(1):1-7. Disponível em:< <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/141488/000989144.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 28 out.2018

ZENDER, J., THELL, C. **Developing a Successful Robotic Sugery Program in a rural Hospital.** AORN Journal. 2010; 92(1):72-86 Disponível em: < <https://aornjournal.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1016/j.aorn.2009.10.024>> Acesso em: 26 out.2018

CAPÍTULO 4

DESPERTAR CRÍTICO PARA HIGIENE DAS MÃOS NO CONTROLE DAS INFECÇÕES HOSPITALARES

Data de aceite: 22/01/2021

Data de submissão: 06/11/2020

Graciela Barcellos dos Santos Machado

Universidade Regional do Noroeste do Estado
do Rio Grande do Sul
Rio Grande do Sul- Brasil
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3219-2671>

Vivian Lemes Lobo Bittencourt

Universidade Regional do Noroeste do Estado
do Rio Grande do Sul
Rio Grande do Sul- Brasil
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1488-0611>

Maria Simone Vione Schwengber

Universidade Regional do Noroeste do Estado
do Rio Grande do Sul
Rio Grande do Sul- Brasil
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3583-1408>

Ana Luiza Pess de Campos

Universidade Regional do Noroeste do Estado
do Rio Grande do Sul
Rio Grande do Sul- Brasil
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1418-0685>

Suelen Karine Artmann

Universidade Regional do Noroeste do Estado
do Rio Grande do Sul
Rio Grande do Sul- Brasil
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8451-1515>

Milena de Freitas Bernardi

Universidade Regional do Noroeste do Estado
do Rio Grande do Sul
Rio Grande do Sul- Brasil
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9986-6896>

Loretta Vercelino

Universidade Regional do Noroeste do Estado
do Rio Grande do Sul
Rio Grande do Sul- Brasil
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0245-2292>

Gabryela Andressa Speroni

Universidade Regional do Noroeste do Estado
do Rio Grande do Sul
Rio Grande do Sul- Brasil
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1812-977X>

Aline dos Santos da Rocha

Universidade Regional do Noroeste do Estado
do Rio Grande do Sul
Rio Grande do Sul- Brasil
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9494-4739>

Christiane de Fátima Colet

Universidade Regional do Noroeste do Estado
do Rio Grande do Sul
Rio Grande do Sul- Brasil
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2023-5088>

Carmen Cristiane Schultz

Universidade Regional do Noroeste do Estado
do Rio Grande do Sul
Rio Grande do Sul- Brasil
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9989-1277>

Eniva Miladi Fernandes Stumm

Universidade Regional do Noroeste do Estado
do Rio Grande do Sul
Rio Grande do Sul- Brasil
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6169-0453>

RESUMO: Infecções relacionadas à assistência em saúde constituem séria ameaça à saúde

de pacientes hospitalizados e contribuem para aumento dos índices de mortalidade e morbidade. A higienização das mãos é a medida individual mais simples e de menor custo para prevenir a disseminação das infecções em serviços de saúde. O objetivo deste trabalho é relatar a experiência sobre a observação do processo de higiene das mãos de profissionais de enfermagem no controle de infecções relacionadas à assistência à saúde. Relato de experiência, desenvolvido a partir da vivência como profissional de enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva Adulto de um Hospital da região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. O trabalho foi construído com o uso de observação simples, no mês de dezembro de 2018, em turnos diversos. O embasamento teórico deu-se por pesquisa em periódicos disponibilizados em bases de dados indexadas acessadas por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scientific Electronic Library Online (*SciELO*). Identificou-se que a sequência dos passos de higiene das mãos não era seguida, rigorosamente, porém os profissionais aproveitavam as oportunidades que surgiam para realizar higiene das mãos, mesmo que brevemente. Considera-se que atividades educativas tem impacto positivo na melhoria da adesão e técnica correta de higiene das mãos e na redução das infecções. Conclui-se que o procedimento adequado da técnica de higienização das mãos é fundamental para prevenção e controle de infecções hospitalares e embora seja uma ação simples, pode comprometer a segurança do paciente assistido. Nesse sentido, ações educativas periódicas pelo enfermeiro em terapia intensiva direcionadas aos profissionais de saúde e, mais especificamente, a enfermagem, são necessárias para manter a qualidade e segurança da assistência aos pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Higiene das Mãos. Controle de Infecções. Segurança do Paciente. Enfermagem.

AWAKENING CRITICAL TO HAND HYGIENE THE CONTROL OF HOSPITALARY INFECTIONS

ABSTRACT: Infections related to health care constitute a serious threat to the health of hospitalized patients and contribute to an increase in mortality and morbidity rates. Hand hygiene is the simplest and least cost individual measure to prevent the spread of infections in health services. The objective of this work is to report the experience on the observation the hand hygiene process of nursing professionals in the control of infections related to health care. Experience report, developed from the experience as a nursing professional in Adult Intensive Care Unit of a Hospital in the northwest region of the state of Rio Grande do Sul. The work was constructed with the use of simple observation, in the month of december 2018, in varied shifts. The theoretical basis was given by research in journals available in indexed databases accessed through the Virtual Health Library (VHL) and Scientific Electronic Library Online (SciELO). It was identified that the sequence of hand hygiene steps was not strictly followed, but the professionals took advantage of the opportunities that arose to perform hand hygiene, even if briefly. Educational activities are considered to have a positive impact on improving adherence hand the correct hygiene technique and reducing infections. It is concluded that the proper procedure of the hand hygiene technique is fundamental for the prevention and control of nosocomial infections, and although it is a simple action, it can compromise the safety of the assisted patient. In this sense, periodic educational actions by nurses in intensive care directed to health professionals and, more specifically, from nursing,

are necessary to maintain quality and safety of patients care.

KEYWORDS: Hand Hygiene. Infection Control. Patient safety. Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

Cuidados fundamentais para o atendimento às necessidades de saúde representam elementos que sustentam a prática de enfermagem. Atividades como higienização das mãos (HM), higiene oral, mudança de decúbito, cuidados com a pele e cateteres são elementares no processo de cura, manutenção da saúde, promoção de conforto e prevenção de complicações (BELELA-ANACLETO *et al.*, 2017).

Florence Nightingale (1820-1910), foi a precursora da Enfermagem Moderna. Em 1854, foi convidada para ir a Guerra da Criméia, com objetivo de reformular a assistência aos soldados feridos. A enfermeira Florence e sua equipe de enfermeiras iniciaram uma série de medidas para organizar a enfermaria, como: higiene pessoal de cada paciente, utensílios de uso individual, instalação de cozinha, preparo de dieta indicada, lavanderia e cuidados com o esgoto. A implantação dessas medidas possibilitou a redução sensível da taxa de mortalidade registrada e acompanhada pela enfermeira, prática gerencial pouco vista na época (ANVISA, 2007).

Com o passar do tempo, as medidas de cuidado aplicadas por Florence naquela época foram aprimoradas, mas seus princípios são mantidos nos dias atuais como barreira de contenção na propagação de doenças e identificação de fatores de risco de agravos à saúde. A HM é uma prática reconhecida, desde 1846, entre profissionais da área da saúde, em virtude da sua efetividade na redução de infecções, mortalidade dos usuários, transmissão de patógenos e incidência de transmissão cruzada. A equipe de saúde pode ser lembrada da importância da HM, precauções padrão, precauções de contato e quaisquer medidas complementares na prevenção da propagação de doenças (PETTERS *et al.*, 2020). No Brasil, a taxa de adesão a prática gira em torno de 27%, o que pode alcançar 45% após o contato com o paciente (ALVIM *et al.*, 2019).

A medida de HM é uma ação individual simples e pouco onerosa para prevenir disseminação das infecções hospitalares. Aproximadamente 30% dos casos de infecções relacionadas à assistência à saúde podem ser preveníveis pela HM com água e sabão ou álcool gel. O controle dessas infecções por meio da higienização adequada das mãos promove segurança e qualidade da atenção à pacientes (VASCONCELOS *et al.*, 2018).

A HM tem por objetivo indireto prevenir a infecção produzida no contexto assistencial, pois é uma prática que promove a remoção de sujidades, material orgânico e/ou microrganismos. Esta simples medida, além de promover o controle de infecções, aumenta a qualidade no cuidado, otimiza custos, reduz a morbimortalidade e atende a requisitos éticos e legais que regem o trabalho na saúde e, por estes motivos é considerada ação primordial na busca pelo atendimento seguro (LAPPA-RODRIGUEZ *et al.*, 2018).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza cinco momentos em que a HM deve ocorrer: antes do contato com o paciente, antes da realização de procedimentos assépticos, após risco de exposição a fluídos corporais, após contato com o paciente e após contato com as áreas próximas ao paciente (BATHKE *et al.*, 2013). De acordo com a OMS, milhões de pacientes são afetados por Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), e este fato conseqüentemente impacta de forma significativa nos sistemas de saúde em âmbito mundial.

Neste sentido, a HM é considerada a primeira medida universal no controle das IRAS e pode ser reforçada continuamente com vistas à adesão dos profissionais de saúde. Embora os enfermeiros reconheçam a prática da HM como fundamental, o que se verifica é uma deficiente execução e adesão desta na prestação de cuidados de saúde. Nesse sentido, a atualização contínua de conhecimentos, monitorização e a sua mobilização para a prática clínica da enfermagem, são indispensáveis (GRAVETO *et al.*, 2018). Os autores relatam ainda que o incentivo a prática correta da técnica de HM poderia ser reforçada cotidianamente para que enfermeiros retomem a responsabilidade e conscientização para a promoção de cuidados com qualidade (GRAVETO *et al.*, 2018). Esta qualidade só se adquire com implementação, formação e desenvolvimento da prática efetiva da HM adequada (GRAVETO *et al.*, 2018).

Ainda, no processo de cuidar, as profissionais de enfermagem utilizam as mãos como instrumento de trabalho. Em contrapartida, as mãos servem como depósito e veículo de transmissão de microrganismos, muitos deles patogênicos, que podem ocasionar riscos tanto aos profissionais quanto para os pacientes. Devido à problemática para a segurança do paciente é importante à vigilância e ações de prevenção, que podem ser consideradas prioritárias em instituições e serviços comprometidos com cuidado mais seguro (BRASIL, 2013).

Apesar dos conhecimentos acerca da importância da HM pelos enfermeiros ser um tema amplamente debatido, não é possível garantir adesão a esta técnica, apesar de ser simples e de baixo custo. O estudo tem como objetivo relatar a experiência sobre a observação do processo de HM dos profissionais de enfermagem no controle de infecções relacionadas à assistência à saúde.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência realizado a partir da vivência como profissional de enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um Hospital do noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. A instituição hospitalar conta com 115 leitos, destes 10 são destinados ao acolhimento de pacientes em estado grave com chances de sobrevida, que requerem monitoramento constante (24 horas) e cuidados mais complexos.

A equipe de enfermagem da UTI é composta por quatro enfermeiros e 20 técnicos

de enfermagem. No que tange a equipe multiprofissional que atua nesta unidade, compreende um médico plantonista a cada 24 horas, uma secretária, um fisioterapeuta, uma nutricionista e 1 uma higienizadora por períodos, durante os turnos.

O estudo da temática deu-se a partir da observação simples durante o mês de dezembro de 2018, após a atuação e vivência como profissional de enfermagem nesta unidade, em turno aleatórios de trabalho (manhã, tarde e noite). As observações foram encerradas por saturação dos dados, ou seja, momento em que os dados tornaram-se repetidos, em que as novas observações não mais implicaram em dados novos. As observações foram registradas e numeradas sequencialmente em um diário de campo criado por duas das autoras embasado em referencial teórico (BRASIL, 2013).

O embasamento teórico deu-se por pesquisa em periódicos disponibilizados em bases de dados indexadas acessadas por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scientific Electronic Library Online (*SciELO*) além do *site* do Ministério da Saúde. Delimitou-se para a busca, publicações dos últimos cinco anos, entre 2015 a 2020 utilizando como descritores “paciente”, “higiene das mãos”, “cuidados de enfermagem”, “segurança do paciente”, “controle de infecções”, “educação em saúde”.

Por se tratar de relato de experiência, não houve a aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Entretanto, foi solicitada a autorização prévia da direção do Hospital para realização da observação. Além disso, não serão divulgados dados que possibilitem identificar o Hospital ou a unidade concedente e usuários, respeitando o preconizado pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Na observação desenvolvida nesse estudo identificou-se que a equipe de enfermagem não executa os cinco momentos de HM. A sequência dos passos de HM não eram seguidos rigorosamente, porém os profissionais aproveitavam as oportunidades que surgiam para realizar a HM, mesmo que brevemente. Ao retirar as luvas, os profissionais lavam as mãos com água e sabão.

A HM tem por objetivo indireto prevenir disseminação de vírus e bactérias que podem ser fonte de infecção produzida no contexto assistencial, pois é uma prática embasada na remoção de sujidades, matéria orgânica e/ou microrganismos. Esta medida promove o aumento da qualidade no cuidado, otimiza custos, reduz a morbimortalidade e atende requisitos éticos e legais que regem o trabalho na saúde. Por estes motivos é considerada como ação primordial na busca pelo atendimento seguro, embora seja uma prática simples e eficiente, a adesão à HM tem sido tarefa árdua e complexa no cotidiano laboral da área hospitalar (VASCONCELOS *et al.*, 2018).

A HM, tradicionalmente considerada como a medida mais importante e eficaz na prevenção e controle de infecções caracteriza-se como intervenção rotineira, padronizada,

de baixo custo e com indicações sustentadas por fundamentação científica sólida. Entretanto, na era da prática baseada em evidências, a adesão ao procedimento ainda é descrita como insuficiente (BELELA-ANACLETO *et al.*, 2017).

Em nível mundial, as infecções hospitalares representam problema de saúde pública e, constituem-se em risco à saúde dos usuários dos hospitais que se submetem a procedimentos terapêuticos e/ou de diagnóstico. Sua prevenção e controle dependem, em grande parte, da adesão dos profissionais de saúde as medidas preventivas. E, dentre estas medidas, está à HM que deve ocorrer respeitando os cinco momentos de HM, mesmo após o uso de luvas. Após a remoção das luvas as mãos passam pela higienização que segue técnica adequada ao abranger toda a extensão das mãos e punho com a utilização sabão/detergente e/ou antisséptico (ALMEIDA *et al.*, 2018; BRASIL, 2013).

Observou-se que os turnos que mais aderiram a HM foram o turno da manhã e da tarde. No turno da noite foi possível observar pouca valorização da prática de HM, a diminuição da quantidade de vezes de execução da técnica e que não eram seguidos todos os momentos. Neste contexto, Zottele (2016) relata que a baixa adesão à HM não está diretamente associada ao conhecimento teórico, mas à incorporação desse conhecimento na prática diária, o que repercute em um problema de conscientização e ética dos profissionais. Profissionais de nível superior têm menor adesão à técnica correta, comparada aos de nível técnico. Assim, a baixa adesão à HM pode estar relacionada à falha da educação permanente (ZOTTELE, 2016).

Embora seja a HM seja uma ação relativamente simples, a complexidade que envolve a adesão a essa medida é grande, podendo muitas vezes estar relacionada a fatores como o comportamento humano, incluindo falsas percepções de um risco invisível, subestimação da responsabilidade individual e falta de conhecimento, atitudes que podem interferir na adesão às medidas de prevenção (AMORIM *et al.*, 2018).

Com relação a estrutura física observou-se que o box dos leitos dos pacientes eram compostos por divisórias rígidas e portas com vidro que facilitava a visibilidade para o paciente, sua monitorização e equipamentos. Dentro de cada box está disponível uma pia, sabão e *dispenser* de álcool gel. Durante o período de observação sempre que faltavam insumos os mesmos eram repostos de forma imediata.

Apesar de todas as evidências apontarem para importância da HM, a falta de adesão a essa prática ainda ocorre na rotina das unidades de saúde. Os principais motivos relacionados para não adesão dos profissionais de saúde a HM são: falta de motivação; ausência ou não adequação de pias ou dispositivos de álcool gel próximas ao leito; falta de material como álcool e sabão; ausência de toalhas de papel e lixeiras; reações cutâneas devido ao uso do produto recomendado; inadequada separação espacial entre camas; falta de tempo decorrente do número de tarefas; importância atribuída pelo profissional de saúde para o risco de não estar em conformidade com as recomendações para HM; irresponsabilidade e ignorância sobre a importância das mãos como transmissor

de microrganismos (TARSO *et al.*, 2017; ZOTTELE, 2018). Na observação foi possível identificar boa adesão as oportunidades de HM, mesmo que a técnica de HM não tenha sido realizada sequencialmente.

Tarso *et al.* (2017) e Zotelle *et al.* (2017) ainda apontam fatores referentes ao fluxo inadequado de assistência ao paciente devido às superlotações, carga de trabalho, estresse, realização de atividades com alto risco de transmissão cruzada de patógenos, falta de conhecimento sobre protocolo de HM, falta de exemplo positivo de seus superiores, maus hábitos, esquecimento, irritação e ressecamento da pele pelo uso sucessivo de produtos.

Com relação aos treinamentos disponibilizados pela instituição a equipe era convidada trimestralmente pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) para participar de uma capacitação sobre HM e precauções. A enfermeira coordenadora do setor supervisionava a participação dos colaboradores nos treinamentos. Ainda, o SCIH realiza observações eventuais da prática de HM no setor, porém não realiza intervenções e educação em saúde nesses períodos. Para tanto, a intervenção educativa direcionada à profissionais de saúde pode apresentar bons resultados, principalmente relacionados aos momentos antes e após o contato com paciente por parte dos profissionais de enfermagem.

No controle de infecções em serviços de saúde, a HM é considerada a ação isolada mais importante. Porém, a falta de adesão dos profissionais de saúde a esta prática é uma realidade constatada ao longo dos anos e tem sido objeto de estudos em diversas partes do mundo (GRAVETO *et al.*, 2018). Durante a vivência como profissional de enfermagem em uma UTI foram observadas ações de incentivo e conscientização quanto ao uso do álcool gel, higiene correta das mãos, capacitações grupais e criação de protocolos estabelecidos pela instituição.

A importância da HM na prevenção da transmissão das infecções hospitalares é baseada na capacidade da pele para abrigar microrganismos e transferi-los de uma superfície para a outra, por contato direto, pele com pele, ou indireto, por meio de objetos. Esta higiene deve ser realizada por todos profissionais que trabalham em serviços de saúde e que mantêm contato direto ou indireto com pacientes, que atuam na manipulação de medicações, alimentos e material estéril ou contaminado (PAULA *et al.*, 2017). Os autores ainda relatam que, embora a HM seja primordial na prevenção e controle das infecções no âmbito hospitalar, colocar tais questões em prática é uma tarefa difícil e complexa.

Nesse contexto, a equipe sempre se mostrou receptiva e ativa na participação de ações sobre conscientização da HM e uso de álcool gel, principalmente nos cinco momentos estabelecidos pela ANVISA (2007) durante o cuidado para com o paciente. Assim, requer que as mãos sejam lavadas imediatamente ou assim que possível, após a remoção de luvas ou de equipamentos de proteção individual. As profissionais podem higienizar as mãos com água e sabão, imediatamente após contato com sangue ou outras secreções corporais, potencialmente infectantes.

Diante do exposto, enfatiza-se a necessidade de desenvolvimento de estratégias de ações de educação em serviço que promovam uma assistência segura e de qualidade. É importante para o profissional da saúde, estar sempre em busca de atualização contínua.

Observou-se na prática a preocupação da equipe de enfermagem com a educação em saúde direcionada a familiares no horário de visita à UTI. A equipe possui uma escala de revezamento entre os técnicos de enfermagem para acolher os familiares e desenvolver uma ação de educação em saúde quanto a importância da HM e paramentação padrão com avental descartável e luvas para a realização da visita ao leito do paciente.

O treinamento educacional proporcionam envolvimento, com base nos cinco momentos instituídos pela OMS, além da revisão das técnicas de higienização, que tem como objetivo a conscientização do profissional. Outra ferramenta utilizada nas ações educativas são os lembretes no local do trabalho, com intuito de incentivar os profissionais sobre a importância da HM. Com o clima de segurança institucional, como ferramenta facilitadora para a criação de um ambiente seguro para o paciente, cria-se parcerias entre instituição, acompanhantes e pacientes, para que a HM atinja todos os níveis (CORDEIRO; LIMA, 2016).

A segurança do paciente é essencial em uma organização de saúde, pois todas profissionais envolvidos no cuidado assumem responsabilidade pela própria segurança, de colegas, pacientes e familiares. Neste íterim, a enfermagem tem papel fundamental, pois realiza os cuidados de enfermagem de forma organizada, a fim de assegurar maior segurança aos pacientes, diminuição de eventos adversos e controle de infecções hospitalares, através da HM. A promoção de um ambiente seguro é adquirida através de capacitação, esforços coordenados e eficiente contribuição de cada indivíduo, todos envolvidos com um objetivo comum.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O procedimento adequado da técnica de HM é fundamental para a prevenção e controle de infecções hospitalares, e embora seja uma ação simples, pode comprometer a segurança do paciente assistido. A HM constitui ação fundamental do cuidado ao paciente, e deve ser realizada de maneira prioritária, rigorosa e regular. Há necessidade de intervenção iminente e retomada dos valores atribuídos aos procedimentos essenciais para a prática do cuidar em saúde.

Assim, a execução da prática de HM pode constituir, além de ação técnica, componente moral da práxis profissional de enfermagem. Nesse sentido, ações educativas periódicas pelo enfermeiro em terapia intensiva direcionadas aos profissionais de saúde e, mais especificamente, da enfermagem, são necessárias para manter a qualidade e segurança da aos pacientes.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, W. B. *et al.* **Infeção hospitalar: controle e disseminação nas mãos dos profissionais de saúde de uma Unidade de Terapia Intensiva.** REAS/EJCH/ Vol. 11 (2)/ e 30/Pág. 3 de 7. ISSN 2178-2091, 2018. Disponível em: <https://www.acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/130/93>

ALVIM, A. L. S. *et al.* **Avaliação das práticas de higienização das mãos em três unidades de terapia intensiva.** Rev. Epidemiol. Controle Infecç. 2019; v.9, n.1, p. 55-59. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/5c6d/04e6f0391c75c1a065484f5c94780eb3f885.pdf>

AMORIM, C.S.V. *et al.* **Hand hygiene and influenza prevention: knowledge of health students.** Texto Contexto Enferm [Internet]. 2018 [acesso 2020 Abr 3]; v.27, n.4, p.e4570017. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180004570017>

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do Paciente/Higienização das Mãos.** Brasília-DF, 2007. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/servicos/saude/manuais/paciente_hig_maos.pdf

BATHKE J. *et al.* **Infraestrutura e adesão à Higienização das mãos: Desafios à segurança do paciente.** Rev. gaúch. enferm. [Internet]. 2013 [acesso em 2015 nov 24]; v.34, n.2, p.78-85. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198314472013000200010&script=sci_arttext

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (CNS). **Resolução N°466/2012, que trata da regulamentação de toda pesquisa que envolva seres humanos.** Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Anexo 1: **Protocolo para a Prática de higiene das mãos em Serviços de Saúde** [Internet]. 2013. Disponível em: http://www.hospitalsantalucindacom.br/downloads/prot_higiene_das_maos.pdf.

BELELA-ANACLETO, A. S. C. *et al.* **Higienização das mãos como prática do cuidar: reflexão acerca da responsabilidade profissional.** Rev Bras Enferm [Internet]. 2017 mar-abr; v.70, n.2, p.461-464. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n2/pt_0034-7167-reben-70-02-0442.pdf

CORDEIRO, V. B.; LIMA, C. B. **Higienização das mãos como ferramenta de prevenção e controle de infecção hospitalar.** v.16, n.2, 2016. Disponível em: <http://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2016/08/16224.pdf>

GRAVETO, J. M. N. *et al.* **Higiene das mãos - adesão dos enfermeiros após processo formativo.** Rer. Bras. Enferm. [Internet]. 2018; v.71, n.3, p.1258-1262. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n3/pt_0034-7167-reben-71-03-1189.pdf

LAPPA- RODRIGUEZ, E. O. *et al.* **Aderência de profissionais de saúde à higienização das mãos.** Rev. enferm. UFPE, *on line*, v.12, n.6, p.1578-85, 2018. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/230841-114300-1-PB.pdf>

PAULA, D. G. *et al.* **Estratégias de adesão à higienização das mãos por profissionais de saúde.** R Epidemiol Control Infec, Santa Cruz do Sul, v.7, n.2, p.113-121, 2017. [ISSN 2238-3360]. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/7731-42124-3-PB.pdf>

PETTERS, A. *et al.* **Understanding the emerging coronavirus: what it means for health security and infection prevention.** J Hosp Infect [Internet]. 2020; v.104, n. 4, p. 440-448. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1016/j.jhin.2020.02.023>

TARSO, A. B. *et al.* **A higienização das mãos no controle da infecção hospitalar na Unidade de Terapia Intensiva.** Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde. v. 6, n. 6, p. 96-104, 2017. Disponível em: <http://atualizarevista.com.br/wp-content/uploads/2017/08/a-higieniza%C3%A7%C3%A3o-das-m%C3%A3os-no-controle-da-infec%C3%A7%C3%A3o-hospitalar-na-unidade-de-terapia-intensiva-v-6-n-6.pdf>

VASCONCELOS, R. O. *et al.* **Adesão à higienização das mãos pela equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva.** Enfermería Global N° 50 Abril- 2018. Pág. 446. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n50/pt_1695-6141-eg-17-50-430.pdf

ZOTELLE, C. *et al.* **Adesão dos profissionais de saúde à higienização das mãos em pronto-socorro.** Rev Esc Enferm USP; 2017; v.51, p.e03242. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/pt_1980-220X-reeusp-51-e03242.pdf

ZOTTELE, C. **Higienização das mãos: conhecimento e adesão de profissionais de saúde em unidade de pronto – socorro.** 2016. 112 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS.2016. Disponível em: <https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/7479/PIASSENTIN%2c%20CAROLINE%20ZOTTELE.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

CAPÍTULO 5

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS: RESPONSABILIDADE ÉTICA E LEGAL DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Data de aceite: 22/01/2021

Data de submissão: 03/12/2020

José Nilton do Nascimento

Faculdade Maurício de Nassau
Caruaru – PE

Michella Galindo de Albuquerque

Faculdade Maurício de Nassau
Caruaru – PE

Fabyano Palheta Costa

Faculdade Maurício de Nassau
Caruaru – PE

RESUMO: **Introdução:** A administração de medicamentos é uma das inúmeras atribuições dos profissionais da enfermagem, e estes possuem a responsabilidade de assegurar o procedimento e segurança do paciente. **Objetivo:** Analisar a importância e responsabilidade do profissional da enfermagem na administração de medicamentos, através de artigos brasileiros publicados nos últimos cinco anos, numa perspectiva da responsabilidade do profissional de enfermagem. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, com abordagem descritiva, qualitativa, quantitativa, por meio de vinte artigos científicos, extraídos na Biblioteca Virtual em Saúde – BVS, Revista de Enfermagem da UFPE online e no Google Acadêmico, no período de 2015 a 2019. **Resultados:** Para compor a amostra, os artigos escolhidos por critério de inclusão e recorte temporal de

publicação com predomínio das publicações em português. **Conclusão:** Percebe-se o profissional de enfermagem exerce um papel importantíssimo na administração de medicamentos, visto as responsabilidades e necessidade de garantir a segurança e cuidados do paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Administração de medicamentos; Erros de medicação; Cuidados do paciente.

ADMINISTRATION OF MEDICINES: ETHICAL AND LEGAL RESPONSIBILITY OF NURSING PROFESSIONALS

ABSTRACT: **Introduction:** Medication administration is one of the numerous attributions of nursing professionals, and they have the responsibility to ensure the procedure and patient safety. **Objective:** To analyze the importance and responsibility of the nursing professional in medication administration, through Brazilian articles published in the last five years, in a perspective of the responsibility of the nursing professional. **Method:** It is an integrative literature review, with a descriptive, qualitative, quantitative approach, through twenty scientific articles, extracted from the Virtual Health Library - VHL, UFPE Nursing Journal on line and in Google Scholar, in the period from 2015 to 2019. **Results:** To compose the sample, the articles chosen by inclusion criteria and time frame of publication with a predominance of publications in Portuguese. **Conclusion:** It is perceived that the nursing professional plays a very important role in the administration of medications, given the responsibilities and need to ensure patient safety and care.

KEYWORDS: Medication administration; Medication errors; Patient care.

1 | INTRODUÇÃO

Não há como negar que o preparo e administração de medicamentos esta presente nos ambientes hospitalares e pode ser considerada uma das principais atividades desenvolvidas pela equipe de enfermagem que carregam consigo a responsabilidade aos cuidados e assistência aos pacientes, Dias¹.

A realização da administração de medicamentos nas unidades de saúde é uma das inúmeras atribuições dos profissionais da enfermagem. Prática esta que se torna frequente no dia-a-dia da equipe e que possui uma grande importância no sentido de assegurar os cuidados, prevenção e cura do paciente, a fim de alcançar os objetivos terapêuticos por meio dos procedimentos eficiente, responsável e seguro, Timby² e Harada³, *et al*.

De acordo com Guareschi, Carvalho e Salati⁴: “A administração de medicamentos é uma das atividades do enfermeiro, do técnico e auxiliar de enfermagem”. Nesse sentido, essa prática torna-se rotineira no cotidiano do trabalho dos respectivos profissionais, visto ser responsabilidade e uma das atribuições desses profissionais.

Administração de medicamento é um procedimento e atribuição da equipe de enfermagem, que possuem a responsabilidade e o dever de promover a segurança do paciente, ao seguir todos os procedimentos estabelecidos da terapia medicamentosa, na efetivação dos cuidados, prevenção e recuperação do paciente, de acordo com Harada³, *et al*; Lisboa⁵ e Praxedes⁶, e Timby².

Corroborando ainda com tal assertiva Guareschi, Carvalho e Salati⁴, afirmam que o procedimento de administração de fármaco envolve uma série de ações e decisões, bem como, envolve uma equipe e que inclui o próprio paciente, bem como, é uma atividade que requer conhecimento técnico-científico, e deve ser realizada com todo cuidado necessário para evitar riscos e danos ao paciente, e garantir a assistência segura e eficaz.

Nesse sentido, a administração de medicamentos, está presente no relacionamento entre a equipe de enfermagem e o paciente, pois é perceptível que tais profissionais trabalham diretamente e indiretamente com humanos, porém são seres humano também e estão propícios a cometerem falhas e erros, devido aos inúmeros fatores que fazem parte de seu cotidiano, tais como: acúmulo de atividades, plantões dobrados, prescrições ilegíveis, falta da medicação prescrita, estresses, problemas familiares e no ambiente de trabalho, falta de conhecimento da medicação, entre outras, Bohomol⁷.

De acordo com a legislação que regem o exercício da profissão enfermagem, ressalta que este deve atuar em suas atividades de forma segura, responsável e ética, assim como, seguir os princípios da equidade e resolutividade, conforme a Resolução COFEN N° 564/2017.

Assim, a enfermagem é comprometida com a produção e gestão do cuidado

prestado nos diferentes contextos socioambientais e culturais em resposta às necessidades da pessoa, família e coletividade e os profissionais devem atuar com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais, técnico-científico e teórico-filosófico, COFEN⁸ (2017).

Nesse sentido, o presente estudo além de despertar a atenção pela dimensão e relevância do assunto, fez surgir o interesse e desejo de pesquisa sobre a respectiva temática, visto ser um tema pouco debatido, assim como, pela responsabilidade dos profissionais da enfermagem que carregam consigo as atribuições e cuidados para garantir a segurança do paciente. Nesse sentido, direcionou a questão de pesquisa, a saber: Qual a importância e responsabilidade do profissional da enfermagem na administração de medicamentos?

Destaca-se que a objetivo não é esgotar o assunto, mas possibilitar a identificação de dificuldades no processo de administração de fármacos, de verificar a importância e a responsabilidade do profissional da enfermagem no procedimento da administração de medicamentos e descrever as etapas a serem seguidas antes, durante e após a administração de medicamentos.

2 | MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa com abordagens quanto aos fins: exploratória e descritiva, segundo Vergara⁹ e Gil¹⁰. Quanto aos meios: qualitativa, bibliográfica, com revisão integrativa, uma vez que a técnica de análise de dados qualitativos foge da superficialidade, pois não há fórmula definidas, ou seja, estará sujeita à percepção do pesquisador, por se tratar de um estudo sistematizado sobre o respectivo tema, de acordo com Cervo e Bervian¹¹, Gil¹⁰, e Vergara⁹.

Revisão Integrativa por utilizar um método específico, que resume o passado da literatura empírica ou teórica, para fornecer uma compreensão mais abrangente de um fenômeno particular ao qual se pesquisa, conforme Macedo¹².

Foram selecionados 27 artigos todos na língua portuguesa entre os anos de 2015 e 2019. Destes, foram excluídos 07 por não responderem aos objetivos da pesquisa, os 20 restantes foram lidos criteriosamente a luz dos objetivos da pesquisa, analisados e dispostos em quadros para melhor compreensão dos resultados.

A pesquisa foi realizada entre os meses de julho a outubro de 2020, através dos bancos de dados disponibilizados pela Biblioteca Virtual em Saúde - BVS, Google Acadêmico, e Revista de Enfermagem da UFPE *on line*. Como Critério de inclusão, optou-se por artigos na língua portuguesa, com textos completos, cujas publicações ocorreram nos últimos cinco anos, ou seja, entre 2015 a 2019.

Por critério de exclusão, optou-se por excluir os artigos cuja linguagem não era português, os artigos que havia duplicidade de publicações, os que possuem textos

incompletos, os publicados antes de 2015, bem como, aqueles que não correspondem aos objetivos da pesquisa.

A investigação deu-se por meio dos Descritores das Ciências da Saúde (DECs): Erros de Medicação (ID: D008508), Segurança do Paciente (ID:D061214), e Cuidados de Enfermagem (ID: D009732) e operador Booleano AND.

3 | RESULTADOS

Através dos materiais consultados, foi realizada uma revisão minuciosa destes 20 artigos selecionados que foram publicados no período de 2015 – 2019, os quais revelam situações sobre erros na administração de medicamentos, os cuidados e segurança do paciente no procedimento da administração de fármacos, seguindo-se os critérios mencionados acima na metodologia.

Através dessa pesquisa, os resultados possibilitaram a compreensão de que, relativo ao recorte temporal, ou seja, anos das publicações dos artigos selecionados, segue abaixo o gráfico com resultados, seguidos de discussões:

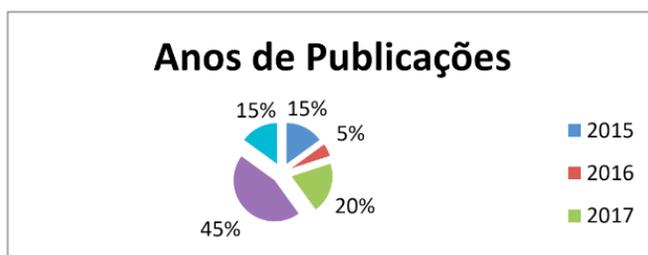


Gráfico 01 – Recorte temporal – publicação

Através dos resultados obtidos, percebe-se que dos 20 artigos selecionados no lapso temporal, 09 dos artigos foram publicados em 2018, equivalente a 45%; 04 dos artigos foram publicados em 2017; 03 foram publicados em 2015 e 03 em 2019, e apenas 01 no ano 2016.

Por meio dos resultados, percebe-se a importância da administração de medicamento e a responsabilidade da equipe de enfermagem, pois conforme Praxedes, *et al.* (2015), pode-se considerar uma das principais atividades desenvolvidas pela a equipe de enfermagem e estes carregam consigo a responsabilidade e os cuidados devidos para assegurar a segurança do paciente, bem como, esta pesquisa revela que o tema continua sendo discutido e debatido por diversos pesquisadores e profissionais.

Abordagens Metodológicas



Gráfico 02 – Quanto à metodologia de pesquisa utilizada nas pesquisas

De acordo com os resultados obtidos dos 20 artigos estudados, evidenciou-se que 09 dos artigos equivalente a 45% adotou a metodologia de pesquisa científica de revisão integrativa. Ainda sobre o resultado dos aspectos metodológicos, 06 adotaram a pesquisa qualitativa e quantitativa, equivalente a 30%. Quatro, 04 utilizaram-se da pesquisa descritiva, equivalente a 20%, e 01 utilizou-se de pesquisa documental, equivalente a 5%.

Nesse sentido, percebe-se que os pesquisadores preferem utilizar e aplicar a metodologia da revisão integrativa, uma vez que, utilizaram método específico que resume o passado da literatura empírica ou teórica, a qual fornece uma maior compreensão, conforme Macedo¹².

Destaca-se ainda que os artigos foram localizados no Google Acadêmico, na BVS, e na REUOL, ambos publicados em revistas, tais como: Revista Brasileira de Enfermagem-REBEN; Revista Gaúcha de Enfermagem; Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco On line, Scielo, entre outras.

Ainda sobre os resultados e discussões, de forma mais objetiva e resumida, segue abaixo uma tabela, com informações dos artigos selecionados, a qual apresenta de forma evidenciada os resultados e aspectos abordados pelos respectivos autores.

Identificação do Artigo –Título do Artigo	Autores	Aspectos Abordados	Resultados	Metodologia Ano/Pais
A1 Estratégias para minimizar erros de medicação em unidades de emergência: revisão integrativa	Mieiro, D.B.; Oliveira, E. B. C.; Fonseca, R. E. P.; Mininel, V. A. Mascarenhas, . H. Z. Machado, R. C.	O artigo direciona reflexões e estratégias educacionais continuadas, através de campanhas, elaboração de manuais explicativos, criação de comissão multidisciplinar e implantação de sistema informatizado, para evitar os erros na administração de medicamentos em unidades de emergências.	O presente artigo, releva que para minimizar erros de medicação é necessário estratégias educacionais continuadas, bem como a atuação da equipe interdisciplinar na busca de um ambiente de trabalho seguro, com boa comunicação entre os profissionais de saúde e execução de estratégias para dissolver o elo do erro no processo medicamentoso.	Revisão integrativa 2018 Brasil

<p>A2</p> <p>Erros de enfermagem no processo de medicação: análise de mídia eletrônica televisiva</p>	<p>Souza, V. S.; Inoue, K. C.; Costa, M. A. R.; Oliveira, J. L. C.; Marcon, S. S.; Matsuda, L. M.</p>	<p>Por meio de uma pesquisa documental, os autores revelam resultados de erros de medicação e a forma que são noticiados pela mídia televisiva, abordando as falhas que não contemplam os mecanismos e os processos falhos.</p>	<p>Esta pesquisa revela que as notícias que são veiculadas sobre erro de medicamentos demonstram serem relativamente limitadas. Descrevem também os principais erros que ocorrem na administração de medicamentos, bem como, aborda a responsabilização e culpabilidade por parte da equipe de enfermagem.</p>	<p>Pesquisa documental</p> <p>2018</p> <p>Brasil</p>
<p>A3</p> <p>Ações para segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos em unidades de pronto atendimento</p>	<p>Santos, P. R. A.; Rocha, F. L. R.; Sampaio, C. S. J. C.</p>	<p>Em relação à Terapia medicamentosa, através dos depoimentos coletados, foi possível identificar os riscos e incidentes que envolve a equipe de enfermagem no desenvolvimento da administração de medicamentos.</p>	<p>Através dos depoimentos coletados dos participantes, foi possível constatar que no cotidiano dos profissionais da enfermagem ocorrem vários incidentes e que estes profissionais e pacientes estão passíveis a erros, mas que estes devem ser evitados para seguir uma prática segura. Assim como, o estudo realizado possibilita a implementação de ações seguras ao paciente no tocante a administração de medicamentos.</p>	<p>Pesquisa qualitativa na modalidade pesquisa-ação</p> <p>2019</p> <p>Brasil</p>
<p>A4</p> <p>Assistência segura ao paciente no preparo e administração de medicamentos</p>	<p>Rodrigues, E. O. L.; Silva, L. S. L.; Menezes, M. O.; Oliveira, J. K. A.; Currie, L. M.</p>	<p>A segurança do paciente no preparo e administração de medicamentos vem ganhando uma atenção maior na assistência a segurança e terapia medicamentosa, e conforme autores os profissionais que executam essas atribuições devem seguir os protocolos de segurança durante todo processo.</p>	<p>Revela-se de suma relevância a assistência segura da administração de medicamento, visto que, os profissionais da equipe de enfermagem carregam consigo a responsabilidade e os devidos cuidados ao paciente e que devem ter total atenção da via certa, na forma certa, na dose certa, no registro certo, na hora certa, e seguir todas as orientações certas para assegurar a assistência segura ao paciente.</p>	<p>Estudo quantitativo, descritivo e de corte transversal</p> <p>2017</p> <p>Brasil</p>
<p>A5</p> <p>Atuação ética do enfermeiro frente aos erros de medicação</p>	<p>Mangilli, D. C.; Assunção, M. T. Zanini, M. T. B.; Dagostin, V. S.; Soratto, M. T.</p>	<p>Nota-se que é relevante considerar a educação permanente dos profissionais da enfermagem, numa busca de aprimoramento, de cursos, capacitações, para a prevenção e redução de erros de medicamentos, possibilitando a segurança do paciente e qualificação do serviço.</p>	<p>Constatou-se através dessa pesquisa que a atuação ética do enfermeiro frente aos erros da terapia medicamentosa inclui a tomada de decisão em relação às intercorrências com o paciente. Que se deve implementar ações educativas com a equipe de enfermagem e proceder com o registro do erro e aplicação de penalidades.</p>	<p>Pesquisa qualitativa, descritiva, exploratória e de campo.</p> <p>2017</p> <p>Brasil</p>

<p>A6</p> <p>Assistência de Enfermagem para Prática Segura na Administração de Medicamentos.</p>	<p>Bastos, M. C.; Arantes, R. X.; Alexsande, C.; Guimarães, L. R.; Pôncio, T. G. H. O.; Carvalho, D. S.</p>	<p>A abordagem do presente tema leva-nos a reflexões da importância de seguir todos os protocolos e os nove certos, para evitar que ocorra erros na terapia medicamentosa, bem como, para garantir a segurança do paciente.</p>	<p>O presente trabalho de pesquisa revela a importância da equipe de enfermagem adotar os protocolos de segurança, de aderirem as regras, de seguir com uma educação permanente no tocante a administração de medicamentos e segurança do paciente, para assim evitar que ocorram riscos e erros no procedimento a ser adotado.</p>	<p>Revisão bibliográfica</p> <p>2018</p> <p>Brasil</p>
<p>A7</p> <p>Erros na administração de medicamentos Pela enfermagem: revisão integrativa de Literatura</p>	<p>Moreira, I. N.; Paes, L. A. P.; Araujo, L. M.; Rocha, F. C. V.; Almeida, C. A. P. L.; Carvalho, C. M. S.</p>	<p>A terapia medicamentosa pode ser entendida como um dos cuidados da enfermagem para com o paciente. E essa atribuição é inerente a equipe de enfermagem, que possuem a responsabilidade, e devem possuir a eficácia e eficiência no processo de preparo e administração do medicamento. Percebe-se que esta pesquisa, buscou identificar os tipos de erros mais evidenciados e os fatores que contribuem para tais incidentes.</p>	<p>Por meio desse trabalho, constatou-se através dos resultados que existem fatores e motivos que incidem para que ocorram erros na administração de medicamentos. Fatores esses que as opiniões dos autores em relação aos erros de medicação consideravam falhas humana que vem desde o início de uma etapa, como a ordenação, prescrição, dispensação, preparo e administração de farmaco, incluindo ainda a falta de atenção, conhecimento, interesse, pressa, sobrecarga de trabalho, são consideradas razões dos erros de medicação.</p>	<p>Revisão Integrativa</p> <p>2018</p> <p>Brasil</p>
<p>A8</p> <p>Segurança do paciente na administração de medicamento, como garantir? Uma revisão integrativa no período de 2006 a 2016</p>	<p>Cruz, K. D.; Assis, V. K. B.; Fernandes, F. S.; Pereira, V. S.; Góis, R. M. O.</p>	<p>Os autores, seguem uma abordagem que revela os cuidados necessários aos pacientes no tocante a administração de medicamentos, descrevem os cuidados necessários para assegurar uma assistência segura ao paciente.</p>	<p>Os resultados revelam que muitos erros na administração de medicamentos são evitáveis e devem ser evitados, que prevenir sua ocorrência é a forma mais importante e segura para equipe de enfermagem, assim como, para o paciente que está aos cuidados desses profissionais.</p>	<p>Revisão Integrativa</p> <p>2017</p> <p>Brasil</p>
<p>A9</p> <p>Interrupções de atividades de enfermeiros e a segurança do paciente: revisão integrativa da literatura</p>	<p>Cintia Monteiro, C.; Ariane Ferreira Machado Avelar, A. F. M.; Pedreira, M. L. G.</p>	<p>A segurança do paciente é um dos assuntos na área de saúde que desperta a atenção de muitos pesquisadores, e este trabalho traz uma abordagem numa tentativa de identificar as características relacionadas à interrupção de enfermeiros em sua prática profissional, e as implicações para a segurança do paciente.</p>	<p>Os resultados mostram que a interrupção é um dos fatores prejudiciais à segurança do paciente, que através dessa ação incidirá em erros que poderá prejudicar de forma significativa o paciente e o procedimento da administração medicamentosa. A interrupção favorece a ocorrência de erros na saúde. Assim, notou-se necessidade de novas pesquisas para compreender tal fenômeno e seus efeitos na prática.</p>	<p>Revisão Integrativa</p> <p>2015</p> <p>Brasil</p>

<p>A10</p> <p>Interrupções no trabalho do enfermeiro e na segurança do paciente</p>	<p>Paiva, A. C. O.; Oliveira, D. S. O.; Silva, M. A. C.; Alves, M. A. M.</p>	<p>Esta pesquisa explana a identificação dos efeitos das interrupções na rotina de trabalho do enfermeiro e na segurança do paciente, e ainda percebe-se que a interrupção afeta de forma negativa a segurança do paciente.</p>	<p>Descreve-se que após a pesquisa realizada, as informações obtidas revelam aspectos negativos em relação à interrupção na rotina de trabalho do enfermeiro e na segurança do paciente, além de evidenciar os aspectos que favorecem a ocorrência de interrupções na prática do enfermeiro, entretanto, há poucos estudos que descrevem o impacto das interrupções na prática e na segurança do paciente.</p>	<p>Pesquisa bibliográfica, descritivo, tipo revisão integrativa de literatura</p> <p>2019</p> <p>Brasil</p>
--	--	---	--	---

Tabela 1: Resumo dos artigos escolhidos por meio do critério de inclusão, distribuídos segundo identificação, título do artigo, aspectos abordados, resultados, Metodologia, ano de publicação e País.

Fonte: Elaboração própria (2020), informações do Google acadêmico; BVS, Scielo, REUOL (2015 – 2019).

Com base nas informações obtidas através dos artigos acima mencionados, os autores descrevem a importância de seguir estratégias em relação à administração de medicamentos, assim como, sobre a necessidade de uma educação continuada dos profissionais da enfermagem, para que estes possam estar preparados e capacitados para proporcionar segurança e cuidados aos pacientes.

Ressalta-se ainda que os respectivos autores, por meio das pesquisas, evidenciaram que ainda ocorrem erros na administração medicamentosa, mas que estes erros são evitáveis, desde que os profissionais, sigam atentamente os protocolos de segurança, os certos, desde o início do procedimento até a fase final, pois a equipe e enfermagem são responsáveis e devem garantir no uso de suas atribuições e condutas que possam ser consideradas eficientes e eficazes nas prestações dos serviços.

4 | DISCUSSÃO

Administração de Medicamentos

A administração de medicamentos pode ser considerada uma das principais atividades desenvolvidas pela a equipe de enfermagem e estes carregam consigo a responsabilidade e os cuidados devidos para assegurar a segurança do paciente, Praxedes⁶, *et al.*

De acordo com as cartilhas da Anvisa¹³ e do Ministério da Saúde¹⁴, entende-se por medicamentos a forma farmacêutica acabada, contendo princípios ativos ou fármaco, elaborados com a finalidade de diagnosticar, prevenir e curar doenças.

Medicamentos que através de um conjunto de procedimentos promovam alívio nas dores, sofrimentos, retardem surgimentos de novas doenças e proporcionem qualidade de

vida aos enfermos, sobre as orientações e protocolos estabelecidos, Leite¹⁵.

Nesse sentido, compreende-se que a terapêutica medicamentosa, um processo que envolve a prática e responsabilidade da equipe de enfermagem na administração e preparo de fármacos, visando proporcionar ao paciente a prevenção, cura, e/ou restabelecimento da sua saúde.

É perceptível que as preocupações sobre a respectiva temática vem ganhando proporções cada vez maiores, visto a necessidade premente de evitar erros, de garantir os cuidados devidos ao paciente, ao seguir as etapas e procedimentos estabelecidos para alcançar os objetivos esperados, Timby² e Praxedes⁶.

Para Timby²: “A segurança é a maior preocupação na administração de medicamentos”. Destaca-se, neste contexto, que a administração de fármacos representa um procedimento primordial na vida dos profissionais da enfermagem e principalmente do paciente, visto os riscos e ocorrências de situações adversas que este procedimento pode ocasionar.

A equipe de enfermagem ocupa uma posição importantíssima, pois é de sua competência a administração de medicamento, bem como a responsabilidade de promover os cuidados, a qualidade na assistência e atendimento, participando diretamente na promoção da segurança, e reestabelecimento da saúde dos pacientes, Harada³, *et al.*, Lisboa⁵ e Praxedes⁶.

Os cuidados de enfermagem na administração de medicamentos na perspectiva da segurança do paciente

A equipe de enfermagem exerce um papel importantíssimo no relacionamento profissional com o paciente, visto que, a equipe lida diretamente com o paciente, antes, durante e após a prestação dos serviços, Monteiro¹⁶, *et al.*

Pode-se ressaltar que são inúmeras as contribuições e atribuições da equipe, no cenário de desenvolvimento das atividades no ambiente hospitalar, ou demais unidades de saúde, pois os profissionais atuam direta ou indiretamente na prevenção, recuperação, reabilitação e promoção da saúde. Dias¹ e Monteiro¹⁶, *et al.*

Uma das atribuições é a administração de medicamentos, que gera uma grande expectativa no paciente, que busca solucionar temporariamente ou definitivamente a solução para o problema de saúde que esta enfrentando. Logo, é primordial que estes profissionais possam seguir atenciosamente todos os passos, metas protocolos e procedimentos estabelecidos, com responsabilidade, ética, profissionalismo, visando alcançar os objetivos, evitar erros e propiciar os cuidados devidos ao paciente e melhoria em seu quadro clínico, Zanettia¹⁷, Praxede⁶, *et al.*

Percebe-se que as metas desenvolvidas buscam promover um roteiro a ser seguido pelos profissionais da enfermagem, com o objetivo de evitar erros e prejuízos ao paciente, numa tentativa de garantir uma assistência e os cuidados necessários com qualidade,

eficiência e eficácia, Leite¹⁵.

Conforme, o Parecer COREN-BA¹⁹, nº 021/2013, constitui um dos procedimentos aconselháveis a serem seguidos pela equipe da enfermagem, como prática segura na terapia medicamentosa, os 9 (nove) certos da administração de medicamentos, que compõem: medicação certa, paciente certo, dose certa, via certa, horário certo, registro certo, ação certa, forma farmacêutica certa e monitoramento certo.

Vale ressaltar que não é tarefa fácil seguir tais protocolos, os certos e metas, pois a administração de medicamentos e os cuidados dos pacientes tornam-se desafios para os profissionais, visto a precariedade que as unidades de saúde apresentam, bem como, pelas péssimas condições de trabalho, falta de matérias primas e recursos humanos para desenvolver as atividades de forma digna, o que comprometam os cuidados e segurança do paciente.

Cabe aos profissionais seguir com a vocação, amor à profissão, os cuidados aos pacientes, oferecer-lhes a segurança necessária, superando as expectativas e obstáculos que surgem a cada dia, nos preceitos éticos e legais da profissão.

5 | CONCLUSÃO

Conclui-se que a administração de medicamentos é uma das inúmeras atribuições da equipe de enfermagem e que estes carregam consigo a responsabilidade ética, profissional e moral, de garantir os cuidados do paciente, seguindo rigorosamente os protocolos de segurança, procedimentos, os certos, as estratégias, para prevenir que erros ocorram.

Nesse sentido, a administração de fármacos vem despertando atenção de pesquisadores e de profissionais da área visto a importância que o referido tema representa principalmente em detrimento a necessidade de uma educação continuada, através de capacitações, cursos, qualificações, para que profissionais da equipe de enfermagem não incorram em erros, por meio de negligência, imperícia, ou até mesmo em imprudência, e sejam responsabilizados no âmbito penal, civil e administrativo.

Assim, não restam dúvidas que a equipe de enfermagem representa um papel essencial a saúde e bem estar do paciente, e que estes profissionais podem e devem minimizar os erros que são evitáveis para assim proporcionar segurança e os cuidados devidos ao paciente.

REFERÊNCIAS

DIAS, D. J. *et al.* **Compreensão de enfermagem sobre segurança do paciente e erros de medicação.** Revista Mineira de Enfermagem. Vol. 18. N. 9.P. 866-873.2014.

TIMBY, B. K. **Conceitos e habilidades fundamentais no entendimento de enfermagem.** 8 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

HARADA M.J.C.S; Pedreira M.L.G; Peterlini M.A.S; Pereira S.R. **O erro humano e a segurança do paciente**. São Paulo: Atheneu, 2006.

GUARESCHI, A. P. D. F.; CARVALHO, L. V. B.; SALATI, M. I. **Medicamentos em enfermagem: fármacos e administração**. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017

LISBOA, C. D. **Preparo e administração de medicamentos por sondas em pacientes que recebem nutrição enteral**. 2011. Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem. Disponível em:< http://www.bdtd.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=2463>. Acesso em 08 de ago. de 2020.

PRAXEDES; M.F.S; TELLES, F. P. C. P; MIASSO A.I. *et al.* **ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS: IDENTIFICAÇÃO E ANÁLISE DAS NECESSIDADES EDUCACIONAIS DE ENFERMEIROS**. Ver. enfermagem UFPE on line: Recife, jan. 2015.

BOHOMOL, E. **Erros de medicação**: estudo descritivo das classes dos medicamentos e medicamentos de alta vigilância. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 311-316, 2014.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

Gil, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. - São Paulo : Atlas, 2008.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

CAPÍTULO 6

A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA INFECÇÃO PRIMÁRIA DA CORRENTE SANGUÍNEA CAUSADA POR CATETER VENOSO CENTRAL: REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 22/01/2021

Data de submissão: 23/11/2020

Iolanda dos Santos Lucena

Faculdade Maurício de Nassau
Caruaru – PE

Vanessa Vieira de Moura

Faculdade Maurício de Nassau
Caruaru – PE

Cleonice Maria Silva Luna Epifânio

Faculdade Maurício de Nassau
Caruaru – PE

RESUMO: Introdução: A IPCS é um tipo de infecção que pode ser caracterizada como uma complicação que está relacionada a assistência à saúde, e pode ser descrita como aquela que tem sua origem ligada ao cateterismo venoso.

Objetivo: Avaliar a relação entre infecções de corrente sanguínea, associadas ao cateter venoso central, com a baixa adesão ao cumprimento de protocolos de prevenção de Infecções Primárias da Corrente Sanguínea (IPCS). **Método:** Revisão integrativa, realizada a partir de artigos coletados do Portal regional da BVS, disponíveis na base de dados da BDNF, LILACS, MEDLINE e SciELO. **Resultados:** Evidenciou-se que a baixa adesão aos protocolos para prevenção de IPCS associada ao uso de CVC se apresenta como fator de risco para desenvolvimento desse tipo de infecção. **Conclusão:** A implantação de bundles e protocolos específicos para prevenção de IPCS,

associadas a utilização de CVC, é uma medida efetiva, porém é importante o investimento em atividades educativas.

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do Paciente; Infecção Hospitalar; Unidade de Terapia Intensiva; Enfermagem Baseada em Evidências.

NURSING ASSISTANCE IN PREVENTING PRIMARY INFECTION OF THE BLOOD CURRENT CAUSED BY CENTRAL VENOUS CATHETER: INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: Introduction: IPCS is a type of infection that can be characterized as a complication that is related to health care, and can be described as one that has its origin linked to venous catheterization. **Objective:** To evaluate the relationship between bloodstream infections associated with the central venous catheter, with low adherence to compliance with Primary Bloodstream Infection prevention protocols (IPCS). **Method:** Integrative review, based on articles collected from the VHL regional portal, available in the database of BDNF, LILACS, MEDLINE and SciELO. **Results:** It was evidenced that the low adherence to protocols for the prevention of IPCS associated with the use of CVC presents itself as a risk factor for the development of this type of infection. **Conclusion:** The implementation of bundles and specific protocols for the prevention of IPCS, associated with the use of CVC, is an effective measure, but investment in educational activities is important.

KEYWORDS: Patient Safety; Hospital Infection; Intensive care unit; Evidence-Based Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

A Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) é uma das complicações que pode ser caracterizado como um problema que está relacionada a assistência à saúde, e pode ser descrita como aquela que tem sua origem ligada ao cateterismo venoso¹.

Os Cateteres Venosos Centrais (CVC's) estão relacionados com um elevado número de complicações, e é a principal causa de IPCS. Sabe-se que as IPCS se caracterizam como uma das formas mais frequentes de infecção hospitalar. É pertinente destacar que esses dispositivos são os mais utilizados em pacientes críticos e hospitalizados, isso pelo fato desse tipo de cateter estar ligado a procedimentos que vão desde a infusão de substâncias e hemoderivados, até mesmo ao monitoramento de pacientes^{1,2}.

Dessa maneira, é ressaltado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) que as IPCS relacionadas ao uso de cateter se configuram como um grave problema de saúde pública no Brasil, sendo que 40% dos pacientes que são acometidos por tal complicação evoluem para o óbito³.

Sua etiologia está fortemente ligada a práticas relacionadas a assistência em saúde. Além desse tipo de complicação acabar acarretando prolongamento do tempo de internação hospitalar e consequente elevação dos gastos relacionados a assistência ao paciente, o que ocasiona perda financeira e consequente prejuízo ao Sistema Único de Saúde (SUS)^{3,4}.

Porém, um dos seus aspectos positivos é que ela se trata uma complicação que é potencialmente prevenível, levando-se em consideração que mais de 50% dos casos são evitáveis quando utilizadas as medidas de precauções adequadas^{3,5}.

Assim, para efetiva redução das taxas elevadas de IPCS é necessário que seja abordado a nível nacional e com multidisciplinaridade ações que abranjam desde questões de educação até as relacionadas a prática em si. Dessa forma, entende-se conforme o exposto na literatura que é de extrema importância que seja feito o cumprimento dos regulamentos para que haja resultados positivos no que diz respeito às práticas de assistência prestada ao paciente que necessita fazer uso do CVC, e assim diminuir a porcentagem de complicações^{6,7}.

Levando em consideração o que foi mencionado o estudo objetiva realizar uma revisão de literatura de forma que possa avaliar a relação entre infecções da corrente sanguínea, associadas ao cateter venoso central, com a baixa adesão ao cumprimento de protocolos de prevenção de Infecções Primárias de Corrente Sanguínea (IPCS).

2 | OBJETIVOS

Avaliar a relação entre infecções de corrente sanguínea, associadas ao cateter venoso central, com a baixa adesão ao cumprimento de protocolos de prevenção de Infecções Primárias da Corrente Sanguínea (IPCS).

3 | MÉTODOS

Trata-se de um estudo bibliográfico, descritivo, do tipo revisão integrativa da literatura, de artigos publicados nos últimos 5 anos (2015 a 2020). A revisão integrativa é um tipo de pesquisa bibliográfica que possibilita fazer uma síntese dos principais estudos sobre um determinado tema, de forma que englobe pesquisas com várias abordagens; sendo que ela se trata de um estilo metodológico que tem como base a Prática Baseada em Evidências (PBE), tornando-se um instrumento para a mesma⁸.

Esse tipo de revisão é dividida em seis partes: 1. Delimitação do tema e elaboração da pergunta norteadora; 2. Definição dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos e busca ou amostragem na literatura; 3. Coleta de dados; 4. Análise crítica dos estudos incluídos; 5. Discussão dos resultados e 6. Apresentação da revisão integrativa^{8, 9}.

De tal maneira, foi definida como questão norteadora para a elaboração da presente pesquisa: “A prevalência de infecção de corrente sanguínea, associada ao cateter venoso central, tem relação com o baixo cumprimento de protocolos?”.

A busca na literatura foi realizada por via eletrônica, onde foi consultado o banco de dados do Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), se utilizando o modo de busca avançada, delimitado por título, resumo e assunto. A partir desse processo foram filtrados os artigos acerca do tema publicados nas bases de dados da Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Base de Dados em Enfermagem (BDENF).

A busca dos artigos foi realizada utilizando os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) para o idioma português; e para o idioma em inglês o Medical Subject Headings (MeSH). Além disso, foi aplicado o operador booleano AND.

Os critérios de inclusão utilizados foram: Artigos originais, publicados na íntegra, distribuídos eletronicamente entre os anos de 2015 a 2020 e que estavam de acordo com a temática abordada. Os critérios de exclusão empregados na presente pesquisa foram: artigos que estavam fora da temática de estudo, incompletos, artigos repetidos, os trabalhos de conclusão de curso, teses, dissertações, editoriais, resumos, carta de opinião e trabalhos publicados em anais de congressos.

Posteriormente, foi realizada a leitura dos títulos dos artigos encontrados, realizando a seleção dos que estiveram de acordo com a temática e com o objetivo da pesquisa. Após isso, foi feita a leitura dos resumos, para descartar os que estavam fora da temática. Em seguida os textos completos também foram lidos para fosse selecionado apenas aqueles que contemplassem a temática e pudesse ajudar a responder a pergunta norteadora da pesquisa.

É importante ressaltar que a leitura dos títulos, resumos e textos completos foi realizada por todos os autores da pesquisa, a fim de melhor eleger os melhores textos que

estejam de acordo com o tema escolhido e assim apresentar tais achados nos resultado do estudo bibliográfico em questão.

4 | RESULTADOS

A partir da pesquisa realizada através do Portal Regional da BVS e consequente seleção dos bancos de dados pré-definidos e ser realizado a associação dos descritores, foi possível resgatar-se um total de 437 artigos, sendo que após os critérios de inclusão e exclusão capturou-se 80 artigos.

Posteriormente, realizou-se a leitura dos artigos e nessa etapa se excluíram-se 56 artigos, restando apenas 25 para leitura dos resumos e textos na íntegra, sendo excluídos 10, restando apenas 10 na amostra final da pesquisa, sendo 2 estavam disponíveis da base de dados da SciELO, 1 na MEDLINE, 3 na BDNF e 4 na LILACS.

No Quadro 1 foram organizados os artigos selecionados para realização da pesquisa, visto que foi destacado o título do artigo, os autores, o objetivo do estudo, os principais resultados encontrados e o ano e publicação dos estudos.

Título do Artigo	Autores	Objetivo do Estudo	Desfecho do Estudo	Ano
ADESÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM ÀS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DE INFECÇÕES DE CORRENTE SANGUÍNEA	Gisele Dias Dantas, Danielle Samara Tavares de Oliveira-Figueirêdo, Amanda Manuella Dantas Nobre, Edlene Régis Silva Pimentel.	Avaliar o conhecimento e adesão da equipe de enfermagem às medidas de prevenção de infecções de corrente sanguínea relacionadas ao cateter venoso central (ICSR-CVC) em Unidade de Terapia Intensiva.	Um percentual de 72,7% dos profissionais não referiu quais as medidas de prevenção de IPCS relacionadas a utilização de CVC. Sendo a educação continuada importante ferramenta no incentivo a adesão à tais medidas.	2017
BUNDLE PARA A PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DE CORRENTE SANGUÍNEA	Marianna Saba Fernandes, Marília Saba Fernandes, Higina Kelly Lemos Nogueira, Fernanda Souza Pontes, Ângela Cristina Fagundes Góes, Daniela Fagundes de Oliveira.	Verificar o conhecimento dos profissionais intensivistas sobre o bundle para a prevenção de infecção de corrente sanguínea relacionada ao CVC e sobre os cuidados no manejo deste dispositivo.	53,6% da equipe tinha conhecimento a respeito do bundle e apenas 51,6% da amostra apresentaram realizar os cuidados adequados para a do CVC. Evidenciou-se que grande parte dos relatos do conhecimento não foram coerentes com a prática.	2019
ADESÃO DA ENFERMAGEM AO PROTOCOLO DE INFECÇÃO DE CORRENTE SANGUÍNEA	Natiele Crivelaro, Ligia Marcia Contrin, Lucia Marinilza Beccaria, Isabela Shum Maher Frutuoso, Ana Maria Silveira, Alexandre Lins Werneck.	Verificar a adesão da equipe de Enfermagem ao protocolo de infecção de corrente sanguínea em pacientes em uso de cateteres intravasculares.	71,96% da amostra total tiveram uma média de internação de 15 dias na UTI e 2,12% desses pacientes tiveram IPCS relacionada ao uso do CVC. Constatando que a adesão a protocolos tem relação os baixos índices de IPCS relacionada ao uso do CVC.	2018

BUNDLE PARA MANUSEIO DO CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA EM NEONATOS	Maria Paula Custódio Silva, Aline Guarato da Cunha Bragato, Débora de Oliveira Ferreira, Luana Barbosa Zago, Silmara Elaine Malaguti Toffano, Adriana Cristina Nicolussi, Divanice Contim, Jesislei Bonolo do Amaral.	Construir um bundle para prevenção de infecção primária da corrente sanguínea relacionada a cateter que contemple cuidados de enfermagem para manuseio do cateter de acesso venoso central por inserção periférica em neonatos.	Elaborou-se bundle para manuseio do cateter central de inserção periférica em neonatos com vistas a redução de IPCS.	2019
INSERÇÃO DE CATETER VASCULAR CENTRAL: ADESÃO A BUNDLE DE PREVENÇÃO DE INFECÇÃO	Eliana Ofelia Llapa-Rodríguez, Júlian Katrin Albuquerque de Oliveira, Fernanda Carneiro Melo, Gilvan Gomes da Silva, Maria Cláudia Tavares de Mattos, Vinicius Paraíso Macieira Jr.	Avaliar a conformidade do processo assistencial envolvendo a inserção do cateter vascular central (CVC) em hemodiálise.	A partir da adoção ao bundle pôde-se observar uma redução 10,6 para 3,1 infecções por 1.000 pacientes/dia na densidade de incidência global das infecções primárias da corrente sanguínea.	2019
FATORES DE RISCO PARA INFECÇÕES DA CORRENTE SANGÜÍNEA RELACIONADAS A CATETER EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA.	Fabiola Peixoto Ferreira La Torre, Gabriel Baldanzi, Eduardo Juan Troster.	Determinar os fatores de risco para contrair infecções da corrente sanguínea associadas a cateter de acesso central em unidades de terapia intensiva pediátrica, e investigar a incidência e a etiologia dessas infecções nas unidades de terapia intensiva pediátrica com diferentes perfis.	Evidenciou-se que os principais fatores de risco para o desenvolvimento de IPCS foram: maior tempo de uso do cateter venoso central e o uso de mais de um cateter venoso central de maneira simultânea.	2018
ADESÃO DOS PROFISSIONAIS DE TERAPIA INTENSIVA AOS CINCO MOMENTOS DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	Luccas Melo de Souza, Maríndia Fernandes Ramos, Evelin Santos da Silva Becker, Lisiani Celina da Silva Meirelles, Suzana Aparecida Oliveira Monteiro.	Identificar a adesão dos profissionais de saúde de uma Unidade de Terapia Intensiva aos cinco momentos de higienização das mãos.	Identificou-se uma taxa de adesão a lavagem das mãos de apenas 43,7%, de um total de 446 das observações. Os técnicos de enfermagem foram os profissionais que menos aderiram a tal técnica, correspondendo a um percentual de apenas 29,2% de adesão.	2015
PROPOSTA DE PROTOCOLO PARA DESCONTAMINAÇÃO DE EQUIPAMENTOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	Juliana Ribeiro Mendes, Marislei de Sousa Espíndula Brasileiro.	Analisar a contaminação de equipamentos em uma unidade de terapia intensiva antes e após a limpeza e desinfecção e propor um protocolo para descontaminação.	Medidas como a descontaminação de superfícies, equipamentos e higienização das mãos como efetivas no que diz respeito a segurança do paciente.	2017
DESAFIO DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE BUNDLES DE CATETER VENOSO CENTRAL	Thabata Coaglio Lucas, Poliana Lopes Campos de Sá, Laura Petronilha dos Santos, Cleyde Amaral Leite, Ana Luisa de Paulo Caldeira, Adriana Cristina de Oliveira.	Verificar o desafio da HM para a implementação dos bundles de cateter venoso central.	Constatou-se uma baixa adesão a prática de higienização das mãos pelos técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos mesmo com a existência de um bundle específico.	2018

IMPACTO DE DOIS BUNDLES NA INFECÇÃO RELACIONADA A CATETER CENTRAL EM PACIENTES CRÍTICOS	Cristobal Felipe Padilla Fortunatti	Avaliar o impacto da implementação de bundles de inserção e manutenção nas taxas de infecção da corrente sanguínea relacionada a cateter venoso central numa unidade de terapia intensiva.	O uso de dois bundles ao mesmo apresentam resultados positivos na redução da taxa IPCS relacionada ao uso de CVC.	2017
---	-------------------------------------	--	---	------

Quadro 1-Descrição dos artigos identificados nas bases pesquisadas.

Fonte: Autoria Própria 2020.

5 | DISCUSSÃO

Conforme a análise dos artigos selecionados é notório que existe uma taxa de incidência significativa de IPCS associadas ao uso de CVC, principalmente em pacientes críticos que necessitam de um número maior de atividades intervencionistas e estão mais vulneráveis por estarem mais debilitados e em um ambiente com o risco de contaminação elevado^{10,11}.

Visto que quando analisados os fatores de risco que levam ao desenvolvimento de IPCR associada a CVC, se destacam o maior tempo de utilização, a utilização de mais de um CVC, a não adesão a medidas de precaução de barreira durante a inserção do cateter; além de ser destacado que a presença de outro dispositivo invasivo, como sondas vesicais e drenos, aumentam o risco em se desenvolver esse tipo de infecção¹⁰.

Em relação a prevenção das IPCS associadas a utilização de CV alguns estudos avaliam a associação da redução das mesmas com a adoção de medidas de alguns protocolos específicos. De tal maneira, um estudo realizado com o objetivo identificar adoção da equipe de enfermagem a esse tipo de protocolo constatou que a alta adesão dos profissionais ao protocolo de infecção de corrente sanguínea em pacientes que estavam em uso de cateteres teve associação com as baixas taxas de IPCS associadas a cateteres, visto que tal protocolo visava em especial a prática de ações como a higiene, fixação, identificação e manutenção de tais dispositivos¹².

Porém algo que pode ser observado em outro estudo é que um dos problemas em relação a adoção a tais medidas estabelecidas em alguns protocolos é que a equipe de enfermagem não recebe, por muitas vezes, treinamentos para inserção e manutenção de cateteres com enfoque na prevenção das infecções que podem surgir associadas a esses. Além de que, conforme os resultados de tal estudo, também foi possível constatar que a maioria dos profissionais não possuem formação complementar, o que é desvantajoso, pelo fato de que uma boa e segura assistência prestada aos pacientes requer também uma boa formação¹³.

Além de ser constatado a partir da análise de tal estudo, que a falta de conhecimento da equipe de enfermagem a respeito das medidas de manutenção dos CVC's se caracterizou

como principal fator que contribuiu para o desenvolvimento de IPCS relacionadas ao uso de CVC. Visto que tais medidas são as estabelecidas pelo Disease Control and Prevention (CDC), como as necessárias para o controle de IPCS associadas a utilização de cateteres¹³.

Sendo essas medidas: a correta higienização das mãos, a paramentação correta com destaque para a utilização de luvas estéreis para realização dos curativos e o uso de clorexidina alcoólica a 0,5% para limpeza durante o mesmo; além da avaliação diária da inserção do cateter para possíveis identificação de sinais de infecção; como também é necessário que antes da administração de medicamentos se realize a desinfecção do hub do CVC¹³.

Uma das medidas que a maioria das vezes está presente nos protocolos de prevenção de IPCS é a higienização das mãos, considerando esse quesito foi possível fazer o resgate de dois estudos que destacam a mesma. Assim, nos dois estudos observou-se uma baixa adesão a higienização das mãos, sendo que apenas cerca de 40% dos profissionais aderiram a tal medida em um dos estudos e no outro é relatado que a prática ainda é um desafio na UTI, pelo fato de ter sido identificado que a grande maioria dos profissionais tem oportunidade de higienizar as mãos sempre que entram em contato com pacientes, tanto antes ou após o contato, e mesmo assim a maioria não fazia tal higienização^{14, 15}.

Além de ser evidenciado que a equipe de enfermagem não seguia as práticas recomendadas nos protocolos de manutenção dos CVC's, no caso de administração de medicamentos, desinfecção do conector do cateter e manipulação dos mesmos, isso sendo considerado um fator direto no que se refere no aumento das taxas de infecção de corrente sanguínea relacionada a CVC, pois sabe-se que cerca de 50% de tais infecções se dar devido a formação de biofilmes intraluminais devido a colonização do conector com consequente entrada de bactéria no lúmen do CVC¹⁴.

Ademais, uma outra pesquisa que explanou a proposta de protocolo para descontaminação de equipamentos em uma UTI revelou que além da higienização das mãos ser uma prática efetiva na redução no nível de contaminação de um setor crítico e conseqüentemente uma medida de segurança para o paciente, é importante que os protocolos também contemplem a descontaminação de superfícies e equipamentos, pois os mesmos estão em constante contato tanto com os pacientes quanto com os profissionais, se configurando como uma importante fonte de transmissão cruzada quando não realizada a descontaminação dos mesmos¹⁶.

Um estudo que visou avaliar o impacto da implementação de dois bundles de inserção e manutenção nas taxas de infecção da corrente sanguínea relacionada a cateter venoso central numa unidade de terapia intensiva, demonstrou que o de inserção teve uma média de 93,8% de aceitação, tendo maior do que o de manutenção que alcançou uma média de adesão de 62,9%. Porém vale-se ressaltar que as taxas de IPCS associadas a utilização do cateter diminuiu de maneira significativa após a inserção de tais protocolos, sendo essas taxas correspondendo a 60,0%¹⁷.

Ainda foi possível identificar que referente ao bundle de inserção houve 100% de adesão à higiene das mãos e a preparação da pele; já no de manutenção a medida que alcançou maior adesão foi a inspeção do local de inserção e curativo com um percentual de 85,5%. De maneira que, cabe interpretar que tais ações são fortes contribuintes no que diz respeito a redução de IPCS relacionadas ao uso de CVC¹⁷.

Por mais que se observa uma efetividade na redução de IPCS relacionada ao uso de CVC quando colocado em prática a execução de algumas medidas estabelecidas em protocolos que visam o controle desse tipo de infecção, ainda é notório que grande parte das equipes de enfermagem apresentam uma baixa adesão aos mesmos. Visto que essa baixa adesão é explicada em um outro estudo pelo fato da maioria da equipe de enfermagem desconhecerem as medidas protocoladas pelos órgãos competentes^{13,14,18,19}.

De maneira que em um outro estudo é demonstrado que quando a elaboração e aplicação de protocolos é realizada juntamente com a capacitação de profissionais por meio da educação permanente se consegue melhores resultados. Possibilitando, dessa maneira, o argumento de que a união tanto da educação continuada quanto da permanente à implantação de protocolos de controle de IPCS associadas ao uso de CVC são ferramentas importantes para o alcance de melhores resultados, pois só há maior adesão às medidas preventivas e de controle de infecção quando também se compreende sua importância^{13, 18,19}.

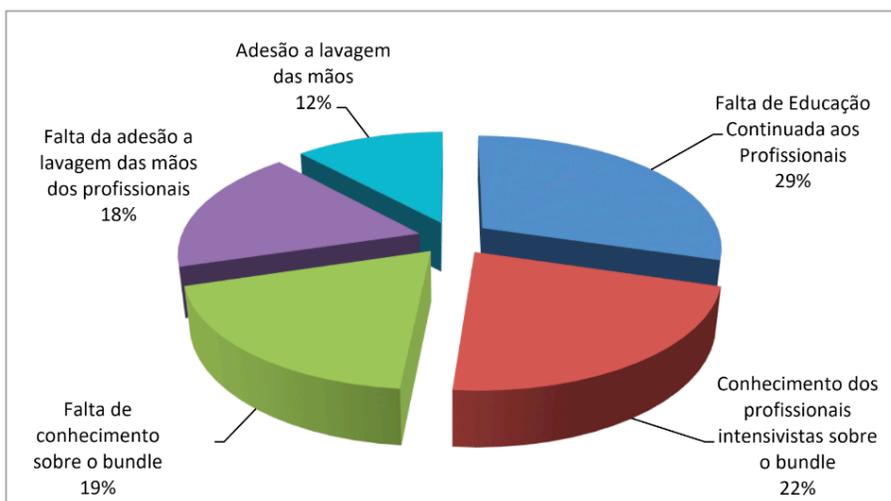


Gráfico 1: Resultado da falta de implantação dos bundles e protocolos a equipe intensivista.

6 | CONCLUSÃO

Foi possível se identificar evidencias suficientes para afirmar que a ocorrência de

IPCS têm forte associação a utilização de CVC, principalmente quando não há nenhum protocolo que guie a inserção e manutenção dos mesmos. Sendo que tal fator se explica pelo fato de ter sido possível se identificar que os níveis de IPCS, associada a utilização desse tipo de dispositivo, diminuíram de maneira significativa quando foram implantados bundles e protocolos.

Além do mais, foi pertinente que há uma baixa adesão a protocolos de manutenção de cateteres e em especial a adoção da higienização das mãos pela equipe de enfermagem, o que se caracteriza como um fator de risco para o aumento dos índices de IPCS associadas a utilização de CVC, quando leva-se em consideração a segurança do paciente e o risco de infecção cruzada, em especial dentro de um setor crítico hospitalar.

De tal maneira, conclui-se que a implantação de bundles e protocolos específicos para prevenção de IPCS, associadas a utilização de CVC, é uma medida efetiva, porém é importante o investimento em atividades educativas que incorporem a equipe sobre a importância da adoção dos mesmos em suas práticas diárias.

REFERÊNCIAS

1. Gahlot R, Nigam C, Kumar V, Yadav G, Anupurga S. Catheter-related bloodstream infections. *Int J Crit Illn Inj Sci.* 2014; 4(2):162–167.
2. Perin DC, Erdmann AL, Higashi GDC, Sasso GTMD. Evidências de cuidado para prevenção de infecção de corrente sanguínea relacionada a cateter venoso central: revisão sistemática. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2016;24:e2787.
3. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília: ANVISA, 2017.
4. Silva ACSS da, Santos Érick I dos, Penha RS, Dutra LB, Barreiros RN, Ribeiro IV. Evidências científicas brasileiras acerca da infecção primária da corrente sanguínea em pediatria. REAID [Internet]. 8abr.2019 [citado 1out.2020];82(20). Available from: <https://www.revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/305>
5. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Critérios Diagnósticos das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. Nota Técnica GVIMS/GGTES, n.03 – Brasília: ANVISA, 2019.
6. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Programa nacional de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde (2016-2020). v.1, p.1-38- Brasília: ANVISA, 2016.
7. Campos SF, Vilar MAS, Vilar DA. Biossegurança: Conhecimento e Adesão às Medidas de Prevenção Padrão num Hospital. *Revista Brasileira de Ciências e Saúde.* 2011; 15(4).
8. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Revista Einstein.* 2014; 8(1):102-106.
9. MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P. Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Revista Texto Contexto Enfermagem.* 2013; 17(4):758-764.

- 10.**Torre FPFL, Baldanz G, Troster EJ. Fatores de risco para infecções da corrente sanguínea relacionadas a cateter em unidades de terapia intensiva pediátrica. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2018;30(4):436-442.
- 11.**Llapa-Rodríguez EO, Oliveira JKA, Melo FC, Silva GG, Mattos MCT, Macieira Jr VP. Insertion of central vascular catheter: adherence to infection prevention bundle. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(3):774-9.
- 12.**Crivelaro N, Contrin LM, Beccaria LM, Frutuoso IS, Silveira AM, Werneck AL. Adesão da enfermagem ao protocolo de infecção de corrente sanguínea. *Rev enferm UFPE on line*. 2018; 12(9):2361-7.
- 13.**Dantas GD, Oliveira-Figueirêdo DST, Nobre AMD, Pimentel ERS. Adesão da equipe de enfermagem às medidas de prevenção de infecções de corrente sanguínea. *Rev enferm UFPE on line*. 2017; 11(10):3698-706.
- 14.**Lucas TC, Sá PLC, Santos LP, Leite CA, Caldeira ALP, Oliveira AC. Desafio da higienização das mãos para a implementação dos bundles de cateter venoso central. *R Epidemiol Control Infec*, 2018; 8(3):216-223.
- 15.**Souza LM, Ramos MF, Becker ESS, Meirelles LCS, Monteiro SAO. Adesão dos profissionais de terapia intensiva aos cinco momentos da higienização das mãos. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015 dez;36(4):21-8.
- 16.**Mendes JR, Brasileiro MSE. Proposta de protocolo para descontaminação de equipamentos em unidade de terapia intensiva. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*. 2017;7:e2346.
- 17.**Fortunatti CFP. Impacto de dois bundles na infecção relacionada a cateter central em pacientes críticos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017;25:e2951.
- 18.**Silva MP, Bragato AG, Ferreira DO, Zago LB, Toffano SE, Nicolussi AC, et al. Bundle para manuseio do cateter central de inserção periférica em neonatos. *Acta Paul Enferm*. 2019;32(3):261-6.
- 19.**Fernandes MS, Fernandes MS, Nogueira HKL, Pontes FS, Góes ÁCF, Oliveira DF. Bundle para a prevenção de infecção de corrente sanguínea. *Rev enferm UFPE on line*. 2019; 13(1):1-8.

CAPÍTULO 7

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE INFECÇÃO RELACIONADA AO CATETER VENOSO CENTRAL

Data de aceite: 22/01/2021

Data de submissão: 22/12/2020

Eliseba dos Santos Pereira

Universidade Estadual do Piauí – UESPI
Teresina – PI
<http://lattes.cnpq.br/0365098465777562>

Eliel dos Santos Pereira

Universidade Estadual do Maranhão
Grajaú, MA
<https://orcid.org/0000-0003-2291-0024>

Aclênia Maria Nascimento Ribeiro

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Teresina-PI
<http://lattes.cnpq.br/5883408075990521>

Gabriela Oliveira Parentes da Costa

Instituto de Ensino Superior Múltiplo – IESM
Timon-MA
<http://lattes.cnpq.br/4864615706921276>

Elton Filipe Pinheiro de Oliveira

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Teresina-PI
<http://lattes.cnpq.br/2829054084850625>

Verônica Elis Araújo Rezende

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Teresina-PI
<http://lattes.cnpq.br/7548179264137372>

Cleidinara Silva de Oliveira

Hospital Universitário da Universidade Federal
do Piauí - HU/UFPI
Teresina-PI
<https://orcid.org/0000-0003-4837-1719>

Felipe de Sousa Moreiras

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Florianópolis-PI
<https://orcid.org/0000-0002-8703-1429>

Laíse Virgínia Soares Senna

Hospital Universitário da Universidade Federal
do Piauí – HU/UFPI
Teresina/PI
<http://lattes.cnpq.br/602676039242912300695842307>

Luzia Fernandes Dias

Centro Universitário Maurício de Nassau
Teresina-PI
<https://orcid.org/0000-0003-4770-2782>

Carla Lorena Morais de Sousa Carneiro

Universidade Estadual do Piauí – UESPI
Florianópolis – PI
<http://lattes.cnpq.br/2280464737052165>

Eliete Leite Nery

Hospital Universitário da Universidade Federal
do Piauí - HU/UFPI
Teresina-PI
<https://orcid.org/0000-0003-3740-8715>

RESUMO: Os pacientes internados em unidade de terapia intensiva apresentam normalmente, condições que estão relacionadas ao risco de desenvolvimento de infecções relacionadas à saúde, dentre elas, está o uso de cateter venoso central. Nesse contexto, a enfermagem tem papel de destaque na prevenção das possíveis complicações. **Objetivo:** Refletir acerca das intervenções de enfermagem no tocante à

prevenção de infecções relacionadas à utilização de cateter venoso central. **Metodologia:** Trata-se de um artigo reflexivo realizado a partir da busca da literatura nas bases de dados: MEDLINE, SCIELO e LILACS, no mês de dezembro de 2020 por meio dos descritores: assistência de enfermagem, infecções relacionadas a cateter e cateteres venosos centrais. **Resultados:** Observou-se no estudo, a importância da enfermagem no processo de prevenção das complicações infecciosas nos pacientes que utilizam o cateter venoso central, visto que na maioria das etapas do processo que envolve a utilização desse cateter, há o envolvimento do profissional de enfermagem. Verificou-se ainda, que sua participação efetiva pode levar a uma diminuição dessas complicações. **Conclusão:** Nesse sentido, faz-se necessária a implantação de medidas de educação continuada, envolvendo treinamento, conscientização dos envolvidos e verificação periódica dos conhecimentos técnicos da equipe, a fim de evitar as complicações e proporcionar uma assistência de qualidade, contribuindo para a diminuição do tempo de internação, dos custos hospitalares e otimização dos benefícios aos pacientes. **PALAVRAS-CHAVE:** Assistência de Enfermagem; Infecções relacionadas a cateter; Cateteres venosos centrais.

NURSING INTERVENTIONS IN THE PREVENTION OF INFECTION RELATED TO THE CENTRAL VENOUS CATHETER

ABSTRACT: Patients admitted to the intensive care unit usually have conditions that are related to the risk of developing health-related infections, including the use of a central venous catheter. In this context, nursing has a prominent role in preventing possible complications. **Objective:** To reflect on nursing interventions in terms of preventing infections related to the use of central venous catheters. **Methodology:** This is a reflective article carried out from the literature search in the databases: MEDLINE, SCIELO and LILACS, in December 2020 through the descriptors: nursing care, catheter-related infections and central venous catheters. **Results:** It was observed in the study, the importance of nursing in the process of prevention of infectious complications in patients using the central venous catheter, since in most stages of the process that involves the use of this catheter, there is the involvement of the nursing professional. It was also found that their effective participation can lead to a reduction in these complications. **Conclusion:** In this sense, it is necessary to implement continuing education measures, involving training, awareness of those involved and periodic verification of the technical knowledge of the team, in order to avoid complications and provide quality assistance, contributing to the reduction of length of stay, hospital costs and optimization of patient benefits. **KEYWORDS:** Nursing Assistance; Catheter-related infections; Central venous catheters.

1 | INTRODUÇÃO

A unidade de terapia intensiva (UTI) caracteriza-se por realizar serviços especializados e complexos aos seus pacientes que normalmente, apresentam patologias ou comprometimento sistêmico graves, necessitando assim de assistência contínua e de alta qualidade. Sabe-se que são muitos os procedimentos e equipamentos utilizados e entre

as complicações mais comuns e sérias decorrentes dessa conjuntura, está o surgimento de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), que eleva os índices de mortalidade, aumento do tempo de internação e custos associados à assistência dos usuários. Nesse contexto, a enfermagem tem papel de destaque considerando que a equipe tem influência direta nos resultados obtidos nesses pacientes e na prevenção das possíveis complicações (GOMES; NASCIMENTO, 2013; JARDIN et al., 2013).

Entre as condições importantes que estão relacionadas ao risco de desenvolvimento de infecções em pacientes de UTI, está o uso de cateter venoso central (CVC), que é um dispositivo de uso fundamental na rotina desse serviço e que apresenta grande importância devido sua utilização para procedimentos como monitorização hemodinâmica, manutenção de uma via de infusão de soluções e medicações, nutrição parenteral, hemodiálise e para a coleta de amostras sanguíneas. Além disso, a permanência por vários dias inserido no paciente minimiza o trauma provocado pela inserção de vários cateteres periféricos (JARDIN et al., 2013; KOUTZAVEKIARIS et al., 2011).

Por definição, CVCs são tubos flexíveis radiopacos, feitos de silicone, poliuretano ou teflon, apresentando de um a três lumens, dispostos em paralelo na extremidade proximal, independentes entre si, de comprimentos e calibres variados. Atualmente mais de 90% das bacteremias primárias diagnosticadas são relacionadas ao CVC. Importante ainda considerarmos que, pelo menos metade destes pacientes encontram-se em ambientes de terapia intensiva. (SILVA; OLIVEIRA, 2016; SANTOS, et al., 2014; DAVIS, et al., 2013; MESIANO; MERCHÁN-HAMANN, 2007).

Os cateteres venosos centrais têm sua classificação de acordo com seu uso e respeitando-se o tempo de permanência destes. Atendendo ao padrão, tem-se os cateteres venosos umbilicais, dentre os de curta permanência, os CVC's inseridos por punção de veia femoral, jugular interna e subclávia, e os inseridos por dissecação venosa; assim como os considerados de longa permanência, como o caso dos cateteres venosos centrais de inserção periférica (PICC), os cateteres semi-implantados (Broviac e Hickman) e os totalmente implantados. Todas as formas de utilização são relacionadas com o surgimento de quadros infecciosos que envolvem a corrente sanguínea (GOMES; NASCIMENTO, 2013).

As infecções de corrente sanguínea relacionadas ao cateter, ocorre quando o microrganismo presente no local de inserção atinge o tecido sanguíneo e provoca uma infecção com grave comprometimento clínico, podendo resultar em septicemia e até mesmo em morte. Estudos mostram que cerca de 20 a 40% dos usuários do cateter desenvolvem infecções e até 10% bacteremia. Para estes, a taxa de mortalidade é variável e situa-se entre 6,7 a 75% entre os pacientes e incidência que pode variar de 3,2 a 40,4 casos por 1.000 dias de cateter (NASCIMENTO et al., 2015; SANTOS et al., 2014).

Muitos trabalhos mostram que existem fatores de riscos relacionados a estas complicações infecciosas quando do uso desta importante ferramenta. Entre estes fatores,

destacam-se: a idade do paciente, o tempo de utilização do dispositivo, a veia utilizada para inserção, a utilização de dispositivos impregnados com drogas antimicrobianas, a assepsia adequada do local, a experiência do profissional manipulador e os cuidados de biossegurança dos profissionais de saúde envolvidos. Pacientes acima de 50 anos de idade, que usam o dispositivo sem drogas antimicrobianas, na veia femoral e com muitos dias de uso também apresentam maior risco. (SANTOS et al., 2014; WEBER; RUTALA, 2011).

Considerando estes fatores e a participação da enfermagem dentro da equipe de atenção à saúde, é possível inferir que este profissional passa a ocupar papel fundamental nos cuidados com o CVC, sendo responsável pela manutenção e a avaliação diária a fim de minimizar os riscos do desenvolvimento de infecção. Pelo exposto, é de extrema importância que os profissionais de enfermagem sejam capacitados para desenvolver as técnicas e cuidados com a manipulação e a manutenção dos cateteres, com o objetivo de evitar complicações, principalmente, as que envolvem infecções, além de proporcionar ao paciente uma assistência segura, proporcionando recuperação eficiente e a diminuição do tempo de internação dos pacientes submetidos ao procedimento (GOMES; NASCIMENTO, 2013; TODESCHINI; TREVISOL, 2011).

Dessa forma, o presente artigo tem por objetivo refletir acerca das intervenções de enfermagem no tocante à prevenção de infecções relacionadas à utilização de CVC, visando demonstrar a importância desses cuidados e as possíveis intervenções que possam vir a beneficiar os pacientes.

2 | METODOLOGIA

O presente artigo trata-se de um artigo reflexivo realizado a partir da busca da literatura nas bases de dados: MEDLINE (*National Library of Medicine*), SCIELO (*Scientific Eletronic Library Online*) e LILACS (*Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde*). A busca na literatura para o embasamento da reflexão foi realizada no mês de dezembro de 2020 por meio dos descritores: assistência de enfermagem, infecções relacionadas a cateter e cateteres venosos centrais.

Foram considerados como critérios de inclusão: artigos disponibilizados na íntegra em português, com as mais variadas metodologias, e que abordassem especificamente do desenvolvimento de infecções relacionadas ao uso de CVC. Foram excluídos artigos duplicados e que não se adequaram aos objetivos do estudo.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

As infecções da corrente sanguínea, relacionadas ao CVC, são comuns na UTI, sendo consideradas umas complicações mais frequentes, podendo ser fatal, levando o

paciente até mesmo ao óbito. Além disso, ocorrem com frequência, prolongamento do tempo de internação do paciente e aumento dos custos com internação, seja para os convênios de saúde, para o SUS ou para o próprio paciente. De acordo com o levantamento bibliográfico realizado, fica clara a importância da enfermagem no processo de prevenção das complicações infecciosas nos pacientes que utilizam o CVC, e que sua participação efetiva pode levar a uma diminuição dessas complicações (SILVA; OLIVEIRA, 2016; NEVES, et al., 2010).

De acordo com a literatura, várias medidas são fundamentais para essa prevenção. Estas condutas podem ainda ser classificadas de acordo com o momento em que são realizadas e podem ocorrer em momentos distintos do processo. Assim, conforme recomendações nacionais e internacionais, é imprescindível a antissepsia do local de inserção do cateter antes do procedimento, como medida de proteção e prevenção de infecções. Deve-se dar preferência pela veia subclávia, e pode ser prescrito cateter impregnado com antibiótico. Outras medidas importantes são a higienização prévia das mãos, e evitar inserção do cateter na veia femoral, além do uso do ultrassom para guiar a inserção do cateter (KAYA, et al., 2016; MESIANO; MERCHÁN-HAMANN, 2007).

Já higienização prévia das mãos, a desinfecção das conexões, conectores e *hub* do cateter, a antissepsia diária do local da inserção, a avaliação do local inserido e o uso de curativos semipermeáveis transparentes são medidas fundamentais durante a manutenção do CVC (KAYA, et al., 2016; MESIANO; MERCHÁN-HAMANN, 2007).

Pela própria natureza de suas funções, a equipe de enfermagem deve participar diretamente do segundo grupo de medidas e ainda indiretamente do primeiro, ressaltando assim a importância desse profissional. A literatura mostra que a adesão destes procedimentos pela equipe diminui de forma muito importante as complicações infecciosas relacionadas ao CVC (LOPES; OLIVEIRA; SARAT, 2012; MENDONÇA et al., 2011).

Entre as medidas incrementadas, a higienização das mãos deve ser realizada antes e após o manuseio do cateter e especialmente das conexões, conectores, *hub* e troca de curativos. Esse procedimento é importante considerando que as mãos são responsáveis pela transmissão direta de patógenos ao cateter. Ressaltamos ainda que há um aumento do risco de contaminação a cada manipulação. Quanto à desinfecção das conexões, conectores e *hub*, segundo a literatura, deve-se ter um cuidado redobrado por parte da enfermagem e a mesma deve ser realizada pela fricção por no mínimo 15 segundos utilizando a solução de clorexidina alcoólica 2%. Essa prática diminui a propagação de microrganismos extraluminal e intraluminal do cateter, reduzindo as taxas de infecção da corrente sanguínea (CAVALCANTE et al., 2015; PEDROLO et al., 2014; NEVES et al., 2010).

Outro ponto a ser considerado pela equipe de enfermagem é a assepsia do local de inserção do CVC. A mesma deve ser feita com solução de clorexidina > 0.5% e deve ser realizada a cada troca de curativos. Essa conduta visa reduzir a carga microbiana local

e assim o risco de infecção. Ressaltamos ainda que a inspeção do local de inserção do CVC é de extrema importância. Para tanto, deve ser verificada a presença de hiperemia e secreção purulenta. Exatamente para facilitar essa investigação, de acordo com a literatura, recomendam-se curativos impermeáveis e transparentes, por permitirem melhor inspeção, reduzir a umidade local e possibilitarem maior tempo para troca (GAHLOT, 2014; BASHIR; OLSON; WALTERS, 2012).

Além disso, atenção maior deve ser dada a permanência do cateter no paciente. O mesmo deve ser retirado sempre que não mais houver a necessidade do mesmo. Dessa forma, o registro sobre a permanência do cateter é fundamental para o uso racional dessa ferramenta, permitindo assim que o mesmo não permaneça inserido no paciente sem uma real necessidade (SILVA; OLIVEIRA, 2016).

Vale ressaltar ainda que algumas medidas complementares são importantes para a adesão dos profissionais envolvidos. Para isso, segundo a literatura estudada, faz-se necessária a implantação de medidas de educação continuada. Esse processo envolve treinamento de técnicas, conscientização dos envolvidos e verificação periódica dos conhecimentos técnicos da equipe. Essas medidas por sua vez, são sustentadas por dados de notificação dos eventos infecciosos, verificação e divulgação permanente dos benefícios obtidos pela equipe. Nesse contexto, a enfermagem também ocupa papel de destaque, pois, também devido a sua formação holística, este profissional tem capacidade de agregar a equipe e facilitar a integração de grupos de trabalho e dessa forma, contribuir para a manutenção dos benefícios obtidos (OLIVEIRA, et al., 2013; LOBO, et al., 2010).

É importante considerar que para que se tenha essa consciência preventiva, é necessário que seja desenvolvida uma visão do uso do CVC como um processo e não como um procedimento. Assim, deve ser visto como uma sequência de eventos seguidas pelos profissionais, embasados em conhecimento para seguir as etapas do cateterismo venoso central, visando manutenção deste e prevenção de possíveis complicações (PARK, 2016; GOMES; NASCIMENTO, 2013).

Acredita-se que um passo importante é reconhecer a relevância do cuidado na manutenção dos cateteres e assim, contribuir para que se estabeleça práticas que qualifiquem os profissionais de enfermagem, com capacitações e que fortaleçam uma prática clínica baseada em evidências científicas (PARK, 2016; CAVALCANTE, 2015).

4 | CONCLUSÃO

Diante do aumento das incidências de infecções relacionadas ao uso do CVC, pode-se verificar a importância de se manter educação continuada a todos envolvidos na execução desse processo, em especial à equipe de enfermagem, participe na grande maioria das etapas do seguimento que envolve a utilização do CVC. A atualização e o envolvimento desse profissional são de fundamental importância para o alcance de bons

resultados envolvendo a utilização dessa ferramenta tão importante nos serviços de unidade de terapia intensiva.

Espera-se que com este estudo, haja contribuição para a disseminação dos conhecimentos relacionados ao tema, da adoção das intervenções de enfermagem no manuseio do CVC e as principais recomendações sobre a execução e manutenção do processo de cateterismo venoso central sirvam na diminuição dos riscos de infecção associados a esta ferramenta tão importante que é o CVC.

REFERÊNCIAS

BASHIR, M. H.; OLSON, L. K. M.; WALTERS, S. A. **Suppression of regrowth of normal skin flora under chlorhexidine gluconate dressings applied to chlorhexidine gluconate-prepped skin.** Am J Infect Control. v.40, n.4, p.344-348, 2012.

CAVALCANTE, R. C. et al. **Cuidados de enfermagem na manutenção do cateter central de inserção periférica em neonatos: revisão integrativa.** Rev. Pre. Infec e Saúde. v.1, n. 2, p.64-74, 2015.

DAVIS, M. B. H. **Pediatric Central Venous Catheter Management: A Review of Current Practice.** JAVA. v.18, n.2, p.93-99, 2013.

GAHLOT, R. et al. **Catheter-related bloodstream infections.** Int J Crit Illn Inj Sci. n.4, v.2, p.162-167, 2014;

GOMES, A. V. O.; NASCIMENTO, M. A. L. **O processo do cateterismo venoso central em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica.** Rev Esc Enferm USP. v.47, n.4, p.794-800, 2013.

JARDIN, J. M. et al. **Evaluation of practices for the prevention and control of bloodstream infections in a government hospital.** Rev Esc Enferm USP. v.47, n.1, p.38-45, 2013.

KAYA, H. et al. **The effect of nursing care protocol on the prevention of central venous catheter-related infections in neurosurgery intensive care unit.** Applied Nursing Research, v.32, p.257-261, 2016.

KOUTZAVEKIARIS, I. et al. **Knowledge and practices regarding prevention of infections associated with central venous catheters: a survey of intensive care unit medical and nursing staff.** American Journal of Infection Control. v.39, p.542-547, 2011.

LOBO, R. D. et al. **Evaluation of interventions to reduce catheter-associated bloodstream infection: Continuous tailored education versus one basic lecture.** Am J Infect Control. v.38, n.6, p.440-88, 2010.

LOPES, A. P. A. T.; OLIVEIRA, S. L. C. B.; SARAT, C. N. F. **Infecção relacionada ao cateter venoso central em unidades de terapia intensiva.** Ensaios e Ciência Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde. v.16, n.1, 2012.

MENDONÇA, K. M. et al. **Atuação da enfermagem na prevenção e controle de infecção de corrente sanguínea relacionada a cateter.** Rev Enferm UERJ. v.19, n.2, p.330-333, 2011.

MESIANO, E. R.; MERCHÁN-HAMANN, E. **Infecções da corrente sanguínea em pacientes em uso de cateter venoso central em unidades de terapia intensiva.** Rev Lat Am Enfermagem. v.15, n.3, p.453-9, 2007.

NASCIMENTO, G. C. et al. **Infecção na inserção do cateter venoso central.** Rev. Pre. Infec e Saúde.v.1, n.3, p.46-54, 2015.

NEVES, J. et al. **Infecções em cateteres venosos centrais de longa permanência: revisão de literatura.** J Vasc Bras.v.9, n.1, p.46-50, 2010.

OLIVEIRA, F. J. G. et al. **Use of central venous catheter in patients hospitalized in an intensive care unit.** Rev Rene. v.14, n.5, p. 904-10, 2013.

PARK, J. Y. **Implementing a central venous catheter self-management education program for patients with cancer.** European Journal of Oncology Nursing. v. 25, p.1-8, 2016.

PEDROLO, E. et al. **Curativo impregnado com clorexidina para cateter venoso central: análise de teste piloto.** Rev enferm UERJ. v. 22, n.6, p. 760-4, 2014.

SANTOS, F. S. et al. **Ações de enfermagem na prevenção de infecções relacionadas ao cateter venoso central: uma revisão integrativa.** Rev. SOBECC. v.19, n.4, p.219-225, 2014.

SILVA, A. G.; OLIVEIRA, A. C. **Prevenção da infecção da corrente sanguínea relacionada ao cateter venoso central: Uma revisão integrativa.** Vigil. sanit. Debate. v. 4, n. 2, p.117-125, 2016.

TODESCHINI, A. B.; TREVISOL, F. S. **Sepse associada ao cateter venoso central em pacientes adultos internados em unidade de terapia intensiva.** Rev Bras Clin Med. v.9, n.5, p.334-7, 2011.

WEBER, D. J.; RUTALA, W. A. **Central line-associated bloodstream infections: prevention and management.** Infect Dis Clin North Am.v.5, n.1, p. 77-102, 2011.

CAPÍTULO 8

CONSTRUÇÃO DE ALGORITMOS CLÍNICOS PARA CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES EM URGÊNCIA EMERGÊNCIA

Data de aceite: 22/01/2021

Reinaldo Ribeiro de Oliveira

Mestre de Enfermagem, Gestor de Serviços de Enfermagem Associação Paulista para Desenvolvimento da Medicina – SPDM
São Paulo (SP), Brasil

Maria Cristina de Mello Ciaccio

Doutora em Ciências, Docente do Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Centro Universitário São Camilo
São Paulo (SP), Brasil

Grazia Maria Guerra

Doutora em Ciências, Docente do Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Santo Amaro
São Paulo (SP), Brasil

RESUMO: Objetivo: Este estudo objetivou desenvolver um algoritmo computacional de decisão clínica para classificação de pacientes adultos em urgência e emergência, como um subsídio para sistemas de informação em saúde.

Método: Trata-se de um estudo metodológico tecnológico de caráter transversal. A trajetória metodológica deste estudo seguiu duas fases: sendo a primeira a revisão integrativa e a segunda etapa contemplaram a construção do algoritmo. **Resultados:** Na primeira etapa, o estudo identificou 844 artigos, destes, 7(0,83%) artigos selecionados para revisão integrativa. Na segunda etapa, estudo produziu um abrangente catálogo de algoritmos que convergem para um escopo de interpretações de condições clínicas

em pacientes adultos, como requisito para tomada de decisão clínica para os atendimentos.

Conclusões: O estudo atingiu seu objetivo, os resultados podem ser utilizados em interface a qualquer sistema de prontuário eletrônico, facilmente interpretado por programadores. Assim, o produto obtido até aqui, oferece projeção embrionária, com possibilidades a uma arquitetura de ramificação.

PALAVRAS-CHAVE: Algoritmos, Enfermagem, Informática médica, Sistemas de apoio a decisões em saúde, Sistemas de apoio a decisões clínicas, Triagem.

CONSTRUCTION OF CLINICAL ALGORITHMS FOR CLASSIFICATION OF PATIENTS IN URGENCY AND EMERGENCY

ABSTRACT: Objective: This study aimed to develop a computational algorithm for clinical decision to classify adult patients in urgency and emergency, as a subsidy for health information systems. **Method:** This is a cross-sectional technological methodological study. The methodological trajectory of this study followed two phases: the first being the integrative review and the second stage included the construction of the algorithm. **Results:** In the first stage, the study identified 844 articles, of these, 7 (0.83%) articles selected for integrative review. In the second stage, a study produced a comprehensive catalog of algorithms that converge to a range of interpretations of clinical conditions in adult patients, as a requirement for clinical decision-making for care. **Conclusions:** The study reached its objective, the results can be used in

interface to any electronic medical record system, easily interpreted by programmers. Thus, the product obtained so far, offers embryonic projection, with possibilities for a branching architecture.

KEYWORDS: Algorithms, Nursing, Medical informatics, Health decision support systems, Clinical decision support systems, Triage.

CONSTRUCCIÓN DE ALGORITMOS CLÍNICOS PARA CLASIFICACIÓN DE PACIENTES EN URGENCIA E EMERGENCIA

RESUMEN: Objetivo: Este estudio tuvo como objetivo desarrollar un algoritmo computacional para la decisión clínica de clasificar a los pacientes adultos en urgencia y emergencia, como un subsidio para los sistemas de información de salud. **Método:** se trata de un estudio metodológico tecnológico transversal. La trayectoria metodológica de este estudio siguió dos fases: la primera fue la revisión integradora y la segunda etapa incluyó la construcción del algoritmo. **Resultados:** en la primera etapa, el estudio identificó 844 artículos, de estos, 7 (0,83%) artículos seleccionados para revisión integradora. En la segunda etapa, un estudio produjo un catálogo completo de algoritmos que convergen en una variedad de interpretaciones de condiciones clínicas en pacientes adultos, como un requisito para la toma de decisiones clínicas para la atención. **Conclusiones:** el estudio alcanzó su objetivo, los resultados se pueden utilizar en la interfaz de cualquier sistema de registro médico electrónico, fácilmente interpretable por los programadores. Por lo tanto, el producto obtenido hasta ahora ofrece proyección embrionaria, con posibilidades de una arquitectura ramificada.

DESCRIPTORES: Algoritmos, Enfermería, Informática médica, Sistemas de soporte de decisiones de salud, Sistemas de soporte de decisiones clínicas, Cribado.

INTRODUÇÃO

A informatização dos sistemas e processos de assistência em saúde, seja de um banco de dados epidemiológico ou nas tarefas rotineiras, vem ganhando espaço a cada dia. Neste caminho, pode-se construir e instrumentalizar processos e bases de dados que favorecem a organização assistencial e a pesquisa, permitindo um vasto mundo de inúmeras possibilidades seja pelos gestores, profissionais e aos pesquisadores ⁽¹⁾.

O registro da informação tem uma significância e utilidade sempre ao destinatário, os dados tratados no futuro, podem atribuir ao receptor, modificando suas expectativas ou sua tomada de decisão sobre as possibilidades que no momento estejam disponíveis ⁽²⁾.

A informação tecnológica tem sido reconhecida como recursos não humanos (Software e Hardware), que processam e armazenam informações de comunicação de modo que estes recursos são organizados em um sistema com possibilidades de interligarem numerosas tarefas e resultados ⁽³⁾.

Aderir aos sistemas de informações está relacionado à evolução cultural e política das pessoas, profissionais e do meio que vivemos. A progressão da competência, (fluência digital) dos profissionais e lideranças, é o ponto de reconhecimento e necessidade de se estabelecer a dimensão que os sistemas oferecem de possibilidades aos processos de trabalho ⁽⁴⁾.

A assistência de saúde interdisciplinar movimentou um volume extraordinário de dados e informações dos pacientes, que em sua maioria das vezes é exigido manter arquivo dos dados, sejam para fins documentais ou epidemiológicos ⁽⁵⁾.

Os bancos de dados se agregam e são sistematizados, vão caracterizar o nível de saúde da população e favorecer a construção de outros modelos de políticas de atendimentos aos usuários ⁽⁶⁾.

Embora, este conjunto de informações desorganizadas, repleto de informações dispersas, carece de interesse e demanda de recursos humanos especializados. A área de saúde ainda requer investimento e valorização, a começar pela conscientização das lideranças que favoreçam a imersão de suas decisões estratégicas.

Os recursos tecnológicos caminham a passos largos, o quanto antes contribuir-se com o manejo desta imersão, contribuirá para que a assistência em saúde, obtenha resultados e reflexões contemporâneas que venham de encontro a evolução dos tempos ^(3,5).

Ao considerar os achados de estudos como os de Richardson et al (2016) e Muller-Staub et al ⁽⁶⁾ e outros, produzidos sobre a temática em consonância com a realidade dos serviços de urgência e emergência, que não é diferente com outras experiências pelo mundo, no fluxo de acesso do paciente em um serviço de urgência, pode ampliar ou delimitar muitos os resultados positivos ao longo do atendimento.

No Brasil, diversas instituições de saúde, já utilizam sistemas de classificação de riscos, embora em sua grande maioria, trabalham de modo empírico com modelos adaptados a sua convivência ⁽⁷⁾.

Conhecendo-se a realidade das práticas os indicadores e resultados de serviços públicos brasileiros, onde o reflexo cultural da população e a escassez de investimentos, valorização da prestação de assistência primária na atenção básica, carece de promoção de saúde, estimula a população demasiadamente procurar por atendimento rápido em prontos socorros^(4,8). Esta prática sobrecarrega a assistência secundária nas emergências. Com um acúmulo sem precedentes de casos sem gravidade, que buscam agilidade nos atendimentos ⁽⁸⁾.

A oferta de estudos brasileiros de validação de protocolos de classificação de riscos ainda carece de valorização. A literatura internacional em suas bases de dados, sugerem que muitas falhas acontecem na aplicação dos protocolos conhecidos ^(7,9,10,11).

Após a conclusão do estudo, projeta-se contribuir com a publicação de um algoritmo ilustrado, fundamentado nos 4 principais protocolos difundidos: Manchester Triage System - MTS, Emergency Severity Index – ESI, Australian Triage Scale – ATS e o Canadian Triage Acuity Scale – CTAS, para inserção em um sistema de apoio a decisão clínica e colaborar de maneira embrionária para futuros estudos sobre a temática.

Diante da problematização apresentada na introdução a pergunta de pesquisa do presente estudo se constitui na seguinte questão: “Considerando o cenário nacional dos

serviços de urgência e emergência com base na literatura fundamentada no mais alto grau de evidência científica e diante dos protocolos conhecidos implantados, pretendeu-se verificar a repercussão da utilização de algoritmos de sistemas de apoio a decisão clínica para classificação de pacientes adultos no atendimento de serviços de urgência e emergência”?

Espera-se com este estudo, fundamentar um algoritmo de classificação de risco clínico, isentar a prática de enfermagem de modelos adaptados e distorcidos das propostas originais dos protocolos estudados, aumentar a qualidade/efetividade dos atendimentos e garantir a segurança dos processos assistenciais de saúde em prontos socorros.

OBJETIVOS

Desenvolver um algoritmo computacional de decisão clínica para classificação de pacientes adultos em urgência e emergência como um subsídio para sistemas de informação em saúde.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo metodológico tecnológico de abordagem transversal. Para atingir o objetivo do estudo, a metodologia será fundamentada em um ciclo de vida, sedimentado nos conceitos de prototipação. Considera-se desta forma, organizar o estudo e sua proposta de um sistema de subsídios para elaboração de um algoritmo estruturado ⁽¹²⁾.

Nos estudos metodológicos o pesquisador projeta a construção de um protótipo confiável, busca-se que este produto seja usual e com vistas a utilização e aplicabilidade⁽¹³⁾.

A prototipação é um processo que busca facilitar o entendimento das etapas e seus recursos, conceitos e funcionalidades de um projeto, que neste caso, projeta-se um produto de algoritmo que será subsídio para um futuro *software* ⁽¹³⁾. Os protótipos podem ter características visuais e interativas. A fase de prototipação de um projeto, é um meio eficiente de validar uma idéia e organizar e suas fases ^(12,13).

A trajetória metodológica deste estudo seguiu duas fases: sendo a primeira a revisão integrativa e a segunda etapa contemplou a construção do algoritmo de apoio a decisão clínica para classificação de pacientes adultos em urgência e emergência.

Na operacionalização da primeira fase, foi realizado uma revisão integrativa da literatura, com abordagem quantitativa, exploratória e descritiva, com o intuito de embasar o desenvolvimento de um algoritmo. Para esta revisão foram utilizadas as seguintes fases: identificação do tema e seleção da questão norteadora; estabelecimento dos critérios para a seleção da amostra; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa e, finalmente, a

interpretação dos resultados e apresentação da revisão e por conseguinte a construção do algoritmo na segunda fase ^(14,15) .

A revisão integrativa é um método que permite uma compreensão ampla do tema de interesse porque admite a inclusão simultânea de pesquisa experimental e quase-experimental e toma como base a Prática Baseada em Evidências, de modo que mediante a análise crítica de estudos relevantes, os seus resultados sejam utilizados na prática clínica ⁽¹⁵⁾ .

A revisão da literatura é um primeiro passo para a construção do conhecimento científico, pois é através desse processo que novas teorias surgem, bem como são reconhecidas lacunas e oportunidades para o surgimento de pesquisas num assunto específico ^(2,15) .

É um método específico que sumariza a literatura empírica ou teórica anterior para prover um entendimento mais compreensivo de um fenômeno particular ou problema relacionado à saúde. Este método permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo ^(1,15) .

Este método de pesquisa inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, possibilitando a síntese de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com novas pesquisas. É considerado um método valioso por reunir em um único estudo todo o conhecimento científico disponível sobre determinada temática, tendo em vista, a falta de tempo dos profissionais de enfermagem em realizar a leitura de todo o material disponível sobre o assunto em questão ^(15,16) .

Para fundamentação, buscou-se trabalhos publicados sobre o tema, realizado um levantamento da literatura, com busca *online* nas base de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line* (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Bases de Dados de Enfermagem (BDENF), Scientific Eletronic Library Online (SciELO), através do Portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e três bases primárias específicas para identificação de teses e dissertações (Banco de Teses – Capes, Biblioteca Digital de Teses e Dissertações – USP e Biblioteca Digital de Teses e Dissertações – UNICAMP).

Para fundamentações adicionais foram expandidas buscas em bases como: O **CINAHL** – The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literatura (Índice Cumulativo de Enfermagem e Literatura Aliada em Saúde) um recurso mais abrangente para publicações em enfermagem. Esta base não está disponível em acessos domésticos, apenas em bibliotecas conveniadas. A **COCHRANE Database of Systematic Reviews** (CDSR) o principal periódico e banco de dados para revisões sistemáticas em saúde.

Durante a revisão integrativa, para identificar os principais descritores de busca na literatura foi utilizada a estratégica PICO (problema/população, intervenção, comparação e resultados (outcomes), como:

População/Problema: Pacientes atendidos em serviços de urgência e emergência.

Intervenção: Classificação de riscos e prioridades clínicas em prontos socorros.

Comparação: Verificar qual dos protocolos existentes comparativamente apresentam o melhor nível de evidência em relação a eficácia e eficiência.

Resultados: Eleger os fundamentos dos modelos de Classificação de Riscos Clínicos ⁽¹⁶⁾ .

Definida a pergunta de pesquisa: “*Verificar a repercussão da utilização dos algoritmos de sistemas de apoio a decisão clínica para a classificação de pacientes adultos no atendimento de serviços de urgência e emergência*”

Foram utilizados os descritores ou palavras chaves pertencentes ao (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde e do *Medical Subject Headings (MeSH)* da *National Library of Medicine: Enfermagem (Nursing); Triagem (Triage), Sistemas de Apoio a Saúde, Health Support Systems); Sistemas de Apoio a Decisão Clínica (Clinical Decision Support Systems), Informática em Saúde (Health Informatics) e Informática Médica (Medical Informatics)*.

Os descritores foram combinados com operador booleano “AND”: Enfermagem AND Sistemas de apoio a saúde AND Sistemas de apoio a decisão clínica AND Informática em saúde AND Informática Médica.

Para a seleção das publicações foram utilizadas inicialmente a estratégia de considerar o título e o resumo para confirmar se os trabalhos interagem com a pergunta norteadora da construção do estudo, devendo estar disponíveis na íntegra. Como critério de inclusão foram estabelecidos artigos com corte de publicação a partir de 2006. Como critério de exclusão foram removidos os artigos que se repetiam nas bases e os que não atendiam ao escopo do estudo. Cabe destacar que esta etapa foi realizada com a colaboração dos três autores envolvidos na pesquisa.

O levantamento foi realizado no ambiente *Windows®* utilizados os laboratórios de informática e biblioteca do Centro Universitário São Camilo (Pompéia) de São Paulo, Brasil. Elaborado uma planilha eletrônica para acomodação das informações que posteriormente possibilitou a caracterização da matriz das idéias principais.

O desenvolvimento e elaboração das artes e ilustrações dos algoritmos propostos do estudo, foram construídas a partir da plataforma de criação do ambiente do sistema operacional *Windows®* via *Microsoft Visio®* versão Professional, um recursos para construção de organogramas, fluxogramas, diagramas e modelação de dados ⁽¹⁷⁾ .

Segundo Crozeta ⁽⁴⁾ et al (2013) e Lima ⁽⁵⁾ et al (2011) as pesquisas metodológicas buscam as investigações de métodos, coleta e organização de dados: Espera-se com este tipo de método a elaboração de um sistema confiável que possa ser utilizado posteriormente em outros estudos.

Ferreira ⁽⁹⁾ et al (1998) e Polit ⁽¹²⁾ et al (2011) sugerem que os aspectos mais relevantes na pesquisa tecnológica metodológica, é necessário relacionar a teoria com o instrumento e as técnicas de mensuração.

Frederico-Ferreira ⁽¹⁰⁾ et al (2016) sugere que a estruturação do estudo metodológico tecnológico deve atingir algumas etapas: Definir o constructo; formular o item e o teste de confiabilidade. Os estudos orientam que neste tipo de pesquisa não se faz necessário verificar a relação entre variáveis dependentes e independentes, mas é extremamente importante transformar os constructos intangíveis em tangíveis ou em protocolos nas observações ^(10,18).

Para a fase de definição, nos processos de prospecção do estudo, não podemos deixar de considerar que o produto final em sua progressão, seja um subsídio para um software, resultado este, que deverá seguir diretrizes de avaliação e crítica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Revisão Integrativa

Foram identificados 844 artigos, sendo 176(20,85%) na LILACS, 638(75,60%) na MEDLINE e 30(3,56%) na BDEnf, destes 196(23,23%) estavam disponíveis gratuitamente. Dos 844 artigos encontrados, 812(96,20%) foram excluídos após a leitura do título, 32(3,80%) selecionados para leitura, 22(2,60%) foram excluídos após a leitura do resumo, 10(1,19%) foram selecionados para leitura na íntegra, e 7(0,83%) artigos selecionados para revisão integrativa. Das 7 publicações da revisão integrativa, com os seguintes níveis de evidências: (1-“I”), (1-“III”), (2-“IV”) e (3-“V”) Níveis de evidência variam de I a VII. As publicações apresentam origens: 4(57,14%) Enfermagem, 2(25,57%) Médica e 1-(14,28%) Multidisciplinar.

Construção e resultados dos algoritmos

Nesta segunda etapa do estudo que consistiu na construção dos algoritmos com a utilização do software da Microsoft Visio®, pacote Office®. O conteúdo foi desenvolvido de acordo com os guidelines clínicos disponíveis na literatura, com os protocolos utilizados na triagem nos serviços de urgência e emergência e com o apoio de material obtido por meio da revisão integrativa.

A próxima ilustração tem o objetivo de organizar o layout do escopo mestre do amplo Sistema de Apoio a Decisão Clínica, dividido por telas de fluxogramas de composição das estruturas dos algoritmos propostos. A ilustração a seguir, contempla as interfaces para tomada de decisões, desde a entrada de informações dos sistemas fisiológicos, apoiado pela inserção dos sinais vitais e pelos modificadores clínicos.

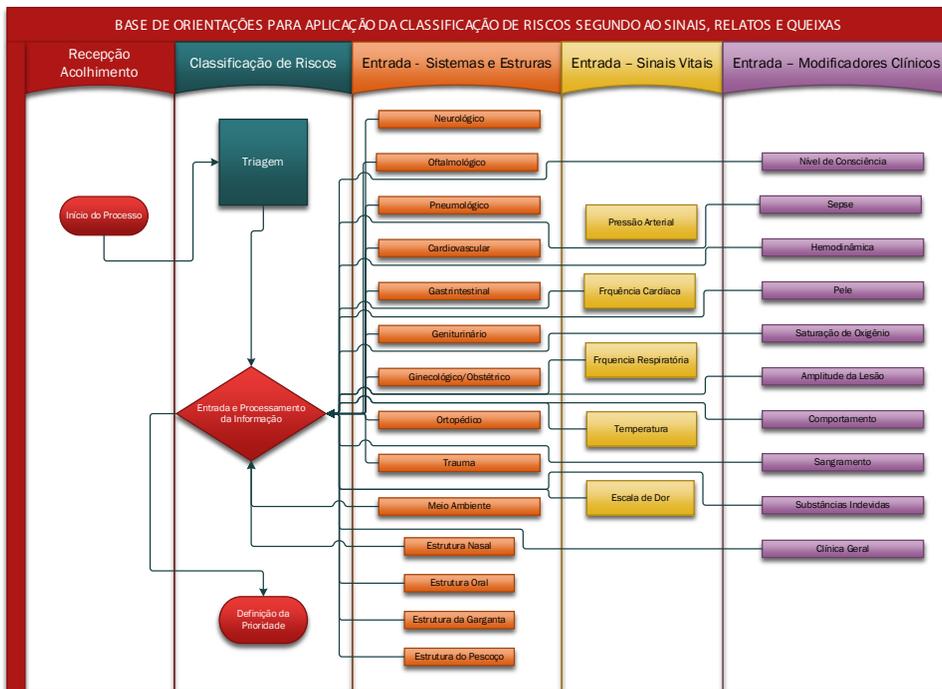


Ilustração – Escopo mestre do algoritmo

Fonte: Todos direitos reservados “RRO_Algo_SADC_Ilustra001_2019”

A próxima ilustração, traz a proposta de definição dos níveis de prioridade de atendimentos aos pacientes avaliados nos serviços de urgência e emergência, submetidos ao Sistema de Decisão Clínica. Foram considerados os entendimentos dos protocolos consolidados, como descritos nas publicações de (BEVERIDGE *et al*, 1998), (BULLARD *et al*, 2017), (SANTOS *et al*, 2014) e (SO *et al*, 2015).

A ilustração organiza os níveis de prioridade em uma sequência de cores a iniciar pela cor AZUL nível “1” imediato, VERMELHO, nível “2” Emergência, AMARELO nível “3” Urgência, VERDE, nível “4” Pouco urgente e CINZA, nível “5” Não urgente como segue:



Ilustração – Níveis de prioridades clínicas do algoritmo
 Fonte: Todos direitos reservados “RRO_Algo_SADC_Ilustra003_2019”

A próxima ilustração, traz um fluxograma que demonstra a interface da tríade entre Sistemas e Estruturas a serem avaliados, com valorização dos Sinais Vitais, atrelados aos Modificadores Clínicos, organizado dentro do algoritmo com o processamento de avaliação por diagramas que conduzem a informação de entrada, consulta as variáveis na base de dados até a devolutiva de resultado para tomada de decisão clínica.

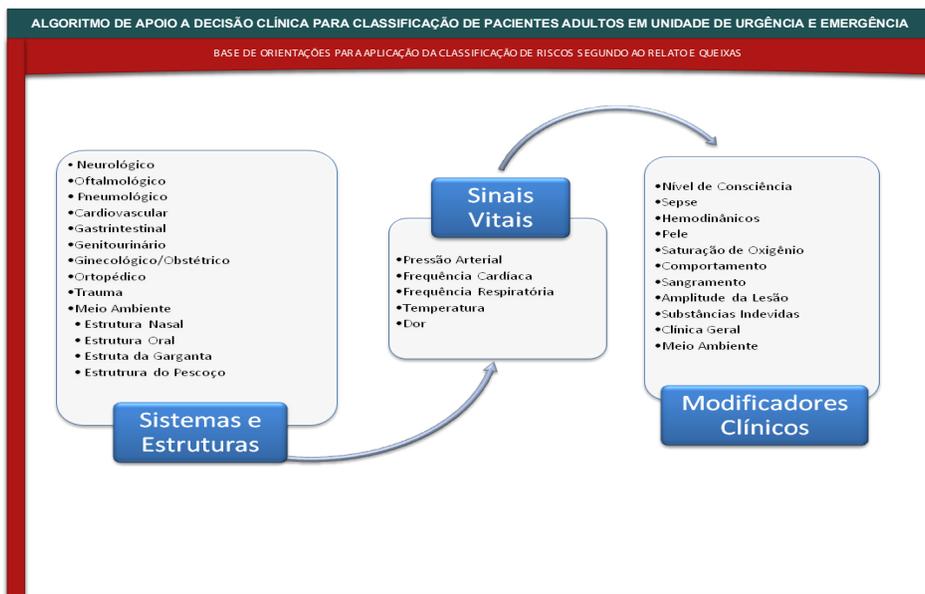


Ilustração – Escopo de Interface entre Sistemas/Estruturas, Sinais Vitais e Modificadores Clínicos na Classificação do Risco Clínico

Fonte: Todos direitos reservados “RRO_Algo_SADC_Ilustra015_2019”

A próxima ilustração, mostra o sistema de apoio a tomada decisão clínica, na avaliação Neurológica, focado nas alterações do nível de consciência, direcionado as queixas e ou sinais clínicos apresentados pelo paciente, para estabelecer o nível de prioridade de atendimento.

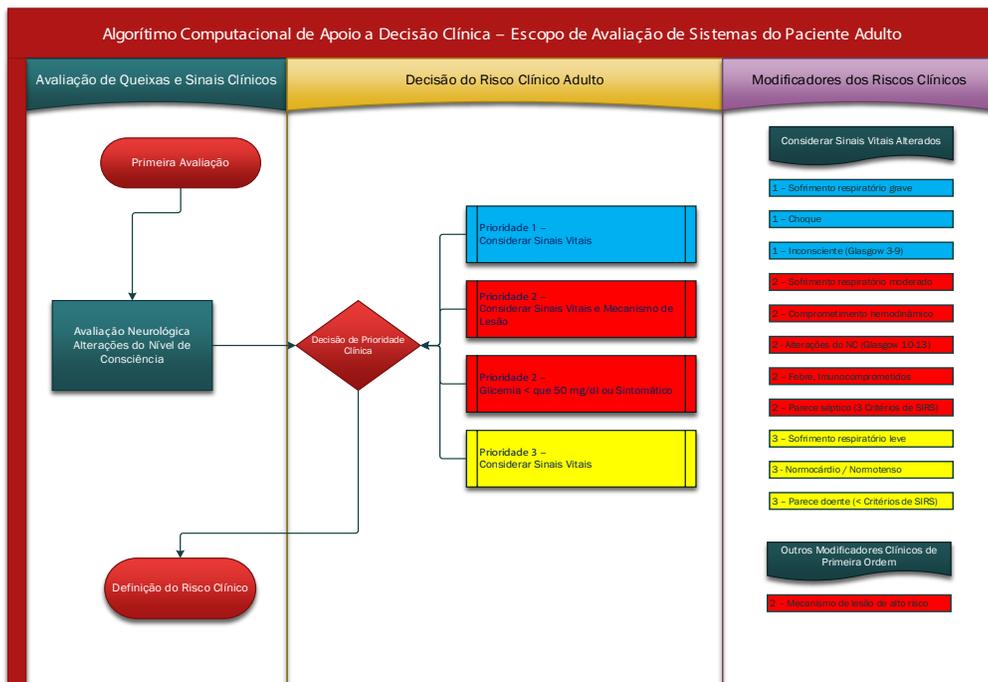


Ilustração – Algoritmo de Avaliação Neurológica focada nas Alterações do Nível de Consciência

Fonte: Todos direitos reservados “RRO_Algo_SADC_Ilustra018_2018”

De acordo com a revisão integrativa pode-se avaliar o estado de arte da literatura e no universo onde 844 artigos foram selecionados e 7 artigos que atenderam a pergunta de pesquisa, ao analisá-los identificou-se que o sistema de apoio a decisão clínica permite economia de tempo para o Enfermeiro atuar nos serviços de urgência e emergência, o aperfeiçoamento da análise computacional depende essencialmente de especialista, os quais são fundamentais para implantação do “Deep-Learning”

Quanto as principais idéias identificadas nos artigos, recaíram sobre a implementação de (Sistemas de Apoio a Decisão Clínica) SAADC que aumentou a qualidade e segurança dos cuidados; A modelagem dos processos clínicos utilizando *rounds* com especialistas, a adoção de diretrizes, seleção da literatura de normas clínicas, conferiu maior confiabilidade na SAADC; A triagem computacional mostrou maior precisão de registros e confiabilidade de resultados; Após a implementação, observou uma redução de 30% nas tarefas do enfermeiro.

Este estudo atingiu resultados que possibilitaram comparar outros trabalhos que delimitaram a crítica de confiabilidade de protocolos internacionalmente utilizados, para classificar riscos clínicos em situações de urgência e emergência em ambientes hospitalares em diferentes contextos demográficos, viés muito discutido e sugerido por estudiosos, quando se propõe aplicação de protocolos em serviços de saúde em condições de grandes demandas, como amplamente discutido no estudo de Parenti et al (2014).

Neste trabalho, a revisão da literatura identificou-se artigos que o desenvolvimento de algoritmos tem se baseado na modelagem dos processos clínicos utilizando *rounds* com especialistas, a adoção de diretrizes e seleção da literatura de normas clínicas.

Conforme o resultado da revisão integrativa observou-se que a confiabilidade do sistema, ganha qualidade quando se trabalha com especialistas em diversos *rounds* para a validação do conjunto das informações. Outro aspecto relevante é que não se pode descartar as diretrizes produzidas pelas sociedades nacionais e internacionais de especialistas, este material produzido, são calcados na *expertise* e estudos clínicos randomizados de *follow-up*, os quais conferem o mais alto grau de evidencia clínica, como também, os protocolos clínicos, que já foram validados; há de se entender que estes sistemas necessitam da experiência humana no processo de construção, a máquina somente poderá realizar as associações e chegar a uma proposta da melhor decisão se houver informações e dados suficientes se estes dados forem cruzados e modelados, aprimorando-se o processo de análise da máquina utilizando linguagem computacional apropriada.

Embora existam diversos protocolos e escalas de triagem e classificar pacientes do ponto de vista clínico hospitalar ^(19,20,21,22,23,24), eles nem sempre estão disponíveis para todas as instituições de saúde, seja pela iniciativa institucional ou pela disponibilização do recurso ou interesse de os tê-los. O Ministério da Saúde Brasileiro preconiza que os serviços de saúde que atendam pacientes em situações de urgência e emergência onde se tenha grandes demandas de pacientes, é recomendável a implantação de algum recurso de gestão de prioridades clínicas, com o objetivo de priorizar os mais graves, atender com brevidade e segurança os que mais necessitam prioritariamente.

A prestação de assistência de enfermagem centrada no paciente, requer maior disponibilidade de recursos técnicos interpretativos, desta forma os sistemas de apoio a decisão clínica, trazem possibilidades de assertividade e otimização de tempo mecanizado, assim se potencializa a proximidade humanizada com as reais necessidades do usuário assistido.

A utilização dos sistemas informatizados e de apoio a decisão permite validar o raciocínio clínico elaborado pelos enfermeiros, utilizando o “*Deep Learning*” o aprendizado da máquina pode permitir o “*Double check*” e o recurso tecnológico quando bem empregado, pode gerar economia de tempo para a equipe de enfermagem e promover o acolhimento para prestar assistência humanizada destinada a atender as necessidades de familiares e pacientes atendidos nos serviços de urgência e emergência.

Com o propósito do estudo, verificou-se a importância de se contextualizar os protocolos ou escalas de classificação de riscos clínicos utilizados ao longo dos continentes. O estudo optou pelos protocolos mais difundidos e estudados, o MTS (Manchester Triage System), ESI (Emergency Severity Index), ATS (Australasian Triage Scale) e o CTAS (Canadian Triage and Acuity Scale) ^(19,20,21,22,23,24) .

Importante destacar que a construção deste algoritmo, necessariamente foi sedimentada em três grandes eixos para decisão clínica, os “**Sistemas e Estruturas**” onde se considera as áreas topográficas do corpo para avaliação, os “**Sinais Vitais**” incluindo a dor para ampliar o foco de avaliação que podem ser potencializadas ou descartadas, e por fim o terceiro eixo, os “**Modificadores Clínicos**” condições estas, que consolidam a tomada de decisão, valoriza os relatos e queixas do paciente para direção da investigação clínica.

Sustentado pelas principais idéias das escalas de classificação conhecidas, o estudo entendeu que se tornava necessário estabelecer uma plataforma de desenho de diagramas e fluxogramas para ilustrar o layout deste novo produto de inovação.

Optou-se então pelo ambiente operacional Windows® com a ferramenta de desenvolvimento Microsoft Visio® 2010 versão Profissional ⁽¹⁷⁾ , para construção das imagens e ilustrações do produto final. Foram então produzidos 177 fluxogramas e diagramas que formam em seu conjunto, um sistema complexo de tomada de decisões clínicas, que ora denomina-se “ALGORITMO COMPUTACIONAL DE DECISÃO CLÍNICA PARA CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES” direcionado a pacientes adultos, nesta oportunidade de construção de um produto de uma dissertação de mestrado profissional. Todas estas ilustrações, foram categorizadas e organizadas por sistemas clínicos de avaliação, enumeradas e codificadas para facilitar as catalogações com suas respectivas reservas do direito de imagens.

Embora este estudo, tenha optado foco a pacientes adultos, o resultado da pesquisa tem potencial empreendedor, sugere ampliação para outros produtos em outras especialidades.

O trabalho, pode ao seu final, trazer um abrangente catálogo de sugestões de algoritmos que se convergem para um escopo em rede que subsidia interpretações de condições clínicas em pacientes adultos, apresentadas para uso em um ambiente de pronto socorro, como requisito para tomada de decisão clínica em situações de definição de prioridades de atendimento.

Vale salientar que o resultado deste produto, pode ser utilizado em interface a qualquer sistema de prontuário eletrônico, por ter sido formulado e constituído de um layout de algoritmo genérico, facilmente interpretado por programadores.

Ao progredir da pesquisa, o projeto de construção do algoritmo tomou forma e direção, definiu-se os caminhos a serem trilhados, as fundamentações começaram a subsidiar a proposta de base de um sistema computacional para classificar pacientes

clínicos, era cada vez mais real, engrenou nos pontos positivos dos mais recomendados protocolos já existentes, para dar solidez a um inovador e mais robusto novo produto, com vistas a um novo modelo de Algoritmo de um sistema de tomada de decisão clínica.

CONCLUSÕES

Dentre os protocolos e escalas de classificação de pacientes estudados, pode-se entender que eles possuem características diferentes, alguns com vantagens, limitações e aplicações a depender das condições e características demográficas de cada população atendida. A atuação e autonomia do enfermeiro no manejo e utilização dos protocolos, foi considerada a fim de observar o empoderamento e tomada de decisões.

Ao findar-se do estudo, entende-se que as limitações da pesquisa, permeiam pela oportunidade de aplicação prática do produto, pelo desenvolvimento de um software de acesso livre. Há de se observar dentre todas as vantagens e funcionalidades oferecidas deste produto, as revisões a cada quatro anos poderão ser necessárias, em razão da necessidade de se atualizar, aprimorar e condicionar suas diretrizes as novas descobertas e novos guidelines propostos pela academia, ou por outros estudos, que hoje fundamentou este trabalho, mas ao longo do tempo poderão ser contestados pela ciência.

A próxima fase desta obra, deverá caminhar para o desenvolvimento de um sistema robusto computacional com estrutura de software para validação e funcionamento em ambiente prático de saúde hospitalar. Pretende-se com os resultados desta pesquisa, encontrarmos fomento e disposição para almejar um promissor e ousado projeto de um Sistema Brasileiro de Classificação de Riscos Clínicos.

Desta forma, importante destacar que os pilares para a construção do estudo, emergiram das provocações e experiências desafiadoras de se prestar assistência de saúde no ambiente das instituições públicas e atingir resultados com segurança e livre de riscos na prestação de saúde, este momento enaltece, nos faz acreditar que é preciso seguir em frente, há ainda muito a se construir e conquistar, mas este caminho não tem volta, a inovação e a tecnologia, pedem passagem.

Por fim, com esta experiência exitosa, esperamos que outros estudos sejam estimulados, que venham contrapor, sustentar ou avançar no sentido de contribuir ao desafiador, mas emergente espaço de assistência de saúde das urgências e emergências hospitalares.

REFERÊNCIAS

1 - BROOME, Marion. Concept development in nursing: foundations, techniques and applications. **Nursing Research**, Philadelphia, vol.43, n.3, 186, mai./jun., 2000

2 - INGRAM, Laura et al. Writing a literature review and using a synthesis matrix. **NC State University Writing and Speaking Tutorial Service**, 2006. Disponível em: <<https://tutorial.dasa.ncsu.edu/wp-content/uploads/sites/29/2015/06/synthesis-matrix.pdf>>. Acesso em: 31 janeiro 2019.

3 - MEDICINE, Canadá, vol.19, s.2, S18 - S27, jul., 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1017/cem.2017.365>>. Acesso em: 14 novembro 2018.

4 - CROZETA, Karla et al. Pesquisa Metodológica: Novos e velhos desafios. **ANAIS 17 Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem**, Natal, 2013. Disponível em: <http://www.abeneventos.com.br/anais_senpe/17senpe/pdf/0835po.pdf>. Acesso em: 25 janeiro 2019.

5 - LIMA, Dalmo Valério Machado de. Research design: a contribution to the author. **Online Brazilian Journal of Nursing**, vol.10, n.2, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20113648>>. Acesso em: 31 janeiro 2019.

6 - Müller-Staub, M., De Graaf-Waar, H., & Paans, W. (2016). An internationally consented standard for nursing process-clinical decision support systems in electronic health records. *CIN - Computers Informatics Nursing*, 34(11), 493–502. <https://doi.org/10.1097/CIN.0000000000000277> Acesso em: 31 janeiro 2019.

7 - INOUE, Kelly Cristina et al. (2015). Avaliação da qualidade da Classificação de Risco nos Serviços de Emergência. **Acta Paulista de Enfermagem**, vol.28, n.5, 420 – 425, 2015. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500071>>. Acesso em: 31 janeiro 2019

8 - BELLUCCI JÚNIOR, José Aparecido, MATSUDA, Laura Misue. Implantação do sistema acolhimento com Classificação e Avaliação de Risco e uso do Fluxograma Analisador. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, vol. 21, n.1, 217-225, jan./mar. 2012. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000100025>>. Acesso em: 12 novembro 2018.

9 - FERREIRA, Pedro Lopes; MARQUES Francisco Batel. Avaliação Psicométrica e Adaptação Cultural e Linguística de Instrumentos de Medição em Saúde: princípios metodológicos gerais. **Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra**, 1 – 25, 1998. Disponível em: <<https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/9968/1/RD199801.pdf>>. Acesso em: 28 janeiro 2019.

10 - FREDERICO-FERREIRA, Maria Manuela et al. Adaptação cultural e validação da versão em português do Questionário de Facilitadores Clínicos de Enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, vol.24, n.e2767, 2016. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0617.2767>>. Acesso em: 28 janeiro 2019.

11 - SILVA, Pollyane Liliâne et al. Triage in an adult emergency service: patient satisfaction. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, vol.50, n.3, 427 – 433, 2016. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000400008>>. Acesso em: 25 janeiro 2019.

12 - POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl T. **Fundamento de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7.ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2011. 670p.

13 - CANGIOLIERI JUNIOR, Osiris; SELHORST JUNIOR, Aguilar; SANT'ANNA, Ângelo Márcio Oliveira. Método de decisão dos processos de prototipagem rápida na concepção de novos produtos. **Gestão & Produção**, vol.22, n.2, 345 - 355, jun., 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0104-530X633-13>>. Acesso em: 30 janeiro 2019

14 - GALVÃO, Cristina Maria; SAWADA, Namie Okino; ROSSI, Lidia Aparecida. A Prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, vol.10, n.5, 690 - 695, 2002. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692002000500010>>. Acesso em: 30 janeiro 2019.

15 - MENDES, Karina Dal Sasso et al. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, v. 17, n. 4, p. 758-764, out./dez. 2008.

16 - GREENHALGH, Trisha. **Como ler artigos científicos: fundamentos da medicina baseada em evidências**. 5ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015. 346p.

17 - SCOTT A. Helmers. (2011). *Microsoft Visio 2010 passo a passo . Avaliação* , vol.17, n.2, pp. 1-450). <https://www.microsoft.com/pt-br/download/details.aspx?id=615> Acesso em: 20 de janeiro 2019

18 - LINO, Cristiane Ribeiro de Melo et al. Adaptação transcultural de instrumentos de pesquisa conduzida pela enfermagem do brasil: uma revisão integrativa. **Texto & Contexto - Enfermagem**, vol.26 n.4, 2018. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017001730017>>. Acesso em: 31 janeiro 2019.

19 - BEVERIDGE, Robert et al. Implementation Guidelines for The Canadian Emergency Department Triage & Acuity Scale (CTAS). **Canadian ED Triage & Acuity Scale**, Canadá, vol.16, dez., 1998. Disponível em: <http://www.triagefirst.com/wp-content/uploads/2015/10/CTASImplementation.pdf>. Acesso em: 14 novembro 2018.

20 - Bullard, M. J., Musgrave, E., Warren, D., Unger, B., Skeldon, T., Grierson, R., ... Swain, J. (2017). Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) Guidelines 2016. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 19(S2), S18–S27. <https://doi.org/10.1017/cem.2017.365> Acesso em: 31 janeiro 2019.

21 - BULLARD, Michael J. et al. Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) Guidelines 2016. **Canadian Journal of Emergency** 248.

22 - OLIVEIRA, Gabriella Novelli et al. Correlation between classification in risk categories and clinical aspects and outcomes. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, vol.24, n.e2842, 2016. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1284.2842>>. Acesso em: 30 janeiro 2019.

23 - SANTOS, A. P., Freitas, P., & Martins, H. M. G. (2014). Manchester triage system version II and resource utilisation in the emergency department. *Emergency Medicine Journal*, 31(2), 148–152. <https://doi.org/10.1136/emermed-2012-201782> Acesso em: 31 janeiro 2019.

24 - SO, S. N., Ong, C. W., Wong, L. Y., Chung, J. Y. M., & Graham, C. A. (2015). Is the Modified Early Warning Score able to enhance clinical observation to detect deteriorating patients earlier in an Accident & Emergency Department? *Australasian Emergency Nursing Journal*, 18(1), 24–32. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2014.12.001> Acesso em: 31 janeiro 2019.

FATORES DE RISCO E CAUSAS DE ACIDENTES ENVOLVENDO MOTOS

Data de aceite: 22/01/2021

Data de submissão: 29/10/2020

Genoveva Ferreira Lourenço

Enfermeira. Centro Universitário Estácio Ceará
Fortaleza – CE
ID Lattes: 5753485821769181

Fatima Luna Pinheiro Landim

Pós Doutora em Saúde Coletiva -ISC/UFBA
Docente do Centro Universitário Estácio Ceará
Fortaleza- CE
ID Lattes: 6712500180663076

Thalita Soares Rimes

Mestre em Saúde Coletiva pela UECE
ID Lattes: 7951247761512913

RESUMO: A crescente violência no trânsito, a imprudência dos condutores, assim como a falta de educação não somente do condutor de moto, mas também de outros motoristas e pedestres tem determinado em grande sofrimento humano, o que desperta interesse do “mundo” acadêmico-científico, que se volta com interesse de estudar esse fenômeno. Ante a atualidade do tema, optou-se por desenvolver estudos com o objetivo geral de: “Avaliar os principais fatores de riscos relacionado a acidentes com motos e à adesão ao uso de equipamentos de segurança. A abordagem é do campo qualitativo e de desenho exploratório-descritivo. Foi realizada uma entrevista com sete motociclistas, denominação que traduz a pessoa habilitada na categoria A, segundo critérios legais do órgão competente e

que incorpora todas as exigências profissionais de enquadramento profissional (habilitação, treinamentos e educação continuada para uso de veículo automotor de duas rodas). Os resultados do estudo chamam atenção para a necessidade de sensibilizar a sociedade em geral, incluindo pessoas públicas e gestores das instituições de saúde e registros estatísticos acerca das diferenças entre o “motoqueiro” ocasional e o “profissional” motociclista.

PALAVRAS-CHAVE: Acidente Moto. Fatores de Risco. Equipamento de Proteção.

RISK FACTORS AND CAUSES OF

ACCIDENTS INVOLVING MOTORCYCLES

ABSTRACT: The growing violence in traffic, the recklessness of the drivers, the lack of education of the motorcycle driver and also of pedestrians cause great suffering to person. The scientist is interested in this phenomenon. Current theme with the objective of: «Assessing the main risk factors related to motorcycle accidents and adherence to the use of safety equipment. Qualitative research, exploratory and descriptive. An interview was conducted with seven qualified motorcyclists in category A of the competent body. The results of the study call attention to the need for society, public persons and managers of health institutions to know the difference between the occasional «biker» and the «professional» motorcyclist.

KEYWORDS: Motorcycle Accident. Risk factors. Protection equipment.

1 | INTRODUÇÃO

A cada dia que passa é crescente o número de veículos circulando nas cidades brasileiras, causando diversos transtornos aos motoristas que veem o trânsito se tornando cada vez mais caótico e com pessoas menos habilitadas ao volante.

Todos sabem e a maioria tem consciência que um dos maiores motivos dos acidentes de trânsito está relacionado com a combinação álcool e direção. Esta mistura tem tirado muitas vidas no decorrer dos tempos. Trata-se de uma tragédia cada vez mais cotidiana cometida por motoristas, que de forma irresponsável e agindo na maioria das vezes com negligência, imperícia, imprudência, coloca em risco a vida das pessoas e a sua própria, usando como arma o veículo que dirige.

Os acidentes de trânsito são um problema para a saúde pública no Brasil. Devido um grande número de motociclistas nas ruas hoje em dia, aumentado a vulnerabilidade dos usuários à acidentes no trânsito. Devido este transporte ser baixo custo e ágil, o crescimento do número do mesmo é bem superior a outros veículos motorizados (BASTOS et al., 2009).

A motocicleta passou a exercer um papel importante na economia brasileira, antes sendo um veículo de lazer nos anos 1970, desempenhando um padrão de vida dos usuários. Era vista antes como “coisa de aventureiro”, o mercado amadureceu em meados dos anos 1980 e o papel da motocicleta sofreu uma mudança radical sendo assim uma ferramenta de trabalho após a virada do século 21, atingiu uma marca de 1 milhão de motocicletas produzidas em 2005 crescendo também as ocorrências de trânsito que envolvem esse tipo de veículo (SILVA, 2016).

Existem vários fatores que influenciam as numerosas ocorrências que envolvem motociclistas, dentre elas a falta de atenção ou negligência dos condutores de outros veículos; o manejo das motocicletas são complexos, exige do condutor excelente destreza e coordenação motora. O uso de álcool leva a reflexos diminuídos, trazendo consequências muitas das vezes irreparáveis, também à motociclistas que não possuem o devido preparo e treinamento além do excesso de confiança e atração dos motociclistas pelo risco (OLIVEIRA; SOUSA, 2012).

A combinação álcool e direção é um dos temas preocupantes para a sociedade e para os governantes, pois a muito, desponta no cenário trágico das estradas e vias brasileiras. As estatísticas apontam que em quase 70% dos óbitos ocorridos em acidentes de trânsito é constatado nas necropsias, a presença de álcool no organismo dos infratores causadores dos acidentes e o que é pior, a maioria das vítimas se situa na faixa etária entre 15 e 29 anos, uma faixa de idade promissora.

O Código de Trânsito Brasileiro, antes da vigência da Lei no 11.705/08, previa a taxa de alcoolemia de até 6 decigramas por litro de sangue, nível considerado aceitável e seguro para um condutor de veículo e que não colocaria em risco a vida de alguém. Essa taxa de alcoolemia também já era prevista no antigo Código de Trânsito Nacional (CTN).

Nota-se assim que, a cada ano, os problemas gerados pelos acidentes de trânsito, causando danos muitas vezes irreversíveis, provoca graves consequências de ordem econômica e social. Nesse sentido, de acordo com os estudos realizados e publicados pelo DENATRAN, anualmente são registrados mais de 350 mil acidentes nas vias de todo o país. De acordo com os dados desse órgão, a violência no trânsito gerados por condutores alcoolizados tem sido o segundo maior responsável por vítimas fatais por fatores externos no Brasil, ficando atrás apenas das mortes por homicídio (DENATRAN, 2017).

Seibel (2008) é específico e direto ao apontar os pontos negativos de conduzir veículo automotor embriagado e as consequências trágicas que essa prática acarreta. É reluzente o fator negativo, já que essa prática e a inobservância da lei afeta diretamente a vida das pessoas como um todo, vez que os envolvidos são prejudicados podendo chegar até a morte de um deles ou ambos, os familiares são atingidos, pois se preocupam com a situação e o estado de seus parentes e também a sociedade geral, já que o medo impera. Como se observa o descumprimento da lei não atinge apenas sujeitos determinados, por isso ser a condução em estado de embriaguez tão vasta e desastrosa. Decorrência da prática criminosa de dirigir embriagado é como verificado acima o aumento exorbitante nos custos financeiros e no superlotamento hospitalar, esses ligados diretamente.

Segundo Waiselfisz (2014) no Mapa da Violência de 2012, constatou-se que 2 em cada 3 motociclistas sofrem lesões significante. “Com 7 mortes para cada 100 mil pessoas, Brasil tem a segunda maior taxa de óbitos por habitante em acidentes de motos, atrás do Paraguai”.

O referidos autor menciona também que o condutor tem 20 vezes mais chances de morte na moto do que em um carro, 7 % dos acidentes de carros tem vítimas, já acidentes com motos 71% tem vítimas. 78% das vítimas fatais do trânsito são homens, 21,7% morrem após quedas de motos, 52,8% dos motociclistas mortos são homens tinham até 29 anos (WAISELFISZ, 2014).

Segundo o Governo do Estado do Ceará, de janeiro a outubro de 2015 mais da metade dos atendimentos a traumas e mais de um terço de todos os atendimentos feitos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192 Ceará), estão associados com acidentes com motocicletas. 60% dos atendimentos são traumas dos 21 tipos de atendimentos mais frequentes do SAMU. Soma 9.342 o número de pessoas acidentadas envolvendo motocicletas, representando 34% do total e 56% dos atendimentos à traumas. Tais internações geraram um gasto de R\$ 183,1 milhões para o Sistema Único de Saúde (SUS) foram em 2014 registrados no Brasil mais de 127 mil internações. No Ceará foram 732 mortes. A partir de 2010, o maior número de óbitos ocorreu em 2012, com 841 mortes de motociclistas e ‘garupeiros’, de acordo com o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde (GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ, 2015).

A partir dos aspectos citados e considerando a relevância das ocorrências de trânsito com motocicletas objetivou-se avaliar os principais fatores de riscos relacionado

a acidentes com motos. Pretende-se, através dos resultados, sensibilizar o motociclista pra que o mesmo possa desenvolver a habilidade de analisar criticamente a sua realidade; de decidir suas ações no trânsito voltada para uma direção preventiva para prevenir ou minimizar as consequências dos acidentes de trânsito.

2 | METODOLOGIA

Optou-se por um estudo exploratório descritivo de natureza qualitativa a fim de se familiarizar com o tema pesquisado e contribuir com uma nova abordagem sobre a realidade já existente.

Qualidade em pesquisa é tudo que pode ser captado pelo “diálogo que se estabelece entre o olhar do pesquisador e a realidade a ser investigada” (Minayo, 1992).

Neste estudo foram entrevistados 7 motociclistas, com Carteira Nacional de Habilitação na Categoria A, a partir dos 18 anos de idade no Sindimotos de Fortaleza-CE.

As informações foram coletadas em um momento através de entrevista. A entrevista constará de perguntas fechadas e abertas, elaboradas com base na literatura referente ao tema.

A entrevista foi realizada durante a segunda semana do mês dezembro do corrente ano. Coletaram-se informações do tipo: quanto tempo de habilitação, aderência ao uso do capacete, imprudências de trânsito, dentre outras que a fase de exploração da pesquisa indicar necessárias.

Para a análise dos dados, foi, inicialmente, utilizada a leitura sucessiva do questionário aplicado, em seguida os dados foram submetidos às etapas clássicas da técnica de análise de conteúdo, dando origem às categorias de análises, com respectivas subcategorias.

Os dados foram coletados somente depois de parecer favorável do Conselho de Ética e após obtenção do termo de consentimento livre e esclarecido dos participantes

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Uma discussão posta para quem estuda acidente envolvendo o transporte “moto” é a diferença entre motoqueiro e motociclista. Do ponto de vista dos “motociclista, “amar sua moto e a vida que leva na relação de uso dela” define o que é motociclista. Essas pessoas respeitam respeito às leis de transito e aos demais que também estão no trânsito como carros e pedestres. Sobretudo, elas respeitam a si, ou seja, zelam por sua segurança usando os equipamentos de proteção necessário, seguindo regras de trânsito, usando, enfim de toda prudência para anular os riscos relacionados a acidentes (muito embora, no transito esses riscos também estejam na dependência de terceiros).

De outro lado, tem o motoqueiro, classificado como aqueles que, geralmente, utilizam suas motos (na maioria das vezes de baixa cilindrada) como opção de transporte

para locomover-se ou para trabalhar.

De acordo com Lima (2011), os motoqueiros são condutores que normalmente, não respeitam as leis de trânsito, são na linguagem popular, “encrenqueiras” e usam com irresponsabilidade os corredores entre os carros para se locomover, dentre outras práticas de risco.

O referido autor defende que pode ser chamado de motociclista o “motoqueiro profissional”, ou seja, aquele cujo empregador seleciona mediante perfil ideal, fiscaliza uso constante e adequado do material de proteção, além de oferecer cursos permanentes de capacitação/sensibilização.

Para efeito desse estudo, e considerando ressalvas feitas por um presidente de Sindicato de motociclistas – que figurou como entrevistado durante a pesquisa realizada –, adotar-se-á a denominação motociclista sempre que as análises se reportarem aos “motoqueiros profissionais”. São as palavras do entrevistado: “Eu já questionei em vários seminários e palestras que eu estive com representantes do governo e com o diretor do IJF, a respeito do movimento da categoria. Porque, existe a categoria profissional, que é motociclista. E existem também os que são chamados de motoqueiros. A maioria desse pessoal “motoqueiro” não é habilitada, são menores de idade, não possui noção de trânsito.”

Desconhecimento das estatísticas de acidentes envolvendo motociclistas

Constatou-se que 100% dos entrevistados desconhecem, ou seja, não conseguem falar com exatidão acerca de estatísticas oficiais ou números de acidentes envolvendo motociclistas.

Abordando, em pesquisa, o perfil das vítimas de trauma por acidente de moto, Santos et al (2017; 2008, p. 1934-1935) concluem:

Pelo desconhecimento observado entre os usuários, há que se destacar a importância da educação no trânsito, com adoção de comportamentos preventivos, assim como a implementação de medidas rigorosas de vigilância e a devida punição dos infratores.

Corroborando com os autores, ao defender a tese de que contribuiria para com mudanças de comportamento e postura caso estas pessoas fossem educadas para o trânsito além de, permanente/continuadamente, serem alertadas acerca das estatísticas corretas em termos da quantidade de acidentes envolvendo morte de motociclistas – no Brasil, comparativamente com o mundo –, bem como dos números de casos que determinam mutilações, deformidades e lesões permanentes.

Quando solicitados a falarem acerca do tema, os pronunciamentos são sempre feitos por poucas palavras, conforme os três exemplos de declarações destacadas a seguir: “Em números de casos, eu não sei dizer!”; “Estatística certa de quantos acidentes, é difícil de saber”; “Número exato de quantos se acidentam eu não sei dizer.”

Ainda, os dados provocam na pesquisadora necessidade de refletir sobre impactos,

em termos de conscientização desses mesmos entrevistados, caso eles passassem a obter informações diárias de que o maior número dentre atendimentos realizados por equipes no “pré-hospitalar” é de trauma relacionado a acidentes com motociclistas.

Sobre o tema, Hoffmann (2005) esclarece que muitos elementos envolvidos no comportamento, bem como no desempenho do condutor de veículos que se envolvem em acidentes, dentre os quais “atitude”, “motivação” e “personalidade”, têm estimulado a que todo o campo multidisciplinar se envolva a desenvolver modelos de intervenção e teorias que englobem processos psicológicos, e cuja aplicação permita diminuir os acidentes ou os danos mais severos associados ao acidente de trânsito.

Uma dificuldade expressa pelos profissionais que lidam com a “Psicologia de Trânsito” é traçar relações diretas entre o acidente e os comportamentos que o determinaram ou o precederam. Ou seja, fica muito difícil trazer para o campo de visibilidade dos envolvidos em acidentes, bem como daqueles com potencial para serem envolvidos, “informações válidas sobre os processos psicológicos” que liguem o comportamento do condutor e o acidente provocado/ocorrido (HOFFMANN, 2005).

Segundo Andrade et al. (2009) é de característica urgente as autoridades responsáveis nas áreas de saúde e educação adotar medidas imediatas como campanhas educativas alertando essa população. Sugere também levar o conhecimento de primeiros socorros não só aos profissionais de saúde mas também aos motociclistas, pois boa parte dos profissionais são abordados primeiramente pelos próprios colegas de profissão, evitando assim abordagens de forma errônea a fim de evitar maiores prejuízos à saúde.

Cotidiano como referência de conhecimento dos casos de acidentes: preocupação ou medo

A frase “*Eu vejo muitos acidentes com motociclistas*” foi usada por quase todos os participantes, na medida em que seu cotidiano permite presenciar acidentes diários ocorrendo nas ruas.

Assa experiência diária, associada a percepção de auto exposição ao risco, determina medo naqueles que se obrigam a trabalhar usando motos que, por sua vez implicará em uma de, pelo menos, duas posições que o motociclista.

Esse medo pode ser direcionado/transformado em veículo de sensibilização e adesão cada vez mais a medidas de segurança, caso o empregador se dispusesse.

Corroborando com diversos outros autores, Rios, Amaral et al. estima em 72% os acidentes envolvendo motociclistas, quando comparado com todos os acidentes envolvendo transporte terrestre – seguido pelos automóveis, caminhões e ônibus, que somam 11,4% –, e Atendidos pelo Serviço de Móvel de Urgência (SILVA et al. 2016).

Os entrevistados relataram ter medo de sair de casa e trabalhar nas ruas, frases como “Eu tenho medo”, “Alarmante”, “Muito preocupante” fora descritas para manifestarem sobre a realidade do trânsito hoje na cidade. Percebem-se vulneráveis ao se expor devido

a quantidade de acidentes e gravidade dos mesmos, podendo ficar sequelas para toda a vida.

Mas não faz por menos essa preocupação, conforme Andrade et al. (2009) dos atendimentos hospitalares ao paciente motociclista vítima de acidente de trânsito, 41,5 % sofreram politrauma, 37,2% sofreram trauma de extremidades e 14% trauma crânio encefálico.

Uma informação interessante foi destacada durante a entrevista com todos os entrevistados, de forma unânime os profissionais relataram que a maioria dos acidentes acontecem com motociclistas não profissionais.

Segundo o Entrevistado Betão “Existe a categoria do profissional e do motociclista também chamado de motoqueiro não profissional, a maioria desse pessoal não são habilitados, são menores de idade, sem noção nenhuma de trânsito, acredito que as estatísticas oficiais podem puxar pro motociclista profissional pra menos e não profissional pra mais”.

Já Severino diz “Motociclista é o profissional que vive da sua profissão, quando a gente olha essas estatísticas, tem que separar por que qualquer acidente de moto diz que motociclista profissional e não é, os números de acidentes para não profissionais não são tão alarmantes”.

Segundo um estudo feito pela Revista Senado diz que existe um estereótipo dos motociclistas, no qual o profissionais da área não se enquadram, a categoria mostra-se mais abertos as regulamentações e fiscalização dos motociclistas, apresentando dados citando debates no CAS que evidencia que os sindicalizados são mais qualificados e conscientes de suas atribuições.

Principais fatores de risco: Imprudências e ruas mau sinalizadas

O fator “imprudência” foi considerado possuir influência muito grande no risco de acidentes sendo citados por quase todos os participantes, destacando que há diferença entre motociclista profissional e os outros motociclistas. A maioria citou frases nesse sentido Fausto: “motoqueiro é muito imprudente”, Samuel: “A maioria dos acidentes são culpa do piloto”, não deixando de citar outros fatores que contribuem como as imprudências do motorista de carro Jorge: “a falta de respeito dos motoristas contribuem para os acidentes de trânsito” e a cobrança das empresas na agilidade das entregas como diz Severino “Ah você tem 20 minutos pra fazer essa entrega, o cara vai correr. Se ele vai correr está exposto ao perigo”

Os fatores “comportamento agressivo/despreparo do próprio motociclista”, “má qualidade da infraestrutura viária” e “presença de chuva” foram considerados de grande influência. Sendo fatores de influência média a “má condição do veículo utilizado” e o “tráfego durante à noite”. Sendo a “longa jornada de trabalho” e a “pressão por parte do cliente/empregador na pontualidade das entregas” consideradas respectivamente como de

pouca e nenhuma influência no risco de acidentes envolvendo motociclistas profissionais.

Neste contexto então podemos ver que o comportamento seja ele agressivo ou mesmo despreparo dos motoristas e motociclistas levam a tais números. A necessidade de uma mudança de comportamento no trânsito é evidenciada por vários autores, aumentar a fiscalização acredito que não seja suficiente para surgirem tais resultados desejados. A conscientização pode ser a melhor alternativa.

De acordo com os estudos realizados pela equipe da Medicina da Universidade de São Paulo, a imprudência foi maior fator de risco nos acidentes, dentre essas imprudências 49% foram causados pelo motociclistas e 51% foram causados outros veículos (USP, 2017).

Os fatores Fausto: “ruas esburacadas”, Jorge “Sinalização é horrível, o trânsito é horrível, é estreito, não tem espaço nem para os veículos maiores, nem para os de grande porte, nem carro de passeio” foram citados pela metade dos participantes.

Sabe-se que o fluxo de veículos tem aumentado cada dia mais, e o número de motociclistas então está em ascensão. Com o avanço da tecnologia então acarreta neste aumento, a facilidade de comprar comida dentre outros serviços pela internet corrobora também para isso. Cresce o número de motociclistas mas não cria alternativas para facilitar e adequar os novos veículos nas ruas.

De acordo com os estudos realizados pela equipe da Medicina da Universidade de São Paulo, 18% dos acidentes é foram causados por problemas nas vias, como sinalização inadequada em cruzamentos, óleo nas ruas, presença de areia, buracos, ondulações. Portanto piso e sinalização não são principais fatores que causam acidentes, mas precisam ser considerados na política de conservação (USP, 2017).

Um entrevistado levantou uma questão muito relevante. Segundo Betão “Há uma defasagem na formação do motociclista e na formação do motorista”.

Conforme Dantas (2015) o processo de formação de condutores nas auto escolas não atendem para uma boa formação de condutores. Com ensino aprendizagem ineficiente de quem vai adquirir sua carteira de habilitação resulta no grande número de reprovados nos exames teóricos e práticos do DETRAN/RN.

Sabendo da responsabilidade que um condutor seja motociclistas ou motoristas tem ao ir as ruas, deve-se considerar uma reforma neste tipo de seguimento, fazendo que com tenham uma formação com mais qualidade, desenvolvendo um pensamento crítico, uma conscientização de que um erro pode ser fatal, levando os condutores ter uma mudança de hábito.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao iniciar a pesquisa, foram listados alguns objetivos que deveriam ser alcançados ao longo do estudo. Com base na investigação realizada, pode-se constatar que essa proposta inicial foi alcançada, haja vista que foram abordados pontos considerados

essenciais sobre a temática em questão.

Assim, quanto ao objetivo específico de explorar estatísticas de acidentes com motociclistas e consequências de não pilotar de forma preventiva constatou-se que o número é bem elevado, apresentando números bem elevados, devido a vários fatores, dentre eles a imprudência do condutor, que muitas vezes gera dano não somente para ele, mas também para outras pessoas que transitam nas vias.

Concernente ao objetivos específico de identificar se o motociclista tem noção da vulnerabilidade a que se submete ao pilotar uma motocicleta observou-se que alguns têm medo que lhe aconteça algum tipo de acidente. No entanto, foi destacado também que a culpa pelos acidentes não se limitam apenas ao piloto, como a imprudência de outros motoristas e até mesmo de pedestres. Além disso, aqueles que trabalham conduzindo uma moto, muitas vezes são cobrados pela agilidade o que faz com que o risco seja ainda maior, devido a presa e cobrança das empresas.

Outro ponto verificado ao longo deste trabalho refere-se também a falta de educação, assim como de cidadania no trânsito, haja vista que muitos motoristas desrespeitam a sinalização por simples prazer de andar em alta velocidade.

Sobre o objetivo específicos de verificar se o motociclista faz uso correto do equipamento de segurança foi constatado pelo estudo que estes usam os equipamentos de segurança. No entanto, é importante destacar que em cidades pequenas, onde a fiscalização não é de fato aplicada, muitos condutores e passageiros transitam sem a devida preocupação em utilizar os equipamentos de segurança, principalmente o capacete.

Assim, quanto ao objetivo geral que foi de avaliar os principais fatores de riscos relacionado a acidentes com motos e a adesão ao uso de equipamentos de segurança, verificou-se que são vários os fatores, dentre eles a imprudência e até mesmo a falta de educação não somente do condutor, mas também dos condutores de carro, ônibus e pedestres, que não respeitam a sinalização, a faixa de pedestres causando sérios danos no caso de um acidente.

Assim, ciente de que está pesquisa alcançou seu objetivo proposto, mas que ainda pode ser aperfeiçoado, deixa-se como sugestão para pesquisas futuras um estudo com uma amostra maior, envolvendo por exemplo, a equipe de saúde, para identificar os principais danos causados, e seus impactos para saúde pública.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Luciene Miranda de; LIMA, Maria Alzete de; SILVA, Carlos Helano Cosmo da; CAETANO, Joselany Áfio. Acidentes de motocicleta: características das vítimas e dos acidentes em hospital de Fortaleza – CE, Brasil. **Rev. Rene**. Fortaleza, v. 10, n. 4, p. 52-59, out./dez. 2009.

BASTOS, M. J. R. P.; PEREIRA, J. A.; SMARZARO, D. C.; COSTA, E. F.; BOSSANEL, R. C. L.; OLIOSA, D. M. S; et al. Análise ecológica dos acidentes e da violência letal em Vitória, ES. **Rev Saúde Pública**. v. 43, n. 1, p: 123-32, 2009.

DANTAS, Wagna Eliza Macedo da Silva. Violência no trânsito e a má formação do condutor: uma análise do ensino-aprendizagem nas autoescolas de Natal/RN. 2015, 27f. Trabalho de Conclusão de Curso do curso de Pedagogia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

DETRAN-CEARÁ. **Estatísticas**. Disponível em: <<http://portal.detran.ce.gov.br/index.php/estatisticas>>. Acesso em: 15 jun. 2017.

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ. **Estatística de acidente de trânsito**. 2015. Disponível em: <<http://www.ceara.gov.br/#site>>. Acesso em: 23 jun. 2017.

HOFFMANN, Maria Helena. Comportamento do condutor e fenômenos psicológicos. **Psicologia: Pesquisa & Trânsito**, v. 1, n. 1, p. 17-24, Jul./Dez. 2005.

LIMA; Rogério. **Diferença entre Motoqueiro e Motociclista**. 2011. Disponível em: <<http://motoemotocicleta.com.br/noticias/diferenca-entre-motoqueiro-e-motociclista/>>. Acesso em: 03 jun. 2017.

MINAYO, M.C.S. O Desafio do conhecimento, pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo/ Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 1992.

OLIVEIRA, N. L. B.; SOUSA, R. M. C. Diagnóstico de lesões e qualidade de vida de motociclistas, vítimas de acidentes de trânsito. **Rev Latino-am Enfermagem**; v.11, n.6, p.749-56, 2012.

SANTOS, Ana Maria Ribeiro dos et al. Perfil das vítimas de trauma por acidente de moto atendidas em um serviço público de emergência. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p: 1927-1938, ago, 2008.

SANTOS, L. N. M. *et. al.* **Acidente de Trânsito**: uma análise a partir de publicações bibliográficas. 2009. <<http://www.abeneventos.com.br>>. Acesso em: 7 jul. 2017.

SILVA, J. K. da; RIOS, M. A.; AMARAL, T. F. S.; et al. Perfil dos acidentes de transporte terrestre atendidos pelo serviço de atendimento móvel de urgência. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 10, n. 1, p: 9-17, jan., 2016.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **Causas de acidentes com motociclistas**. Disponível em:<<https://institutedeengenharia.org.br/site/ieadm/arquivos/arqnot8023.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2017.

WASELFISZ, Julio Jacobo. **Mapa da violência 2014**: Os jovens do Brasil. Brasil, Flacso, 2014.

CAPÍTULO 10

PERFIL DOS CASOS DE SUICÍDIO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 22/01/2021

Data de submissão: 19/12/2020

Josênia Cavalcante Santos

Enfermeira pela União de Ensino Superior de
Campina Grande (UNESC)
Campina Grande – PB
<http://lattes.cnpq.br/4678336283176525>

Layze Amanda Leal Almeida

Doutoranda em Ciências da Saúde pela
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa
de São Paulo (FCMSCSP)
<http://lattes.cnpq.br/2682329110039611>

Raquel Costa e Silva

Farmacêutica e Bióloga pela Universidade
Estadual da Paraíba (UEPB)
Campina Grande – PB
<http://lattes.cnpq.br/1087096412499606>

Allana Renally Cavalcante Santos de Moraes

Acadêmica de Enfermagem da Universidade
Estadual da Paraíba (UEPB)
Campina Grande – PB
<http://lattes.cnpq.br/1123537823046399>

Eclésio Cavalcante Santos

Mestre em Ciência e Tecnologia Ambiental pela
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)
Campina Grande – PB
<http://lattes.cnpq.br/3767022697760141>

Edenilson Cavalcante Santos

Mestre em Saúde da Família pela Universidade
Federal da Paraíba (UFPB)
Campina Grande – PB
<https://orcid.org/0000-0002-5924-8065>

RESUMO: Os casos de suicídio vêm aumentando em todo o mundo, tornando-se um crescente problema de saúde pública. Desta forma, o presente trabalho foi desenvolvido através de uma revisão de literatura do tipo integrativa, na qual buscou-se trabalhos em plataformas como Portal Periódicos (Capes/MEC), Pubmed, Scielo, Google Acadêmico, entre outras, utilizando-se os termos para pesquisa nos descritores: “Suicídio Urgência Emergência” e “Suicide AND Urgency AND Emergency” sem restrições aos idiomas de busca, entre 2015 a 2020. Entre as 52 publicações encontradas, após serem submetidas aos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 11 estudos que compuseram o presente trabalho. A maioria dos estudos relataram que a maioria dos indivíduos com ideações suicidas atendidos em serviços de urgência e emergência pertenciam ao sexo feminino, utilizando agentes tóxicos como medicamentos, enquanto que os homens utilizaram métodos mais letais como armas de fogo e enforcamento. Verificou-se também a maior prevalência de indivíduos entre 20 a 59 anos, com ensino fundamental, estudantes e mulheres “do lar”. Desta forma, destaca-se a importância do papel da equipe de enfermagem no atendimento ao comportamento suicida.

PALAVRAS-CHAVE: Autoextermínio. Comportamento Suicida. Acolhimento.

PROFILE OF SUICIDE CASES IN URGENCY AND EMERGENCY: AN INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: Suicide cases have been increasing worldwide, becoming a growing public health

problem. Thus, the present work was developed through an integrative literature review, in which works were sought on platforms such as Portal Periódicos (Capes / MEC), Pubmed, Scielo, Google Scholar, among others, using the terms for research in the descriptors: “Suicide Urgência Emergência” and “Suicide AND Urgency AND Emergency” without restrictions on search languages, between 2015 and 2020. Among the 52 publications found, after being submitted to the inclusion and exclusion criteria, 11 studies were selected that composed the present work. Most studies reported that the majority of individuals with suicidal ideations seen in urgent and emergency services were female, using toxic agents as drugs, while men used more lethal methods such as firearms and hanging. There was also a higher prevalence of individuals between 20 and 59 years old, with elementary education, students and women “from home”. Thus, the importance of the nursing team’s role in assisting suicidal behavior is highlighted.

KEYWORDS: Self-extermination. Suicidal Behavior. Reception.

1 | INTRODUÇÃO

O comportamento suicida é definido como uma ação em que um indivíduo se auto agride, independente do grau de intenção letal e reconhecimento da razão para este fim (BOTEGA, 2014). Fatores socioambientais, psicológicos e biológicos podem influenciar o comportamento suicida (NAVARRO; MARTINEZ, 2012), nestes incluem-se transtornos psiquiátricos, de humor, depressão, ansiedade, alcoolismo e conflitos familiares (KOHLEAUSCH, 2008).

As tentativas de suicídio, bem como a consumação do ato em si crescem a cada ano, com cerca de 1 milhão de mortes em todo o mundo (BOTEGA, 2014). No Brasil, encontra-se entre as dez maiores causas de morte, totalizando em 2015 mais de onze mil suicídios, representando cerca de trinta e uma mortes por dia, se apresentando como uma das três causas de morte entre 15 a 44 anos, ocasionando consequências emocionais, sociais e econômicas (BRASIL, 2015; VIDAL; GONTIJO; LIMA, 2013).

Em relação à equipe do serviço de urgência e emergência, a qualidade do atendimento prestado ao paciente que tenta autoextermínio está diretamente relacionada a atitudes e posturas menos negativas e opressoras frente ao episódio, por parte da equipe que o atende (SILVA *et al.*, 2020).

O cuidado relacionado à saúde mental envolve questões pessoais, sociais, emocionais e financeiras, associadas ao adoecimento mental. Este cuidado abrange uma demanda de atenção nem sempre efetivada, devido a inúmeras dificuldades vivenciadas tanto pelos pacientes quanto pelos profissionais e pela sociedade, como a escassez de recursos, inadequação da assistência profissional, estigmatização, violação de direitos dos doentes, entre outros fatores (CARDOSO; GALERA, 2011).

Diante do exposto, objetivou-se através de uma revisão integrativa, identificar o perfil epidemiológico dos pacientes atendidos em serviços de urgência e emergência que

tentaram suicídio, assim como os métodos mais utilizados para este fim e o papel da equipe de enfermagem nestes atendimentos.

2 | FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Suicídio e perfil epidemiológico

De forma geral, o suicídio é um fenômeno social que consiste em um grave problema de saúde pública. Trata-se de violência autoinfligida, na qual o indivíduo intencionalmente tira a própria vida motivado pela interação de múltiplos fatores: biológicos, psicológicos, socioculturais e ambientais (CEVS/RS, 2018), com pleno conhecimento ou expectativa de um resultado fatal (MARCOLAN; SILVA, 2019).

O comportamento suicida pode ser perceptível a partir de manifestações como automutilação, ideias de morte, ideação suicida, plano, tentativa e suicídio consumado, impactando não somente os sobreviventes a esse ato, mas como familiares e pessoas próximas à vítima (RIBEIRO *et al.*, 2018).

Diante da gravidade do comportamento suicida, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu em seu Plano de Ação em Saúde Mental 2013-2020, uma meta global de reduzir em 10% a taxa de suicídios até 2020 (STONE *et al.*, 2017). Todos os anos, cerca de 800.000 pessoas suicidam-se e o número é maior em relação às tentativas de suicídio e trata-se da segunda principal causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos em todo o mundo (WHO, 2019).

Sabe-se claramente da ligação entre suicídios e transtornos mentais, principalmente depressão, esquizofrenia e o uso de drogas ilícitas, problemas que poderiam ser tratados e evitados em 90% dos casos, entretanto estes atos podem estar relacionados a momentos de crise e colapso na capacidade de lidar com momentos de estresse como problemas financeiros, relacionamentos, dores crônicas e doenças (WHO, 2019).

Os métodos mais comuns de suicídio são enforcamento, envenenamento por pesticidas e armas de fogo. O autoexterminio com pesticidas de uso agrícola é um dos principais meios utilizados mundialmente para o suicídio, representando cerca de 14 a 20% de todas as mortes por esta causa a cada ano (110 mil a 168 mil óbitos (MEW *et al.*, 2017). No Brasil, dados do Ministério da Saúde mostram que, de 2007 a 2017, mais de 12 mil pessoas tentaram suicídio com agrotóxicos em todo o Brasil. Dessas tentativas, 1.582 resultaram em óbitos (ABP, 2014).

Diante disto, as intoxicações exógenas intencionais englobam um grupo mais amplo de substâncias como medicamentos e domissanitários, entretanto os agrotóxicos apresentam toxicidade e letalidade elevadas, mesmo a exposição a pequenas quantidades (GUNNEL *et al.*, 2017).

De acordo com o SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), nos

últimos quatro anos, entre as 511.547 notificações de intoxicações exógenas, 223.748 (43,7%) foram por tentativas de suicídio. Entre os agentes tóxicos mais utilizados, os medicamentos ocupam o primeiro lugar, com 78,3% nos últimos anos (SINAN, 2020) (Tabela 1).

Ano	Medicamento		Agrotóxicos		Raticidas		Drogas de abuso		Outros		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2017	38.763	17,3	2.579	1,2	3.871	1,7	426	0,2	5.963	2,7	51.602	23,1
2018	51.492	23,0	2.762	1,2	4.101	1,8	683	0,3	7.285	3,3	66.323	29,6
2019	68.183	30,5	2.743	1,2	4.146	1,9	921	0,4	8.693	3,9	84.686	37,8
2020	16.753	7,5	664	0,3	1.032	0,5	281	0,1	2.407	1,1	21.137	9,4
Total	175.191	78,3	8.748	3,9	13.150	5,9	2.311	1,0	24.348	10,9	223.748	100,0

Tabela 1 - Notificações de Tentativas de Suicídios por Intoxicações Exógenas, de acordo com o agente tóxico no Sistema de Informação por Agravos de Notificação, entre 2017 a 2020.

Fonte: SINAN - BRASIL, 2020.

2.2 Avaliação e manejo do paciente

Os profissionais de saúde devem saber identificar e manejar toda gama de características que envolvem o comportamento suicida, uma vez que a diminuição da morbidade (ideação e tentativa) também poderá levar à diminuição da mortalidade (o suicídio em si). A avaliação do paciente deve incluir: histórico de doenças mentais (depressão, transtorno bipolar, esquizofrenia, transtornos de personalidade, transtornos relacionados ao álcool e outras drogas, além de outras doenças mentais); história pessoal e familiar de comportamento suicida; suicidalidade: pensamentos atuais de morte, pensamentos de suicídio, tem planos e/ou meios para se matar (ABP, 2014).

Além disso, avalia-se a presença do desespero, desesperança e desamparo; características de personalidade, fatores estressores crônicos e recentes, fatores psicossociais, demográficos e presença de demais doenças (como lesões medulares e cerebrais, neoplasias, HIV/AIDS, entre outras (ABP, 2014).

Na urgência e emergência, o manejo do paciente terá três objetivos: reduzir o risco imediato, manejo dos fatores dispostos e acompanhamento. Vigilância por 24 horas deve ser estruturada por alguém da equipe de saúde ou cuidador, até reavaliação médica. Utensílios que podem ser utilizados para se machucar como facas, instrumentos pontiagudos, remédios, cintos, entre outros) devem ser retirados do acesso do paciente (ABP, 2014).

3 | METODOLOGIA

O presente trabalho foi desenvolvido através de uma revisão de literatura do tipo integrativa, desta forma, a busca pelos artigos foi realizada em dez plataformas distintas: Portal Periódicos (Capes/MEC), Pubmed, Scielo, Google Acadêmico, Directory of Open Access Journals, Lilacs, Scopus, Research Gate, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Medline. Utilizou-se os seguintes termos para pesquisa nos descritores: “Suicídio Urgência Emergência” e “*Suicide AND Urgency AND Emergency*” sem restrições aos idiomas de busca, porém em relação ao tempo de publicação, filtrou-se a busca por artigos entre 2015 a 2020.

Além disso, foram pesquisados livros técnicos, monografias, dissertações, teses e revistas relacionadas ao tema do estudo. De forma inicial, foram pré-selecionados 52 publicações que passaram primeiramente por uma pré-leitura, e assim foram filtradas e classificadas posteriormente através de uma leitura sistemática, foram escolhidas as publicações para compor a amostra para coleta de dados para o presente trabalho. Os critérios de inclusão foram estudos prospectivos, transversais, descritivos, de abordagem quantitativa e que foram publicados a partir de 2015. Revisões bibliográficas, relatos de caso e/ou outros estudos que não se encaixavam nestas características foram excluídos da amostra.

4 | ANÁLISE DOS DADOS

Inicialmente, encontrou-se um total de 52 publicações, sendo 8 revisões bibliográficas. Descartou-se a priori através de uma pré-leitura, as referências duplicadas, revisões bibliográficas e demais estudos que não coincidiam com o padrão temático e após a realização de leitura sistemática de cada artigo, foram selecionados 20 artigos para uma leitura completa. A partir dessa leitura, 11 estudos foram finalmente selecionados para o desenvolvimento deste trabalho conforme demonstrado na tabela 2.

Grigoletto *et al.* (2020) abrangeu em seu estudo uma amostra de 344 pacientes que tentaram suicídio, onde, destes, a maior parte se encontrava na faixa de idade entre 25 a 59 anos (234; 67,7%), do sexo feminino (224; 65,1%), com ensino fundamental incompleto (103; 29,9%), estudantes (35; 10%) e utilizando agentes tóxicos como medicamentos ou agrotóxicos para o ato. O autor ainda verificou a presença de algum tipo de transtorno mental ou de comportamento em 320 pacientes (93%). Dados da literatura verificam que estes transtornos são fatores relevantes para as tentativas de suicídio (16), além de fatores sociodemográficos, familiares, entre outros (PIRES *et al.*, 2015).

Monteiro *et al.* (2015), averiguou em sua amostra de estudo, que as internações por tentativa de suicídio concentraram-se entre 30 a 49 anos de idade para os homens (8,3 internações por 100 mil hab.) e entre as mulheres, entre 20 a 29 anos (6,0 internações por 100 mil hab.), com a maior causa de internação, a autointoxicação intencional por

medicamentos e substâncias biológicas não especificadas entre o sexo feminino (6,62/ 100 mil hab.) e lesões por arma de fogo entre os homens (1,01/ 100 mil hab.)

No estudo realizado por Moreira *et al.* (2017), foram registrados 137 óbitos por suicídio, entre os quais, a maioria foi decorrente de lesão autoprovocada (95; 69,3%) como enforcamento, lesão por arma de fogo, precipitação de locais elevados, afogamentos ou lesão por objetos cortantes. No que se refere à autointoxicação, a maioria (90,5%) foi por medicamentos. Oliveira *et al.* (2015) analisou 118 casos, entre os quais, a maioria pertencia ao sexo feminino (65; 55%), entre 21 a 41 anos (61; 52%), ensino fundamental incompleto (46; 39%) e estudantes (25; 21%).

Estes dados previamente citados também corroboraram com os estudos de Silva *et al.* (2016) e Silva *et al.* (2017) que constataram a vulnerabilidade de mulheres, estudantes, donas de casa e com ensino fundamental incompleto que tentam suicídio através de medicamentos, em sua maioria os ansiolíticos como os benzodiazepínicos.

Verifica-se ainda que baixo nível de escolaridade representa sempre um dado alarmante para o desenvolvimento dos indivíduos e da sociedade (MARCONDES FILHO *et al.*, 2002). Microrregiões com população de baixo nível de escolaridade possuem forte associação negativa entre a pobreza e casos de suicídio (GONÇALVES; GONÇALVES; OLIVEIRA JÚNIOR, 2011), sugere-se então que o baixo nível de escolaridade e econômico correspondem a determinantes socioeconômicos nas tentativas de suicídio no Brasil.

Veloso *et al.* (2017) verificou em seu estudo com uma amostra de 277 pacientes, que 29 indivíduos foram a óbito, totalizando um coeficiente de letalidade de 10,5%. O autor ainda encontrou resultados que demonstraram que a faixa etária mais prevalente foi de 20 a 29 anos (62; 38%), com grau de instrução até o ensino fundamental (90; 56,3%), residentes na zona rural (21; 19,3%) e que utilizaram medicamentos como agentes tóxicos (72; 49%). Observa a associação significativa entre idade e evolução fatal, uma vez que as vítimas com idade igual ou superior a 50 anos foram mais efetivas.

Diante das informações supracitadas, verifica-se que a grande maioria das mulheres tentam o suicídio através do uso de agentes tóxicos como medicamentos, enquanto que os homens utilizam métodos mais letais como armas de fogo e enforcamento (NOCK *et al.*, 2008), como Ribeiro, Souza e Sousa (2017) que constataram 477 (2,12%) tentativas de suicídio por arma de fogo e Bahia *et al.*(2017) que observou que 53,6% das lesões autoprovocadas decorreram por envenenamento (maioria mulheres: 69,4%) e 34,5% por uso de objeto perfurocortantes (homens: 42,6%), com predomínio de idade entre 20 a 59 anos. Desta forma, embora as mulheres tentem o suicídio mais vezes, os homens têm mais êxito, sendo três vezes mais propensos a cometer o suicídio por métodos mais letais (MACHADO; SANTOS, 2015).

Por fim, Silva *et al.* (2020) e Fontão *et al.* (2018) abordam questões além dos dados epidemiológicos discutidos anteriormente, como a importância do manejo de pacientes adolescentes que tentam o suicídio, trazendo assim a necessidade de identificar

problemas existentes para que o atendimento a estes pacientes em um serviço de urgência e emergência sejam otimizados (SILVA *et al.*, 2020). Por outro lado, os profissionais envolvidos podem enfrentar obstáculos na identificação e prestação do cuidado, como a sobrecarga de trabalho, falta de apoio da instituição, entre outros (FONTÃO *et al.*, 2018).

Autor/ano	Título	Objetivos
Bahia <i>et al.</i>, 2017	Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil	Caracterizar o perfil das vítimas de lesão autoprovocada atendidas em serviços de urgência e emergência nas capitais brasileiras
Fontão <i>et al.</i>, 2018	Cuidado de enfermagem as pessoas atendidas na Emergência por tentativa de suicídio	Analisar o cuidado de enfermagem às pessoas atendidas na emergência por tentativa de suicídio.
Grigoletto <i>et al.</i>, 2020	Tentativas de Suicídio Notificadas em um Hospital de Ensino no Estado do Rio Grande do Sul, 2014-2016	Caracterizar as tentativas de suicídio notificadas em um hospital de ensino no estado do Rio Grande do Sul, Brasil.
Monteiro <i>et al.</i>, 2015	Hospitalizações relacionadas a lesões autoprovocadas intencionalmente – Brasil, 2002 a 2013	Descrever as internações hospitalares decorrentes de lesões autoprovocadas intencionalmente.
Moreira <i>et al.</i>, 2017	Análise epidemiológica dos óbitos por suicídio	Analisar os aspectos epidemiológicos dos óbitos por suicídio em um município do estado do Ceará.
Oliveira <i>et al.</i>, 2015	Tentativa de Suicídio por intoxicação exógena: contexto de notificações compulsórias	Analisar o perfil dos atendimentos hospitalares por tentativa de suicídio por intoxicação exógena em um hospital no Ceará.
Ribeiro; Souza; Sousa, 2017	Injuries caused by firearms treated at Brazilian urgente and emergency healthcare services	Verificar os casos de injúrias causadas por armas de fogo, inclusive tentativas de suicídio
Silva <i>et al.</i>, 2016	Perfil dos casos de tentativa de suicídio registrados no CEATOX, Campina Grande – PB, em 2015	Analisar os casos de tentativa de suicídio atendidos em um Hospital de Emergência e Trauma.
Silva <i>et al.</i>, 2017	Tentativas de suicídio entre estudantes atendidos no CEATOX, Campina Grande-PB, em 2015	Analisar os casos de tentativa de suicídio entre estudantes em um Hospital de Emergência e Trauma
Silva <i>et al.</i>, 2020	Profissionais de enfermagem de um serviço de urgência e emergência frente ao suicídio na adolescência	Compreender como os profissionais de enfermagem de um serviço de urgência e emergência percebem o suicídio na adolescência.
Veloso <i>et al.</i>, 2017	Violência autoinfligida por intoxicação exógena em um serviço de urgência e emergência	Analisar as violências autoinfligidas por intoxicação exógena notificadas em um serviço de saúde

Tabela 2 – Características das publicações selecionadas

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificou-se que os indivíduos que tentam suicídio possuem faixa etária mais prevalente entre os 20 a 59 anos de idade, entretanto observou-se que alguns estudos já abordam o suicídio na adolescência como uma crescente problematização de saúde pública.

As mulheres estão mais relacionadas ao uso de agentes tóxicos como medicamentos com finalidade de autoextermínio, em contrapartida, os homens buscam meios mais letais para este fim.

O baixo nível de escolaridade, bem como ocupações como estudante, mulheres “do lar” e presença de transtornos mentais se apresentam como elementos de vulnerabilidade destes indivíduos à ideação suicida.

Em relação à equipe de enfermagem, apesar das fragilidades do contexto da emergência hospitalar, é necessário que esta saiba ouvir atentamente, seja empática, mostre preocupação e atenção ao paciente suicida, estabelecendo um vínculo de confiança com este indivíduo.

REFERÊNCIAS

ABP. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Conselho Federal de Medicina. **SUICÍDIO: Informando para prevenir**. Brasília, 2014. Disponível em:<https://www.sbahq.org/resources/pdf/defesaprofissional/artigos/cartilha_suicidio.pdf>. Acesso em 2 Setembro 2020.

BAHIA, C. A. *et al.*, Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 9, p. 2841-2850, 2017.

BOTEGA, N. J., Suicidal behavior: epidemiology. **Psicol Usp**, v. 25, n. 3, p. 231-235, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. **Sistema de Informação sobre mortalidade-SIM**. 2015. Disponível em:<<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em 12 Setembro 2020.

CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F., Mental health care today. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 3, p. 687-691, 2011.

CEVS. Centro Estadual de Vigilância em Saúde do Rio Grande do Sul. **Boletim de Vigilância Epidemiológica de Suicídio e Tentativa de Suicídio**, v. 1, n.1, 2018.

FONTÃO, M. C. *et al.*, Cuidado de enfermagem às pessoas atendidas na emergência por tentativa de suicídio. **Rev Bras Enf**, v. 71 (suppl 5), p. 2329-2335, 2018.

GONÇALVES, L. R. C., GONÇALVES, E., OLIVEIRA JÚNIOR, L. B., Determinantes espaciais e socioeconômicos do suicídio no Brasil: Uma abordagem regional. **Nova Economia**. Belo Horizonte. V. 21 (2): 281-316, 2011.

GRIGOLETTO, A. P. *et al.*, Tentativas de suicídio notificadas em um hospital de ensino no Estado do Rio Grande do Sul, 2014 - 2016. **Revista Online de Pesquisa**, v. 12, p. 447-453, 2020.

GUNNELL, D. *et al.*, Prevention of suicide with regulations aimed at restricting access to highly hazardous pesticides: a systematic review of the international evidence. **Lancet Glob Health**, v. 5, n. 10, 2017.

KOHLRAUSCH, E. R. *et al.* Atendimento ao comportamento suicida: concepções de enfermeiras de unidades de saúde. **Cienc Cuid Saude**, v. 7, n. 4, p. 468-475, 2008.

MACHADO, D. B.; SANTOS, D. N., Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012, **J. bras. psiquiatr.** v.64, n.1, 2015.

MARCOLAN, J. F.; SILVA, D. A., O comportamento suicida na realidade brasileira: aspectos epidemiológicos e da política de prevenção. **Revista M.**, v. 4, n. 7, p. 31-44, 2019.

MARCONDES FILHO, W. *et al.*, Tentativas de suicídio por substâncias químicas na adolescência e juventude. **Adolesc. Latinoam.** v.3 n.2. Porto Alegre: nov. 2002.

MEW, E. J. *et al.* The global burden of fatal self-poisoning with pesticides 2006-15: systematic review. **J Affect Disord**, v. 219, p. 93-104, 2017.

MONTEIRO, R. A., Hospitalizações relacionadas a lesões autoprovocadas intencionalmente - Brasil, 2002 a 2013, **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 689-700, 2015.

MOREIRA, R. M. M. *et al.*, Análise Epidemiológica dos óbitos por suicídio. **SANARE**, v. 16 (suppl 1), p. 29-34, 2017.

NAVARRO, M. C. C.; MARTINEZ, M. C. P., Attitudes of nursing professionals towards suicidal behavior: influence of emotional intelligence. **Rev Latino-Am Enferm**, v. 20, n. 6, p. 1161-1168, 2012.

NOCK, M. K. *et al.*, Suicide and suicidal behaviour. **Epidemiologic Reviews**, v. 30, p. 133-154, 2008.

OLIVEIRA, E. N. *et al.*, Tentativa de suicídio por intoxicação exógena: contexto de notificações compulsórias. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 6, n. 3, p. 2497-2511, 2015.

RIBEIRO, A. P.; SOUZA, E. R.; SOUSA, C. A. M., Injuries caused by firearms treated at Brazilian urgente and emergency healthcare services. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 9, p. 2851 - 2860, 2017.

RIBEIRO, J. F. *et al.*, Perfil sociodemográfico da mortalidade por suicídio. **Revista de enfermagem UFPE on line**, v. 12, n. 1, p. 44-50, 2018.

SILVA, L. L. T. *et al.*, Profissionais de enfermagem de um serviço de urgência e emergência frente ao suicídio na adolescência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 10, 2020.

SILVA, R. C. *et al.*, Tentativas de suicídio entre estudantes atendidos no CEATOX, Campina Grande-PB, em 2015. **Biofarm**, v. 13, n. 3, 2017.

SILVA, R. C. *et al.* **Perfil dos casos de tentativa de suicídio registrados no CEATOX, Campina Grande-PB, em 2015. Anais I CONBRACIS**, v.1, n. 1, Campina Grande: Realize Editora, 2016. Disponível em: <<http://www.editorarealize.com.br/artigo/visualizar/19371>>. Acesso em: 03/09/2020.

STONE, D. *et al.*, Preventing suicide: a technical package of policies, programs, and practices. **National Center for Injury Prevention and Control**, Atlanta, 2017.

VELOSO, C. *et al.*, Violência autoinfligida por intoxicação exógena em um serviço de urgência e emergência. **Rev Gaúcha Enf**, v. 38, n. 2, 2017.

VIDAL, C. A. L.; GONTIJO, E. C. D. M.; LIMA, L. A., Attempted suicide: prognostic factors and estimated excess mortality. **Cad Saúde Pública**, v. 29, n. 1, p. 175-187, 2013.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Suicide**. 2019. Disponível em:<<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>>. Acesso em 4 Setembro 2020.

CAPÍTULO 11

PERCEPÇÃO DOS MÉDICOS DE UMA SALA DE EMERGÊNCIA SOBRE A ASSISTÊNCIA AO PACIENTE FORA DE POSSIBILIDADE DE CURA

Data de aceite: 22/01/2021

Janaina Luiza dos Santos

Docente Faculdade de Enfermagem, UFF
Rio das Ostras – Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/0278498676950719>

Fernanda Alves dos Santos

Enfermeira, UBS Bela Vista Mandaguaçu/PR
Maringá – Paraná
<http://lattes.cnpq.br/2915969186141044>

Diana Paola Gutierrez Diaz de Azevedo

Docente PROFSÁUDE, FIOCRUZ
Rio de Janeiro – Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/3231946905823780>

Maria Auxiliadora Gonçalves

Fisioterapeuta, Terapeuta Holística
Cabo Frio – Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/1776921136460809>

Kamile Santos Siqueira Gevú

Docente Faculdade de Enfermagem, UFF
Rio das Ostras – Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/7673509963730270>

Ana Claudia Moreira Monteiro

Docente Faculdade de Enfermagem, UNESA
Macaé – Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/3744015118352703>

Katy Conceição Cataldo Muniz

Docente Faculdade de Enfermagem, UFRJ
Rio de Janeiro – Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/2748315483381339>

Virginia Maria de Azevedo Oliveira Knupp

Docente Faculdade de Enfermagem, UFF
Rio das Ostras – Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/.4235748457769201>

Isabel Cristina Ribeiro Regazzi

Docente Faculdade de Enfermagem, UFF
Rio das Ostras – Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/7637142992605317>

RESUMO: O objetivo desse estudo foi identificar qual a percepção dos médicos de uma unidade de cuidados intensivos que presta cuidados críticos, mas é caracterizada como uma Sala de Emergência sobre cuidados paliativos, obstinação terapêutica e paciente fora de possibilidade de cura. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória. Os sujeitos da pesquisa foram cinco médicos que trabalham na sala de emergência, do Hospital Municipal de Maringá-PR. Os dados foram coletados nos meses de setembro e outubro de 2014, por meio de entrevista gravada através da aplicação de questionário semiestruturado. A análise dos dados ocorreu em três etapas estabelecidas por Minayo: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados e foram desveladas as seguintes categorias: Paciente fora de possibilidade de cura: caracterização dos médicos; Cuidados paliativos versus cuidados curativos; Ações paliativistas ao paciente fora de possibilidade de cura; Atitudes obstinadas: visão dos médicos. Conclui-se que os médicos conseguem entender o que é um paciente fora de possibilidade de cura, mas existe dificuldade em manejá-lo. Os cuidados paliativos são visualizados como alívio do sofrimento e aproximação da boa morte, mas existe uma linha tênue entre investir curativamente e paliativamente no final da vida. Eles visualizam

que se torna importante a realização de medidas de conforto, em contrapartida, visualiza medidas obstinadas na tentativa de salvamento desse paciente. Além disso, os profissionais pesquisados apresentam dificuldade de lidar com os pacientes nesse estado, devido ao fato de estarem em setor crítico destinado ao salvamento.

PALAVRAS-CHAVE: Doente terminal, Cuidados paliativos; Equipe de assistência ao paciente; Tratamento fútil; Medicina.

PERCEPTION OF A MEDICAL EMERGENCY ROOM ON PATIENT CARE OUTSIDE OF THE POSSIBILITY OF HEALING

ABSTRACT: The aim of this study was to identify the perception of physicians in an intensive care unit that provides critical care, but is characterized as an Emergency Room on palliative care, therapeutic obstinacy and a patient with no possibility of cure. It is a qualitative, descriptive and exploratory research. The research subjects were five doctors who work in the emergency room at the Municipal Hospital of Maringá-PR. The data were collected in the months of September and October 2014, through a recorded interview through the application of a semi-structured questionnaire. Data analysis took place in three stages established by Minayo: pre-analysis; exploration of the material; treatment of results and the following categories were unveiled: Patient out of possibility of cure: characterization of doctors; Palliative care versus curative care; Palliative actions to the patient without possibility of cure; Stubborn attitudes: doctors' view. It is concluded that doctors are able to understand what a patient is without a possibility of cure, but there is difficulty in managing it. Palliative care is viewed as relief from suffering and approaching a good death, but there is a fine line between investing curatively and palliative at the end of life. They see that it is important to carry out comfort measures, in contrast, they see obstinate measures in the attempt to rescue this patient. In addition, the professionals surveyed have difficulty dealing with patients in this state, due to the fact that they are in a critical sector destined for rescue.

KEYWORDS: Patient terminal; Palliative care; Patient care team; Futile treatment; Medicine.

INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) espaço hospitalar com ambiente estruturado destinado ao atendimento de pacientes graves, de alta complexidade, que necessitem de assistência médica e de enfermagem intensiva por 24 horas ininterruptas, equipada com recursos tecnológicos capazes de manter a sobrevivência de seus pacientes e manter condições favoráveis à vida (CFM, 2020).

Por conseguinte, o local estudado presta cuidados intensivos a pacientes em estado crítico, muitas vezes em uso de ventiladores mecânicos, monitores multiparâmetros, drogas vasoativas, sedativas e antibióticos potentes, assistência médica e de enfermagem contínua, mas é caracterizado como uma Sala de emergência devido a questões cadastrais junto ao SUS, na instituição onde foi realizada a pesquisa.

Entre esses pacientes graves e recuperáveis, surgem também os “irrecuperáveis” que apesar da inserção de artifícios tecnológicos, não apresentam resultados satisfatórios

e evolução significativa. Em determinado momento do tratamento de sua doença não é mais possível salvá-lo, sendo inevitável o processo da morte, caracterizando-os, assim, como pacientes fora de possibilidade de cura (PEGORARO E PEGANINI, 2019).

Quando o que é realizado torna-se doloroso e não possibilita a cura, surge a obstinação terapêutica, que se trata de uma conduta que visa manter a vida do doente terminal, sujeito ao padecimento. Essa ação não prolonga a vida, mas o processo de morrer. O avanço da ciência e sua aplicação, por vezes, prejudicam a qualidade de vida de pacientes nestas condições, afetando a sua integridade e a qualidade do processo de morte e morrer (PEGORARO E PEGANINI, 2019).

Muitos estudiosos da temática inquietaram-se e foram à busca de um novo olhar para esse cuidado no final da vida, tentando trazer dignidade a esses moribundos, necessitados de menos procedimentos invasivos e mais simplicidade no estar com o mundo e com os seus.

Vários estudos trazem os cuidados paliativos e o respeito ao direito do paciente, como meios eficazes para impedir a prática da obstinação terapêutica. Os cuidados paliativos alcançam o controle da dor e trazem melhora da qualidade de vida, do restante de vida existente. Não pensando em curar uma doença ou delongar a vida ao máximo, mas permitindo que o paciente viva de forma imperturbada e agradável (MATSUMOTO, 2012).

Até a chegada dessa escolha terapêutica (cuidados Paliativos) muitas barreiras devem ser vencidas, pois existem diversas pessoas envolvidas, existindo conflitos e valores éticos, sociais e morais. Isso acarreta comoção na equipe multidisciplinar envolvida e principalmente na enfermagem que diretamente executa as prescrições médicas e lida continuamente com o paciente e a família.

O presente estudo foi direcionado aos médicos, visto que neste contexto, eles eram os condutores de todo o processo de tratamento ou palição desses pacientes e a equipe de enfermagem apesar da importância do trabalho interdisciplinar, apenas acompanhava os cuidados dos pacientes.

Objetivamos então, identificar qual a percepção dos médicos plantonistas da Sala de Emergência sobre os cuidados ao paciente fora de possibilidade terapêutica.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória com abordagem qualitativa, ou seja, esta abordagem faz referência à pesquisa sobre a vida das pessoas, as experiências por elas vividas, seus comportamentos, emoções e sentimentos. A obtenção das informações pode ocorrer através de entrevistas e observações. Este método tem como finalidade observar, descrever e explorar os aspectos de uma situação (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Os participantes da pesquisa foram cinco médicos plantonistas que atuam nesta sala de emergência. Os critérios de seleção foram: ser profissional médico de ambos os sexos

que prestasse assistência a clientes em estado grave e que se encontrasse trabalhando na sala de emergência do Hospital Municipal de Maringá-PR no momento do estudo. Para coleta de dados foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada com questões de identificação e norteadoras elaboradas pelas pesquisadoras, referente à problemática proposta pelo estudo “cuidados ao paciente fora de possibilidade de cura”. As questões norteadoras foram: Como o Sr.(a) caracteriza o paciente fora de possibilidade terapêutica? De que modo o Sr.(a) identifica se um paciente necessita de cuidados curativos ou cuidados paliativos? E quais os critérios utilizados para se instaurar tais cuidados? O Sr. (a) conhece o termo obstinação terapêutica? De que forma o Sr. (a) distingue na sua prática quando uma atitude terapêutica se torna obstinada?

O projeto de pesquisa foi submetido à Assessoria de Formação e Capacitação Permanente dos Trabalhadores de Saúde (CECAPS), e depois ao Comitê de Ética e pesquisa do Unicesumar aprovada com número 780.330 na data de 05 de setembro de 2014.

A pesquisadora realizou contato prévio com os médicos dessa unidade de emergência, sendo agendados os encontros: data, horário e local conforme disponibilidade dos participantes.

A entrevista só foi realizada após leitura, compreensão e assinatura em duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelo depoente, segundo preconizado pela resolução 466/2012. As entrevistas foram gravadas e posteriormente, transcritas na íntegra.

A análise de dados ocorreu conforme Minayo, Deslandes e Gomes (2013), respeitando três etapas a seguir descritas:

Primeiramente foi realizada uma pré-análise, etapa de organização, sistematização das ideias iniciais. Após foi feito a exploração do material, e este aconteceu por meio da codificação das entrevistas, definindo os conteúdos temáticos que foram discutidos. E por último os resultados foram tratados, inferidos e interpretados, a partir da fundamentação teórica e dos pressupostos que permeiam a pesquisa.

Depois de feitas essas etapas, emergiram as categorias, que nortearam o núcleo de sentido da análise.

Para identificação dos participantes foi utilizada a letra “M” significando médicos, e a numeração de 1 a 5 indicando a ordem da realização das entrevistas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo contou com cinco profissionais médicos entrevistados, alcançando o número total de profissionais médicos atuantes na sala de emergência, local da pesquisa. Eles apresentaram o seguinte perfil sociodemográfico: todos eram homens com idade entre 37 e 65 anos. O tempo de formação acadêmica variou entre 13 e 40 anos. Todos

os entrevistados afirmaram possuir especialização, três eram intensivistas e dois eram gastroenterologistas. O tempo de atuação nesta Sala de Emergência variou entre 05 e 12 anos, na sua maioria completavam uma carga horária de 80 horas mensais e todos possuíam mais de um vínculo empregatício. Da análise criteriosa das entrevistas foram desveladas as seguintes categorias de análise:

Paciente fora de possibilidade de cura: caracterização dos médicos

O paciente fora de possibilidade de cura é caracterizado como aquele que está em estado de terminalidade da vida, descontinuidade permanente das atividades biológicas essenciais à manutenção da vida de um organismo, porém fora possibilidade de cura não significa fora de cuidado (SILVA et al, 2019).

Acerca dos pacientes fora de possibilidade de cura os médicos entrevistados discursam:

[...] Doença terminal, paciente em doença terminal sem possibilidades de melhora com cuidados paliativos - ele não vai voltar para condição anterior né [...] (M3)

[...] dizer para você olhando para o paciente dizendo esse é terminal esse não é, muito relativo, então tem como a gente fazer isso, enquanto você não tem subsídio, né, que são os exames, certo e um estudo detalhado desse paciente [...] (M4)

Percebemos que ambos os médicos conseguem entender o que é o paciente fora de possibilidade de cura, mas também eles mencionam a grande dificuldade que é estabelecer a linha tênue entre estar fora ou não desta condição.

Assim como afirma Kovács (2014), com o avanço biotecnológico corre-se o risco de perder o bom senso diante de um paciente com um quadro irreversível e, em vez de se proporcionar a vida, prolonga-se o processo de morrer. Mas, longe de consenso, estas práticas ainda suscitam polêmica, dúvidas e conflitos que demandam conversa e troca de experiências em um debate pluralista.

[...] eu caracterizo pelo quadro clínico, pela evolução e pelo exame físico do paciente, os exames macroscópicos já nos mostram algumas alterações importantes e os exames laboratoriais e de imagem de condução elétrica, de ultrassonografia e outros exames afins vão dizer se é viável ou não o paciente [...]. (M2)

[...] existe o "feeling" do médico, o médico sabe o médico que é experiente, ele sente que aquele paciente não vai evoluir bem e que o paciente não tem prognóstico. Eu acho que nessa situação o "feeling" é muito importante, que o médico percebe, percepção do médico em relação ao doente. O médico ter o conhecimento pleno da patologia do paciente, saber que a evolução dele tem sido uma evolução desfavorável, que essa evolução desfavorável, complica outros órgãos e sistemas, e é um paciente que está em evolução rigorosamente desfavorável. [...] (M1)

Nesta análise visualizamos que ambos os médicos sentem-se seguros em afirmar quando o paciente está fora de possibilidade de cura, mas em contrapartida há de se pensar que para ter essa verdadeira certeza, necessita-se de muito empenho e troca de saberes multiprofissionais, pois o tempo de experiência, o “felling” médico, traz um grande conforto, e um estado de segurança pode cegar as condutas médicas, pois estes, querendo proporcionar uma boa morte, podem com isto partir para a Eutanásia.

[...] na realidade isso aí é bem complexo, porque apesar de existir algumas legislações a briga é que pelo conselho federal de medicina, né, estipula, tenta padronizar... esse limite tem que saber diferenciar bem o que é distanásia, eutanásia e ortotanásia, eles tentam colocar essas definições, esses termos, mas fica bem difícil você enquadrar esse paciente [...]. (M5)

Neste sentido, Kovács (2014) elucida as falas supracitadas nos afirmando que:

“Opondo-se à distanásia, ortotanásia não é eutanásia, embora por vezes possa ser erroneamente entendida como apressamento da morte. A diferença entre elas, entretanto, é significativa: se o principal objetivo da eutanásia é levar à morte para abreviar a dor e o da distanásia é impedir a morte a qualquer custo, a ortotanásia busca a morte com dignidade no momento correto, com controle da dor e sintomas físicos, psíquicos, bem como questões relativas às dimensões sociais e espirituais”. (KOVACS, 2014. p. 98)

Cuidados paliativos versus cuidados curativos

O desafio ético imposto atualmente, quando se refere ao paciente criticamente enfermo está em até quando investir no tratamento sem acrescentar agressões e de que forma atuar fazendo o melhor possível para atender aos interesses do paciente, sem ultrapassar a linha da futilidade, e atender aos desejos dos familiares trazendo conforto ao paciente e dignidade no processo de morrer (PEGORARO E PEGANINI, 2019).

Essa problemática é abordada pelos entrevistados e os mesmos discorrem sobre a diferenciação de cuidados paliativos e curativos:

[...] eu sou a favor da morte digna mais eu até o último minuto com raras exceções eu acho necessário investir [...] mas também não quero que o paciente sofra, tenha dor, tenha desconforto, então temos que equilibrar as duas situações. (M2)

Esse conflito de procurar investir até o fim, mas não causar desconfortos, pode gerar muito sofrimento ao paciente nesse estágio, focando apenas na doença e não no doente. Este é um desafio que tem que ser visto, pois há formação de médicos voltados para tratar os acometimentos orgânicos, com a falsa ilusão que salvam todos, gerando dificuldade no tratamento e no acompanhamento dos pacientes com sofrimento intenso em situação de terminalidade (RIBEIRO E POLIS, 2019).

Existe um grande impasse entre definir se um paciente necessita de cuidados paliativos ou curativos. Essa fala mostra que é necessário olhar o paciente como um todo,

ser único, para saber se a terapêutica que será instituída servirá para amenizar os sintomas, o que pode proporcionar qualidade de vida ou se tornar apenas sofrimento:

[...] mesmo que ele tenha uma doença terminal, o cuidado paliativo ele só vai ter quando ele não tem nenhuma possibilidade de voltar para uma condição anterior que ele estava, quando ele deu entrada nessa emergência. Então aí nesse caso você vai deixar de lado, você não vai fazer terapia renal -, não vai fazer troca de antibióticos se for o caso, só vai deixar a doença evoluir, isso seria um cuidado paliativo. Olho a patologia, depende muito. (M3).

Portanto é importante dizer que existem vários níveis de gravidade: aquelas pessoas com doença avançada que podem se beneficiar de tratamentos, mesmo que sejam invasivos e dolorosos, porque há possibilidade de melhora na sua qualidade de vida. Em outros casos, nenhuma recuperação é possível e esses tratamentos passam a representar um sofrimento inútil. Desta forma, se faz necessária a reflexão sobre sua continuidade sob o risco de cometer atitudes distanásicas, ou seja, o mesmo procedimento pode ser uma conduta indicada ou o prolongamento de um sofrimento desnecessário (LUTOSA et al, 2015).

Ações paliativistas ao paciente fora de possibilidade de cura

Em pesquisa realizada por Lutosa et al. (2015), percebeu-se que os profissionais que trabalham com pacientes fora de possibilidade de cura procuram proporcionar qualidade de vida, dignidade durante o processo de morte e morrer e busca pelo alívio dos sintomas, já que a cura não é mais o objetivo. Sobre o que deve ser feito quando a paciente está em cuidados paliativos os médicos expõem:

[...] eu acho que tem que dar um suporte para não sofrer esse paciente tira a dor, né, não deixar esse paciente ele, com falta de ar, dor no corpo, dor no local, deixa ele sedado se for o caso, certo, para ele ter um fim adequado e confortável (M4)

[...] a intenção o que os cuidados paliativos é dar mais conforto para o paciente na hora da morte né desse paciente aí não fazer nenhum procedimento invasivo que vai prolongar ou causar dor, causar desconforto nesse paciente punções intubações procedimentos aí mais invasivos. (M5).

Através das falas observamos que esses médicos possuem entendimento acerca dos cuidados prestados no final da vida. Contudo ainda é escasso o conhecimento e preparo da equipe de saúde como um todo, sobre esses cuidados tão importantes para paciente fora de possibilidade de cura, bem como lidar com eles se não vivenciam os locais construídos, adequados e preparados para esse fim.

Neste contexto, os profissionais de saúde que atuam cuidando de quem vivencia o fim da vida, consideram a comunicação no processo de morrer um ponto nevrálgico em sua vivência. Independente de trabalharem com pacientes acometidos pelo câncer ou com

outra doença degenerativa, estes profissionais referem evitar o contato e a conversa com os pacientes, apontando que não receberam preparo teórico e tampouco suporte emocional para lidar com o sofrimento e a morte de seus pacientes no contexto da terminalidade (RIBEIRO E POLIS, 2019).

Doentes terminais são submetidos a tratamentos, procedimentos e técnicas invasivas nas UTIs, em que o sofrimento é maior do que o benefício para ele, porque a cura não será possível. Muitos pacientes na UTI progridem para o cuidado paliativo (PEGORARO E PEGANINI, 2019).

Os principais objetivos dos cuidados paliativos são: proporcionar alívio da dor e de outros sintomas angustiantes; ajudar no entendimento da morte como um processo natural; incluir aspectos psicológicos e espirituais da assistência ao paciente; oferecer um sistema de apoio para ajudar pacientes e suas famílias a viver com qualidade de vida até a morte, e finalmente, fazer dos últimos momentos de vida os mais dignos e confortáveis possíveis (MATSUMOTO, 2012).

Atitudes obstinadas: visão dos médicos

Obstinação terapêutica ou distanásia caracteriza-se por submeter o paciente a intenso processo de dor e sofrimento prolongando a aflição, não havendo possibilidade de cura ou de melhora. Delongando a agonia, sem expectativas de sucesso ou de qualidade de vida melhor para o paciente, onde não se visa prolongar a vida, mas sim o processo de morte (PEGORARO E PAGANINI, 2019).

Os discursos apresentados a seguir trazem a visão desses médicos do que para eles são atitudes obstinadas:

Quando o médico às vezes segue protocolo muito rígido de tratamento sem levar em conta particularidades do caso, né...Então você segue protocolos rígidos...é muito diferente de um cuidado paliativo, né, você tá seguindo um protocolo e vai até o fim, você só vai ser interrompido se o paciente entrar em óbito, e pode acontecer né. (M3)

O profissional da área de saúde, principalmente o médico, é treinado para sempre fazer todo possível para salvar a vida do indivíduo e por causa disso torna-se difícil definir e aceitar a obstinação terapêutica (RIBEIRO E POLIS, 2019).

Neste cenário, as UTIs passaram a ser alvo de constantes conflitos éticos no que se refere à crescente utilização de tecnologias no tratamento de pacientes que não mais respondem aos tratamentos disponíveis, tendo como consequência prolongamento do processo de morte quando a mesma é inevitável (PEGORARO E PAGANINI, 2019), como é relatado a seguir:

[...] o profissional não quer que o doente morra no plantão dele, então ele, propositadamente, aplica um medicamento, uma droga vasoativa que mantém artificialmente a pressão arterial do paciente, paciente fica dependente

daquela droga, pro outro plantão...Enfim, obstinação terapêutica e exatamente isso aí, é você está repetindo medicamentos, utilizado medicamentos que não trazem mais nenhum tipo de benefício pro doente, que prolonga a morte do paciente, ... o profissional que não está preparado para tratamento de cuidados paliativos, ele se mantém em obstinação terapêutica. (M1)

O prognóstico reservado não é definido no Conselho Federal de Medicina, ou você faz o tratamento ou você opta por cuidados paliativos. Você não pode fazer a mesma coisa ao mesmo tempo, né, então é errado isso, ainda prescrever, colocar no prontuário (M3).

O código de ética médica atual já apresenta algumas mudanças da visão a respeito da prática diante de pacientes terminais, mostrando uma medicina preocupada em não submeter o paciente a um fim-de-vida doloroso (CFM, 2018).

Mas apesar dessas mudanças, algumas condutas ainda são aplicadas com o intuito de manter a vida do doente terminal, sujeito a muito sofrimento não postergando à vida, mas o processo de morrer. O avanço da ciência e sua aplicação, por vezes, comprometem a qualidade de vida das pessoas em sofrimento, afetando a sua dignidade, mas em contrapartida, os cuidados paliativos e o respeito ao direito do paciente são meios eficazes para prevenir a prática da distanásia. (SILVA et al, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Notou-se através dos discursos dos médicos dessa unidade de Emergência, a dificuldade para caracterizar um paciente fora de possibilidade cura, devido às várias questões envolvidas e que devem ser bem esclarecidas antes desse diagnóstico. Neste contexto, os cuidados paliativos foram visualizados como alívio do sofrimento e aproximação da “boa morte”, que deve ocorrer sem aflição; porém, percebeu-se a demora em paliar esses pacientes, com o risco da tão temida obstinação terapêutica.

A problemática de lidar com o paciente em situação de terminalidade é uma resposta à falta de preparo na graduação de medicina e das profissões da saúde no geral, o peso imposto pela sociedade de “salvar vidas”, sem muitas vezes ter condições nem ferramentas para abordar o processo de morte e morrer, ao qual veem como inimigo a ser vencido.

O fato de serem médicos de uma unidade de emergência que cuida de pacientes em condições de recuperação, conforme os relatos, apresenta uma dificuldade na prática médica para dar abertura na realização de cuidados paliativos, igualmente, reconhecem que este cenário não é um ambiente apropriado para esse tipo de cuidado.

Sugere-se um olhar diferenciado aos pacientes dessa unidade, que em determinado momento podem se tornar fora de possibilidade de cura e necessitarão de cuidados paliativos para não sofrerem distanásias.

A formação de profissionais de saúde, incluindo pessoal médico, deve se reorientar a uma abordagem do processo da morte e morrer. Estas ações formativas devem se fortalecer

de investimento em pesquisa interdisciplinar para prover subsídios no melhoramento do cuidado de pacientes no fim da vida. Por sua vez, torna-se relevante compreender que o cuidado paliativo requer um enfoque multidisciplinar, no qual a enfermagem tem um papel essencial por ter um contato permanente com o paciente e sua família, permitindo a identificação das suas necessidades, para uma posterior discussão e tomada de decisões com a equipe, dentro dos princípios de integralidade, dignidade, transversalidade e continuidade do cuidado.

REFERÊNCIAS

ARANTES, Claudia de Lima Quintana. **Indicação de cuidados Paliativos**. In CARVALHO, Ricardo Tavares de PARSONS, Henrique Fonseca, Org.: Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2ª ed. Rio de Janeiro: Ed.Diographic, 2012.p.75-85.

CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 / **Código de Ética Médica: Resolução**. Conselho Federal de Medicina – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019. Disponível em:< <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>> Acesso 05 nov. 2020.

Conselho Federal de Medicina (BR). Resolução CFM nº 2.271. de 14 de fevereiro de 2020. **Define as unidades de terapia intensiva e unidades de cuidado intermediário conforme sua complexidade e nível de cuidado, determinando a responsabilidade técnica dica, as responsabilidades éticas, habilitações e atribuições da equipe médica necessária para seu adequado funcionamento**. Publicado D.O.U. em: 23 abril 2020 Edição: 77 Seção: 1 Página: 90 Disponível em < <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-2.271-de-14-de-fevereiro-de-2020-253606068>> Acesso 04 nov. 2020.

KOVACS, Maria Julia. **A caminho da morte com dignidade no século XXI**. Rev. Bioética 2014; 22(1): 94-104. Disponível em: <http://www.bioetica.org.br/library/modulos/varias_bioeticas/arquivos/Varias_Dignidade.pdf> Acesso: 05 nov. 2020.

LUSTOSA, Abdon Moreira et al. **Cuidados paliativos: discurso de médicos residentes**. Rev. Med. Minas Gerais 25(3): 369-374 jul. 2015. Disponível em < file:///C:/Users/Downloads/v25n3a10.pdf> Acesso em: 05 nov,2020 DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20150072>.

MATSUMOTO, Dalva Yukie. **Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios** In CARVALHO, Ricardo Tavares de PARSONS, Henrique Fonseca, Org.: Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Diographic, 2012.p. 23-30.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely. Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 34ª Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

PEGORARO, Martha Maria de Oliveira; PAGANINI, Maria Cristina. **Cuidados paliativos e limitação de suporte de vida em terapia intensiva**. Rev. Bioética. Brasília, v. 27, n. 4, p. 699-710, Dec. 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422019000400699&lng=en&nrm=iso>. acesso 03 nov. 2020.Epub Jan 10, 2020. <https://doi.org/10.1590/1983-80422019274353>.

RIBEIRO, Júlia Rezende; POLES, Kátia. **Cuidados Paliativos: Prática dos Médicos da Estratégia Saúde da Família**. Rev. bras. educ. med., Brasília, v. 43, n. 3, p. 62-72, July 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022019000300062&lng=en&nrm=iso>. acesso 04 nov. 2020. Epub May 23, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v43n3rb20180172>.

Silva, José Paulo da, et al. **Profissionais de saúde frente ao paciente fora de possibilidade terapêutica de cura**. REVISA. 2019; 8(3): 337-47. Dói: Disponível em: <file:///C:/Users/janai/Downloads/430-1066-2-PB.pdf> Acesso: 04 nov. 2020 <https://doi.org/10.36239/revisa.v8.n3.p337a347>.

STRAUSS, Anselm.; CORBIN, Juliet. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

O PERFIL HUMANISTA DO ENFERMEIRO QUE ATUA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Data de aceite: 22/01/2021

Data de submissão: 26/11/2020

Claudia Cristina Dias Granito Marques

Centro Universitário Serra dos Órgãos
Departamento de Ciências da Saúde
Teresópolis – Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/5081531328515179>

Sarah Delgado Braga Silva

Centro Universitário Serra dos Órgãos
Departamento de Ciências da Saúde
Teresópolis – Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/4894188838136791>

RESUMO: O presente estudo foi baseado nos fatores intervenientes do cuidado humanizado na unidade de terapia intensiva de um hospital universitário da região serrana do Rio de Janeiro. Visando compreender até onde a dureza do trabalho interfere na qualidade da assistência de enfermagem humanizada pelo profissional enfermeiro, considerando que este é um local pleno de tecnologia (leve, leve e dura e dura), onde se executa as mais diversas intervenções, de baixa, média e alta complexidade, bem como conta com a presença de uma equipe multiprofissional cuja formação deve ser específica em cuidados intensivos, preparados para atuar no suporte avançado de vida, nas 24 horas, pois a UTI nunca para. Todos estão sempre alertas aos diversos sinais de gravidade, para rápida e efetiva intervenção em prol da estabilidade hemodinâmica dos pacientes

ali internados. Objetivos Geral: Analisar os fatores intervenientes no cuidado humanizado nas Unidades de Terapia Intensiva. Objetivos específicos: Conhecer o perfil do enfermeiro que atua na Unidade de Terapia Intensiva; Apresentar a autopercepção do enfermeiro relacionada a prática no cuidado humanizado; identificar os principais fatores que interferem no cuidado humanizado prestado pelo enfermeiro que atua na Unidade de Terapia Intensiva. Marco teórico: primeiro pilar: unidade de terapia intensiva; segundo pilar: Lei do exercício profissional; terceiro pilar: Política Nacional de Humanização; quarto pilar: tecnologia leve; quinto pilar: educação permanente e educação continuada; sexto pilar: bem-estar biopsicossocial. Método: O estudo apresenta uma abordagem qualitativa, quantitativa, descritiva. Realizada através da pesquisa de campo. submetida à Plataforma Brasil, sendo aprovado pelo CAAE nº 13022119.6.0000.5247. Foi realizada no Hospital das Clínicas de Teresópolis Costantino Ottaviano (HCTCO), autorizada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário Serra dos Órgãos –Teresópolis e Direção de Integração Ensino-Assistência do HCTCO. Foi realizado um questionário com 10 enfermeiros, contendo perguntas objetivas. A partir da realização deste estudo pode-se concluir que ofertar ambientes e condições de trabalho dignas aos enfermeiros é uma forma de comprometer o profissional com o cuidado a ser desenvolvido. As mais potentes ferramentas para este contexto são a educação permanente, que tende a observar e apontar as fragilidades e fortalezas de um serviço, utilizando-as na potencialização da

assistência prestada, a seguir não menos importante é o processo de educação continuada, com a intenção de promover a homogeneidade da equipe tanto em conhecimento, quanto habilidade. Profissionais com conhecimento científico e perspicácia de prática, tendem a ser mais engajados, estimulados e sanos. São profissionais que conseguem distanciar a assistência mecânica do cuidado e aproximar a assistência da arte do cuidar, enxergando o corpo não como objeto, mas sim como foco, preservando o bem-estar biopsicossocial e espiritual do seu paciente, além de promover o reestabelecimento da sua saúde, conforme os princípios de universalidade, integralidade e equidade.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermeiro; Cuidado Humanizado; UTI.

THE HUMANIST PROFILE OF THE NURSE WHO WORKS IN THE INTENSIVE CARE UNIT

ABSTRACT: The present study was based on the intervening factors of humanized care in the Intensive care unit of a university hospital in the highlands of Rio de Janeiro. In order to understand how hard work interferes with the quality of nursing care humanized by the professional nurse, considering that this is a place full of technology (light, light-hard and hard), where the most diverse interventions, low, medium and high complexity, as well as the presence of a multiprofessional team whose training must be specific in intensive care, prepared to act in advanced life support, within 24 hours, since the ICU never stops. All are always alert to the various signs of severity, for rapid and effective intervention in favor of hemodynamic stability of patients hospitalized there. Objectives General: To analyze the intervening factors in humanized care in Intensive Care Units. Specific Objectives: To know the profile of the nurse who works in the Intensive Care Unit; Present nurses' self-perception related to the practice in humanized care; Identify the main factors that interfere in the humanized care provided by nurses working in the Intensive Care Unit. Theoretical framework: first pillar: intensive care unit; second pillar: Law of professional practice; third pillar: National Humanization Policy; fourth pillar: lightweight technology; fifth pillar: continuing education and continuing education. Method: The study presents a qualitative, quantitative, descriptive approach. Performed through field research. submitted to Plataforma Brasil, being approved by CAAE No. 13022119.6.0000.5247. It was held at the Costantino Ottaviano Clinical Hospital of Teresópolis (HCTCO), authorized by the Ethics and Research Committee of the Serra dos Órgãos University Center-Teresópolis and the HCTCO Teaching-Care Integration Directorate. A questionnaire was conducted with 10 nurses, containing objective questions. Based on this study, it can be concluded that offering decent working environments and conditions to nurses is a way to compromise the professional with the care to be developed. The most potent tools for this context are permanent education, which tends to observe and point out the weaknesses and strengths of a service, using them to enhance the care provided, and the process of continuing education, with the intention of not least important. to promote team homogeneity in both knowledge and skill. Professionals with scientific knowledge and practical acumen tend to be more engaged, stimulated and sanos. They are professionals who can distance mechanical care from care and bring care closer to the art of care, seeing the body not as an object, but as a focus, preserving the biopsychosocial and spiritual well-being of their patient, and promoting the reestablishment of their care. according to the principles of universality, completeness and equity.

KEYWORDS: Nurse; Humanized care; ICU

1 | INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva, é um local pleno de tecnologia (leve, leve-dura e dura), onde se executa as mais diversas intervenções, de baixa, média e alta complexidade, bem como conta com a presença de uma equipe multiprofissional cuja formação deve ser específica em cuidados intensivos, preparados para atuar no suporte avançado de vida, nas 24 horas, pois a UTI nunca para. Todos estão sempre alertas aos diversos sinais de gravidade, para rápida e efetiva intervenção em prol da estabilidade hemodinâmica dos pacientes ali internados.

O diferencial de uma UTI é a questão da monitorização hemodinâmica invasiva e não invasiva, contando com a presença de profissionais especializados e de alta performance para oferta da tecnologia leve e operacionalização da tecnologia dura. Os cuidados intensivos são muito abrangentes, por isso este serviço oferece ainda ações, intervenções e terapêuticas que promovam a recuperação da saúde e a reabilitação do cidadão ali internado.

A assistência prestada ao paciente que necessita de cuidados intensivos é prioridade na atuação dos profissionais envolvidos neste cenário, pois ela tem impacto direto na vida de todos (enfermeiro, médico, fisioterapeuta, paciente, família, pets, sociedade e meio ambiente), quanto aos desfechos clínicos favoráveis e esperados. Para tanto, as Unidades de Terapias Intensivas trabalham baseadas em protocolos devidamente referenciados e validados, bem como a realização e análise regular de indicadores de qualidade e infecção hospitalar, os quais são utilizados como ferramentas na gestão para avaliação contínua do serviço oferecido.

A atuação do enfermeiro intensivista não é centrada na utilização das tecnologias duras, compreendendo que em seu cotidiano lida com situações imprevisíveis, exaustivas e estressantes, que emergem à Política Nacional de Humanização (PNH), sendo necessário inserir os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990, no cotidiano da prática, produzindo mudanças significativas nos modos de gerir e cuidar.

O HumanizaSUS, Política Nacional de Humanização (PNH), aposta na inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho. Humanizar se traduz como incluir as diferenças, necessidades e individualidade no cuidado. Tais mudanças são construídas não por uma pessoa ou grupo isolado, mas de forma coletiva e compartilhada. Inclusão para estimular a produção de novos modos de cuidar e novas formas de organizar o serviço. A PNH atua a partir de orientações clínicas, éticas e políticas, que se traduzem em determinados arranjos para atenção à saúde.

Tem-se como instrumentos da tecnologia leve: estabelecimento de uma comunicação

com o paciente, o toque terapêutico, empatia e atenção para prestar uma assistência individualizada de qualidade (MARQUES; SOUZA, 2010; SCHWONKE et al., 2011).

O cuidado humano é construído socialmente como a tecnologia leve, logo, é necessário que o profissional permita o estabelecimento de relações, conjugue a tecnologia leve no cuidado com a tecnologia dura, respeite, de modo ético, o ser humano que se encontra atrás da máquina, considerando que a mesma não possui sensibilidade, senso crítico e capacidade de observação, pois a visualização do visor do equipamento pode não interpretar de modo fidedigno o estado de saúde do paciente/ser humano. Assim, além de todos os aspectos assinalados, pode-se dizer que a tecnologia leve compreende o cuidar nos seus aspectos pessoais e sociais, por meio do uso da sensibilidade, respeito, solidariedade, comunicação efetiva e atenta, através de gestos de amor, compaixão, do ouvir, do não verbal, da observação, confiança e afeto (SILVA; FERREIRA, 2009; MARQUES; SOUZA, 2010; SILVA; FERREIRA, 2013).

1.1 Objeto do estudo

Os fatores que interferem na assistência de enfermagem humanizada em uma Unidade de Terapia Intensiva.

1.2 Questão norteadora

A questão que norteou o estudo foi: até onde a dureza do trabalho interfere na qualidade da assistência de enfermagem humanizada pelo profissional enfermeiro na Unidade de Terapia Intensiva?

1.3 Justificativa

Através da observação da assistência e o cuidado do enfermeiro dentro de uma Unidade de Terapia Intensiva, onde a maioria dos pacientes estão sedados, o profissional tende a ter uma atitude mecânica, quando deveria ter um olhar diferenciado, trabalhando a prática da tecnologia leve através de um cuidado qualificado.

Neste sentido o estudo pretende analisar os fatores intervenientes no cuidado humanizado nas UTI.

Para tanto, com a realização deste estudo espera-se contribuir para a reflexão acerca da importância do cuidado humanizado a partir do uso das tecnologias leves.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo Geral

Analisar os fatores intervenientes no cuidado humanizado nas Unidades de Terapia Intensiva.

1.4.2 *Objetivos específicos*

Conhecer o perfil do enfermeiro que atua na Unidade de Terapia Intensiva;
Apresentar a autopercepção do enfermeiro relacionada a prática no cuidado humanizado;

Identificar os principais fatores que interferem no cuidado humanizado prestado pelo enfermeiro que atua na Unidade de Terapia Intensiva.

2 | REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Unidade de terapia intensiva

A primeira UTI foi criada pelo Dr. Walter Dandy em 1926 em Boston a partir da evolução das “Salas de Recuperação Pós-Anestésicas” para os pacientes neurocirúrgicos do Hospital Johns Hopkins, nos Estados Unidos. Porém, antes disso havia um projeto idealizado pela enfermeira Florence Nightingale, iniciado em 1854 através da Guerra da Criméia, onde tinham precárias condições de cuidados, resultando em um alto índice de mortalidade. Com isso, a mesma iniciou classificando os enfermos de acordo com o seu grau de dependência, colocando os mais graves próximos da enfermaria, a fim de proporcionar uma maior vigilância e um melhor atendimento, ou seja, iniciando o projeto do que hoje são as unidades de terapia intensiva.

No Brasil, a primeira UTI surgiu na década de 70, no Hospital Sírio Libanês em São Paulo. O surgimento desse nível de assistência diferenciada foi um marco no progresso hospitalar, haja vista que antes dela, o cuidado ao enfermo grave acontecia nas próprias enfermarias o que representava um risco à evolução da saúde do paciente.

De acordo com a RESOLUÇÃO Nº 7, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2010, que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências, ficam aprovados os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva, nos termos desta Resolução, possui o objetivo de estabelecer padrões mínimos para o funcionamento das Unidades de Terapia Intensiva, visando à redução de riscos aos pacientes, visitantes, profissionais e meio ambiente e se aplica a todas as Unidades de Terapia Intensiva gerais do país, sejam públicas, privadas ou filantrópicas; civis ou militares. Na PORTARIA Nº 895, DE 31 DE MARÇO DE 2017. Institui o cuidado progressivo ao paciente crítico ou grave com os critérios de elegibilidade para admissão e alta, de classificação e de habilitação de leitos de TIA, TIP, TIN, UCO, CTH, URPA, CTQ e CIA, CIP, CIN no âmbito do SUS. (BRASIL, 2017).

2.2 Lei do exercício profissional

A presença do enfermeiro nas UTI está regulamentada através da Resolução ANVISA Nº7/2010 os artigos 17 e 49, que corroboram com a Lei e Decreto que regulamentam a Lei do Exercício Profissional.

Importante ressaltar, que os enfermeiros devem utilizar a tecnologia aliada à empatia, a experiência e a compreensão do cuidado prestado fundamentado no relacionamento interpessoal terapêutico, a fim de promover um cuidado seguro, responsável e ético em uma realidade vulnerável e frágil. (COFEN, 2011).

2.3 Política nacional de humanização

A PNH existe desde 2003 para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários.

A PNH deve se fazer presente e estar inserida em todas as políticas e programas do SUS.

Promover a comunicação entre estes três grupos pode provocar uma série de debates em direção as mudanças que proporcionam melhor forma de cuidar e novas formas de organizar o trabalho.

A humanização é a valorização dos usuários, trabalhadores e gestores no processo de produção de saúde. Valorizar os sujeitos é oportunizar uma maior autonomia à ampliação da sua capacidade de transformar a realidade em que vivem, através da responsabilidade compartilhada, da criação de vínculos solidários, da participação coletiva nos processos de gestão e produção de saúde. Produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar, a PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadas que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu ambiente de trabalho e com o cuidado aos usuários. (BRASIL, 2015)

Vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, a PNH conta com um núcleo técnico sediado em Brasília – DF e equipes regionais de apoiadores que se articulam às secretarias estaduais e municipais de saúde. A partir desta articulação se constroem de forma compartilhada, planos de ação para promover e disseminar inovações em saúde. Analisando os problemas e dificuldades em cada região. A PNH tem sido experimentada em todo o país.

Existe um SUS que dá certo, não é utopia, e dele partem as orientações da PNH, traduzidas em seu método, princípios, diretrizes e dispositivos.

2.4 Bem-estar biopsicossocial e espiritual

A saúde e o bem-estar compreendem a integração de aspectos espirituais, emocionais, físicos, intelectuais e sociais.

Em 1988, a Organização Mundial de Saúde (OMS) iniciou um as investigações sobre espiritualidade, incluindo o aspecto multidimensional de saúde. Atualmente, o bem-estar espiritual vem sendo considerado mais uma dimensão do estado de saúde, junto às dimensões corporais, psíquicas e sociais.

Na Enfermagem, a espiritualidade é uma questão que aparece desde Florence

Nightingale. No decorrer do tempo, o pensamento sobre a dimensão foi se modificando, passando de uma tendência de ver a espiritualidade atrelada à religião para reflexões de caráter ético, bioético, filosófico e a tentativa de compreender os fenômenos da espiritualidade dos pacientes como também do próprio enfermeiro.

2.5 Tecnologia leve

As tecnologias são divididas segundo Merhy e Onocko (2007) em três dimensões nomeadas como: tecnologias leves (comunicação, acolhimento, vínculo e escuta); tecnologias leves duras (epidemiologia, clínica e outras com saberes estruturados) e as tecnologias duras (equipamentos e máquinas, material utilizado no ato de cuidado em saúde).

O termo tecnologia é definido por Arone e Cunha (2007) como um aglomerado de ações, nas quais estão inclusas métodos, procedimento, práticas e técnicas, instrumentos e equipamentos que são utilizados com conhecimento e saber técnico e científico, envolvendo habilidades e sensibilidade de reconhecer o quê, por quê, para quem e como utilizá-las.

Na prática do cuidado de enfermagem, o profissional utiliza estas tecnologias aliadas à prática do cuidado que embasam a profissão. Desta forma, o cuidado como inerente ao ser humano, que considera suas necessidades e o auxilia no enfrentamento frente às dificuldades da enfermidade para então promover a sua saúde (SILVA; FERREIRA, 2013).

O ambiente de trabalho na UTI deve ser harmonioso e prazeroso, onde se possa desenvolver interação e relações positivas no decorrer da atividade laboral entre a equipe, paciente e familiares. Assim, criar um espaço onde o profissional possa se expressar e beneficiar o bem-estar da saúde espiritual e humana de cada um neste contexto (LIMA, 2006).

Valorizar observação e sensibilidade entre o familiar e o paciente internado na UTI como um condicional para melhoria da saúde do mesmo faz com que o contexto se torne menos impessoal para ambos, o que possibilita o diálogo aberto e a interação entre doentes e familiares, entre eles e o ser cuidado (CASANOVA; LOPES, 2009).

Dentre as Diretrizes da PNH, encontramos o acolhimento (triagem), onde o acolher é reconhecer o outro e o que ele traz como legítima e singular sua necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede sócio afetiva. Acolhimento não só entendido para dentro dos estabelecimentos, mas também ultrapassando seus limites institucionais constituindo como elemento de fortalecimento da rede de atenção à saúde.

Gestão Participativa e cogestão, onde expressa tanto a inclusão de novos sujeitos

nos processos de análise e decisão quanto a ampliação das tarefas da gestão - que se transforma também em espaço de realização de análise dos contextos, da política em geral e da saúde em particular, em lugar de formulação e de pactuação de tarefas e de aprendizado coletivo.

Ambiência, termo derivado da junção das palavras ambiente e vivência, aponta para o processo de construção de espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e considerem todas as dimensões humanas implicadas no processo de ocupação dos espaços para que estes sejam de fato produtores de saúde e lugares de encontro entre as pessoas.

Clínica ampliada e compartilhada, que parte do princípio de núcleo e campo de competência, onde um profissional pode realizar atividades e ações que não pertencem somente à sua especialidade, mas sim diz respeito às suas atribuições como profissional de saúde. Desta forma, o olhar sobre um usuário ou uma situação de saúde não deve se resumir a apenas ao olhar de um especialista, mas sim de toda uma equipe, um olhar interdisciplinar, que coloca o sujeito e sua necessidade de saúde em outras perspectivas, como a social, econômica, cultural, psíquica, ou seja, para além do olhar biomédico. A clínica ampliada é uma ferramenta teórica e prática cuja finalidade é desviar de uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença. A clínica ampliada se propõe a enfrentar a fragmentação do conhecimento e das ações de saúde.

Valorização do trabalho e do trabalhador, que visa promover a valorização e saúde nos locais de trabalho é aprimorar a capacidade de compreender e analisar o trabalho de forma a fazer circular a palavra, criando espaços para debates coletivos, buscando novos modos de fazer e se relacionar no trabalho. A gestão coletiva das situações de trabalho é critério fundamental para a promoção de saúde e a prevenção de adoecimento. Trata-se de compreender as situações nas quais os sujeitos trabalhadores afirmam a sua capacidade de criação e de avaliação das regras de funcionamento coletivo instituídas nas organizações de saúde.

Por fim, a defesa dos Direitos dos Usuários, onde os usuários de saúde possuem direitos garantidos por lei e os serviços de saúde devem incentivar o conhecimento desses direitos e assegurar que eles sejam cumpridos em todas as fases do cuidado, desde a recepção até a alta.

2.6 Educação permanente e educação continuada

Segundo Brasil, 2018. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída no ano de 2004, por meio da Portaria GM/ MS nº 198/20041, teve suas diretrizes de implementação publicadas na Portaria GM/MS nº 1.996/20071, representa um marco para a formação e trabalho em saúde no País. Resultado de lutas e esforços promovidos pelos defensores do tema da educação dos profissionais de saúde, como

forma de promover a transformação das práticas do trabalho, sendo uma conquista da sociedade brasileira.

Como diz Brasil (2017), Dentre as novas formas e propostas de aprendizagem em saúde, a Educação Permanente em Saúde (EPS) é destacada por trazer consigo uma dinâmica nas organizações que proporciona uma vertente educacional com mecanismos que visam propiciar a melhora na visão de trabalho e nas propostas de aprender em serviço, em equipe, embora a aprendizagem individual também faça parte da sua implementação;

Educação continuada é um programa de formação e desenvolvimento dos recursos humanos que visa manter a equipe em um constante processo educativo, aprimorando e melhorando a assistência prestada aos usuários. Ela pode ser entendida como a elaboração de uma experiência formal da pessoa, para Grácio (1995), a educação é um processo contínuo e continuado que só a morte pode interromper; caracteriza-se por ser um processo de incessante busca e renovação do saber fazer.

As discussões feitas pelos ideólogos sobre o projeto de Educação Continuada na integração docente assistencial, isso nas décadas de 70 e 80, abordaram a complementação educacional de profissionais, majoritariamente médicos e enfermeiros, o que simbolizou a extensão profissional já proposta pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS). (NUNES, 1993, p. 46).

3 I ENQUADRAMENTO TEÓRICO-METODOLÓGICO

O estudo apresenta uma abordagem qualitativa, quantitativa, descritiva. Realizada através da pesquisa de campo.

3.1 Desenho da pesquisa

A pesquisa foi submetida à Plataforma Brasil, sendo aprovado pelo CAAE nº 13022119.6.0000.5247. Foi realizada no Hospital das Clínicas de Teresópolis Costantino Ottaviano (HCTCO), autorizada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário Serra dos Órgãos –Teresópolis e Direção de Integração Ensino-Assistência do HCTCO.

3.2 Participantes do estudo

Participaram da pesquisa 10 enfermeiros que atuam na unidade de terapia intensiva do HCTCO, onde foi realizada a pesquisa. Os sujeitos não foram identificados, o que possibilitou a manutenção do anonimato dos participantes.

3.3 Critérios de inclusão

Enfermeiros que trabalham na unidade de terapia intensiva do HCTCO que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o TCLE.

3.4 Critérios de exclusão

Enfermeiros que trabalham na unidade de terapia intensiva do HCTCO, que se

recusaram a participar da pesquisa.

3.5 Benefício da pesquisa

O benefício deste estudo foi identificar os fatores de interferem no cuidado humanizado dentro da unidade de terapia intensiva, para que assim possamos minimizar estes fatores a fim de melhorar a qualidade da assistência com os pacientes ali internados, acolher os familiares e promover o bem-estar biopsicossocial dos indivíduos em questão.

3.6 Riscos da pesquisa

A Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, em suas diretrizes e normas para pesquisa com seres humanos indica: “V - Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados”. Portanto, haverá riscos mínimos para os participantes, mesmo que sejam na forma de desconforto ou constrangimento que poderão ser gerados a partir da coleta de dados por meio de entrevistas e/ou questionários.

Os participantes receberam esclarecimentos necessários sobre os possíveis desconfortos e riscos decorrentes do estudo e todas as medidas de prevenção e proteção para sanar esses riscos foram tomados. O participante foi orientado que poderia desistir a qualquer momento e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretaria prejuízo.

3.7 Custo da pesquisa

O custo da pesquisa foi com a impressão do TCLE e questionário que foram utilizados. O mesmo foi de responsabilidade do pesquisador.

3.8 Instrumento de coleta de dados

O instrumento de coleta utilizado foi um questionário entregue para os enfermeiros que atuam na unidade de terapia intensiva do HCTCO que assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

3.9 Forma da análise dos dados

A análise de dados foi realizada utilizando a técnica de Bardin (2010), através da verificação dos questionários individualmente, a qual se organiza em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A pré-análise é a fase em que se organiza o material a ser analisado com o objetivo de torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais. A exploração do material constitui a segunda fase, que consiste na exploração do material com a definição de categorias e a identificação das unidades de registro e das unidades de contexto nos documentos. Essa exploração é uma etapa importante, porque vai possibilitar ou não a riqueza das interpretações e inferências. Esta é a fase da descrição analítica, a qual diz respeito ao corpus submetido a um estudo aprofundado, orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos. Dessa forma, a codificação, a classificação e a categorização são básicas nesta

fase. A terceira fase diz respeito ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Esta etapa é destinada ao tratamento dos resultados; ocorre nela à condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais; é o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica (Bardin, 2010).

Os resultados da pesquisa, foram divididos em duas categorias: o enfermeiro como instrumento principal no uso das tecnologias leves; o enfermeiro e seus principais fatores de estresse que podem prejudicar o desenvolvimento da PNH.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Pré-análise

Técnica de investigação:

As informações foram obtidas através de um questionário, identificado como: “O Perfil Humanista do Enfermeiro que atua na Unidade de Terapia Intensiva”, direcionando as questões para o conhecimento e aplicabilidade da PNH. Contendo 10 perguntas objetivas para análise direta.

Coleta de dados:

A coleta de dados foi realizada na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital universitário localizado na Região Serrana do Rio de Janeiro.

O questionário foi aplicado com autorização da Plataforma Brasil, do Comitê de Ética e Pesquisa do hospital e com assinatura do TCLE dos enfermeiros intensivistas.

Análise dos dados:

Verificação dos questionários individualmente e análise dos dados utilizando segundo Bardin (2010).

4.2 Exploração do material

Resultados:

CATEGORIA 1

O enfermeiro como instrumento principal no uso das tecnologias leves

Participaram da pesquisa 10 enfermeiros, com idades entre 31 e 60 anos. Com a maior parte deles com a média de idade entre 41 a 50 anos. Os resultados obtidos mostram que os critérios de fatores de estresse em sua maior proporção afetam a todos indiscriminadamente.

Idade dos Profissionais

■ < 20 anos ■ 21 a 30 anos ■ 31 a 40 anos ■ 41 a 50 anos ■ 51 a 60 anos ■ > 60 anos

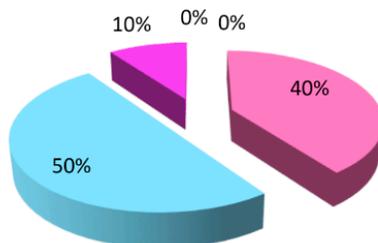


Gráfico 1- Idade relacionada dos enfermeiros da UTI do HCTCO, Teresópolis - RJ.

Fonte: elaborado pela autora, Teresópolis, Rio de Janeiro, Brasil, 2019.

Conforme o instrumento de avaliação, pode-se observar que todos os enfermeiros entrevistados eram pós-graduados em terapia intensiva, com conhecimento sobre a PNH e sobre as tecnologias leves, contudo há controvérsias no momento de definir os principais fatores de estresse que prejudicariam o ato de humanizar a assistência de enfermagem na UTI, haja vista que embora tenham respondido nesta questão que conheciam a PNH, porém, um enfermeiro não sabia como aplicá-la e cinco dos profissionais entrevistados afirmaram que a falta de recursos para tecnologia leve também os impediam de fazê-lo, considerando que esta trata-se da mão de obra do profissional.

A literatura aponta a necessidade de conjugar a tecnologia dura e leve na assistência ao paciente crítico, pois acredita-se que estas se complementam, para que se possa oportunizar um cuidado de enfermagem de forma integral e integrado (SILVA; PORTO; FIGUEIREIDO, 2008)

O enfermeiro como mediador do cuidado, acolhimento e provedor do bem-estar biopsicossocial do paciente e seus familiares durante seu período de internação;

Observa-se que embora experientes, todos com mais de 5 anos de atuação na área, a carga horária excessiva sobrecarga de atividades, a falta de tempo e a necessidade de mais de um emprego, implicam fortemente na aplicação da humanização na UTI.

Tempo de Formado

■ < 5 anos ■ > 5 anos ■ > 10 anos ■ > 20 anos ■ > 30 anos

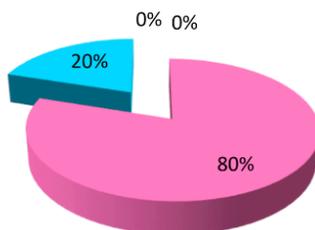


Gráfico 2 – Tempo de formação dos enfermeiros da UTI do HCTCO, Teresópolis – RJ.

Fonte: elaborado pela autora, Teresópolis, Rio de Janeiro, Brasil, 2019.

Tempo de Experiência em UTI

■ < 5 anos ■ > 5 anos ■ > 10 anos ■ > 20 anos ■ > 30 anos

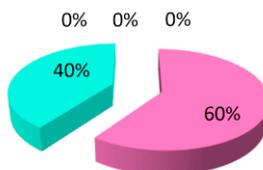


Gráfico 3 – Tempo de experiência dos enfermeiros em UTI do HCTCO, Teresópolis - RJ.

Fonte: elaborado pela autora, Teresópolis, Rio de Janeiro, Brasil, 2019.

Principais fatores de estresse que podem prejudicar o desenvolvimento da PNH

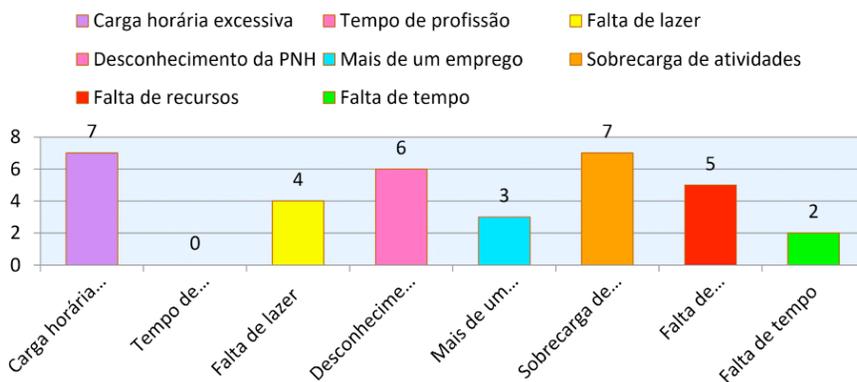


Gráfico 4 – Principais fatores de estresse dos enfermeiros da UTI do HCTCO, Teresópolis - RJ.

Fonte: elaborado pela autora, Teresópolis, Rio de Janeiro, Brasil, 2019.

Todos os 10 enfermeiros assinalaram a alternativa alegando serem especialistas em terapia intensiva, a alternativa alegando conhecer a PNH, conhecimento sobre as tecnologias leves e sobre saber o benefício biopsicossocial dos pacientes e seus familiares que o cuidado humanizado pode promover;

Dos 10 enfermeiros, 09 sabem aplicá-la no seu dia-a-dia e 01 assinalou que não sabe;

Dos 10 enfermeiros, 06 marcaram que não conseguem tirar férias dos dois ou mais empregos juntos, 01 marcou que raramente consegue e 03 não responderam a pergunta.

Considerando as respostas obtidas, os resultados apontam para necessidade de atualizações/capacitações bem como educação permanente/continuada da equipe de enfermagem, refletindo sobre o bem-estar biopsicossocial e espiritualidade do paciente. A saber, que com esse equilíbrio, o processo de saúde-doença, apresentará resultados positivos acerca da recuperação/cura do mesmo.

CATEGORIA 2

O enfermeiro e seus principais fatores de estresse que podem prejudicar o desenvolvimento da PNH

Embora todos os enfermeiros entrevistados já tivessem algum tempo de experiência profissional, esse fator não afeta na visão dos mesmos a aplicação da PNH, todavia na ordem de maior relevância os itens de carga horária excessiva na jornada de trabalho, sobrecarga de atividades laborais, desconhecimento da PNH, falta de recursos, falta de lazer, mais de um emprego, falta de tempo... implicam diretamente na aplicação das diretrizes da humanização na assistência de enfermagem, considerando não só os excesso de carga horária, mas também a falta de comunicação entre os gestores/colaboradores, fazendo com que não seja possível conciliar as férias no mesmo período, o que acaba prejudicando o período de ócio do profissional, não permitindo que este consiga reestabelecer suas energia para o ano laboral.

Segundo Senado Federal, o Projeto de Lei 2295/2000. Dispõe sobre a jornada de trabalho dos Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem. Alterando a Lei nº 7.498, de 1986, fixa a jornada de trabalho em seis horas diárias e trinta horas semanais.

A prática regular de atividade física/hobby e momento de lazer é de extrema relevância na vida dos enfermeiros, pois traz diversos benefícios biopsicossociais, minimizando o estresse do dia a dia, melhorando a qualidade do sono e bem estar, trazendo energia, diminuindo a ansiedade, efeitos na aparência física e na mente do indivíduo, como redução do peso, melhora do quadro clínico de algumas doenças, assim como o humor, dentre outros.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise dos dados, percebe-se que na enfermagem a idade, as condições

de trabalho e o estresse tem influência na assistência a ser prestada aos pacientes.

Dos participantes, a maioria encontra-se na faixa dos 31 aos 60 anos de idade, o que pode comprometer a assistência, não pelo lado da experiência profissional, mas remetendo-se a realidade atual na enfermagem onde as múltiplas jornadas impactam na qualidade de vida de seus trabalhadores.

Como fortaleza na análise dos dados, emergiu do fato dos participantes possuírem especialização, o que garante a competência técnica para a prática em serviço, porém essa prática torna-se comprometida quando os profissionais não se sentem parte do processo de humanização.

Torna-se uma necessidade premente de que os profissionais se reconheçam como parte fundamental da equipe, haja vista que a PNH descreve em suas bases a tecnologia leve como o cuidado promovido pelos recursos humanos então, ao afirmarem ter o reconhecimento da política, os enfermeiros devem se sentir parte da assistência/cuidado.

Outros fatores são destacados como possíveis causas que desfavorecem a assistência humanizada, tais como: as múltiplas jornadas, a sobrecarga de atividades, carga horária excessiva, desconhecimento da PNH, falta de recursos e falta de lazer, com impacto na qualidade de vida profissional e pessoal do ser.

A partir da realização deste estudo pode-se concluir que ofertar ambientes e condições de trabalho dignas aos enfermeiros é uma forma de comprometer o profissional com o cuidado a ser desenvolvido. As mais potentes ferramentas para este contexto de ajuste da aplicação da PNH (tecnologia leve) são a educação permanente, que tende a observar e apontar as fragilidades e fortalezas de um serviço, utilizando-as na potencialização da assistência prestada, a seguir não menos importante e o processo de educação continuada, com a intenção de promover a homogeneidade da equipe tanto em conhecimento, quanto habilidade.

Profissionais com conhecimento científico e perspicácia de prática, tendem a ser mais engajados, estimulados e sanos. São profissionais que conseguem distanciar a assistência mecânica do cuidado e aproximar a assistência da arte do cuidar, enxergando o corpo não como objeto, mas sim como foco, preservando o bem-estar biopsicossocial e espiritual do seu paciente, além de promover o reestabelecimento da sua saúde, conforme os princípios de universalidade, integralidade e equidade.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Q.; FÓFANO, G. A. **Tecnologias leves aplicadas ao cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva: uma revisão de literatura**. Disponível em: <file:///C:/Users/Sarah%20Delgado/Downloads/2494-15505-1-PB.pdf>. Acesso em: 13/11/2018.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições. 1977.

BRASIL, MS. Ministério da Saúde. **Pratique atividades físicas e combata o estresse**. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/34450-pratique-atividades-fisicas-e-combata-o-estresse>. Acesso em: 04/09/2019.

BRASIL, MS. Ministério da Saúde. **Diretrizes HumanizaSUS**. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/humanizaus/diretrizes>. Acesso em: 02 abril 2019.

BRASIL, MS. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? 2018**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf. Acesso em: 01 setembro 2019.

BRASIL, MS. **Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS, 2015**. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/politica-nacional-de-saude-bucal/legislacao/693-acoes-e-programas/40038-humanizaus>. Acesso em: 09 novembro 2018.

BRASIL, MS. **Política Nacional de Humanização, 2013**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 09 novembro 2018.

BRASIL, MS. **Portaria N° 895, de 31 de março de 2017**. Disponível em: http://www.sgas.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/sites/105/2016/08/Portaria_895_2017_UTI_UCO.pdf. Acesso em: 12 novembro 2018.

BRASIL, MS. **Resolução N° 7, de 24 de fevereiro de 2010**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html. Acesso em: 12 novembro 2018.

BRASIL, MS. **Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS), 2017**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/trabalho-educacao-e-qualificacao/gestao-da-educacao/qualificacao-profissional/40695-politica-nacional-de-educacao-permanente-pneps>. Acesso em: 01 setembro 2019.

Câmara dos Deputados. **PL 2295/2000. Senado Federal Lúcio Alcântara PSDB/CE, 2019**. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=17915>. Acesso em: 31 agosto 2019.

COFEN. **Legislação profissional. Atividades de enfermeiros em unidade de terapia intensiva, 2011**. Inteligência dos Artigos 11, 12, 13 e 14 da Lei do Exercício Profissional, combinado com a RDC ANVISA N° 7/2010. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/Legisla%C3%A7%C3%A3o%20Profissional.%20Atividade%20de%20Enfermeiro%20em%20unidade%20de%20terapia%20intensiva.PDF>. Acesso em: 26 novembro 2018.

CRUZ, Isabel. PINTO, Andréia. Condições para a saúde e o bem-estar? Inquérito sobre as mulheres negras do Estado do Rio de Janeiro. Cad. Saúde Pública vol.18 no.1 Rio de Janeiro Jan./Fev. 2002

GAMA, Raelyn Amorim. et al. **Educação continuada para prevenção e controle das infecções hospitalares em cirurgias cardíacas e torácicas em um hospital público da Região Norte: relato de experiência, 2016**. Disponível em: http://www.coesa.ufpa.br/arquivos/2016/expandidos/relato_de_experiencia/educacao_em_saude/REL198.pdf. Acesso em: 01 setembro 2019.

Hospital de Acidentados, Clínica Santa Isabel. **Projeto de educação continuada, 2018**. Disponível em: <http://189.112.249.210/pop/ds16.pdf>. Acesso em: 01 setembro 2019.

NIGHTINGALE, F. *Notes on Hospitals*. 3. ed. Londres: Longman Green, 1863.

PEDRÃO, Raphael. BERESIN, Ruth. **O enfermeiro frente à questão da espiritualidade**. Einstein (São Paulo) vol.8 no.1 São Paulo Jan/Mar. 2010

Sá AC, Pereira LL. **Espiritualidade na enfermagem brasileira: retrospectiva histórica**. O Mundo da Saúde. 2007;31(2):225-37.

SILVA, R. C. L.; PORTO, I. S.; FIGUEIREDO, N. M. A. Reflexões acerca da assistência de enfermagem e o discurso de humanização em terapia intensiva. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, Mar. 2008.

WEIL, M.H., PLANTA, M.V., RACKOW, E.C. Terapia Intensiva: Introdução e Retrospectiva Histórica. In: Schoemaker, W.C. et al. **Tratado de Terapia Intensiva**. 1992. p.1-4. cp.1.

CAPÍTULO 13

EFETIVIDADE DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS CRÍTICOS: UM ESTUDO DE COORTE

Data de aceite: 22/01/2021

Data de submissão: 06/06/2020

Ana Carolina Ribeiro Tamboril

Universidade Federal do Ceará
Fortaleza – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/9921662285632085>

Maria Corina Amaral Viana

Universidade Regional do Cariri
Crato – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/2465308576513090>

Mônica Oliveira Batista Oriá

Universidade Federal do Ceará
Fortaleza – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/5593804766584817>

Katia Pires Nascimento do Sacramento

Universidade Regional do Cariri
Crato – Ceará
<https://orcid.org/0000-0002-6609-3479>

João Emanuel Pereira Domingos

Universidade Estadual do Ceará
Fortaleza – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/0902034640142577>

Antonia Thamara Ferreira dos Santos

Universidade Regional do Cariri
Crato – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/6801565516749285>

Águida Raquel Sampaio de Souza

Universidade Regional do Cariri
Crato – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/8075974200309211>

Déborah Albuquerque Alves Moreira

Universidade Regional do Cariri
Crato – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/9363902733809624>

Eglídia Carla Figueirêdo Vidal

Universidade Regional do Cariri
Crato – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/0532335954558708>

Woneska Rodrigues Pinheiro

Universidade Regional do Cariri
Crato – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/3649126005716761>

RESUMO: Entre os serviços de saúde que dispõem da Sistematização da Assistência de Enfermagem institucionalizada a partir do Processo de Enfermagem, estes o fazem sob a forma manuscrita ou informatizada. No cotidiano da equipe de enfermagem, verifica-se a inclusão de tecnologias da informação aliadas a sistemas de informação em saúde, seja na monitorização do paciente, no uso de prontuários eletrônicos ou na alimentação de *softwares* para a sistematização da assistência de enfermagem. Destarte, surge o questionamento em como essas iniciativas podem integrar, de forma harmônica e eficiente, os saberes e fazeres do enfermeiro às inovações tecnológicas emergentes. Foi realizada uma coorte retrospectiva aberta. A população do estudo foi composta por 120 prontuários de pacientes admitidos no Centro de Terapia Intensiva do referido hospital, durante o período de seguimento da coorte. Foi utilizado o referencial da Ordem dos Enfermeiros de

Portugal o qual apresenta o indicador de efetividade Taxa de Efetividade na Prevenção de Complicações como pertencente ao componente de avaliação da qualidade. Referente a taxa de prevenção de complicações, foi possível constatar que os profissionais foram 100% efetivos na prevenção dos eventos de cinco dos nove diagnósticos de risco. Com a crescente utilização de sistemas informacionais para viabilização e otimização da SAE em ambientes hospitalares, faz-se necessário que mais pesquisas sobre a efetividade diagnóstica nessa nova era tecnológica sejam estabelecidas.

PALAVRAS-CHAVE: Unidades de Terapia Intensiva; Processo de Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde; Informática em Enfermagem.

EFFECTIVENESS OF THE NURSING PROCESS IN CRITICAL CARE: A COHORT STUDY

ABSTRACT: Among the health services that have the Nursing Care Systematization institutionalized from the Nursing Process, they do so in handwritten or computerized form. In the daily life of the nursing team, there is the inclusion of information technologies combined with health information systems, whether in monitoring the patient, in the use of electronic medical records or in the feeding of software for the systematization of nursing care. Thus, the question arises as to how these initiatives can integrate, in a harmonious and efficient way, the knowledge and actions of nurses to the emerging technological innovations. An open retrospective cohort was performed. The study population consisted of 120 medical records of patients admitted to the Intensive Care Center of that hospital, during the follow-up period of the cohort. The benchmark of the Order of Nurses of Portugal was used, which presents the indicator of effectiveness Rate of Effectiveness in the Prevention of Complications as belonging to the quality assessment component. Regarding the rate of prevention of complications, it was found that the professionals were 100% effective in preventing the events of five of the nine risk diagnoses. With the increasing use of information systems to enable and optimize SAE in hospital environments, it is necessary that more research on the diagnostic effectiveness in this new technological age be established.

KEYWORDS: Intensive Nursing Care Units; Nursing Process; Nursing Diagnosis; Quality Indicators, Health Care; Nursing Informatics.

1 | INTRODUÇÃO

Entre os serviços de saúde que dispõem da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) institucionalizada a partir do Processo de Enfermagem (PE), estes o fazem sob a forma manuscrita ou informatizada. O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), por meio da Resolução nº 358/2009, discorre sobre a implementação da SAE e descreve o PE dividindo-o em cinco etapas: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem. A resolução prevê ainda o registro obrigatório de todas as atividades referentes ao cuidado realizado (COFEN, 2009).

Porém, há de se entender que a aplicação do PE exige fundamentação teórico-científica, baseado no conhecimento específico da profissão, de forma a fomentar o raciocínio crítico-reflexivo para aprimoramento da prática. O que se verifica muitas vezes são registros de enfermagem informatizados, não sendo caracterizados como processo de enfermagem.

Essa realidade se agrava à medida que os cuidados de enfermagem são direcionados para pacientes em situações críticas. Na ausência de uma metodologia para guiar o processo de cuidar, os enfermeiros se abstêm do pensamento crítico-reflexivo, passando apenas a cumprir tarefas especificadas pela prescrição médica.

No contexto da assistência a pacientes em situação crítica de saúde, a atenção prestada pela equipe de enfermagem precisa estar devidamente organizada, adequando-se às especificidades do ambiente de cuidados críticos e especializados, e aos saberes e estratégias de cuidado fundamentadas no conhecimento científico da profissão. É exigida do profissional rápida identificação das condições de saúde de cada paciente, de forma acurada e segura, devido à gravidade e instabilidade dos quadros clínicos e à complexidade do setor (FERREIRA, 2016).

No cotidiano da equipe de enfermagem, verifica-se a inclusão de tecnologias da informação aliadas a sistemas de informação em saúde, seja na monitorização do paciente, no uso de prontuários eletrônicos ou na alimentação de *softwares* para a sistematização da assistência de enfermagem. Nas unidades de terapia intensiva, muitas são as iniciativas para elaboração de sistemas informacionais para integração do conhecimento científico próprio da enfermagem e o raciocínio crítico-reflexivo do enfermeiro para desempenho das etapas do PE, possibilitando a sistematização da assistência (REZENDE, 2015; LABBADIA et al., 2011; PALOMO, 2009; SPERANDIO; ÉVORA, 2005; TANNURE, 2012; TRUPPEL, 2009).

Destarte, surge o questionamento em como essas iniciativas podem integrar, de forma harmônica e eficiente, os saberes e fazeres do enfermeiro às inovações tecnológicas emergentes. Um sistema de informação em enfermagem tem como função apoiar o enfermeiro em suas ações cotidianas, possibilitando a tomada de decisão de forma segura acerca do planejamento do cuidado, utilizando a melhor evidência científica disponível. Deve ainda viabilizar o acompanhamento e controle da execução (eficiência e eficácia) das ações de enfermagem, e a avaliação dos resultados (efetividade) no quadro de saúde do paciente (CAMARA, 2001).

Diante do exposto surgiu a seguinte questão de pesquisa: é possível avaliar a efetividade da sistematização da assistência de enfermagem por meio de dados gerados a partir de sistema de informação em enfermagem?

2 | METODOLOGIA

Foi realizada uma coorte retrospectiva aberta. Nos estudos de coorte ocorre o seguimento dos pacientes durante um período de tempo para o alcance de dois objetivos principais: descrição da incidência dos desfechos e análise da associação desses com as variáveis preditoras, ao longo de um período de tempo pré-estabelecido (HULLEY et al., 2015).

O estudo foi realizado no período de agosto de 2017 a março de 2018 em um hospital geral, de caráter público e nível de atenção terciário do município de Juazeiro do Norte, Ceará.

A população do estudo foi composta por 120 prontuários de pacientes admitidos no Centro de Terapia Intensiva do referido hospital, durante o período de seguimento da coorte. O período de seguimento retrospectivo correspondeu ao período de internação dos sujeitos, desde a admissão no setor até a evolução para alta, transferência ou óbito. Foi estabelecido um período mínimo de seguimento de 24h e máximo de 4 meses.

Os critérios de inclusão foram: a) ter idade acima de 18 anos; b) receber a sistematização da assistência de enfermagem por meio do sistema informacional da instituição, registrado em prontuário. Foram excluídos do estudo pacientes cuja a SAE não foi verificada em nenhum momento durante o internamento ou cujo o tempo de permanência fosse inferior a 24h.

O sistema de registro informatizado do cenário de estudo, nomeado *ArsVitae* possui 16 diagnósticos de enfermagem e as ações prescritas não são específicas para cada diagnóstico. Das etapas do PE, apenas a etapa de avaliação não é viabilizada pelo sistema, sendo esta verificada nas evoluções de enfermagem.

Foi utilizado o referencial da Ordem dos Enfermeiros de Portugal (2007) o qual apresenta o indicador Taxa de Efetividade na Prevenção de Complicações como pertencente ao componente de avaliação da qualidade. O indicador consiste na relação entre o número total de casos com risco documentado de um determinado problema ou complicação, que não desenvolveram a complicação e tiveram, pelo menos, uma intervenção de enfermagem implementada; e o universo dos casos que tiveram o risco previamente documentado, referente ao mesmo problema ou complicação, num determinado período de tempo.

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) via plataforma Brasil, de modo a assegurar o cumprimento das normas para pesquisa envolvendo seres humanos preconizados pela Resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil (BRASIL, 2012), obtendo parecer favorável conforme parecer n° 2.184.015.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A taxa de efetividade na prevenção de complicações representa a relação entre o número total de pacientes que não desenvolveram o risco para o qual estavam expostos e

que possuem atividades prescritas para prevenir tal risco, dentre o universo dos pacientes expostos ao risco. A taxa de efetividade na prevenção de complicações também foi calculada apenas para os diagnósticos de risco.

Para o cálculo deste indicador também foram consideradas as sistematizações da assistência de enfermagem realizadas durante a admissão do paciente na UTI. Inicialmente, foi levantado o total de pacientes que receberam cada diagnóstico de risco, excluindo-se os que desenvolveram o risco para o qual tinham o diagnóstico. Destarte, dentre os pacientes que não desenvolveram o risco, foi averiguado a presença da prescrição de enfermagem com atividades voltadas à prevenção do risco previamente documentado.

Conforme consta na Tabela 1, os diagnósticos “Risco de queda”, “Risco de desnutrição” e “Risco de reação medicamentosa” alcançaram 100% de efetividade na prevenção de complicações, uma vez que não foi verificado o registro da ocorrência de quedas, desnutrição e reação medicamentosa após a admissão na UTI e todos os pacientes que não desenvolveram o risco possuíam atividades prescritas.

Os diagnósticos “Risco de extubação” e “Risco de broncoaspiração” atingiram 92,10% e 92% de efetividade na prevenção das complicações extubação e broncoaspiração, respectivamente. Dos pacientes elencados sob o risco de extubação (n=76), 92,1% (n=70) não desenvolveram o risco e possuíam prescrição de enfermagem voltadas para a prevenção do evento extubação acidental. Dos pacientes elencados sob o risco de broncoaspiração (n=75), 92% (n=69) não desenvolveram o risco e possuíam prescrição de enfermagem voltadas para a prevenção de broncoaspiração (Tabela 1).

Para os diagnósticos “Risco de reação transfusional”, “Risco de lesão de pele” e “Risco de infecção” foram verificadas taxas de efetividade na prevenção de complicações inferiores a 80%. Dentre os pacientes que foram elencados com o risco de reação transfusional (n=4), 75% (n=3) não desenvolveram o risco e possuíam atividades de enfermagem prescritas para a prevenção do risco. Dos pacientes elencados sob o risco de desenvolver lesão de pele (n=80), 70% (n=56) não desenvolveram o risco e possuíam prescrição de enfermagem voltadas para a prevenção de lesões por pressão. Dentre os pacientes que receberam o diagnóstico “Risco de infecção” (n=87), 64,36% (n=56) não desenvolveram nenhum tipo de infecção e possuíam prescrição de enfermagem voltadas para a prevenção de infecções (Tabela 1).

O diagnóstico “Risco de piora do quadro clínico” demonstrou menor efetividade na prevenção de complicações. Dentre os pacientes elencados com o referido diagnóstico (n=72), apenas 44,44% (n=32) não desenvolveram o risco e possuíam alguma atividade prescrita para a prevenção do mesmo (Tabela 1).

Diagnóstico <i>ArsVitae</i>	Nº de pacientes com o risco	Nº de pacientes que não desenvolveram o risco, com atividades prescritas	Taxa de efetividade na prevenção de complicações (%)
Risco de infecção	87	56	64,3
Risco de broncoaspiração	75	69	92,0
Risco de queda	42	42	100,0
Risco de extubação	76	70	92,1
Risco de piora do quadro clínico	72	32	44,4
Risco de desnutrição	37	37	100,0
Risco de lesão de pele	80	56	70,0
Risco de reação transfusional	4	3	75,0
Risco de reação medicamentosa	40	40	100,0

TABELA 1 – Taxa de efetividade na prevenção de complicações dos diagnósticos *ArsVitae*. Crato, 2018.

O referido indicador oferece um parâmetro da efetividade das ações prescritas na prevenção dos eventos adversos ou riscos aos quais os pacientes estão expostos, conforme o raciocínio diagnóstico realizado pelos enfermeiros da unidade. Como numerador temos a quantidade de pacientes que não desenvolveram o risco para o qual tinham o diagnóstico e que, ao mesmo tempo, tinham atividades prescritas para evitar o risco. Como denominador temos o total de pacientes que se encontram sob o risco.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo permitiram a avaliação do processo de enfermagem e da efetividade diagnóstica de enfermeiros em uma unidade de terapia intensiva, mediante os indicadores formulados a partir de sistema informatizado. Após a análise das prescrições de enfermagem, foram calculadas taxas que permitiram a avaliação da qualidade da assistência e efetividade do processo de enfermagem realizado em uma UTI, conforme o referencial da Ordem dos Enfermeiros de Portugal.

Referente a taxa de prevenção de complicações, foi possível constatar que os profissionais foram 100% efetivos na prevenção dos eventos de cinco dos nove diagnósticos de risco. Com a crescente utilização de sistemas informacionais para viabilização e otimização da SAE em ambientes hospitalares, faz-se necessário que mais pesquisas sobre a efetividade diagnóstica nessa nova era tecnológica sejam estabelecidas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Saúde. **Resolução CNS nº 466/12**. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 2012.

CAMARA, G. R. Sistemas de informações em saúde do trabalhador. In: CARVALHO NETO, A.; SALIM, C.A. **Novos desafios em saúde e segurança no trabalho**. Ministério do Trabalho e Emprego. Belo Horizonte (MG): Fundacentro, PUC-Minas, Instituto de Relações de Trabalho; 2001. p.241-258.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 358 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. Brasília, 2009.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº. 429, de 30 de maio de 2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. Brasília, 2012.

FERREIRA, A.M.; ROCHA, E.M.; LOPES, C.T.; BACHION, M.M.; LOPES, J.L.; BARROS, A.L.B.L. **Nursing diagnoses in intensive care: cross-mapping and NANDA-I taxonomy**. Rev Bras Enferm. Brasília. v. 69, n. 2, p. 285-293, 2016.

HULLEY, S. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015. 386p.

LABBADIA, L. L. et al. **Sistema informatizado para gerenciamento de indicadores da assistência de enfermagem do Hospital São Paulo**. Rev. Esc. Enferm. USP. São Paulo. v. 45, n. 4, p. 1013-1017, 2011.

PALOMO, J.S.H. **Avaliação da contribuição do sistema informatizado em enfermagem para o enfermeiro e sua aplicabilidade no ponto de cuidado do paciente**. 2009. 208f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina de São Paulo. 2009.

REZENDE, L.C.M. **Sistematização da Assistência de Enfermagem em unidade de terapia intensiva neonatal**: desenvolvimento de um protótipo para utilização em dispositivo móvel. 2015. 105f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba. 2015.

SPERANDIO, D.J.; ÉVORA, Y.D.M. **Planejamento da assistência de enfermagem: proposta de um software-protótipo**. Rev Latino-Am Enfermagem, v.13, n.6, p. 937-943, nov-dez. 2005.

TANNURE, M.C. **Construção e avaliação da aplicabilidade de um software com o processo de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva de adultos**. 2012. 325f. Tese (doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte. 2012.

TRUPPEL, T.C. et al. **Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva**. Rev Bras Enferm. Brasília. v. 62, n. 2, p. 221-227, 2009.

CAPÍTULO 14

PACIENTES INTERNADOS EM CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA EM USO DE PRESSÃO INTRACRANIANA E DERIVAÇÃO VENTRICULAR EXTERNA E OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Data de aceite: 22/01/2021

Data de submissão: 10/12/2020

Maria Gabriela Ferreira Santos

Complexo de Saúde São João de Deus
Divinópolis – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/1359064839603757>

Luiz Fernando de Almeida

Universidade Federal de São João Del Rei
(UFSJ)
Divinópolis – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/0869337864272416>

Saulo Nascimento de Melo

Universidade Federal de São João Del Rei
(UFSJ)
Divinópolis – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/2227481540925142>

Lívia Carolina Andrade Figueiredo

Universidade Federal de São João Del Rei
(UFSJ)
Divinópolis – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/9432092006453056>

Vinícius Eugênio da Silva

Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas)
Formiga – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/3592902386131491>

Elielson Rodrigues da Silva

Centro Universitário do Rio São Francisco
(UNIRIOS)
Delmiro Gouveia – Alagoas
<http://lattes.cnpq.br/7033381620589876>

Rayssa Stéfani Sousa Alves

Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás)
Goiânia - Goiás
<http://lattes.cnpq.br/4620418097515592>

Alessandra Mara de Sousa

Universidade Federal de São João Del Rei
(UFSJ)
Divinópolis – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/9864445765605351>

RESUMO: **Introdução:** A avaliação e acompanhamento neurológico são fornecidos por uma aparelhagem técnica das alterações do sistema nervoso. Monitorizar e acompanhar pacientes com alterações neurológicas é um desafio importante para toda a equipe multiprofissional, mas é através dela que obtemos dados e parâmetros confiáveis e necessários para a intervenção. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica, com o tema os cuidados de enfermagem em pacientes portadores de Pressão Intracraniana (PIC) e Derivação Ventricular Externa (DVE). **Objetivo:** Este trabalho possui como objetivo geral descrever como a assistência de enfermagem pode influenciar na recuperação do paciente portador de PIC e DVE. **Conclusão:** Atualmente pode se dizer que a monitorização invasiva da PIC é um meio para guiar o tratamento da hipertensão intracraniana. E para auxiliar no tratamento, a implantação do DVE, um sistema fechado, que visa a drenagem exterior do líquido cefalorraquidiano, sendo uma grande vantagem, podendo ser um meio para a administração de

drogas dentro do centro de terapia intensiva.

PALAVRAS CHAVE: Pressão intracraniana. Derivação ventricular externa. Cuidados de enfermagem.

PATIENTS HOSPITALIZED IN AN INTENSIVE CARE CENTER USING INTRACRANIAL PRESSURE AND EXTERNAL VENTRICULAR DERIVATION AND NURSING CARE

ABSTRACT: Introduction: The neurological assessment and monitoring are provided by a technical apparatus for changes in the nervous system. Monitoring patients with neurological disorders is a major challenge for the entire team, but it is through it that reliable and necessary data are obtained for the intervention. **Methodology:** This is a literature review study, with the theme of nursing care in patients with Intracranial Pressure (ICP) and External Ventricular Derivation (DVE). **Objective:** This work aims to describe how nursing care can influence the recovery of patients with PIC and DVE. **Conclusion:** Currently, it can be said that invasive ICP monitoring is a means to guide the treatment of intracranial hypertension. And to assist in the treatment, the implantation of the DVE, a closed system, aims at the external drainage of the cerebrospinal fluid, being a great advantage, being a means for the administration of drugs inside the intensive care center.

KEYWORDS: Intracranial pressure; External ventricular drainage; Nursing care.

INTRODUÇÃO

A hipertensão intracraniana (HIC) é uma condição clínica que acomete muitos pacientes em unidades de tratamento intensivo (UTI), tendo como origem diferentes anormalidades, tanto do sistema nervoso central como sistêmicas. A HIC é uma das causas mais comuns de lesão cerebral secundária.

A monitorização neurológica é uma avaliação e acompanhamento de dados fornecidos por aparelhagem técnica das alterações do sistema nervoso. Monitorizar e acompanhar pacientes com alterações neurológicas é um desafio importante para toda a equipe multiprofissional, mas é através dela que obtemos dados e parâmetros confiáveis e necessários para a intervenção.

A presente revisão de literatura tem como tema os cuidados de enfermagem em pacientes portadores de Pressão Intracraniana (PIC) e Derivação Ventricular Externa (DVE).

Este estudo se torna relevante pela necessidade de monitorização e acompanhamento da pressão intracraniana como um método importante e significativo aceito como parâmetro para o diagnóstico de qualidade do aumento da pressão intracraniana, e tratamento da Hipertensão Intracraniana em algumas situações clínicas.

Este trabalho possui como objetivo geral descrever como a assistência de enfermagem pode influenciar na recuperação do paciente portador de PIC e DVE. E como objetivos específicos: identificar as dificuldades encontradas pela equipe com os cuidados

com a PIC e DVE, otimizar a atenção de enfermagem de forma que não fique restrita apenas avaliação da neurologia, diminuir casos de exteriorização do cateter durante a manipulação do paciente, analisar os cuidados com a higiene das mãos e da bolsa durante o esvaziamento do sistema quando o mesmo esta fechado e anotar valores fidedignos nos horários de rotina ou quando necessários.

Nesta perspectiva destaca-se a importância do profissional de enfermagem nesses cuidados, então abre uma discussão para responder o seguinte questionamento: De que forma a enfermagem pode detectar a obstrução do cateter; presença de ar ou sangue no sistema e atentar para o preenchimento completo de todo o sistema?

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica, sobre os cuidados de enfermagem em pacientes portadores de Pressão Intracraniana (PIC) e Derivação Ventricular Externa (DVE).

A revisão de literatura refere-se à fundamentação teórica que é adotada para tratar o tema e o problema de pesquisa, por meio da análise da literatura publicada. É traçado um quadro teórico e uma estruturação conceitual que dá sustentação ao desenvolvimento da pesquisa. A pesquisa bibliográfica contribuirá para: obter informações sobre a situação atual do tema ou problema pesquisado; conhecer publicações existentes sobre o tema e os aspectos que já foram abordados; verificar as opiniões similares e diferentes a respeito do tema ou de aspectos relacionados ao tema ou ao problema de pesquisa. (GALVÃO, MENDES, SILVEIRA, 2008).

Esta pesquisa foi baseada na análise da literatura já publicada em forma de livros, revistas, publicações avulsas, imprensa escrita eletronicamente, disponibilizada na Internet. A pergunta norteadora utilizada para direcionar o estudo em questão foi: De que forma a enfermagem pode detectar a obstrução do cateter; presença de ar ou sangue no sistema e atentar para o preenchimento completo de todo o sistema?

A partir do conteúdo encontrado no material pesquisado, foram construídos as três partes da pesquisa em questão.

Foi realizada uma revisão de literatura através de artigos científicos indexados na Biblioteca Virtual de Saúde – BVS, Scientific Electronic Library Online – Scielo e Literatura Científica e Técnica da América Latina e Caribe –Lilacs.

Quanto aos aspectos éticos e legais, não foi necessário à aprovação do comitê de ética em pesquisa, uma vez que o estudo utilizou base de dados de fonte secundária.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Pressão Intracraniana

Nos últimos anos, nota-se uma evolução tecnológica afetando a sociedade, algumas vezes advinda das indústrias automobilísticas, gerando mudanças sociais e urbanas (BOTARELLI, 2010).

O avanço científico e tecnológico ocasionou um crescimento desordenado nos grandes centros urbanos, com infraestrutura inadequada, gerando complicações no âmbito social (GOMES, 2011).

Fatores de vida inadequada do cidadão brasileiro imprudência nos dias atuais acarretou um aumento de morte fatal, nas últimas décadas (BOTARELLI, 2010).

Com o aumento de causas externas, tais como: violências e acidentes vêm acometendo a população jovem, sendo um problema, chamando a atenção da saúde pública no país (GOMES, 2011).

É nítido o aumento de veículos circulantes e causas de mortes no país ocasionadas pela imprudência no trânsito, tais vítimas, apresentam lesões únicas ou múltiplas de intensidade e localização corpórea variadas que podem culminar em situações de risco a vida. Destacando-se o traumatismo crânioencefálico (BOTARELLI, 2010).

A lesão encefálica definitiva que se estabelece após o TCE é resultado de mecanismos fisiopatológicos que se iniciam com acidente ou outra causa, tais como, lesões anatômicas ou comprometimento funcional do couro cabeludo, crânio, meninges ou encéfalos, sendo que sua intensidade pode ser leve, moderada e grave (GOMES, 2011).

Uma das grandes preocupações dos pacientes que internam em UTI's (Unidades de Terapia Intensiva) advindos da neurologia é a elevação da Pressão Intracraniana (PIC) e conseqüentemente, alteração do fluxo sanguíneo cerebral, avaliado através da Pressão de Perfusão Cerebral (COLAÇO, ROSADO, 2011).

A PIC é usualmente conceituada como a pressão do líquido cefalorraquidiano (LCR). A PIC pode variar de acordo com alterações na pressão arterial sistêmica (PA sistêmica), na respiração, na posição determinada pelo paciente e também pelo aumento do volume de um ou mais componentes cranianos (COLAÇO, ROSADO, 2011).

A PIC está diretamente relacionada ao volume no crânio. Pressão intracraniana (PIC) é aquela encontrada no interior da caixa craniana, tendo como referência a pressão atmosférica. O líquido cefalorraquidiano (LCR) constitui 10% do volume intracraniano e seu volume, em todo o sistema nervoso, é de aproximadamente 150 ml, dos quais 20-30 ml estão no interior dos ventrículos e o restante nos espaços subaracnóides intracraniano e raquidiano (CARLOTTI JUNIOR, COLLI, DIAS, 1998).

Uma elevação acima do normal pode causar uma redução no fluxo sanguíneo, resultando em isquemia ou lesão estrutural, decorrente de compressão ou atrito do tecido cerebral com o crânio, causando complicações secundárias (ALCÂNTARA, MARQUES,

2009).

O fluxo sanguíneo cerebral (FSC) é diretamente proporcional à pressão de perfusão cerebral (PPC) e inversamente proporcional à resistência vascular cerebral (RVC). O volume total de sangue intracraniano é, aproximadamente, 4 - 4,5 ml/100 g de tecido cerebral, que, normalmente, está distribuído em 60% no lado venoso e 40% no lado arterial (CARLOTTI JUNIOR, COLLI, DIAS, 1998).

A pressão intracraniana é mantida constante dentro de seus valores normais se o volume intracraniano não se modificar. O conteúdo intracraniano é composto de tecido cerebral, líquido e sangue, sendo responsáveis por 80, 10 e 10% do volume intracraniano, respectivamente (FALEIRO, 2006).

Qualquer situação que aumente o volume de um componente, precisa ser compensada pela diminuição de volume dos outros para que não haja um aumento da PIC. A compensação em geral ocorre em função da diminuição do volume sanguíneo e do líquido, já que a massa cerebral é menos compressível. O líquido é responsável por 30% da capacidade de diminuição do volume cerebral, sendo deslocado para o espaço espinhal subaracnóide ou absorvido pelas granulações aracnóides (CARLOTTI JUNIOR, COLLI, DIAS, 1998).

A hipertensão intracraniana pode ocorrer em diversas lesões neurológicas. A monitorização da pressão intracraniana é um elemento fundamental para avaliar os riscos inerentes dessas doenças (KOCH, 2010).

A PIC, é definida pela medida da pressão da calota craniana em relação a pressão atmosférica. Sua medição normal varia entre 0 a 10 mmHg, sendo o limite superior até 15 mmHg (SÃO PAULO, 2011).

A monitorização da PIC tem função de evitar lesões secundárias de células cerebrais, das quais podem acarretar diversas sequelas psicológicas, comportamentais, funcionais e cognitivas (GIUGNO, MAIA, KUNRATHET, BIZZI, 2003).

A indicação de PIC se dá em pacientes que sofreram traumatismo craniano, acidente vascular cerebral (AVC), parada cardíaca, cirurgias, hemorragias e tumores cefálicos (SÃO PAULO, 2011).

Derivação Ventricular Externa

A presente revisão de literatura visa cuidados essenciais de enfermagem, para pacientes com monitorização de PIC e em alguns casos a PIC está associada à DVE, usada muitas vezes como tratamento adjuvante para hipertensão intracraniana, por meio da drenagem do líquido (BRASIL, 2014).

A implantação de PIC e DVE se dá no Centro Cirúrgico, pelo neurologista e sua equipe, ao término do procedimento o paciente retorna para o CTI para dar continuidade nos cuidados que asseguram um adequado cuidado na inserção, manipulação e curativo das derivações (ARAUJO, 2011).

A DVE, por sua vez, é constituída basicamente por um cateter colocado diretamente no espaço ventricular cerebral, sendo um componente vital na prática de emergência neurológica. Também auxilia no tratamento de hidrocefalia, associada também ao TCE, hemorragia subaracnóidea, processos tumorais expansivos ou infecciosos, dentre outros (ALCANTARA, 2009).

O sistema fechado de drenagem de líquido (LCR ou líquido céfalo-raquidiano) consiste em uma cateterização cirúrgica do sistema ventricular. Ela atua como um 5º ventrículo, onde um cateter é colocado dentro de um dos ventrículos cerebrais, drenando o líquido para uma bolsa coletora, para que ocorra a diminuição da hipertensão intracraniana (HIC). É utilizada no controle do volume e de pressão líquórica, por intermédio da drenagem temporária externa do LCR, quando não houver indicação de sistema de derivação interna permanente (DVP = derivação ventrículo peritoneal). É importante sempre manter o sistema sempre nivelado para que o conduto auditivo externo do paciente corresponda a uma altura de 12 a 15 cm de H₂O na coluna de medida da Pressão Intracraniana (RIO DE JANEIRO, 2013).

A drenagem do líquido cefalo-raquidiano visa controlar a pressão intracraniana durante o tratamento que causam seu aumento. Ela tem como principais objetivos estabelecer parâmetros para o tratamento da HIC, avaliar sinais de aumento da PIC e HIC e avaliar complicações neurológicas. (ZARPELON, 2013).

Considerando os dados expostos, acarretados por traumatismos, AVC, tumores e outros vê-se como uma doença da sociedade moderna, presente em todo o território nacional e em todas as idades, acometendo homens e mulheres. É altamente necessário que sejam criados mecanismos para minimizar o impacto de suas consequências à população, assim como devem ser estimulados os mecanismos de prevenção a estes eventos (BRASIL, 2013).

Nesta realidade, acreditamos que a sistematização da assistência de enfermagem é uma forma de organizar o cuidado e reduzir a ocorrência de complicações durante a internação hospitalar, favorecendo o trabalho e a comunicação entre a enfermagem e outros membros da equipe de saúde (COLAÇO, ROSADO, 2011).

Cuidados de Enfermagem

No plano de cuidados individualizados, a avaliação de enfermagem investiga mudanças no estado de saúde do indivíduo, certifica se todos os dados do histórico de enfermagem, determina se os diagnósticos de enfermagem estão solucionados ou ocorreram novos problemas. Com base no manuseio do paciente, a equipe deve atentar para alguns aspectos importantes (COLAÇO, ROSADO, 2011).

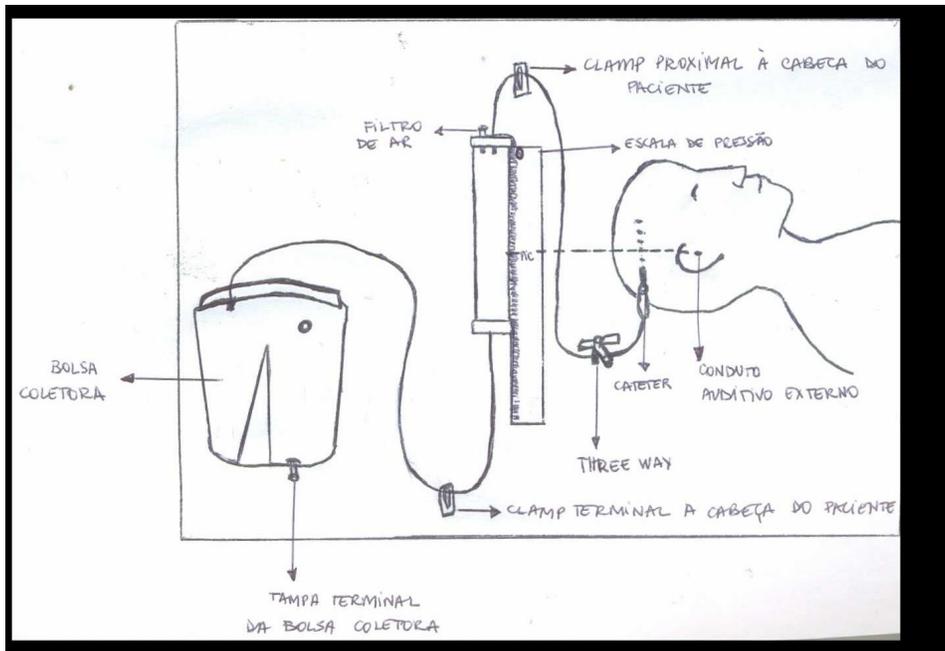


FIGURA 1: Cateter implantado de Derivação Ventricular Externa (DVE) (COLAÇO, ROSADO, 2011).

1. Posicionar adequadamente o usuário no leito: Cabeceira elevada, ficando na posição dorsal, coluna e cabeça alinhada, melhora a drenagem venosa.
2. Mensurar a altura da drenagem do LCR, conforme orientação médica.
3. Posicionar o Sistema de Drenagem:
 - Nivelar o PONTO ZERO do sistema de drenagem na altura do conduto auditivo externo;
 - Manter a altura do escoamento do LCR para a bolsa a 20 cm do Ponto Zero ou conforme a prescrição médica;
 - Rever a altura de 6/6h ou cada vez que for alterado o nível da cabeceira.
4. Registrar volume drenado e as características do LCR de 6/6h.
5. Desprezar o volume da bolsa coletora quando atingir 2/3 da capacidade.
6. Realizar curativo 1x ao dia conforme escala de banho, ou quando necessário, anotando aspecto da ferida operatória.
7. Inspeccionar a região de inserção do cateter, observando sinais flogísticos ou extravasamento de líquido.
8. Manter controle rigoroso dos sinais vitais e PAM.

9. Manter BH rigoroso e Controle de diurese de 6/6h.
10. Verificar sinais de diminuição do nível de consciência por drenagem excessiva.
11. Monitorizar Glasgow e resposta pupilar de h/h até 4h após retirada de DVE.
12. Clampar o sistema no máximo 30 minutos, quando:
 - Baixar a cabeceira do paciente;
 - Realizar transporte do paciente para o BC ou para exames complementares.
13. Manipular com cuidado o usuário para evitar o tracionamento do cateter.
 - Nunca reposicionar o cateter se for tracionado. Comunicar a equipe de neurocirurgia para retirá-lo;
 - Nunca aspirar ou injetar solução no cateter. No caso de obstrução, comunicar a equipe de neurocirurgia (ZARPELON, 2013).

As infecções relacionadas ao DVE constituem um dos mais sérios problemas devido ao potencial de complicações graves e à presença de um corpo estranho que pode ser colonizado por bactérias (CAMACHO, 2011).

Sendo na grande maioria falta de higienização das mãos ao por parte dos profissionais ao manipular o paciente e o circuito. Em outros casos por ser devido a gravidade da doença, tempo de hospitalização e uso concomitante de dispositivos invasivos.

Para melhor e efetivo tratamento do paciente em uso de DVE espera-se: melhorar a monitorização dos usuários com DVE; efetivar a Assistência de Enfermagem no atendimento ao usuário com DVE; diminuir complicações ao usuário com DVE (ZARPELON, 2013).

CONCLUSÃO

Hoje uma das maiores preocupações das internações em unidades de terapia intensiva em decorrência de problemas neurológicos é a elevação da pressão intracraniana e conseqüentemente, alteração do fluxo sanguíneo cerebral.

Segundo o Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo (2014) a pressão intracraniana é definida pela medida da pressão da calota craniana em relação a pressão atmosférica. Sua medição normal varia entre 0 a 10 mmhg, sendo o limite superior até 15 mmhg.

Atualmente o que se pode dizer que a monitorização invasiva da PIC é um meio para guiar o tratamento da hipertensão intracraniana.

Os objetivos no manejo da hipertensão intracraniana incluem: monitorização criteriosa da pressão intracraniana, permitindo normalizar a pressão intracraniana, otimizar o fluxo sanguíneo cerebral e a pressão de perfusão cerebral, prevenir os desequilíbrios que exacerbam a lesão secundária e evitar as complicações associadas com o tratamento

empregado. Assim, para auxílio no tratamento, a implantação do DVE, um sistema fechado, visa a drenagem exterior do líquido cefalorraquidiano, sendo uma grande vantagem e pode ser um meio para a administração de drogas.

REFERÊNCIAS

ALCANTARA, M. C. M. **Cuidado clínico à criança com hidrocefalia: Construção e validação de instrumento para a Sistematização da Assistência de Enfermagem**. Dissertação. Fortaleza: Centro de ciências da saúde da Universidade Estadual do Ceará, 2009.

ARAUJO, A. B. S. **Avaliação retrospectiva dos fatores de risco para infecção e mortalidade em derivações ventriculares externas**. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte. 2011.

BOTARELI, F. R. **Conhecimento do enfermeiro sobre o processo de cuidar do paciente com traumatismo cranioencefálico**. 2010. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

BRASIL. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com traumatismo cranioencefálico**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília. 2013.

BRASIL. **Tecnologia da monitorização da pressão intracraniana em pacientes com traumatismo cranioencefálico grave**. Ministério da Saúde 2014.

CAMACHO, E. F. **Avaliação do impacto da implantação de rotina de cuidados com cateter de drenagem ventricular externa em uma unidade de terapia intensiva neurológica**. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

CARLOTTI JR, C. G.; COLLI, B. O.; DIAS, L. AA. **Hipertensão intracraniana**. Medicina. (Ribeirão Preto Online), v. 31, n. 4, p. 552-562, 1998.

COLAÇO, A. D. et al. **Avaliação de enfermagem: percepção dos enfermeiros de Unidade de Terapia Intensiva**. 2011.

FALEIRO, R. M.. **Craniotomia descompressiva: análise de fatores prognósticos em 89 pacientes**. 2007.

GALVÃO, C. M.; MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem**. Texto contexto - enferm. vol.17, no.4, Florianópolis Oct./Dec. 2008.

GIUGNO, K. M. et al. **Hipertensão intracraniana em pediatria revisão sobre fisiopatologia, monitorização e tratamento**. Rev. bras. ter. intensiva, p. 65-72, 2002.

GIUGNO, K. M. et al. **Tratamento da hipertensão intracraniana**. **Jornal de Pediatria**. v. 79, n. 4, p. 287-296, 2003.

GOMES, P. M. B. et al. **Traumatismo craniano: contribuição da craniectomia descompressiva para a sobrevivência de pacientes caninos com hipertensão intracraniana traumática refractária ao tratamento médico: estudo retrospectivo.** 2011. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Técnica de Lisboa. Faculdade de Medicina Veterinária.

RIO DE JANEIRO. **Cuidados ao paciente com cateter implantado no Sistema Nervoso Central para Derivação Ventricular Externa.** Coordenação de Controle Infecção Hospitalar. CCIH – Serviço de Neurocirurgia. 2013.

SÃO PAULO. **Aspiração de cateter de pressão intracraniana por Profissional Enfermeiro.** Conselho Regional de Enfermagem. 2014.

ZARPELON, A. **Derivação Ventricular Externa: DVE.** Grupo Hospitalar Conceição. Hospital Cristo Redentor. 2013.

O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE USUÁRIOS COM CÂNCER DE PRÓSTATA NO RIO DE JANEIRO

Data de aceite: 22/01/2021

Bruno Lira da Silva

Enfermeiro
Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/7664637602711679>

Cristiane Maria Amorim Costa

Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem(FENF) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)
Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/4237974902524134>

Lorraine Terra dos Santos Cyrne Alves

Bolsista de Extensão do Projeto “Contribuindo na prevenção do Câncer de Próstata da FENF da UERJ
Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/2708596986997209>

Elizabeth Rose Costa Martins

Professora Associada da Faculdade de Enfermagem(FENF) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)
Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/3937218610840213>

Thelma Spíndola

Professora Associada da Faculdade de Enfermagem(FENF) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)
Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/0333801214698022>

RESUMO: A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) foi instituída em

2009 com o intuito de contemplar uma parcela específica da população, que não se faz presente nos níveis primários de atenção à saúde, levando a um quadro de morbidade característico da população masculina brasileira, no qual o câncer de próstata aparece como morbidade, específica do sexo masculino, com alto índice de mortalidade. Baseado nesse quadro, a política aponta para a atenção básica como principal porta de entrada para essa população masculina no Sistema Único de Saúde (SUS). Este estudo teve como objetivos analisar o caminho percorrido por esses homens dentro do SUS até chegar à enfermaria masculina do setor da urologia de um hospital do município do Rio de Janeiro. A pesquisa contou com 10 participantes e se deu por meio de uma entrevista semiestruturada realizada na enfermaria masculina do setor de urologia de um hospital universitário no município do Rio de Janeiro. A análise de conteúdo foi fundamentada em Bardin onde foram verificadas 18 unidades de significação e, a partir das unidades de significação, foram definidas 6 categorias preliminares, as quais foram condensadas em 1 grande categoria denominada “Itinerário Terapêutico”. Os resultados apontaram para um grande buraco na rede de atenção à saúde dos homens entrevistados causado por múltiplos fatores, sejam estruturais, como demora na marcação de exames, ou socioantropológicos como questões relativas à concepção do gênero masculino. Tais fatores evidenciam uma não implantação e implementação da PNAISH como preconizado.

PALAVRAS-CHAVE: Política Pública, Saúde do Homem, Acesso aos Serviços de Saúde,

THE THERAPEUTIC ITINERARY OF PROSTATE CANCER PATIENTS IN RIO DE JANEIRO

ABSTRACT: The National Policy for Integral Attention to Men's Health (PNAISH) was instituted in 2009 with the aim of covering a specific portion of the population, which is not present in the primary levels of health care, leading to a characteristic morbidity of the population Brazilian male, in which prostate cancer appears as morbidity, specific to the male sex, with a high mortality rate. Based on this framework, the policy points to primary care as the main gateway for this male population in the Unified Health System (SUS). This study aimed to analyze the path taken by these men within the SUS until reaching the male ward of the urology sector of a hospital in the city of Rio de Janeiro. The research involved 10 participants and took place through a semi-structured interview held in the male ward of the urology sector of a university hospital in the city of Rio de Janeiro. The content analysis was based on Bardin, where 18 units of meaning were verified and, from the units of meaning, 6 preliminary categories were defined, which were condensed into 1 major category called "Therapeutic Itinerary". The results pointed to a large hole in the health care network of the men interviewed caused by multiple factors, whether structural, such as delay in scheduling exams, or socio-anthropological issues related to the conception of the male gender. Such factors show a non-implantation and implementation of PNAISH as recommended.

KEYWORDS: Public Policy, Men's Health, Access to Health Services, Care and Health.

1 | INTRODUÇÃO

Em 2008, atendendo aos anseios da sociedade e entendendo que "os agravos masculinos constituem verdadeiros problemas de saúde pública", o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) com o intuito de contemplar essa parcela específica da população e suas especificidades (BRASIL, 2008). Uma das especificidades desta população refere-se ao modo como se insere no sistema de saúde, em especial através das unidades de atenção especializada e emergência, fato esse tomado como um dos pilares para a formulação da PNAISH, bem como a qualificação da rede de atenção masculina (MARTINS et al, 2020).

No entender de Gleriano e et al (2019), o fato de o grupo masculino procurar menos a atenção básica, em comparação à população feminina, torna essa população mais suscetível aos agravos crônicos. Esses poderiam ser evitados com medidas profiláticas executadas por esse nível de atenção à saúde, já que torna esse indivíduo "privado da proteção necessária à preservação de sua saúde e continue a fazer uso de procedimentos desnecessários [...]." (BRASIL, 2008).

Este fato alinha a PNAISH à Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2006), pois tem na unidade de saúde da família seu eixo norteador para organização e reforça o caráter de referência para todo o SUS, destacando também a importância de considerar a

dinamicidade do território em que determinada população está inserida, fato fundamental para que haja integralidade na assistência.

A PNAISH está baseada nos princípios da integralidade, equidade e humanização, e no respeito a hierarquização dos níveis de atenção à saúde (Brasil, 2008). E como diretrizes, a integralidade, a factibilidade, a coerência e a viabilidade são as linhas de ação que devem permear programas, projetos e ações para essa implementação.

Para entender melhor a necessidade de uma política especial no SUS, já que o mesmo se propõe como universal e integral cabe, então, um olhar específico relacionado à hierarquização do serviço e seus impactos na integralidade. A Política Nacional Para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), busca integrar os diferentes serviços de saúde para a assistência aos usuários portadores de câncer, dentre eles a Atenção Primária à Saúde (APS) (NOGUEIRA et al., 2019).

Na APS têm-se as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), com ações voltadas para o indivíduo e coletivo com foco na promoção da saúde e prevenção do câncer, bem como o diagnóstico precoce e apoio à terapêutica de tumores, os cuidados paliativos e as ações clínicas para o seguimento de indivíduos tratados, e ainda ações de compartilhamento de informações, por meio de subsistemas de informações com o propósito de utilizá-las na promoção à saúde (NOGUEIRA; et al, 2019). Dessa forma, observar a maneira como os homens se inserem no sistema de saúde, bem como o caminho percorrido, é um importante aspecto a ser estudado visando o entendimento da relação *homens x SUS*.

A definição que Luz, Silva e DeMontigny (2015) dão à “itinerário terapêutico”, se adequa perfeitamente às ideias e aos ideais propostos pelo SUS, quando definem itinerário terapêutico como o caminho percorrido na tentativa de solucionar um problema de saúde seja através da medicina tradicional, ou moderna.

Esse caminho, no entanto, sofre a ação dos determinantes sociais inerentes ao contexto de cada indivíduo e, também, naturalmente à cada indivíduo como ser social, na medida em que cada um desses indivíduos pode encarar os diferentes contextos de diferentes maneiras numa relação dinâmica e, logo, em constante movimento. Sobre determinantes sociais de saúde, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (2005) busca aproximar o conceito de condições cotidianas específicas ao contexto social em que se dão e como essas condições específicas refletem na saúde.

No público masculino, duas barreiras - institucional e sociocultural - influenciam de tal maneira as necessidades de saúde, que foram incorporadas ao texto da PNAISH e envolvem, respectivamente, as questões de acesso e adesão dos homens ao sistema de saúde (BRASIL, 2008).

Doenças específicas do homem, como o câncer de próstata, também, merecem destaque nesta reflexão. Segundo o Instituto Nacional do Câncer, sem considerar os tumores de pele não melanoma, ele ocupa a primeira posição no país em todas as regiões

brasileiras (BRASIL, 2020). O Instituto, ainda, ressalta que o principal fator de risco é a idade, aumentando sua incidência significativamente a partir dos 50 anos (BRASIL, 2020).

Ainda segundo o INCA (2020), estimam-se mais de 65 mil novos casos de câncer de próstata para cada ano do triênio 2020-2022. Esse valor corresponde a um risco estimado de 62,95 casos novos a cada 100 mil homens. A realidade dos números mostra, por um lado, o avanço dos exames diagnósticos, além da importância da detecção precoce e rastreamento para um tratamento eficaz e bom prognóstico. No entanto, evidencia, também, a necessidade de se avançar bastante em termos de saúde pública, visto que, apesar do aumento dos diagnósticos, a doença ainda leva à morte de muitos homens.

O Ministério da Saúde brasileiro segue as normas da OMS para a detecção precoce, considerada uma valiosa ferramenta para reduzir a letalidade da doença. A detecção precoce se dá por duas vias. A primeira, através de homens que já manifestam alguns sinais da doença e, buscam impedir o seu avanço ou evitar futuros danos. A segunda, para os homens sem sinais e sintomas da doença, através da realização de exames de rastreio, comumente por meio dos exames de toque retal e dosagem de PSA (INCA, 2020).

Esses dados fornecidos pelo Ministério da Saúde elucidam a importância de uma política específica para essa população, pois, como a própria PNAISH aponta, a população do sexo masculino adentra o serviço de saúde por serviços de especialidades como a urologia. Em grande parte, isso ocorre em decorrência de variáveis culturais, como a própria PNAISH destaca, dentre as quais a construção do gênero masculino sob uma óptica patriarcal, na qual o sexo masculino deve ser a figura provedora e portadora de certa invulnerabilidade (BRASIL, 2018).

Na sociedade atual pode-se, então, perceber que não há espaço para modelos de saúde que não contemplem o indivíduo como ator principal no processo saúde-doença. O ambiente em que vive, os saberes do indivíduo e a relação entre ele e o sistema de saúde devem ser considerados para que a universalidade preconizada pelo SUS, de fato ocorra. Do contrário, a doença será o foco desse sistema, e não o indivíduo.

2 | OBJETIVO

Face ao exposto, definiu-se como objetivo do trabalho: analisar o itinerário terapêutico de usuários do sexo masculino, desde a primeira alteração nos exames de rastreio do câncer de próstata (PSA e toque retal) até a internação para realização de prostatectomia radical, destacando os elementos facilitadores e dificultadores para a resolução desse processo.

3 | METODOLOGIA

Pesquisa descritiva, de natureza qualitativa, realizada em uma enfermagem cirúrgica de um hospital universitário situado no município do Rio de Janeiro. Participaram 10

pacientes da enfermaria masculina da urologia do hospital, com faixa etária variando de 55 a 79 anos, que responderam a uma entrevista. Apenas um dos depoentes era aposentado e não trabalhava. O critério de inclusão dos participantes foi ter realizado, ou estar aguardando a data para cirurgia de prostatectomia. Como critério de exclusão, alguma situação que o impossibilitasse de participar da entrevista – estar ausente da enfermaria, déficit cognitivo e déficit auditivo.

A coleta dos depoimentos foi iniciada após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição onde se deu a pesquisa, aprovada através do parecer número 1.663.505.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semi-estruturada e um instrumento que estabelecia, através de um fluxo, o percurso do participante até chegar ao local que se encontrava internado, com dados referentes a: data, instituição (pública ou privada) e nível de atenção em saúde cuja instituição ocupa no SUS (atenção primária, atenção secundária, ou atenção terciária) desde a primeira vez que ingressou no sistema de saúde, passando pelas instituições onde o usuário fazia seu acompanhamento, até chegar ao cenário em que se deu a pesquisa. Os dados coletados na entrevista foram gravados em aparelho mp3 e transcritos pelo autor do estudo. Para garantir o anonimato dos sujeitos, cada entrevista recebeu um código.

Os dados obtidos no instrumento que construiu o itinerário terapêutico, foram desenhados em um gráfico onde o eixo x, estabelecia a temporalidade em meses e o eixo y, os níveis de atenção à saúde. As instituições privadas foram marcadas com um quadrado amarelo, com o nível de atenção em numeral.

A análise das entrevistas pautou-se no conteúdo, sendo fundamentada em Bardin (2011), que apresenta 3 etapas em seu processo analítico: pré-análise; exploração do material ou codificação; e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Na pré-análise foi realizada a leitura das entrevistas transcritas e escolha do que será analisado. Após a pré-análise, já na segunda fase do processo, foram definidas categorias e identificadas unidades de significação. Foram definidas 18 unidades de significação as quais compuseram, preliminarmente, seis categorias (atendimento na clínica da família; Identificando o problema; rastreamento; atendimento público; construindo novas tramas; atendimento no privado e; os percalços - ou afunilamentos). E, por último, as informações foram condensadas e destacadas, gerando informações com análise crítica e reflexiva, sendo estabelecido as seguintes categorias: 1- O Itinerário terapêutico e 2- Os níveis de atenção

4 | RESULTADOS

4.1 O Itinerário terapêutico

Optou-se pela confecção de um gráfico para melhor visualização do itinerário terapêutico associado aos depoimentos dos entrevistados, visando a melhor compreensão e alcance dos objetivos propostos. O gráfico foi construído desde a entrada na rede de atenção, com a descoberta da doença, até o hospital em que se encontra internado no momento da entrevista, utilizando as informações do tempo transcorrido (eixo x), e dos níveis de atenção de onde iniciou até o terciário, onde foi realizada a entrevista. Ficou marcado com um quadrado amarelo, quando o participante utilizava a rede privada.

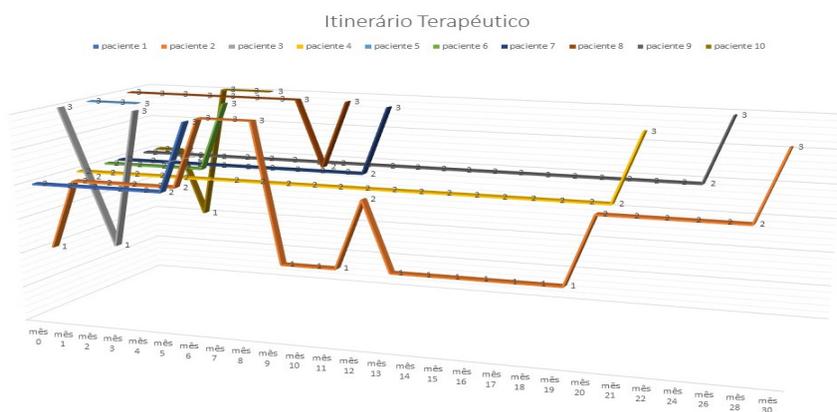


Gráfico1 –Itinerário terapêutico dos participantes relativo a temporalidade e níveis de atenção à saúde

Fonte: Os autores, 2017

A maioria dos entrevistados iniciou seu itinerário pela atenção secundária ou terciária, e apenas um entrevistado iniciou seu trajeto em uma clínica da família tendo retornado à mesma apenas cerca de 10 meses depois, refletindo em um longo trajeto na atenção secundária. Além disso, observa-se que apenas três entrevistados, em algum momento, passaram pela atenção primária, sendo que os demais transitaram do ingresso na atenção secundária e foram para a terciária ou ingressaram e permaneceram na terciária.

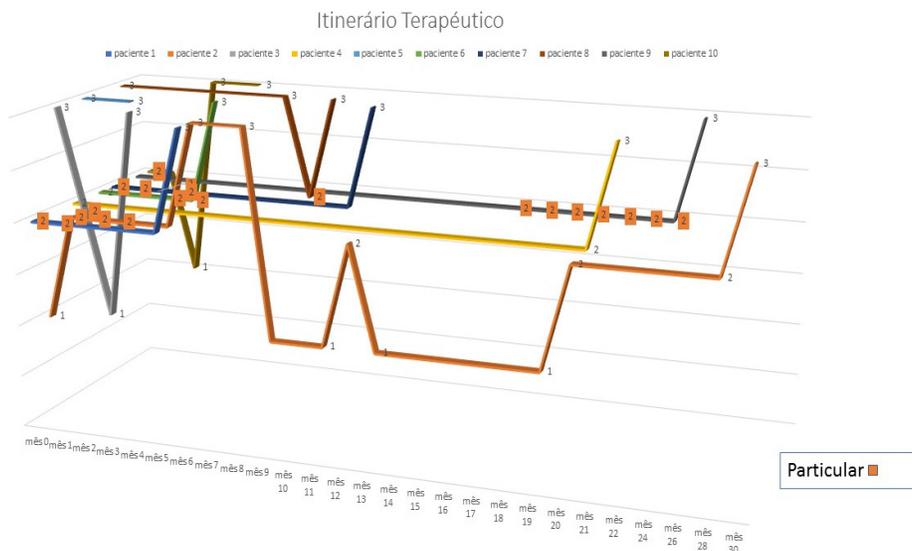


Gráfico 2 – As novas redes nos níveis de atenção à saúde no itinerário terapêutico dos participantes.

Fonte: Os autores, 2017

Podemos interpretar que a atenção secundária, no setor público é o principal afunilamento no itinerário dos participantes, uma vez que nela ocorrem os períodos de maior duração em comparação, a atenção secundária em atendimento particular e aos outros níveis de saúde.

O tempo do itinerário se modifica, quando se estabelece uma trama na rede privada, em relação a pública. Os participantes que tiveram um tempo maior até o ingresso na atenção terciária, foi o que não utilizou a rede privada em nenhum momento, o que aconteceu apenas como paciente no 4. O paciente de no 9 também teve um tempo grande na rede de atenção secundária, mas depois, diante da falta de resolutividade, encaminhou-se para a atenção privada, o que rapidamente finalizou o encaminhamento para a atenção terciária. O encaminhamento do secundário até o ingresso no terciário tem uma temporalidade curta.

4.2 Os níveis de atenção e seus percalços

A partir destes primeiros achados, onde foi mapeado o itinerário terapêutico dos participantes do estudo, buscou-se aprofundar nos três níveis de atenção e percalços vivenciados.

4.2.1 Atenção básica – nem todos estão inseridos

A atenção básica é reconhecida pela PNAISH como a porta de entrada no SUS, justificada pelo alinhamento com a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2008).

Alguns homens reconhecem a clínica da família como o início do itinerário terapêutico dentro do SUS:

Foi lá que eu consegui o meu caminho longo até chegar aqui. (E2).

Olha... Tem esse posto de saúde que é muito bom. O pessoal... A agente ... Vai em casa... Sou bem atendido mesmo!... Ah! Muito mesmo. Muito mesmo. (E3).

Entretanto, de acordo com o gráfico 1, somente 3 passaram pela atenção básica. Tal fato, por si só, pode sugerir uma não implantação efetiva da PNAISH dentro da atenção básica. A maioria dos sujeitos do estudo, à exceção de um participante, tem seu ingresso pela atenção secundária ou terciária, tendo como justificativa:

Não tem perto. Até uso a de Madureira, mas não tem como marcar.(E4)

Não porque só tem o prédio. Não tem um médico, raramente as vezes tem um enfermeiro.” (E6)

Evidencia-se, então, uma lacuna existente na rede de atenção à saúde destes homens, o que contribui para que a prevenção do câncer de próstata não aconteça, ou aconteça de uma maneira descontinuada, conforme respostas dos participantes quando questionados sobre o exame preventivo:

Já fiz há muito tempo! Agora eu fiz e deu alteração... Eu perdi o contato e não fui.(E1)

Nada. Não. Nada disso. (E3).

Durante a descrição do itinerário terapêutico, é possível identificar também, alguns fatores complicadores que dificultam a resolutividade do processo saúde-doença dos participantes, o que gera um tempo até a resolução do tratamento cirúrgico de, em média, um ano, conforme apontado no gráfico. Dentre eles destacaram-se, além da falta de integralidade e resolutividade na rede, a demora em marcar exames via SISREG e questões relativas ao gênero masculino que atuam diretamente na forma como encaram o processo saúde-doença.

A demora no agendamento da consulta e exames para um especialista, através do SISREG é um dos fatores relacionados:

Demora muito, não tem atendimento, o pessoal não se interessa pelo seu problema, não dá importância, entendeu... E vai por aí afora ... Não tinha vaga. Tinha que arrumar um encaminhamento... (E1).

Os exames. Porque é tudo muito demorado... Aí tu vai pelo Sistema Único de Saúde é um mês, um mês e meio, por causa de um examezinho. É tudo muito demorado. Aí quem não tem condições de pagar um exame por fora... (E7).

Logo, a demora no atendimento e na realização dos exames não cumprem o objetivo da Política Nacional de Promoção à Saúde, pelo contrário, só aumenta a vulnerabilidade daquelas pessoas que estão buscando atendimento. A ausência de um sistema de regulação de vagas eficiente, impossibilita uma resolutividade satisfatória, fato que leva os homens a buscarem alternativas que supram a urgência da necessidade de um diagnóstico mais precoce, e crie um fluxo de fato resolutivo.

Neste sentido, os homens buscam alternativas funcionando como emendas que costurem as lacunas deixadas em suas redes de atenção à saúde e, assim, vão tecendo novas tramas e criando sua própria rede de atenção à saúde. Porém essa nova rede muitas vezes se constrói de forma não linear e descontínua.

Da mesma forma, outras questões também aparecem como percalços no caminho dos homens mesmo que não sejam estruturais, e sim socioantropológicas. É o caso de questões inerentes ao gênero masculino, que levam a descontinuidade do tratamento ou a não busca de ações preventivas para sua saúde também são relacionadas:

“- Não... Ai foi minha mesmo. Eu esperei bastante tempo pra marcar a minha consulta lá na saúde do homem. Quando veio a última... PSA alto. Ao invés de marcar logo, eu demorei a marcar”. (E4).

“- Eu tive uma parte de culpa, não pode culpar só ele não. Porque eu achava que ia melhorar normalmente. Eu achava que ia voltar ao normal normalmente. Não é o médico, o culpado.” (E9).

Logo, a demora no atendimento e na realização dos exames, associado ao papel de gênero masculino de invulnerável e não cuidado, não cumprem o objetivo da Política Nacional de Promoção à Saúde, pelo contrário, só aumenta a vulnerabilidade daquelas pessoas que estão buscando atendimento. A ausência de um sistema de regulação de vagas eficiente, impossibilita uma resolutividade satisfatória, fato que leva os homens a buscarem alternativas que supram a urgência da necessidade de um diagnóstico mais precoce, e crie um fluxo de fato resolutivo.

Neste sentido, os homens buscam alternativas funcionando como emendas que costurem as lacunas deixadas em suas redes de atenção à saúde e, assim, vão tecendo novas tramas e criando sua própria rede de atenção à saúde. Porém essa nova rede muitas vezes se constrói de forma não linear e descontínua.

4.2.2 Atenção secundária – velhas e novas tramas

Apesar de todos os entrevistados estarem em uma unidade pública para realização da cirurgia de câncer de próstata, o ingresso primário na rede de atenção à saúde, por parte dos homens, muitas vezes já começa longe do contato com o SUS e longe da atenção básica.

Alguns buscam por conta própria o atendimento na atenção secundária, por já terem

sidos atendidos anteriormente nestas unidades:

Foi por causa da hepatite. Fui fazer uns exames lá, aí eles deram um cartãozinho pra eu começar a usar o SUS, aí passei a usar também a [instituição]. Eu fui... Como eu vi que existia essa coisa da saúde do homem, eu comecei a fazer. (E4)

Os homens que não fazem os exames preventivos com regularidade, ou não o fazem, percebem alterações através de sintomatologia, o que os leva a procurar um serviço de atendimento seja secundário ou terciário, corroborando com os dados do gráfico, que apontam o nível de atenção por onde estes homens entram na rede de atenção:

Porque eu urinava. Eu tinha que urinar de qualquer maneira. Não conseguia segurar a urina. Às vezes até me urinava mesmo.(E3).

Primeiramente foi me dando... Eu não dormia de noite. Eu deitava e não conseguia dormir. Aí começou a urina falhando. E falhando pra fazer cocô também. Ia fazer cocô e não fazia. (E5).

Falta de libido. Essa foi a verdade. (E10).

Após a identificação da existência de um problema e relativa urgência em ter um diagnóstico definitivo, torna-se urgência a confirmação da doença para posterior intervenção. Neste momento, surgem os percalços do sistema público, como falta de acompanhamento e demora na transição entre os níveis de atenção saúde, visto que, deste momento de urgência, emerge a necessidade de uma rápida e efetiva resolutividade diante da possibilidade de um câncer:

Quem falou que eu tinha problema urinário foi lá no hospital [instituição]. Isso já faz um ano e meio mais ou menos... Eu procurei um médico particular. Urologista... Foi numa clínica particular ali em Botafogo. (E3).

Ainda em fevereiro... aí eu fui pra um médico particular. Aí levei esse exame que eu tinha feito. (E2).

Neste sentido, identifica-se o movimento de migração da instância pública para a privada na tentativa de dissolver os percalços encontrados na atenção secundária da instância pública visando chegar à atenção terciária, onde se dá a intervenção cirúrgica, conforme gráfico 2.

Percebe-se que esse acesso ao sistema privado se dá majoritariamente na atenção secundária, onde são realizados os exames diagnósticos para obtenção do diagnóstico final. Pelo gráfico, o movimento justifica-se pelo fato dessa migração oferecer, de fato, uma resolutividade mais efetiva, uma vez que a chegada ao setor terciário – objetivo desse movimento – é mais rápida por parte dos participantes que ingressaram no sistema privado, seja no princípio, seja no final de seus percursos. Como se observa, apenas um paciente

não buscou a atenção secundária no privado.

As falas vão ao encontro do retratado no gráfico 2 e deixam claro esse movimento dos homens para emendar os buracos existentes na rede de atenção à saúde, por meio de construção de novas tramas. Para isso, utilizam-se, majoritariamente, do serviço particular para constituí-las, diante da identificação do problema de saúde e a necessidade de definir o diagnóstico médico com relativa urgência:

Então a gente que não pode, com dificuldade, se quiser sobreviver, tem que partir para um particular porque se for depender do público você até morre e não recebe um atendimento. Quer dizer... Sem condições mesmo, tem que fazer uma vaquinha, tem que dar um jeito, recorrer a um, recorrer a outro e arrumar um qualquer, pra poder pagar uns exames pra poder resolver... (E1).

4.2.3 Atenção Terciária- retomando a rede pública

Com o diagnóstico definido, e diante dos altos custos na rede privada para realização da cirurgia, associado a todos os percalços vivenciados na rede de atenção à saúde, os homens precisam retornar à instância pública, que normalmente é na atenção terciária como verificado no gráfico 1, para conseguirem finalizar o tratamento, uma vez que o custo de uma intervenção cirúrgica é fora do alcance dessa parcela da população e não haveria meios de custeá-la da mesma forma que costumam fazer com os exames, conforme aponta o depoimento abaixo:

Por opção mesmo. E por medo de precisar de operação sem ter dinheiro pra fazer a operação, entendeu? Me falaram que era trinta mil.(E3)

Esse retorno se dá de várias maneiras, porém, com os exames já realizados, os homens são melhor direcionados, mas, ainda sim alguns necessitam de ajuda externa na indicação para conseguir uma vaga.

Eu continuei nela[médica], mas agora... Foi ela não[médica]. Foi lá no posto de saúde [instituição]. Doutora [nome]. Ela quem fez o encaminhamento pra cá. Me colocou no SISREG. (E3).

Aí eu voltei lá com o resultado do laboratório. E falei "é isso aí, doutor". Aí ele disse "cirurgia, bicho.". Aí ele falou o seguinte: "Olha, você fazendo, ou não comigo aqui na clínica particular, o meu dever como médico é te encaminhar pro ambulatório do PAM.". Foi quando ele me encaminhou pro ambulatório do PAM... Aí cheguei lá em Setembro, fiz o cartão do SUS, fui atendido pela médica de lá, Aí ela detectou, botou urgente, me botou naquela tal da triagem que existe no SUS, aí eles mandaram eu vir pro[instituição]. (E10).

Cheguei aqui por intermédio de uma médica que é conhecida de um médico daqui. Ela falou que tinha um conhecido e inclusive me trouxe aqui. Domingo chegamos aqui era nove horas. (E9).

Com isso vemos a dificuldade enfrentada por esses homens na busca por uma resolutividade que se adeque à urgência que apresentam frente ao impactante diagnóstico de câncer de próstata. Movimento cuja motivação reside em um demorado sistema de regulação de vagas na escassez de oferta de serviço especializado, competente à demanda apresentada, na esfera pública.

4.3 Discutindo a rede de atenção ao homem

Os achados evidenciam de forma clara e objetiva uma falha conjunta em duas políticas nacionais de saúde. A Política Nacional de Atenção Básica por não exercer, como preconiza, os princípios do vínculo e continuidade, bem como da integralidade e acessibilidade (Brasil, 2006).

Na PNAISH, a questão relaciona-se a sua não implementação em decorrência das falhas apresentadas na anterior, uma vez que tem nela um de seus eixos norteadores (Brasil, 2009), associada a especificidade do atendimento ao usuário homem, que precisam ser incorporadas a realidade da rede de atenção a saúde.

Diante de um cenário desamparador cabe, então, aos homens percorrer um caminho tortuoso com percalços de múltiplas naturezas onde são responsáveis por articularem-se, criarem redes de atenção e apoio, visando suprir as próprias necessidades de saúde.

Na atenção primária, apesar da política específica, não existe a incorporação de fato dos homens, visto que a entrada dos homens nos serviços de saúde ocorre principalmente pela atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade. Os principais motivos para a ausência deles na atenção primária são: preferência por se automedicar, falta de tempo, desconforto da unidade básica de saúde e a visão de que são mais fortes, resistentes e invulneráveis (CARNEIRO; ADJUTO; ALVES, 2019).

Nota-se, então, que as atividades preventivas continuam não sendo realizadas, o que aumenta a vulnerabilidade dessa população, conforme aponta Martins et al (2020). Por outro lado, os profissionais, não reconhecem estes homens dentro dos espaços de cuidado e quando os reconhecem, são apenas para um atendimento específico. Muitos homens estão fazendo acompanhamento por doenças crônicas, acompanhando familiares, entre outras atividades. Ele está dentro da atenção, mas não é visibilizado como uma pessoa para um atendimento integral.

Carneiro, Adjuto e Alves (2019), ressaltam que para a adoção da atenção primária como porta de entrada no serviço de saúde, é preciso mudar a visão de que o serviço serve unicamente para tratar doenças e sensibilizar a equipe de saúde e gestores sobre as características sociais, econômicas e culturais do homens que receberão, para que haja o acolhimento e a busca ativa dessa população.

Ressalta-se que a questão cultural do atendimento aos gêneros diferentes, onde a mulher desde a puberdade, busca sua inserção na rede de atenção para atendimento de saúde, e o homem só busca quando é inevitável, também influencia a visão dos profissionais

para o atendimento. Isso fica muito claro nas atividades comemorativas ou de campanhas, tanto quantitativamente como qualitativamente.

Essa diferença de na procura pelos serviços de saúde, são causadas, muitas vezes, por crenças sociais que reproduzem um ideal de masculinidade, vinculando aspectos como a virilidade e a invulnerabilidade, impedindo que os homens adotem práticas de autocuidado. Procurar os serviços de saúde numa perspectiva preventiva poderia, a partir dessa lógica, revelar a fraqueza, o medo e a insegurança dos homens, aproximando-os das representações do universo feminino (BOTTON; CÚNICO; STREY, 2017).

Na atenção secundária, vê-se o movimento de migração da instância pública para a privada na tentativa de diminuir o tempo de espera. Esta busca se justifica pela urgência, tanto dos sintomas, quanto da definição do diagnóstico. O movimento justifica-se pela oferta de uma resolutividade mais efetiva, uma vez que a chegada ao setor terciário – objetivo desse movimento – é mais rápida por parte dos participantes que ingressaram no sistema privado, seja no princípio, seja no final de seus percursos.

Quando se trata de paciente com câncer, o SISREG, tem papel crucial para que o paciente consiga permear o SUS sem atraso e erros, e ter acesso ao diagnóstico e posterior tratamento. Conforme estudo realizado por Machado, 100% da população já tinha cadastro no sistema de regulação de vagas, mas apenas 50% conseguiu chegar ao Centro de Assistência a Saúde do Homem sendo referenciado pelo Sistema (MACHADO, 2016).

Segundo um estudo realizado por Quevedo e Rossoni (2017), "os oito entrevistados com maior tempo de espera por microárea de saúde estavam aguardando a mais de quatro anos para atendimento na Atenção Secundária (...)". Esse estudo tinha por objetivo analisar as percepções sobre o direito à saúde dos usuários de uma Unidade Saúde da Família encaminhados para atendimento na Atenção Secundária e Terciária em Saúde, assim, evidenciou-se que a espera prolongada para o atendimento na atenção secundária aparece como uma lesão ao direito à saúde, já que os encaminhamentos eletivos precisam cumprir seu papel para a concretização desse direito (QUEVEDO; ROSSONI, 2017).

Além da constatação da vulnerabilidade humana, onde a doença se apropria do corpo, a possibilidade do diagnóstico de câncer vem associada à morte. De acordo com Fernandes, Carvalho e Ferreira (2019), muitos desafios acompanham o paciente a partir do diagnóstico, já que eles precisam lidar com decisões difíceis, tratamentos dolorosos e confrontos pessoais de ameaças à vida. O acometimento pelo câncer gera grandes alterações emocionais, além de sentimentos de angústia e desamparo, devido a crença de que o câncer é uma doença grave, misteriosa, muitas vezes incurável e que causa sofrimento. Essa crença esta diretamente relacionada ao medo da morte.

O ingresso na atenção terciária é o retorno ao SUS e, temporalmente, não demora muito. Diante dos altos custos na rede privada para a realização da cirurgia e impossibilidade de custeá-la como fazem com os exames, os homens precisam retornar à instância pública para finalizar o tratamento. Cunha (2017) ressalta, que o Sistema Único de Saúde para se

efetivar como uma política pública e universal de saúde, precisa atingir toda a população e não pode ser caracterizado apenas como uma política para a população que não pode pagar por serviços privados de saúde.

O retorno a instância pública se dá de várias maneiras, porém, com os exames já realizados, os homens são melhor direcionados, mas, ainda sim alguns necessitam de ajuda externa na indicação para conseguir uma vaga. Ou seja, ainda existem algumas redes de privilégios que merecem ser combatidas, porque gera injustiça entre os usuários. Esse cenário caracteriza a desigualdade presente na rede, compreendida por pessoas que possuem privilégios e conhecidos dentro do Sistema.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Brasil possui um Sistema Único de Saúde onde a integralidade é uma diretriz, ou seja, um pilar de sustentação no qual os ideais e até mesmo sua operacionalização se embasam e sem o qual sua implementação é comprometida de tal forma que perderia a identidade de todo esse Sistema. Portanto, para que o SUS ocorra de fato, é necessário que todas as suas diretrizes, sem exceção, e seus princípios sejam levados a cabo.

Para tanto, faz-se necessário o uso de políticas públicas de saúde que funcionem como ferramenta viabilizadora para que esse SUS consiga funcionar de acordo com o proposto. As políticas públicas funcionam como engrenagens que fazem uma máquina, o SUS, funcionar adequadamente e desempenhe a função que lhe foi designada, qual seja atender a toda população presente no território brasileiro de forma integral e resolutiva.

Com esse intuito, foram criadas políticas públicas e programas buscando contemplar cada parcela da população. Mulheres, homens, crianças, portadores de doenças crônicas, dentre outros. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) instituída em 2009 foi uma dessas ferramentas. Porém a não implantação e/ou implementação de uma dessas políticas leva à marginalização de determinada parcela da população no que diz respeito ao acesso ao SUS, uma vez que, sem tais políticas e/ou programas implantados e implementados, há um déficit no serviço destinado a atender determinada parcela da sociedade.

Dentro dessa lógica, a atenção básica e a Estratégia Saúde da Família surgem como principal porta de entrada para os usuários do SUS, onde os primeiros sinais, sintomas, ou alterações seriam detectados e, de lá, encaminhados ao serviço de especialidade mais adequado. Tal Estratégia criaria, então, um fluxo de atendimento de acordo com a complexidade de cada agravo dentro do SUS.

Ao descrever e analisar o itinerário terapêutico percorrido por usuários do serviço de saúde do homem no Rio de Janeiro com indicação para realização de prostatectomia radical percebe-se uma clara lacuna referente a uma demanda dessa parcela da sociedade. Uma das principais causas dessa lacuna deve-se a não implantação e implementação

da PNAISH, que determina a atenção básica como porta de entrada dessa parcela da população no SUS.

Quando o caminho que esses homens percorrem dentro do SUS é estudado percebem-se inúmeras dificuldades em encontrar o serviço adequado à demanda que carregam consigo. Desde falta de vagas até não ofertas de serviço. E, como buscam estratégias para que sua rede de atenção à saúde não contenha esses grandes buracos no atendimento, buscam, majoritariamente, o serviço particular, fator dificultador para o tratamento, devido aos altos custos, porém onde há oferta de serviço.

Como há uma migração, evidencia-se a não existência de uma comunicação formal entre a instituição pública onde os homens identificam o problema; as instituições privadas onde realizam boa parte de seus exames; e a instituição pública onde retornam ao SUS devido à impossibilidade de custear uma cirurgia, fase final do percurso, da mesma forma que se fez com os exames. Com isso, os homens constroem sua própria rede de atenção à saúde transitando entre as esferas pública e privada objetivando sempre a maior efetividade dessa rede, o que, no caso estudado, implica em maior rapidez na marcação de consultas, realização de exames, marcação da cirurgia de prostatectomia radical e, conseqüentemente, na melhor resolutividade de seu problema motivada pela urgência frente ao diagnóstico de câncer.

Surge, então, outro percalço. Como trata-se de uma rede de atenção à saúde “não formal” e possui fragilidades em sua integralidade no que diz respeito à comunicação entre as instituições, os próprios homens são responsáveis por obter tal integralidade. São eles os responsáveis por realizar a comunicação entre as esferas pública e privada sem que se perca o progresso realizado. É quando entram em cena fatores relativos ao gênero masculino.

A maneira em que se dá a construção social contraposta dos gêneros masculino e feminino acarreta em sutilezas que atuam de maneira determinante na temporalidade do percurso dos homens. Essa maneira de construção onde o feminino é mais atrelado à ideia do cuidar, da suavidade e da fragilidade, contrapondo-se ao masculino que é associado às ideias de provedor, virilidade e força, leva a uma dependência dos homens em relação à própria saúde de forma que encontram dificuldades em exercer o papel de sujeitos de seu próprio processo saúde-doença, buscando em sua rede de apoio auxílio para tal.

Dentro dessa realidade, a enfermagem se coloca em lugar de destaque, uma vez que, na atenção básica, é a classe com amplo contato com essa população e suas demandas particulares. Juntamente com os agentes comunitários de saúde e técnicos de enfermagem, os enfermeiros da atenção básica devem estar atentos também a essa população que, como já apontado, apresenta grande dificuldade em colocar-se como sujeito do próprio processo saúde-doença. Portanto, com a proximidade que o cargo proporciona, é a enfermagem a classe com maior poder de identificação das demandas masculinas, bem como enorme facilitador para sua inclusão e posterior caminhada dentro do SUS até

a resolução do problema.

Enfim, após analisar o itinerário terapêutico dos participantes e considerando limitações inerentes à pesquisa, como amostra e estudos anteriores diminuídos, outros estudos da natureza se mostram necessários visando uma discussão mais ampla e completa sobre o tema. A escassez de trabalhos abordando objetivamente o caminho e a temporalidade que a população masculina percorre no SUS nos mostra o tamanho do desafio e como, ainda, é preciso caminhar para que tenhamos um SUS, de fato, universal, integral e equitativo.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa (Po): Edições 70; 2011.

BRASIL. INCA. **Tipos de Câncer: Próstata**. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/prostata>>. Acesso em: 26 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **LEI Nº 12.732 DE 22 DE NOVEMBRO DE 2012**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm>. Acesso em 06 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA: OS HOMENS COMO SUJEITOS DE CUIDADO**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_reprodutiva_homens_cuidado.pdf. Acesso em: 26 nov 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde. **Rumo a um Modelo Conceitual para Análise e Ação sobre os Determinantes Sociais de Saúde: Ensaio para apreciação da Comissão de Determinantes Sociais de Saúde RASCUNHO**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://www.determinantes.fiocruz.br/pdf/texto/T4-2_CSDH_ConceptualFramework-traducaoAPF.pdf>. Acesso em: 26 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **PORTARIA Nº 1.944, DE 27 DE AGOSTO DE 2009**. Brasília, 2009. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html>. Acesso em: 04 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/images/stories/sausedetodosnos/arquivos/politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília. 2006. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf> Acesso em: 05 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instituto Nacional do Câncer**. Estimativa 2020. Brasília. 2020. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/estimativa/sintese-de-resultados-e-comentarios>> Acesso em: 22 maio 2020.

BOTTON,A; CÚNICO,S. D; STREY,M.N. Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde:: problematizações necessárias. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, Rio Grande do Sul, v. 25, n. 1, p. 67-72, jul./2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Sabrina_Cunico/publication/317721495_Diferencas_de_genero_no_acesso_aos_servicos_de_saude_problematizacoes_necessarias/links/594a876caca2723195de74e8/Diferencas-de-genero-no-acesso-aos-servicos-de-saude-problematizacoes-necessarias.pdf. Acesso em: 30 set. 2020.

CARNEIRO, V. S. M; ADJUTO, R. N. P; ALVES, K. A. P. Saúde do Homem: identificação e análise dos fatores relacionados à procura, ou não, dos serviços de atenção primária. **Arq. Cienc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 23, n. 1, p, 35-40, jan./abr. 2019. Disponível em: <file:///C:/Users/Prof%20Vicente/Downloads/6521-23657-1-PB.pdf>. Acesso em: 30 set. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Diário Oficial da União. Brasília. 2012. Disponível em:<<<http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>>. Acesso em 26 mar. 2016.

CUNHA, JRA. O direito à saúde no Brasil: da redemocratização constitucional ao neoliberalismo de exceção dos tempos atuais. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*. v.6, n.3, p: 65-89. 2017.

FERNANDES, M. J. M; CARVALHO, G. B; FERREIRA, C. B. REPERCUSSÕES DO DIAGNÓSTICO DE CÂNCER PARA HOMENS E MULHERES:: UM ESTUDO COMPARATIVO. **Revista da SPAGESP**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 68-83, 2019. Disponível em: <file:///C:/Users/Prof%20Vicente/Downloads/Dialnet-RepercussoesDoDiagnosticoDeCancerParaHomensEMulher-7213755.pdf>. Acesso em: 30 set. 2020.

GERHARDT, T. E.; PINHEIRO, R.; RUIZ, E. N. F.; JUNIOR, A. G. S. (Org.). **Itinerários Terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2016.

Gleriano JS, et al. Atenção Integral na percepção dos profissionais da Saúde da Família. *Revenferm UFPE online*. 2019.

INCA. **Deteção precoce**. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/controlado-cancer-do-colo-do-utero/acoes-de-controlado-deteccao-precoce>. Acesso em: 26 nov. 2020.

LIMA, B.; MARTINS, E. R. C.; RAMOS, R. C. A.; COSTA, C. M. A.; CLOS, A. C.; FERREIRA, J. I. C. **Os meios alternativos de comunicação como ferramenta para a prevenção do câncer de próstata**. *Revenferm UERJ [Online]*, Rio de Janeiro, set/out 2014 ; p.656-662. Disponível em:<<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/15517>>. Acesso em: 26maio 2016.

LUZ, G. S; SILVA, M. R. S. da; DEMONTIGNY, F. Doenças raras: itinerário diagnóstico e terapêutico das famílias de pessoas afetadas. *Acta paul. enferm.* [online]. 2015, vol.28, n.5, pp.395-400. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n5/1982-0194-ape-28-05-0395.pdf>> Acesso em: 04 abr. 2016.

MACHADO, C. P. **ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE PACIENTES ENCAMINHADOS A UM CENTRO ESPECIALIZADO EM SAÚDE DO HOMEM: REFLEXÃO DE GÊNERO EM BIOÉTICA [DISSERTAÇÃO DE MESTRADO]**. Rio de Janeiro, RJ: ISC-UFF; 2016.

MARTINS, A. M.; MODENA, C. M.; ESTEREÓTIPOS DE GÊNERO NA ASSISTÊNCIA AO HOMEM COM CÂNCER: DESAFIOS PARA A INTEGRALIDADE. *Trab. educ. saúde* [online]. 2016, vol.14, n.2, pp.399-420. Epub. 01 abr 2016. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/tes/v14n2/1678-1007-tes-1981-7746-sip00110.pdf>>. Acesso em: 05 maio 2016.

Martins, E. R. C. et al. Vulnerabilidade de homens jovens e suas necessidades de saúde. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v 24, n 1, maio/2020. Disponível em:< https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452020000100221&tlng=pt> Acesso em: 22 set 2020.

MARTINS, E. R. C. *et al.* Saúde do homem jovem e as práticas educativas na perspectiva da promoção a saúde. **Research, Society and Development**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 9, p. 1-1, set./2020. Disponível em: <file:///C:/Users/Prof%20Vicente/Downloads/7351-Article-108150-1-10-20200822.pdf>. Acesso em: 22 set. 2020.

Nogueira IS, et al. Atuação do Enfermeiro na Atenção Primária à Saúde na Temática do Câncer: Do Real ao Ideal. *RevFundCare Online*. v. 11, n. 3, 2019.

OLIVEIRA, B. R. G; VIEIRA, C. S; COLLET; LIMA, R. A. G. **Acesso de primeiro contato na atenção primária em saúde para crianças.***Rev Rene*, Ceará, v. 2, n. 13, p.232-242, fev. 2012. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/217/pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2016.

QUEVEDO, ALA; ROSSONI, E. Direito à saúde na perspectiva de usuários encaminhados para a atenção secundária e terciária em saúde. I Webcongresso Internacional de Direito Sanitário. Brasília. out/2017. Disponível em:< <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/180972/001073972.pdf?sequence=1>> Acesso em: 22 set. 2020.

YOSHIARA, AY. **Concepções e Evidências: Análise Lógica do Acesso no Plano de Ação 2009-2011 da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem no Brasil** [dissertação de mestrado]. Salvador, Bahia: ISC-UFBA; 2013. Disponível em:< <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/16244/1/DISS%20MP%20ALBERTO%20YOSHIARA%202013.pdf>>. Acesso em: 05 maio 2016.

CAPÍTULO 16

ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA EQUIPE PEDIÁTRICA DE CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS

Data de aceite: 22/01/2021

Talita Jordânia Rocha do Rêgo

Escola de Saúde Pública-CE / Hospital Infantil
Albert Sabin
Fortaleza-CE
<http://lattes.cnpq.br/8900551432524451>

Aline Lima Silva

Escola de Saúde Pública-CE / Hospital Infantil
Albert Sabin
Fortaleza-CE
<http://lattes.cnpq.br/7229083646657915>

Lília Viana Mesquita

Escola de Saúde Pública-CE / Hospital Infantil
Albert Sabin
Fortaleza-CE
<http://lattes.cnpq.br/1531525823375477>

Ana Catarina de Miranda Mota

Escola de Saúde Pública-CE / Hospital Infantil
Albert Sabin
Fortaleza-CE
<http://lattes.cnpq.br/2391604920566115>

RESUMO: Introdução: Os cuidados paliativos (CP) surgiram como uma modalidade terapêutica, que tem por filosofia melhorar a qualidade de vida dos pacientes e famílias no enfrentamento de doenças que ameaçam a vida. A proposta trata-se de uma abordagem que envolve a equipe multidisciplinar adequadamente treinada. O cirurgião-dentista, nesse contexto, deve se conceber como um profissional da saúde e não apenas como técnico em aspectos bucais.

Objetivos: relatar a experiência vivida pela residente de odontologia na equipe interdisciplinar de cuidados paliativos de um hospital pediátrico. Descrever a dinâmica da equipe interdisciplinar, discutir a inserção do cirurgião-dentista nesta e propor ações de atendimento odontológico.

Metodologia: trata-se de um estudo descritivo, sendo utilizadas informações registradas pela residente em diário de campo, fichas de visita e atendimento interprofissional. **Resultados:** a residente frequentou semanalmente as reuniões com a equipe de CP. Os casos eram repassados e discutidos entre todos, momento em que cada integrante expunha a sua conduta. Após as reuniões, a cirurgiã-dentista se encaminhava para a visita aos pacientes. Durante a visita, eram identificadas as demandas e, posteriormente, era realizado o tratamento em consonância com as necessidades odontológicas e condições clínicas do paciente. **Conclusão:** percebeu-se a sensibilização da equipe de CP com as atividades desenvolvidas pela odontologia. O principal entrave detectado foi conseguir orientação em relação ao trabalho, visto que o serviço não dispõe de profissionais que acolham essa demanda. Concluiu-se a real necessidade do cirurgião-dentista na equipe de CP, abrindo-se assim um campo de estudo, pesquisa e atuação para a odontologia.

PALAVRAS - CHAVE: Cuidados paliativos; Equipe de assistência ao paciente; Odontologia.

PERFORMANCE OF THE DENTIST IN THE PEDIATRIC TEAM ON PALLIATIVE ONCOLOGICAL CARE

ABSTRACT: Introduction : Palliative care (CP) emerged as a therapeutic modality that has the philosophy to improve the quality of life of patients and families in coping with diseases that threaten life. The proposal it is an approach that involves appropriately trained multidisciplinary team. The dentist , in this context , should be conceived as a health professional and not just as a technician in oral aspects . **Objectives:** an experience report by dental resident multidisciplinary palliative care team at a pediatric hospital . Describe the dynamics of the multidisciplinary team , discuss the inclusion of dentists in this and offer dental care actions. **Methodology :** This is a descriptive study , which used information recorded by the resident in a field diary , business records and multidisciplinary care . **Results:** the resident attended weekly meetings with the CP team. The cases were passed on and discussed by all , at which each member exposed his conduct . After the meetings , the dental surgeon was heading to visit patients . During the visit, the demands were identified and subsequently was performed the treatment in accordance with the dental needs and clinical condition of the patient. **Conclusion:** realized the awareness of the CP team with the activities of the dentistry. The main obstacle was detected achieve orientation to the work, since the service does not have professionals who host this demand. It was concluded the real need of the dentist in the CP team, thus opening up a field of study, research and action for dentistry .

KEYWORDS : Palliative care; Patient care team ; Dentistry.

1 | INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos surgiram como uma modalidade terapêutica, que tem por filosofia melhorar a qualidade de vida dos pacientes e famílias no enfrentamento de doenças que ameaçam a vida, por meio da prevenção e alívio dos sofrimentos físicos, psicossociais e espirituais (OMS, 2002).

Constituem uma modalidade emergente da assistência no fim da vida, construídos dentro de um modelo de cuidados totais, ativos e integrais, oferecidos ao paciente com doença crônica, avançada e sem resposta ao tratamento curativo, e à sua família, legitimados pelo direito do paciente de morrer com dignidade (SILVA, HORTALE, 2006).

Em cuidados paliativos, não se fala mais em terminalidade, mas em doença que ameaça a vida, indica-se o cuidado desde o diagnóstico, expandindo o campo de atuação. Não se fala também em impossibilidade de cura, porém na possibilidade ou não de tratamento modificador da doença, afastando, desta forma, a ideia errônea de “não ter mais nada a fazer” (ANCP, 2012).

É importante ressaltar que o princípio para um atendimento de qualidade consiste na capacidade de cada profissional reconhecer o limite de sua atuação em cuidados paliativos e agir voltando para a integralidade do sujeito sob seus cuidados. Este item é especialmente destacado em relação a controle de dor e de outros sintomas, além do apoio às questões emocionais, sociais e espirituais, abrangendo, portanto, às múltiplas

dimensões do paciente. Nesse contexto, é demandado dos profissionais da saúde o estabelecimento de uma relação autêntica e livre de medos e preconceitos, para que os pacientes possam ser atendidos de forma íntegra e comprometida.

A proposta trata-se de uma abordagem terapêutica que envolve a equipe interdisciplinar adequadamente treinada. Contudo, há uma escassez de publicações que avaliem o Paliativismo sob a ótica dos diferentes profissionais de saúde que assistem ao enfermo grave em fase final da vida. Grande parte dos estudos está direcionada à divulgação da filosofia do Cuidado Paliativo (CP) ou se restringem a trabalhos envolvendo uma categoria profissional específica, se distanciando, por conseguinte, da proposta da integralidade no cuidado a esse perfil de paciente. (CHAVES, MENDONÇA, PESSINI e col., 2011. SILVA, 2013).

A Política Nacional de Saúde Bucal apresenta diretrizes que apontam para uma reorganização da saúde bucal em todos os níveis de atenção, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco — pela incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações Inter setoriais (BRASIL, 2004).

O cirurgião-dentista, no contexto dos cuidados paliativos, deve inicialmente se conceber como um profissional da saúde – e não apenas como técnico em aspectos “bucais”, ampliando o escopo de atuação da profissão e a compreensão da categoria acerca dos pacientes. Deve ainda estar pessoalmente apto para frequentar ambientes domiciliares e, acima de tudo, preparado para “Com-Viver” com a proximidade do sofrimento, da dor e da morte (JORGE, 2008).

O CP é tradicionalmente objeto de ação na área oncológica, embora possa ser utilizado em qualquer situação de terminalidade. Isso se deve ao fato de que 70% dos pacientes diagnosticados com câncer no mundo irão morrer em decorrência da doença que, normalmente, é acompanhada de sofrimentos (OMS, 2004).

A higiene bucal deficiente desempenha um importante fator para o aparecimento de lesões que podem trazer danos maiores à saúde do paciente oncológico. Além disso, é importante salientar que, nos casos em que há infecções, pode haver comprometimento no tratamento médico, influenciando diretamente o prognóstico do paciente (ORTEGA; CIAMPONI, 2010). Levy-Polack, Sebelli e Polack (1998) apontaram que, se houver protocolo de atendimento odontológico antes e durante a terapêutica empregada, é possível reduzir os riscos de complicações bucais e a severidade da mucosite. Portanto, os profissionais de saúde bucal devem estar aptos a fornecer protocolo odontológico adequado, evitando consequências do tratamento antineoplásico (BARBOSA; RIBEIRO; CALDO-TEIXEIRA, 2010).

A existência de enfermidades orais, como raízes dentárias infectadas ou doença

periodontal, deve ser detectada, uma vez que contribui para agravar o estado de saúde. Para minimizar as complicações orais, a prioridade é a higiene oral básica, de modo a manter a saúde oral, reduzir a irritação e o dano tecidual e promover mais conforto (EPSTEIN et al., 1999). Além disso, deve ser avaliada a capacidade que o paciente possui de se cuidar, a fim de se desenvolverem alternativas para melhorar a escovação dos dentes, incluindo indicações específicas de escova dental, pastas e colutórios, que deveriam ser fornecidas ao paciente e ao seu cuidador (PAUNOVICH et al., 2000).

Nesse cenário, a participação do cirurgião-dentista contribui para o diagnóstico e os tratamentos em sua área e para a realização de cuidados orais em pacientes em CP, beneficiando esses doentes. Orientar pacientes e cuidadores e discutir esses aspectos com a equipe multiprofissional ajudam sua integração nesse importante segmento da área da saúde (SIQUEIRA et al., 2009).

Com uma proposta de atuação interprofissional em saúde, foi criada, em 2013, a Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará (RIS-ESP/CE). Na ênfase de pediatria, com atuação no Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS), o Centro pediátrico do Câncer (CPC) é um cenário de atuação da residência. A inserção da residente na equipe de cuidados paliativos se deu devido ao seguimento dessa proposta de interprofissionalidade.

Na realidade do Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS), existe a equipe de Cuidados Paliativos no Centro Pediátrico do Câncer, sendo restrita da oncologia. Esta equipe é formada por: assistente social, enfermeiro, fisioterapeuta, médico, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional, além da coordenadora de projetos sociais. É realizada reunião semanal da equipe, em que são repassados e discutidos os casos, traçando um projeto terapêutico para cada paciente.

O interesse pela divulgação dessa experiência advém da inserção do cirurgião-dentista na equipe de CP por meio da RIS, destacando-se a singularidade e raridade de tal prática nos serviços hospitalares.

Dessa forma, o objetivo geral do trabalho é relatar a experiência e as atividades vividas pela residente de odontologia na equipe interdisciplinar de cuidados paliativos do Hospital Infantil Albert Sabin, além de descrever a dinâmica da equipe interdisciplinar, discutir a inserção do cirurgião-dentista nesta e propor ações de atendimento odontológico para os pacientes assistidos pela equipe.

2 | METODOLOGIA

O presente relato de experiência trata-se de um estudo descritivo, que busca relatar a prática da primeira residente de odontologia, atuando na equipe de cuidados paliativos em um hospital pediátrico em Fortaleza/CE. Segundo Gil (2002), as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou

fenômeno, podendo também estabelecer relações entre variáveis.

O local do relato foi o Centro Pediátrico do Câncer (CPC) do Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS), um hospital terciário estadual de referência para o tratamento de doenças e agravos em crianças e adolescentes do Ceará. O CPC é uma unidade que funciona como anexo do HIAS. O centro tem capacidade de atendimento oncológico integral, oferecendo 71 leitos, entre eles, Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), salas de quimioterapia, enfermaria, consultórios médicos, brinquedoteca, projeto ABC + Saúde e atendimento psicológico.

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do HIAS, a pesquisa foi realizada de forma que não se utilizaram dados e informações de pacientes e acompanhantes que passaram pela ambiência do CPC, sendo utilizadas informações registradas pela residente em diário de campo, fichas de visita e atendimento multiprofissional. Roese (2006) compreende o diário de campo como ferramenta de coleta e, ao mesmo tempo, de análise, o que contribui para o processo de investigação, nos estudos qualitativos. Desta forma, o diário de campo foi utilizado para que a residente registrasse as reuniões de CP, quais pacientes estavam internados e os encaminhamentos dos outros profissionais, servindo de roteiro para a descrição da experiência. Nas fichas de visita e de atendimento interprofissional, eram cadastrados os dados pessoais dos pacientes, informações sobre o diagnóstico, queixas do paciente/acompanhante e plano de tratamento odontológico.

Acredita-se que o relato dessa experiência será capaz de proporcionar visibilidade ao trabalho interprofissional no serviço de cuidados paliativos, assim como possibilitar a atuação na promoção da saúde bucal e demonstrar que é possível oferecer um atendimento integral ao paciente com câncer.

Os dados foram analisados com base na literatura disponível mediante busca de materiais científicos em bases de dados *on line*, bibliotecas virtuais e no site do Ministério da Saúde.

3 | RESULTADOS E ANÁLISE

No processo de pesquisa, constatou-se que a literatura especializada carece de produções específicas sobre a administração de cuidados paliativos e ações próprias no atendimento ao paciente oncológico pediátrico, sobretudo no atendimento odontológico.

Com base nos preceitos de cuidados paliativos, que recomenda a assistência integral ao paciente sob os cuidados de equipe interprofissional, foi percebida na equipe de cuidados paliativos que atua no HIAS a ausência do cirurgião-dentista. Como parte do percurso percorrido durante a residência, a residente de odontologia foi integrada a equipe para assistir aos pacientes que estavam sob os cuidados desta.

No período entre agosto de 2015 e março de 2016, a residente frequentou semanalmente as reuniões com a equipe de CP. Durante as reuniões, os casos eram

repassados e discutidos entre todos, oportunidade em que cada integrante expunha a sua conduta diante do caso. Além das condutas técnicas de cada categoria, os profissionais, com o auxílio da coordenadora de projetos sociais, viabilizavam o projeto “Realizando Sonhos”, no qual a demanda de sonhos do paciente era identificada pelos profissionais durante os atendimentos, compartilhada com a equipe e, na medida do possível, realizada. As demandas variaram desde brinquedos, passeios e encontros com parentes não vistos há muito tempo. Segundo Mendes (2009), a preocupação da equipe em fazer a criança sentir-se acompanhada durante este período existencial tão solitário, e, muitas vezes temido, facilita a comunicação tanto do paciente consigo mesmo quanto com sua família e equipe médica, proporcionando que ele demonstre seus desejos. Que nos casos vivenciados foram desejos peculiares do ser criança.

A equipe acompanhava 37 (trinta e sete) pacientes, distribuídos entre ambulatório, enfermaria e UTI. Como a residente de odontologia era responsável pelo atendimento de todos os pacientes oncológicos do serviço, optou-se, devido à escassez de tempo, por prestar assistência odontológica sistemática apenas aos pacientes em CP que estivessem internados (enfermaria ou UTI).

Nos três primeiros meses, foi permitida a residente apenas participar das reuniões, não podendo realizar atendimento, considerando que ainda não estava em seu cenário de atuação, visto que sua equipe interprofissional estava atuando em outro setor do hospital. Nos meses seguintes, após as reuniões, com conhecimento sobre os casos, a cirurgiã-dentista se encaminhava para a visita aos pacientes. Durante a primeira visita, eram identificadas as demandas e, posteriormente, era realizado o tratamento em consonância com as necessidades odontológicas e condições clínicas do paciente. A avaliação consistia em exame minucioso das estruturas orais, muitas vezes realizado de forma lúdica para que fosse feito de maneira completa, e questionamento sobre as queixas do paciente. Vale ressaltar que o atendimento oferecido visava à melhora da saúde sistêmica da criança, porquanto a saúde bucal, como estado de harmonia, normalidade ou higidez da boca, possui apenas significado quando acompanhada, em grau razoável, de saúde geral do indivíduo (Godoi, 2009).

Ao total, 15 (quinze) crianças e/ou adolescentes receberam atendimento odontológico, sendo que, deste universo, 05 (cinco) apresentavam diagnóstico de osteossarcoma, 04 (quatro) de tumor do sistema nervoso central e 02 (dois) de Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA), a patologia mais prevalente no serviço. Os dados corroboram com a literatura que destaca que as neoplasias mais frequentes na infância são as leucemias, tumores do sistema nervoso central e linfomas. Também acometem crianças o neuroblastoma (tumor do sistema nervoso periférico, frequentemente de localização abdominal), tumor de Wilms (tumor renal), retinoblastoma (tumor da retina do olho), tumor germinativo (tumor das células que vão da origem às gônadas), osteossarcoma (tumor ósseo), sarcomas (tumores de partes moles) (INCA, 2008). As demandas odontológicas foram: educação em saúde

para criança e/ou acompanhante, higiene oral, adequação bucal, raspagens periodontais, exodontias e laserterapia.

Em relação aos procedimentos odontológicos, correspondente à mencionada amostra, 13 (treze) pacientes/acompanhantes receberam orientação de higiene oral. Em dois casos a orientação não foi possível, tendo em vista que as crianças estavam na UTI e as acompanhantes não estavam presentes no momento da visita odontológica. Em 08 (oito) pacientes, foi realizada sistematicamente a higiene oral com gel de clorexidina a 0,12% e gaze. Deve-se destacar a importância do treinamento dos responsáveis e suas respectivas crianças nos procedimentos de higiene bucal, uma vez que o acúmulo de placa bacteriana aumenta a severidade das infecções das mucosas, além de predispor a inflamação gengival, podendo gerar sangramentos espontâneos em função de uma possível plaquetopenia. (KROETZ MF, CZLUSNIAK GD, 2003). Em razão dos efeitos da quimioterapia, 06 (seis) apresentaram mucosite oral (MO) e necessitaram realizar sessões de laserterapia. A MO é definida como um processo inflamatório que ocorre na mucosa oral provocado pelo tratamento antineoplásico, que inclui a quimioterapia e /ou terapia de radiação, ocorrendo em aproximadamente 20% a 40% dos pacientes submetidos à quimioterapia convencional (LALLA et al, 2014). Durante a experiência, pode-se observar que os pacientes também apresentaram mucosite quando submetidos à quimioterapia paliativa. Após as sessões de laserterapia, os pacientes relatavam melhora da sintomatologia dolorosa e melhor aceitação da dieta. O uso terapêutico do laser de baixa potência tem sido eficaz na tentativa de reduzir a incidência de MO e os fatores associados à dor em pacientes que receberam altas doses de radioterapia e/ou quimioterapia. (LALLA et al, 2014) Apesar da diferença de protocolos, observou-se que houve redução da incidência e severidade da MO em todos os estudos clínicos que utilizaram a terapia com laser de baixa potência preventivamente em adultos. No único estudo realizado em crianças, não foi observada diferença entre os grupos, porém foi o grupo de pacientes mais heterogêneo em relação ao protocolo de quimioterapia. (RAMPINI, et al.2009).

Dois pacientes apresentaram necessidade de raspagem supra-gengival por apresentarem cálculo dental e com queixa dos “dentes amarelados”. Duas exodontias foram realizadas, visto que os dentes tinham sinais e sintomas de infecção e estavam atrasando as sessões de quimioterapias. Situação compartilhada por Albuquerque et al. (2007), que concluiu que o tratamento antineoplásico associado às complicações bucais pode produzir desconforto e dor severa no local, nutrição deficiente, atrasos na administração ou limitações de dosagens nos tratamentos antineoplásicos, aumento no tempo de hospitalização e dos custos e, em alguns pacientes, septicemia com ameaça de vida. A adequação do meio bucal, eliminando fontes de traumas, tais como aparelhos ortodônticos, é medida importante para evitar infecções da mucosa bucal. Em acordo com a recomendação da literatura, foi realizada a adequação do meio bucal com a remoção de um aparelho ortodôntico e duas restaurações de dentes com cárie.

O enfrentamento da cirurgiã-dentista diante de uma temática tão distante de sua formação profissional causou por vezes apreensão. Os membros das equipes do hospital sentem-se ansiosos diante de uma criança com doença terminal e tendem a lidar com isso por meio de um distanciamento do paciente, criando um ambiente de conspiração de silêncio, na qual não se fala com o paciente sobre o assunto e o destitui da capacidade de ser autônomo no seu processo de tratamento (GONÇALVES, 2001). O cuidado paliativo administrado a um paciente oncológico infantil tende a provocar maior dispêndio de energia, independentemente da tipologia do câncer, ocasionando sofrimento emocional nos profissionais (FARBER, 2013). Esses fatos foram observados pela residente, ocorrendo muitas vezes com os profissionais que não integravam a equipe de CP, os quais mantinham uma postura distanciada em relação aos pacientes em morte iminente.

A equipe interdisciplinar de CP foi receptiva a entrada da profissional, porém, a princípio, não identificou demandas para a categoria. A residente apresentou, por meio de uma palestra, a atuação profissional da categoria, mostrando em que situações poderiam atuar, esclarecendo dúvidas da equipe pertinentes ao tratamento odontológico e aos colutórios/medicamentos utilizados. A cirurgiã-dentista foi recebida com entusiasmo pelos acompanhantes que identificaram nesse trabalho a ampliação da atenção para com o seu familiar. Durante o atendimento, a residente também procurava dar um suporte aos acompanhantes e compartilhar o cuidado da criança/adolescente com eles.

Inerente à vivência em cuidados paliativos, a residente presenciou momentos de óbitos, que por muitas vezes gerou mobilização dos familiares, pais e equipe. Com a proximidade da morte, os pais podem sentir remorso e um profundo sentimento de amor pela criança. Neste momento, a negação raramente persiste e, após o falecimento, a culpa e o alívio permanecem entrelaçados. Quanto mais se permite aos pais participarem ativamente dos cuidados para com a criança, menos culpados se sentirão. (GONÇALVES, 2001)

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a experiência, foi observada a sensibilização da equipe de cuidados paliativos com as atividades desenvolvidas pela odontologia, uma vez que a residente era solicitada para avaliação dos pacientes pelos médicos, psicólogos etc. Essa notoriedade do serviço também pode ser percebida na própria equipe de odontologia, que antes do trabalho desenvolvido não observava esses pacientes como um público que necessitava de cuidados odontológicos. Foi possível propor um protocolo de atendimento e estabelecer um fluxograma de acompanhamento odontológico para os pacientes em CP durante o seu tratamento oncológico.

O principal entrave detectado foi a dificuldade em conseguir orientação em relação ao trabalho que estava sendo desenvolvido, visto que o serviço não dispõe de profissionais

que acolham essa demanda, revelando, assim, outra fragilidade: a descontinuidade do acompanhamento após a saída da residente da unidade.

Durante a atuação, a estabilidade emocional para o enfrentamento diante do sofrimento e da morte se fez necessária e foi vivenciada como um grande desafio para a residente, haja vista que a formação acadêmica odontológica não se aproxima dessas questões, não preparando o profissional para tal. Tais sentimentos geraram muitas inquietações na pesquisadora, que necessitou refazer-se em sua prática, tornando-se mais sensível a essas questões. Diante disso, conclui-se que a empatia é fundamental para que o cuidado aconteça, demandando muito mais que conhecimento técnico do fazer odontológico e abrindo-se para o contato com o outro.

Conclui-se que há a necessidade do cirurgião-dentista na equipe de CP para tratar doenças como cárie, doença periodontal e infecções oportunistas que muitas vezes são negligenciadas devido ao tratamento do câncer em si. Abrindo-se assim um campo de estudo, pesquisa e atuação para a odontologia.

Espera-se que, com a divulgação desse trabalho, os pacientes em CP possam ser notados e cuidados realmente de forma integral, garantindo uma melhor qualidade de vida e de morte.

REFERÊNCIAS

Organização Mundial de Saúde [pagina da internet]. **Definition of palliative care. Genebra (CH): OMS 2002.** Disponível em: www.who.int/cancer/palliative/definition

Albuquerque RA, Morais VLL, Sobral APV. **Odontologic protocol of attendance the pediatric oncology patients: review of literature.** Rev Odontol UNESP. 2007; 36(3):275-280.

Barbosa AM, Ribeiro DM, Caldo-Teixeira AS. **Conhecimentos e práticas em saúde bucal com crianças hospitalizadas com câncer.** Ciência e Saúde Coletiva, v. 15, n. 1, p. 1113-1122, 2010.

BRASIL Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal.** Brasília 2004.

Chaves, Mendonça, Pessini e col. **Cuidados paliativos na prática médica: contexto bioética.** Rev Dor. São Paulo, 2011 jul-set;12(3):250-5.

Epstein JB. et al. **Quality of life and oral function following radiotherapy for head and neck cancer.** Head Neck, v. 21, p. 1-11, 1999.

Färber SS. **Tanatologia clínica e cuidados paliativos: facilitadores do luto oncológico pediátrico.** Cad. Saúde Colet., 2013, Rio de Janeiro, 21 (3): 267-71.

Gil AC. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. 175 p. Disponível em: <https://professores.faccat.br/moodle/pluginfile.php/13410/mod_resource/content/1/como_elaborar_projeto_de_pesquisa_-_antonio_carlos_gil.pdf>. Acesso em: 02 set. 2015.

Godoi APT, Francesco AR, Duarte A, Kemp APT, Silva-Lovato CH. **Hospital odontology in Brazil. A general vision.** Rev Odontol UNESP. 2009; 38(2): 105-9.

Gonçalves MO. **Morte e castração: um estudo psicanalítico sobre a doença terminal infantil.** *Psicol. cienc. prof.* [online]. 2001, vol.21, n.1 [cited 2016-03-21], pp.30-41.

Instituto Nacional de Câncer (INCA), **Rede de Atenção Oncológica** [homepage na Internet]. Rio de Janeiro (Brasil): Instituto Nacional de Câncer; c1996-2008. Disponível em: <http://www.redecancer.org.br/>.

Jorge MD, Ramos DLP, Jorge WA. **Cuidado Paliativo / Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira.** São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008.

Kroetz MF, Czlusniak GD. **Alterações bucais e condutas terapêuticas em pacientes infanto-juvenis submetidos a tratamentos anti neoplásicos.** Publ UEPG Biol Health Sci. 2003;9(2):41-8.

Lalla et al. **MASCC=ISOO Clinical Practice Guidelines for the Management of Mucositis Secondary to Cancer Therapy Mucositis Guidelines.** Cancer May 15, 2014.

Levy-Polack MP, Sebelli P, Polack NL. **Incidence of oral complications and application of a preventive protocol in children with acute leukemia.** Special Care Dentistry, v. 18, n. 5, p. 189-93, 1998.

Manual de Cuidados Paliativos ANCP (Academia Nacional de Cuidados Paliativos), 2012.

Mendes JA, Lustosa MA, Andrade MCM. **Paciente terminal, família e equipe de saúde.** Rev. SBPH [Internet]. 2009 12(1):151-173. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582009000100011&lng=pt.

Organização Mundial de Saúde, Organização Panamericana de Saúde. **Cuidados paliativos: guias para el manejo clínico. Genebra (CH): OMS; 2004.**

Ortega AOL, Ciamponi AL. **A criança com necessidades especiais.** In: Guedes-pinto AC, Bônecker M, Rodrigues CRMD. Fundamentos de odontologia: odontopediatria. São Paulo, SP: Santos, 2010. p. 415-36.

Paunovich ED. et al. **The role of dentistry in palliative care of the head and neck cancer patient.** Tex Dent J, v. 117, n. 6, p. 36-45, 2000.

Rampini MP, Ferreira SEM, Ferreira CG, Antunes HS. **Utilização da terapia com laser de baixa potência para prevenção de mucosite oral: Revisão de literatura.** Revista Brasileira de Cancerologia, 2009;55(1): 59-68.

Roese A.; Gerhardt TE, Souza AC, Lopes MJM. **Diário de campo: construção e utilização em pesquisas científicas.** Online Brazilian Journal of Nursing, v. 5, n. 3 (2006).

Silva CF *et al.* **Concepções da equipe multiprofissional sobre a implementação dos cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva.** Ciência & Saúde Coletiva 2013, 18(9):2597-2604.

Silva RCF, Hortale VA. **Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área.** Cad Saúde Pública 2006; 22(10):2055-2066.

Siqueira JTT. et al. **Dor orofacial e cuidados paliativos orais em doentes com câncer.** Prática Hospitalar, v. 62, p. 127-33, 2009.

CAPÍTULO 17

CONTRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO NOS CUIDADOS PALIATIVOS AO PACIENTE COM FERIDA NEOPLÁSICA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 22/01/2021

Data de submissão: 04/12/2020

Maria Madalena Cardoso da Frota

Graduanda em Enfermagem - Universidade Estadual Do Piauí
Parnaíba - Piauí
<http://lattes.cnpq.br/7617580884480868>

Samir da Rocha Fernandes Torres

Graduanda em Enfermagem - Universidade Estadual Do Piauí
Parnaíba - Piauí
<http://lattes.cnpq.br/215693420307142>

Maria Clara Duarte Feitosa

Graduanda em Enfermagem - Universidade Estadual do Piauí
Parnaíba – Piauí
<http://lattes.cnpq.br/1447506635386488>

Luanessa Dâmares de Farias da Silva

Graduanda em Enfermagem - Universidade Estadual do Piauí
Parnaíba – Piauí
<http://lattes.cnpq.br/9390775846267490>

Camila da Silva Lopes Nunes

Graduanda em Enfermagem - Universidade Estadual do Piauí
Parnaíba – Piauí
<http://lattes.cnpq.br/3599866376759481>

Thaissa Rhândara Campos Cardoso

Graduanda em Enfermagem - Universidade Estadual do Piauí
Parnaíba – Piauí
<http://lattes.cnpq.br/7299544016133631>

Carine Cristina Oliveira Viana

Graduanda em Enfermagem - Universidade Estadual do Piauí
Parnaíba – Piauí
<http://lattes.cnpq.br/3599866376759481>

Antônia Mirela Araújo

Graduanda em Enfermagem - Universidade Estadual Vale do Acaraú
Sobral – Ceará

Thalis Kennedy Azevedo de Araújo

Graduanda em Enfermagem - Universidade Estadual do Piauí
Parnaíba – Piauí
<http://lattes.cnpq.br/7621888443698499>

Kalita Karoline Duarte Souza

Graduada em Enfermagem – Christus Faculdade do Piauí
Piripiri – Piauí
<http://lattes.cnpq.br/7621888443698499>

Sandrielle de Carvalho Duarte Souza

Graduanda em Enfermagem - Christus Faculdade do Piauí
Piripiri – Piauí

Maria Nivânia Livramento Feitosa

Graduada em Enfermagem – Christus Faculdade do Piauí
Pós – Graduada em Auditoria em Saúde – FLATED
Pós – Graduada em Enfermagem Obstétrica e Neonatal - IEDUCARE
Piripiri – Piauí

RESUMO: Objetivo: Analisar as principais contribuições do enfermeiro nas práticas

paliativas ao paciente com ferida neoplásica. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, em que foram buscados artigos nas bases de dados: Periódicos CAPES, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Medline via PubMed, no período de 2010 a 2020. Com documentos no idioma português e inglês, os descritores utilizados foram “Ferimentos e Lesões”; “Enfermagem Oncológica”; “Cuidados Paliativos” e “*Wounds and Injuries*”; “*Oncology Nursing*”; “*Palliative Care*”. Depois de feitas as buscas nas bases de dados foram selecionados 20 artigos, que foram analisados criteriosamente com uma amostra final de 7 manuscritos. **Resultados:** Foi feita a leitura dos artigos selecionados na íntegra, onde surgiram três categorias de análise, que são elas: “Medidas paliativas realizadas pelos enfermeiros na contenção do odor e exsudato em pacientes com lesões tumorais.” Intervenções frente os aspectos sociais e mentais do portador de ferida neoplásica” e “Dificuldades técnicas dos enfermeiros no cuidado paliativo ao portador de ferida neoplásica”. **Conclusão:** A partir da revisão dos artigos para a produção do presente artigo notou-se que o odor e o exsudato são caracterizados como os principais agravantes para o portador da ferida tumoral, além disso, outra dificuldade encontrada no tratamento é o pouco conhecimento técnico dos profissionais que são responsáveis por esse cuidado. Dessa forma, é imprescindível que haja um incentivo da instituição hospitalar, como também do governo, como ações que capacitem os profissionais a fim de melhorar a assistência aos portadores de feridas neoplásicas que levem em consideração a saúde física, mental e social dos pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Ferimentos e Lesões; Enfermagem Oncológica; Cuidados Paliativos.

THE NURSE'S CONTRIBUTIONS IN PALLIATIVE CARE TO PATIENTS WITH NEOPLASTIC WOUND: AN INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: Objective: To analyze the main contributions of the nurse in palliative practices to the patient with neoplastic wound. **Method:** This is an integrative review of the literature, in which articles were searched in the databases: CAPES Periodicals, Virtual Health Library (VHL) and Medline via PubMed, from 2010 to 2020. With documents in Portuguese and English, the descriptors used were “Ferimentos e Lesões”; “Enfermagem Oncológica”; “Cuidados Paliativos” and “*Wounds and Injuries*”; “*Oncology Nursing*”; “*Palliative Care*”. After searching the databases, 20 articles were selected and carefully analyzed with a final sample of 7 manuscripts. **Results:** The selected articles were read in their entirety, where three categories of analysis appeared, which are: “Palliative measures performed by nurses in the containment of odor and exudate in patients with tumor lesions”; “Interventions in the social and mental aspects of the carrier of neoplastic wound” and “Technical difficulties of nurses in palliative care to the carrier of neoplastic wound”. **Conclusion:** From the review of the articles for the production of this article it was noted that odor and exudate are characterized as the main aggravating factors for the bearer of the tumor wound, besides that, another difficulty found in treatment is the little technical knowledge of the professionals who are responsible for this care. Thus, it is essential to have an incentive from the hospital institution, as well as from the government, as actions that enable professionals to improve assistance to the bearers of neoplastic wounds that take into consideration the physical, mental and social health of patients.

KEYWORDS: Wounds and Injuries; Oncologic Nursing; Palliative Care.

1 | INTRODUÇÃO

O câncer é um problema de saúde que se caracteriza pela multiplicação descontrolada de células anormais. Essa condição afeta todo o planeta, visto que é a segunda maior causa de mortes no mundo, totalizando cerca de 10 milhões em 2018 (OPAS, 2018). Já no Brasil, estima-se que aproximadamente 625 mil novos casos de câncer surjam a cada ano entre 2020 e 2022, sendo as Regiões Sudeste e Nordeste com maiores números de casos (BRASIL, 2019).

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (2018), o diagnóstico tardio dificulta as chances de cura. Dessa forma, nos últimos estágios da doença e com a proliferação descontrolada das células tumorais pode haver a infiltração das mesmas nas estruturas da pele, formando uma espécie de lesão na epiderme, sendo denominadas feridas tumorais ou neoplásicas. (BRASIL, 2009).

A ocorrência global de feridas tumorais em pessoas com câncer é incerta, no entanto estudos apontam que 5% a 10% dos pacientes com algum tipo de câncer desenvolvem as lesões tumorais (Haisfield - Wolfe; Rund, 1997).

Visto que essas feridas surgem em pacientes com difíceis chances de recuperação definitiva é necessário um tratamento diferenciado. Os cuidados paliativos são medidas para o alívio dos sintomas causados pelo câncer, bem como das lesões tumorais, com o intuito de melhorar a qualidade de vida do portador e de sua família (OPAS, 2018).

De acordo com Agra, *et al.* (2016) o enfermeiro é o profissional da saúde, comumente, responsável pelas intervenções que envolvem fatores físicos e mentais, dessa forma é encarregado a desenvolver os cuidados paliativos aos portadores de feridas neoplásicas, sendo essas habilidades desenvolvidas para melhorar a qualidade de vida do seu cliente e deixá-lo confortável com sua condição.

Portanto, tendo em vista a ocorrência de portadores de feridas neoplásicas e a relevância da atuação do enfermeiro para a realização dos cuidados paliativos a esses pacientes, tornou-se necessário uma maior investigação a respeito do assunto. Nesse contexto, objetivou-se revisar as produções científicas dos últimos tempos a fim de analisar as principais contribuições do enfermeiro nas práticas paliativas ao paciente com ferida neoplásica.

2 | MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura científica, em que se agrupou diversos resultados de pesquisas obtidos em artigos de base de dados online, com o objetivo de obter uma ampla compreensão do fenômeno estudado. As etapas que foram utilizadas para o desenvolvimento desta revisão foram: a escolha do tema e dos objetivos, a formulação da pergunta norteadora, a escolha dos descritores, pesquisa dos artigos disponíveis nas bases de dados utilizadas, implantação dos critérios de inclusão e dos

critérios de exclusão nas pesquisas levantadas, além da interpretação e avaliação dos resultados obtidos juntamente com a identificação da conclusão dos estudos.

A fim de que os objetivos fossem respondidos, foi feita a seguinte questão norteadora: Quais as principais contribuições do enfermeiro nas práticas paliativas ao paciente com ferida neoplásica?

Inicialmente utilizou-se como consulta o DeCS (Descritores em Ciências de Saúde) e o MeSH (*Medical Subjects Headings*). As palavras usadas no DeCS foram “Ferimentos e lesões”; “Enfermagem Oncológica”; “Cuidados Paliativos”. Como MeSH foram “*Wounds and Injuries*”; “*Oncology Nursing*”; “*Palliative Care*”. Ademais, ocorreu a busca dos artigos utilizando as bases de dados: Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior (Periódicos CAPES), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e *US National Library of Medicine* (Medline via PubMed), plataformas de vasta indexação online de revistas científicas em saúde, tanto nacionais quanto internacionais. Empregou-se a busca booleana com o uso do conector and, que permitiu acessar os artigos que possuem intersecção entre os diferentes descritores, as combinações usadas foram: Ferimentos e lesões and Enfermagem Oncológica and Cuidados Paliativos; *Wounds and Injuries and Oncology Nursing and Palliative Care*.

Os critérios de inclusão utilizados foram: documentos no idioma português e inglês, sendo eles disponibilizados na íntegra e publicados nos últimos dez anos (2010 a 2020), os artigos tinham como foco o tratamento da ferida neoplásica por enfermeiros. Os critérios estabelecidos tiveram o objetivo de selecionar artigos relacionados à temática escolhida e que fossem recentes. Outrossim, os critérios de exclusão foram: artigos que não faziam parte dos critérios de inclusão, como por exemplo revisões de literatura, cartas ao editor, artigos repetidos nas bases de dados selecionadas e documentos que não eram relacionados com os objetivos propostos pelo estudo e não respondiam à pergunta norteadora.

Para a escolha dos manuscritos, dois pesquisadores independentes avaliaram os resumos dos estudos previamente identificados. Quando havia dúvidas ou discordâncias, um terceiro pesquisador era consultado para decidir sobre a inclusão ou exclusão do documento na amostra. A seleção dos artigos iniciou-se pela leitura dos títulos e os que não atendiam aos objetivos propostos pela pesquisa foram excluídos. Ademais foi lido os resumos de todos os artigos restantes e foram destacados os que não apresentavam um resumo de acordo com o proposto nesta revisão. O passo seguinte foi selecionar os artigos na íntegra e analisá-los.

Foram encontrados na base de dados Periódicos CAPES um total de 4 artigos, na base de dados BVS foram encontrados 10 artigos, já na base Medline via PubMed foram encontrados 6 manuscritos, totalizando 20 publicações. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, obteve-se uma amostra final de 7 artigos, dos quais 1 pertencia a base de dados Periódicos CAPES, 5 manuscritos faziam parte da Biblioteca Virtual em Saúde e 1 ao Medline via PubMed. A Figura 1 mostra o fluxograma do processo de seleção dos manuscritos.

A partir da amostra final foi realizada a leitura dos artigos obtidos, com a finalidade de realizar uma análise interpretativa tendo em vista a questão norteadora e os objetivos estabelecidos e com isso utilizá-los para a realização da discussão do presente artigo. A figura 1 mostra o fluxograma do processo de seleção dos manuscritos para análise.

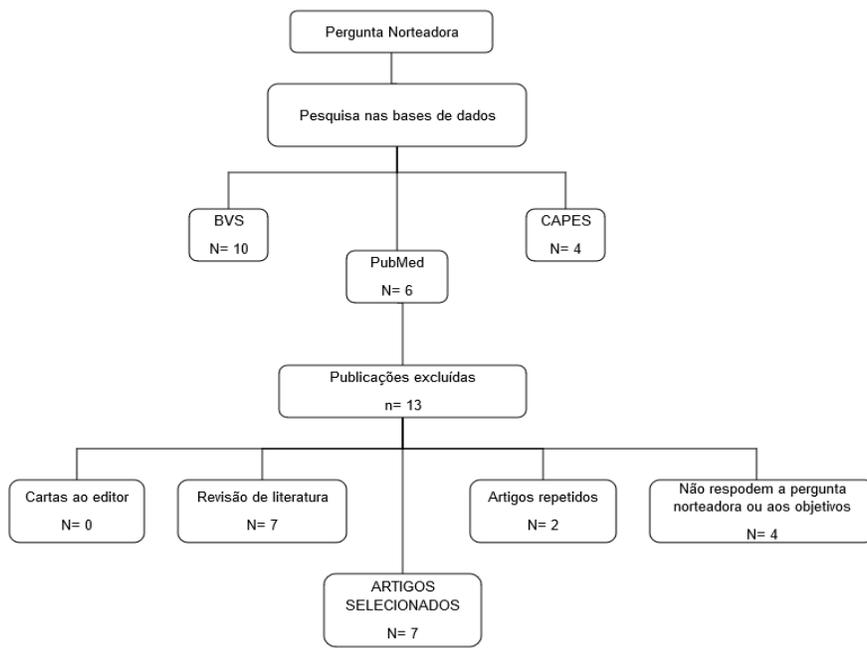


Figura 1 – Fluxograma explicativo do processo de seleção dos manuscritos.

Fonte: Elaboração própria

3 | RESULTADOS

O presente estudo teve como amostra final 7 estudos, que foram analisados, de modo que 5 foram extraídos da base de dados BVS, 1 do CAPES e 1 via PUBMED. Do total, apenas dois foram publicados fora do Brasil. Todos esses se encaixaram nos critérios de inclusão pré-estabelecidos, como pode ser observado na figura 1 (fluxograma). O detalhamento dos artigos pode ser observado no quadro 1 a seguir.

Obteve-se uma amostra final relevante, em que os estudos realizados foram feitos em diferentes regiões do Brasil e do mundo, isso nos permite correlacionar situações semelhantes e tirar conclusões mais contundentes acerca das feridas neoplásicas. Desse modo, o presente artigo irá discorrer sobre o tema destacando 1- Odor e Exsudato 2- Aspectos mentais e sociais e 3 Dificuldades técnicas do profissional de enfermagem frente a feridas neoplásicas.

AUTOR/ ANO	TÍTULO	LOCAL	RESULTADOS E CONCLUSÕES
Souza, N. R., <i>et al.</i> 2019	Prescrição e uso de metronidazol para controle do odor e feridas neoplásicas	Brasil	Metronidazol foi apontado por enfermeiros como a droga mais utilizada e com maior eficácia no controle do odor. Isso se deu em virtude de sua ação anti-protozoária e antibacteriana.
Soares, R.S. 2019	O perfil bacteriológico e as variáveis relacionadas a ferida neoplásica no paciente em cuidado paliativo.	Brasil	Obteve-se forte relação da variável radioterapia paliativa com bactéria <i>Pseudomonas sp.</i> , já que com o tratamento não houve a redução de massa neoplásica suficiente para alterar o ambiente. Quanto aos cuidados de Enfermagem realizados na ferida neoplásica, cabe a eles não escolher o curativo só pelas características físicas da ferida pois pode levar ao erro. Recomenda-se a coleta de <i>swab</i> de todas as feridas neoplásicas e realizar a análise de antibiograma das feridas.
Santos, W.A. 2016	Associação entre odor, exsudato e isolamento social em pacientes com feridas neoplásicas	Brasil	Foi demonstrada uma correlação na qual quanto maior o odor e exsudato mais intenso era o isolamento social. Isso ocorre em virtude do constrangimento que esses aspectos provocam no portador da ferida neoplásica, sendo eles apontados como os mais angustiantes. Os quais também provocam o desenvolvimento de ansiedade, sendo assim, a localização da ferida demonstrou interferir nas relações sociais do indivíduo.
Azevedo, I.C., <i>et al.</i> 2014	Conhecimento de enfermeiros da estratégia saúde da família sobre avaliação e tratamento de feridas oncológicas.	Brasil	A maioria dos profissionais não estudou conteúdos sobre feridas oncológicas na graduação e não participou de capacitação sobre o tema. Ademais, tem dificuldades na escolha do curativo e medicamentos. Dessa forma, as lacunas na formação e as condições de trabalho são fatores limitantes da prática profissional.
Gethin, G., <i>et al.</i> 2014	Current practice in the management of wound odor: An international survey	Europa	A maioria dos profissionais não estudou conteúdos sobre feridas oncológicas na graduação e não participou de capacitação sobre o tema. Ademais, tem dificuldades na escolha do curativo e medicamentos. Dessa forma, as lacunas na formação e as condições de trabalho são fatores limitantes da prática profissional.
Castro, M. C. F., <i>et al.</i> 2014	Cuidados paliativos a pacientes com feridas oncológicas em hospital universitário: relato de experiência	Brasil	Há a utilização de um protocolo onde o diagnóstico e o tratamento são feitos de uma maneira holística. Um trabalho interdisciplinar proporciona um melhor atendimento ao paciente, bem como evita a sobrecarga de trabalho para um só profissional. Além disso, o profissional enfermeiro leva em consideração os aspectos físicos, sociais e mentais para aplicar o melhor tratamento as ações favorecem o melhor acolhimento do paciente.
Probst, S.; Arber, A.; Faithfull, S., 2012	Malignant fungating wounds and the meaning of living in an unbounded body	Suíça	Os resultados demonstram que os pacientes e seus cuidadores informais estavam por conta própria enquanto lutam com a erosão de suas feridas. As mulheres relatam a falta de informação sobre como lidar com a ferida, além das limitações físicas e sociais impostas pelo exsudato, odor e sangramentos abundantes.

Quadro 1 – Caracterização dos estudos incluídos na revisão integrativa sobre o tema: Principais intervenções de enfermagem no cuidado paliativo ao portador de feridas neoplásicas, segundo os autores/ano, título do manuscrito, local do estudo e principais resultados/ conclusões.

Parnaíba – Piauí, 2020.

4 | DISCUSSÃO

4.1 Medidas Paliativas Realizadas pelos Enfermeiros na Contenção do Odor e Exsudato em Pacientes com Lesões Tumoriais.

4.1.1 Odor

O odor oriundo de uma ferida neoplásica está relacionado a presença de bactérias e micro-organismo, os quais têm como resultado de seus metabolismos substâncias com odor fétido, como gases enxofre, putrescina e cadaverina. Nos estudos de Probst *et al.* (2013) e Santos (2016) os pacientes descreveram o cheiro como sendo de algo podre, o que torna o fator odor um dos maiores desafios de portadores de feridas oncológicas.

Para controlar o odor é necessário, portanto, controlar a proliferação de bactérias e micro-organismos. No estudo internacional de Gethin *et al.* (2014) os curativos mais aplicados para a contenção do odor foram carvão ativado e curativos à base de prata, no entanto os profissionais os classificaram como de “baixa eficácia”. Tal pesquisa diverge com os resultados de um artigo brasileiro no qual o produto mais utilizado foi o metronidazol seguido de carvão ativado e daqueles à base de prata (SOUZA et al., 2019). No entanto, em ambas o metronidazol apresentou bons resultados, nesta última foi descrito pelos profissionais que o antibactericida apresentou resultado 24 horas após a aplicação.

4.1.2 Exsudato

O exsudato tem como causa uma inflamação que por sua vez pode estar ligada a uma infecção. O exsudato é um dos grandes desafios do portador de feridas neoplásicas, pois é constante o vazamento pelo curativo o que exige troca constante do mesmo e pode causar certo constrangimento.

Para controlar o exsudato deve-se controlar as infecções, logo faz-se necessária a troca constante e de forma correta o curativo (SANTOS, 2016). De modo que, deve-se utilizar substâncias enzimáticas para o efetivo debridamento (SANTOS, 2016).

No entanto, Soares (2019) demonstrou que a escolha de malha de acetato de celulose favoreceu o surgimento de bactéria, por manter o leito da ferida úmido. É importante que os profissionais de enfermagem junto a equipe de saúde façam a coleta de cultura e análise de antibiograma, para detectar bactérias e utilizar o antibiótico correto, evitando assim o uso indiscriminado de antibiótico o qual pode favorecer o surgimento de superbactérias, e consequente infecção que leve ao aumento do exsudato (SOARES, 2019).

4.2 Intervenções Frente os Aspectos Sociais e Mentais do Portador de Ferida Neoplásica

Em todos os estudos que relataram as experiências de viver com a ferida neoplásica os pacientes tiveram consequência mental e/ou social. O odor e o exsudato foram apontados

como os maiores desafios (PROBST et al., 2013; SANTOS, 2016).

A necessidade da constante troca de roupa, o vazamento do exsudato ou o medo de que a qualquer momento os que estão próximos sintam o odor, faz com que o portador da ferida oncológica acabe desenvolvendo ansiedade e por fim busque o isolando socialmente (SANTOS, 2016).

Ademais, de acordo com Probst *et al.* (2013) os participantes descreveram como traumático e desafiador viver com uma doença maligna, além de as entrevistadas relataram que perderam a totalidade e a confiança em seu corpo.

Além disso, a vida sexual também foi afetada, já que, segundo Santos (2016), a localização da ferida nas genitálias apresentou interferir na relação sexual, outrossim, mulheres tiveram dificuldade de dialogar com seus companheiros, pois a ferida era vista como um tabu, como consequência elas relataram perda da atividade sexual.

Sendo assim, o portador de feridas neoplásicas necessita de assistência multiprofissional que levem em consideração o bem estar físico, mental e social na prestação dos cuidados paliativos (PROBST et al., 2013; SANTOS, 2016; CASTRO et al., 2014).

4.3 Dificuldades Técnicas dos Enfermeiros no Cuidado Paliativo ao Portador de Ferida Neoplásica

De acordo com Santos (2016) a realização dos cuidados paliativos ao paciente com lesão maligna é de natureza complexa, sendo necessário o embasamento científico dos enfermeiros para a realização de tal cuidado, devendo os mesmos ter conhecimento a respeito da gravidade das feridas e os efeitos dos produtos utilizados no seu tratamento.

Em contrapartida, a falta de capacitação e a carência de profissionais qualificados prejudicam a prestação de serviço ao paciente e a sua família, sendo os locais de difícil acesso os mais afetados pela falta de assistência especializada. (AZEVEDO *et al.*, 2014).

Além disso, o avanço da doença, a progressão da lesão e a dificuldade no controle dos sintomas podem causar a sensação de inutilidade e desânimo aos profissionais de enfermagem, dificultando seu atendimento (CASTRO *et al.*, 2014).

Sendo assim, segundo o estudo de Azevedo *et al.* (2014) 64% dos profissionais entrevistados afirmaram que não haviam estudado qualquer conteúdo em relação às lesões neoplásicas na graduação de enfermagem. Além do que diz respeito à qualificação profissional, cerca de 86% desses profissionais não participaram de nenhum treinamento ou capacitação a respeito do cuidado a essas feridas, comprovando dessa forma, que a falta de capacitação é a maior dificuldade enfrentada na prestação dos cuidados paliativos.

Por outro lado, um estudo mostra que os profissionais de enfermagem de outro hospital em sua maioria possuíam conhecimento adequado a respeito da execução dos cuidados paliativos, mostrando, dessa forma a importância dessa qualificação para a realização da assistência ao seu cliente (SOUZA *et al.*, 2019).

5 | CONCLUSÃO

Conforme os estudos o odor foi apontado como sendo o maior desafio do portador de feridas neoplásicas. O exsudato foi indicado como o segundo sintoma mais constrangedor. As técnicas de controle dos dois incluem a constante troca do curativo, a fim de evitar infecções e a consequente presença de bactérias e micro-organismos. Além disso, ansiedade e isolamento social foi recorrente em pacientes com feridas oncológicas.

Diante disso, o papel do enfermeiro nas práticas paliativas do portador de feridas oncológicas exige conhecimento técnico específico, entretanto segundo o apanhado de artigos, poucos profissionais têm especialização na área oncológica e a graduação pouco aborda essa área. Ademais, apenas um artigo apresentou uma instituição que tinha um protocolo, o qual instrua acerca do controle de odor, exsudato e abordagem psicossocial.

Este estudo compilou pesquisas nas mais variadas regiões do Brasil e do mundo, com o intuito de embasar ações futuras que visem melhorar a assistência aos portadores de feridas neoplásicas que levem em consideração a saúde física, mental e social dos pacientes. A falta de pesquisas que abordem o controle da dor de forma específica, e controle de exsudato foram limitantes para o presente estudo. Diante disso, faz-se necessários mais estudos que abordem esses aspectos.

REFERÊNCIAS

AGRA, G. et al. **Conhecimento e prática de enfermeiros no controle de feridas neoplásicas.** Revista Enfermagem Atual. Vol. 18, n.1, p. 43-53, 2017.

AZEVEDO, I.C. et al. **Conhecimento de Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família sobre Avaliação e Tratamento de Feridas Oncológicas.** Revista Brasileira de Cancerologia. Vol. 60, n. 2, p. 119-127, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Estimativa 2020 Incidência de Câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Tratamento e Controle de Feridas Tumoriais e Úlceras por Pressão no Câncer Avançado: Série cuidados paliativos.** Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2009.

CASTRO, M.C. et al. **Cuidados Paliativos a Pacientes com Feridas Oncológicas em Hospital Universitário: Relato de Experiência.** Cogitare Enferm., Niterói, vol. 19, n.4, p. 841-845, out/dez. 2014.

GETHIN, G. et al. **Current practice in the management of wound odour: Na international survey.** International Journal of Nursing Studies. Vol. 51, s.n., p. 865-874, 2014.

HAISFIELD-WOLFE, M.E.; RUND, C. **Malignant cutaneous wounds: a management protocol.** Ostomy Wound Manage. Vol. 41, n.1, p. 56-66, jan. 1997.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). **Folha informativa – Câncer**. Brasília: OPAS, 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5588:folha-informativa-cancer&Itemid=1094.

PROBST S.; ARBER A.; FAITHFULL S. **Malignant fungating wounds: the meaning of living in an unbounded body**. Eur J Oncol Nurs. Vol.17, n.1, p.38-45, 2013.

SOUZA, N.R. et al. **Prescrição e Uso de Metronidazol para Controle do Odor em Feridas Neoplásicas**. Cogitare Enferm., Niterói, vol. 24, s.n., 2019.

SOARES, R. S. **O perfil bacteriológico e as variáveis relacionadas a ferida neoplásica no paciente em cuidado paliativo**. Niterói, 2019. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense.

SANTOS, W.A. et al. **Associação entre odor e isolamento social em pacientes com feridas tumorais malignas: um estudo transversal**. Niterói, 2016. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal Fluminense.

SOBRE A ORGANIZADORA

LUANA VIEIRA TOLEDO - Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF - 2010), com especialização em Gestão de Serviços de Saúde, Acreditação e Auditoria (2013) e mestrado em Saúde Coletiva (2014) pela mesma instituição de ensino. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG - 2020). Atua como professor adjunto do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa (UFV) da área de saúde do adulto e idoso em situações clínicas, cirúrgicas e críticas. Orientadora do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde do Departamento de Medicina e Enfermagem da UFV. Coorientadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFMG. Atualmente tem se dedicado ao desenvolvimento de projetos de pesquisa e extensão relacionados aos aspectos gerenciais e assistenciais do cuidado em saúde.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acesso aos serviços de saúde 148, 164

Acidente 83, 86, 87, 88, 89, 91, 92, 141, 142

Acolhimento 32, 78, 81, 93, 120, 125, 159, 181

Administração de medicamentos 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 56

Algoritmos 68, 69, 71, 73, 74, 78, 79

Assistência de enfermagem 17, 19, 45, 50, 61, 63, 78, 114, 117, 125, 127, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 137, 138, 139, 143, 145, 146

Auditoria 20, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 176, 186

Autoextermínio 93, 94, 95, 100

Autonomia pessoal 2

C

Cateteres venosos centrais 51, 61, 62, 63, 67

Cirurgia robótica 20, 21, 22, 23, 24, 26, 27

Classificação de risco 71, 81

Comportamento suicida 93, 94, 95, 96, 101

Controle de infecções 30, 31, 32, 33, 35, 36, 58

Cuidado humanizado 114, 115, 117, 118, 123, 127

Cuidados de enfermagem 2, 16, 33, 36, 42, 47, 54, 66, 133, 138, 139, 140, 143

Cuidados do paciente 39, 48

Cuidados e saúde 149

Cuidados paliativos 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 150, 166, 167, 168, 169, 170, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 181, 183, 184

Cultura 2, 5, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 182

D

Derivação ventricular externa 138, 139, 140, 142, 144, 147

Diagnóstico de enfermagem 19, 132

Doente terminal 104, 105, 111

E

Enfermagem 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 26, 27, 28, 30, 31, 32, 33, 35, 36, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 71, 72, 73, 74, 78, 81, 82, 92, 93, 95, 99, 100,

101, 103, 104, 105, 112, 114, 117, 119, 120, 125, 127, 128, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 142, 143, 145, 146, 147, 148, 162, 176, 177, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186

Enfermagem baseada em evidências 50

Enfermagem oncológica 177, 179

Enfermeiro 4, 7, 13, 15, 17, 19, 21, 23, 24, 25, 27, 30, 36, 40, 44, 46, 77, 80, 114, 115, 116, 117, 118, 120, 124, 125, 127, 130, 131, 133, 137, 146, 147, 148, 155, 165, 169, 176, 178, 179, 181, 184

Equipamento de proteção 83

Erros de medicação 39, 42, 43, 44, 45, 48, 49

F

Fatores de risco 3, 31, 54, 59, 83, 89, 146

Ferimentos e lesões 177, 179

H

Higiene das mãos 29, 30, 33, 37, 57, 140

Hospitalização 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 145, 172

I

Indicadores de qualidade em assistência à saúde 132

Infecção hospitalar 35, 37, 38, 50, 51, 116, 147

Infecções relacionadas a cateter 61, 63

Informática em enfermagem 132

Informática médica 68, 69, 73

M

Medicina 13, 68, 82, 90, 100, 104, 108, 111, 112, 137, 146, 147, 150, 175, 186

O

odontologia 166, 169, 170, 171, 173, 174, 175

Odontologia 166

P

Política pública 148, 161

Pressão intracraniana 138, 139, 140, 141, 142, 143, 145, 146, 147

Processo de enfermagem 131, 132, 133, 136, 137

S

Segurança do paciente 17, 30, 32, 33, 36, 37, 39, 40, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 54, 58

Sistemas de apoio a decisões clínicas 68

Sistemas de apoio a decisões em saúde 68

T

Triagem 68, 73, 74, 77, 78, 120, 158

U

Unidade de terapia intensiva 30, 32, 37, 38, 50, 53, 54, 55, 56, 59, 60, 61, 66, 67, 104, 114, 116, 117, 118, 122, 123, 124, 128, 129, 136, 137, 146, 175

V

Visita pré-operatória 17, 18, 19

GERENCIAMENTO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E ENFERMAGEM

4

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 

GERENCIAMENTO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E ENFERMAGEM

4

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 