

Enfermagem:

Processos, Práticas e Recursos

3

Samira Silva Santos Soares
(Organizadora)



Atena
Editora
Ano 2021

Enfermagem:

Processos, Práticas e Recursos

3

Samira Silva Santos Soares
(Organizadora)



Atena
Editora
Ano 2021

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. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
Prof^ª Dr^ª Livia 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

Enfermagem: processos, práticas e recursos 3

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Bibliotecária: Janaina Ramos
Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Giovanna Sandrini de Azevedo
Edição de Arte: Luiza Alves Batista
Revisão: Os Autores
Organizadora: Samira Silva Santos Soares

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

E56 Enfermagem: processos, práticas e recursos 3 /
Organizadora Samira Silva Santos Soares. – Ponta
Grossa - PR: Atena, 2021.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5706-925-7

DOI 10.22533/at.ed.257212303

1. Enfermagem. I. Soares, Samira Silva Santos
(Organizadora). II. Título.

CDD 610.73

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 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 “Enfermagem: Processos, Práticas e Recursos” reúne 76 artigos científicos originais, produzidos por acadêmicos, professores e pesquisadores de diversas Instituições de Ensino Superior (IES).

A obra foi dividida em 3 (três) volumes, de modo que o volume 1, concentra estudos relacionados à Saúde da Mulher e da Criança; o volume 2, trata especialmente sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e as estratégias educativas utilizadas pelo enfermeiro em seu cotidiano laboral. O volume 3 por sua vez, aborda a prática da enfermagem nos mais variados setores e enfatiza questões ligadas à Saúde do Trabalhador e a Segurança do Paciente.

Desse modo, a coleção “Enfermagem: Processos, Práticas e Recursos” tece importantes discussões e possibilita reflexões sobre a complexidade do trabalho em saúde e, em especial, no âmbito da Enfermagem, visando contribuir com o fortalecimento deste campo. Ademais, os capítulos articulam problemáticas que impactam na formação e no exercício profissional do enfermeiro, em seus mais distintos cenários de inserção laboral.

Sabe-se o quão importante é a divulgação científica, por isso destaco o compromisso da Atena Editora em oferecer uma ótima experiência aos pesquisadores, otimizando canais acessíveis de comunicação e uma plataforma consolidada e confiável, além de uma rápida resposta – fundamental para que os dados não fiquem obsoletos.

Agradecemos por fim, o empenho dos autores para o desenvolvimento dessa obra. Explicita-se o desejo de que esta leitura contribua para a ampliação do conhecimento científico dos processos, práticas e recursos relacionados à Enfermagem e os impulse ao desenvolvimento de novas e brilhantes pesquisas.

Samira Silva Santos Soares

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA: UMA VISÃO DA ENFERMAGEM

Joyce Marciano Monte
Gabriela Cristina Souza Virgílio
Breno Piovezana Rinco
Raphael da Silva Affonso
Lustarllone Bento de Oliveira
Larissa Leite Barbosa
Eleuza Rodrigues Machado

DOI 10.22533/at.ed.2572123031

CAPÍTULO 2..... 18

IMPLANTAÇÃO DE BIOBANCO EM UM LABORATÓRIO DE SAÚDE PÚBLICA: DESCRIÇÃO PRELIMINAR

Candida Maria Abrahão de Oliveira
Mônica Cristina da Gama Pureza
André Antônio Corrêa das Chagas
Maria de Jesus de Sousa Brasil
Kemere Marques Vieira Barbosa
Heloisa Marceliano Nunes

DOI 10.22533/at.ed.2572123032

CAPÍTULO 3..... 24

DIMINUIÇÃO DA ANSIEDADE E DEPRESSÃO COM O USO DA AURICULOTERAPIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Leugim Teles Miranda
Luana de Oliveira Silva
Michel David Frias Guerra
Misael Medeiros da Silva

DOI 10.22533/at.ed.2572123033

CAPÍTULO 4..... 32

SEPSE ASSOCIADA A CATETER VENOSO CENTRAL EM PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Pamela Nery do Lago
Marlene Simões e Silva
Regina de Oliveira Benedito
Ronaldo Antônio de Abreu Junior
Edma Nogueira da Silva
Samanntha Lara da Silva Torres Anaisse
Diélig Teixeira
Sabrina Macambira Guerra da Rocha
Lana Rose Cortez de Farias
Ana Paula Ferreira Marques de Araújo
Fernanda Carneiro Melo

Juliane Guerra Golfetto

DOI 10.22533/at.ed.2572123034

CAPÍTULO 5..... 41

A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E O PACIENTE HIPERTENSO: CONHECIMENTO E ADESÃO

Gracione de Souza Silva

Mateus de Paula Von Glehn

Breno Piovezana Rinco

Gabriela Cristina Souza Virgílio

Raphael da Silva Affonso

Lustarllone Bento de Oliveira

Larissa Leite Barbosa

Eleuza Rodrigues Machado

DOI 10.22533/at.ed.2572123035

CAPÍTULO 6..... 57

PACIENTES COM HISTÓRIA DE INTOXICAÇÃO NO PIAUÍ, PERÍODO DE 2015 E 2016

Rosemarie Brandim Marques

Vinícius Leal Veloso

Lucas Moura Santana

Antonio Luiz Martins Maia Filho

DOI 10.22533/at.ed.2572123036

CAPÍTULO 7..... 64

ENFERMEIRO INTENSIVISTA: ESTRESSE EM TEMPO DE PANDEMIA

Geraldo Vicente Nunes Neto

Raquel da Silva Cavalcante

Ayanne Karla Ferreira Diniz

Marília Cruz Gouveia Câmara Guerra

Júlio César Bernardino da Silva

Jaqueline Figueirôa Santos Barbosa de Araújo

Fagner Arruda de Lima

Álisson Vinícius dos Santos

Edson Dias Barbosa Neto

Fernanda Caroline Florêncio

Yalle Laryssa Florencio Silva

Thâmara Silva Bezerra de Souza

DOI 10.22533/at.ed.2572123037

CAPÍTULO 8..... 74

CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS INTRA-HOSPITALARES DE UM HOSPITAL PÚBLICO SOBRE ATENDIMENTO PRIMÁRIO DO TRAUMA: XABCDE

Tais Cristina Corrêa

João Paulo Soares Fonseca

DOI 10.22533/at.ed.2572123038

CAPÍTULO 9..... 88

DO ACOLHIMENTO AO ENCAMINHAMENTO: O ATENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS ENFERMEIROS ÀS TENTATIVAS DE SUICÍDIO: REVISÃO DE LITERATURA

Diego da Silva Trovão

Margareth Santos de Amorim

DOI 10.22533/at.ed.2572123039

CAPÍTULO 10..... 99

A INFLUÊNCIA DA ILUMINAÇÃO ARTIFICIAL DAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS NO RITMO CIRCADIANO DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Ana Isabel Canelas Rocha

Maria Catarina Ferreira Moreira

Maria Noémia Monteiro Baptista

Marta Rodrigues da Siva Pinto

João Filipe Fernandes Lindo Simões

DOI 10.22533/at.ed.25721230310

CAPÍTULO 11 112

INFLUÊNCIA DO RUÍDO DAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS NO SONO E REPOUSO DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO CRÍTICA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Alexandre Miguel Coutinho Pereira

Eduardo da Silva Gomes

Emanuel António Falcão Carneiro

Mário Filipe Costa Ramalho

João Filipe Fernandes Lindo Simões

DOI 10.22533/at.ed.25721230311

CAPÍTULO 12..... 125

CONTRADIÇÕES DO MUNDO DO TRABALHO: A ÓTICA DO EGRESSO DE ENFERMAGEM

Ariane da Silva Pires

Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza

Helena Ferraz Gomes

Eugenio Fuentes Pérez Júnior

Francisco Gleidson de Azevedo Gonçalves

DOI 10.22533/at.ed.25721230312

CAPÍTULO 13..... 140

SOFRIMENTO MORAL DE ENFERMEIROS DE CLÍNICAS CIRÚRGICAS E AS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

Nayara Cardoso Amorim

Cristiane Maria Amorim Costa

Bárbara Rodrigues Alves Mesquita

Elizabeth Rose Costa Martins

Raphaela Nunes Alves

Thelma Spíndola

Elizabeth Pimentel da Silva
Barbara Cristina Gonçalves dos Santos

DOI 10.22533/at.ed.25721230313

CAPÍTULO 14..... 154

**DISTÚRBIOS OSTEOMUSCULARES RELACIONADOS AO TRABALHO – DORT NOS
PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM NA ÁREA HOSPITALAR**

Gracy Kelly Almeida Fonseca
Maria Júlia Nascimento Cupolo

DOI 10.22533/at.ed.25721230314

CAPÍTULO 15..... 165

**ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SERVIÇOS DE EMERGÊNCIAS
HOSPITALARES**

Núbia Santos Moraes
Tatiana Almeida Couto

DOI 10.22533/at.ed.25721230315

CAPÍTULO 16..... 183

**ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE PARA
FORTALECER PRÁTICAS ASSISTENCIAIS SEGURAS**

Suzeline Ferreira
Daniela dos Santos Souza
Francielle Schaefer

DOI 10.22533/at.ed.25721230316

CAPÍTULO 17..... 185

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA:
PERSPECTIVAS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM**

Carina Gheno Pinto
Jaqueline Herter Soares Grimm
Marina Calegari da Rosa
Diogo da Rosa Viana
João Nunes Maidana Júnior

DOI 10.22533/at.ed.25721230317

CAPÍTULO 18..... 196

**INVESTIGAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS OCORRIDOS NA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE BRASÍLIA**

Victor Guimarães Antônio da Silva
Filipe Aurélio de Sá Aquino
Priscilla Cartaxo Pierri Bouchardet
Ana Helena Brito Germoglio
Gabriel Cartaxo Barbosa da Silva
Janine Araújo Montefusco Vale
Noriberto Barbosa da Silva
Fabiana Xavier Cartaxo Salgado

DOI 10.22533/at.ed.25721230318

CAPÍTULO 19.....	209
A IMPORTÂNCIA DA BIOSSEGURANÇA NOS LABORATÓRIOS DE ANÁLISES CLÍNICAS	
Danubio Oliveira dos Santos de Matos	
DOI 10.22533/at.ed.25721230319	
CAPÍTULO 20.....	216
DEPRESSÃO: FATORES PREDISPOENTES EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM	
Ana Patrícia Fonseca Coelho Galvão	
Diana Alves de Oliveira	
Fabrício e Silva Ferreira	
Fabiana Pereira da Silva	
Fábio Batista Miranda	
Wochimann de Melo Lima Pinto	
Patrick Leonardo Nogueira da Silva	
Thãmara Silva Ribeiro Ramos	
Carolina dos Reis Alves	
Adélia Dayane Guimarães Fonseca	
Aurelina Gomes e Martins	
Ana Izabel de Oliveira Neta	
DOI 10.22533/at.ed.25721230320	
CAPÍTULO 21.....	222
ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS, LABORAIS E DE SAÚDE DE TRABALHADORES DE ENFERMAGEM INSERIDOS EM UMA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR	
Silvio Arcanjo Matos Filho	
Ninalva de Andrade Santos	
Bárbara Santos Figueiredo Novato	
Eloá Carneiro Carvalho	
Karla Biancha Silva de Andrade	
Sandra Regina Maciqueira Pereira	
Thereza Christina Mó Y Mó Loureiro Varella	
Jane Marcia Progiante	
Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza	
DOI 10.22533/at.ed.25721230321	
CAPÍTULO 22.....	233
COMPREENDENDO OS DESAFIOS A EQUIPE DE ENFERMAGEM NAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANENCIA SOBRE ATENDIMENTO EM PRIMEIROS SOCORROS	
Irani Ferreira de Souza	
João Paulo Soares Fonseca	
DOI 10.22533/at.ed.25721230322	
CAPÍTULO 23.....	250
AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO ACERCA DA BIOSSEGURANÇA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: REVISÃO INTEGRATIVA	
Mayra Costa Rosa Farias de Lima	
Rayana Gonçalves de Brito	

Camila Paes Torres
Beatriz Gomes de Vasconcelos
Erasmus Greyck Oliveira Xavier
Anderson Araújo Corrêa
Francisca Natalia Alves Pinheiro
Loren Rebeca Anselmo do Nascimento
Ingrid da Silva Leite
Isadora Ferreira Barbosa
Otoniel Damasceno Sousa
Sávio José da Silva Batista

DOI 10.22533/at.ed.25721230323

CAPÍTULO 24.....262

LESÕES POR PRESSÃO OCORRIDAS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE BRASÍLIA

Filipe Aurélio de Sá Aquino
Victor Guimarães Antônio da Silva
Priscilla Cartaxo Pierri Bouchardet
Janine Araújo Montefusco Vale
Gabriel Cartaxo Barbosa da Silva
Noriberto Barbosa da Silva
Joana D'arc Gonçalves da Silva
Fabiana Xavier Cartaxo Salgado

DOI 10.22533/at.ed.25721230324

CAPÍTULO 25.....273

SISTEMAS DE CUIDADO NO MEIO RURAL: PERSPECTIVAS PARA A ENFERMAGEM

Josué Barbosa Sousa
Luani Burkert Lopes
Janine Kutz
Vitória Peres Treptow
Nivea Shayane Costa Vargas
Camila Timm Bonow
Angela Roberta Alves Lima
Rita Maria Heck

DOI 10.22533/at.ed.25721230325

CAPÍTULO 26.....280

LESÃO DE PELE, O NOVO CONCEITO

Daiane Maria Iachombeck
Fernanda Vandresen

DOI 10.22533/at.ed.25721230326

CAPÍTULO 27.....292

CUIDADOS DA ENFERMAGEM AOS PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA (IRC) EM TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE (HD)

Bruno Borges do Carmo
Ruth Verdán Lima Araújo

Adriene Aparecida Silva Nascimento da Cunha

DOI 10.22533/at.ed.25721230327

SOBRE A ORGANIZADORA.....	304
ÍNDICE REMISSIVO.....	305

CAPÍTULO 1

PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA: UMA VISÃO DA ENFERMAGEM

Data de aceite: 19/03/2021

Joyce Marciano Monte

Enfermagem - Universidade Anhanguera de
Brasília - Unidade Taguatinga
Distrito Federal, Brasil

Gabriela Cristina Souza Virgílio

Enfermagem - Universidade Anhanguera de
Brasília - Unidade Taguatinga
Distrito Federal, Brasil

Breno Piovezana Rinco

Enfermagem - Universidade Anhanguera de
Brasília - Unidade Taguatinga
Distrito Federal, Brasil

Raphael da Silva Affonso

Farmácia - Universidade Anhanguera de
Brasília - Unidade Taguatinga
Distrito Federal, Brasil

Lustarllone Bento de Oliveira

Biomedicina - Ciências Biológicas - Farmácia -
Universidade Anhanguera de Brasília - Unidade
Taguatinga
Distrito Federal, Brasil

Larissa Leite Barbosa

Ciências Biológicas - Farmácia - Universidade
Anhanguera de Brasília - Unidade Taguatinga
Distrito Federal, Brasil

Eleuza Rodrigues Machado

Enfermagem - Biomedicina - Ciências
Biológicas - Farmácia - Universidade
Anhanguera de Brasília - Unidade Taguatinga
Distrito Federal, Brasil

RESUMO: A pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM) é uma grave infecção frequente e com prognóstico restrito às unidades de pacientes em estado crítico. PAVM é responsável pelo aumento da permanência hospitalar e aumento dos custos relativos ao tratamento. O objetivo deste trabalho foi verificar a relação entre pneumonia decorrente do uso do suporte ventilatório invasivo e compreender as complicações clínicas desencadeadas aos pacientes em terapia intensiva. A equipe de enfermagem tem grande impacto sobre o paciente internado em unidade de terapia intensiva (UTI), uma vez que esses profissionais estão em contato direto com pacientes, sendo responsáveis por grande parte das ações que podem favorecer ou propiciar a entrada de patógenos nas vias aéreas do paciente, resultando no desenvolvimento da PAVM.

PALAVRAS-CHAVE: Pneumonia; ventilação mecânica, infecção nosocomial.

PNEUMONIA ASSOCIATED WITH MECHANICAL VENTILATION: AN OVERVIEW OF NURSING

ABSTRACT: Pneumonia associated with mechanical ventilation (PAVM) is an infection often serious with prognostic restrict to units of critical patients. The PAVM is responsible for increased patient's hospital stay and increased costs related to treatment. The goal of this work was to evaluate the relation between pneumonia due to use of invasive ventilatory support and understanding the clinical complications to patients who are in intensive therapy. The nursing team has great impact on the patient hospitalized

in intensive care unit (UTI), once are health professionals are more in touch with these patients, being so responsible for much of the actions that can favor or promote the pathogen invasion in the airways of the patient, resulting in the development of PAVM.

KEYWORDS: Pneumonia; mechanical ventilation; nosocomial infection.

INTRODUÇÃO

A ventilação mecânica invasiva (VMI) é um recurso utilizado em unidades de terapia intensiva (UTI) como forma de tratamento artificial para a manutenção da oxigenação e/ou ventilação dos pacientes que estão em estado crítico que desenvolveram insuficiência respiratória (BARBAS, et al., 1994 apud POMBO, ALMEIDA e RODRIGUES, 2010; CABRAL et al., 2020). Em alguns casos nos quais os pacientes sofrem de insuficiência respiratória aguda (IRA), o meio de se restabelecer o padrão ventilatório é utilizando a intubação traqueal propiciando a ventilação mecânica como suporte de vida (RAMIREZ; DECRAMER, 2002 apud ROSA, et al., 2007).

Nos pacientes submetidos à ventilação mecânica, os mecanismos de defesa dos pulmões estão alterados devido a uma menor eficiência das barreiras naturais ou pela perda de proteção das vias aéreas superiores, favorecendo assim, distúrbios da fisiologia respiratória normal, durante a ventilação mecânica, que incluem a hipersecreção pulmonar e aumento da ocorrência de infecções respiratórias e subsequente maior índice de morbidade e mortalidade (LORENZI, MACCHIONE, SALDIVA, 1998 apud POMBO; ALMEIDA; RODRIGUES, 2010; EUGÊNIO, et al., 2020). Além disso, o uso da VMI predispõe o paciente a riscos, como lesão traqueal, barotrauma e/ou volutrauma, diminuição do débito cardíaco e toxicidade ao oxigênio. Outros fatores também são observados, como o acúmulo de secreção respiratória devido à tosse ineficaz em consequência do não fechamento da glote e dificuldade do deslocamento do muco devido à presença do tubo traqueal. A retenção dessa secreção pode ocasionar episódios de atelectasias, hipoxemia e pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM) (JUDSON; SAHN, 1994 apud ROSA, et al., 2007).

As PAVM ocorrem em aproximadamente 10 a 25% dos pacientes que são submetidos ao suporte ventilatório invasivo, sendo a incidência varia de acordo com as características dos pacientes e os métodos diagnósticos empregados para a detecção da patologia (CELIS, et al., 1988 apud SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2007). PAVM tem prevalência de 10 a 65%. Todavia, a taxa de mortalidade varia de 13 a 55% (LABARCA, 2001). Por outro lado, a ventilação pulmonar causa cerca de 20% e 70% de mortalidade (GARCIA, 2007).

Dados da literatura mostram que a taxa de mortalidade atribuída aos pacientes que estão em uso do suporte ventilatório por mais de 48 horas é de 20 a 25%, com incidência adicional de 1% por dia de ventilação mecânica (IRIBARREN, et al., 2009). Portanto,

existem divergências de dados a respeito das taxas de ocorrência e mortalidade atribuídas a esta infecção em diversos estudos a respeito desse assunto.

Assim, tais fatos foram as motivações para a realização dessa pesquisa com o intuito de verificar os mecanismos responsáveis pela etiopatogenia da doença, os fatores de risco para o desenvolvimento de enfermidades, a epidemiologia e a atuação dos profissionais de saúde sobre os aspectos profiláticos no controle da pneumonia, aprimorando ideias ou sugerindo mudanças.

OBJETIVOS

Os objetivos deste trabalho foram: avaliar se existe associação entre incidência de pneumonia devido ao uso da ventilação mecânica, conhecer as complicações decorrentes da sua utilização, verificar a morbidade e mortalidade relacionada à doença, conhecer o papel da equipe de enfermagem no controle das infecções nosocomiais com ênfase na execução de medidas profiláticas a fim de prevenir ou retardar a evolução de pneumonia.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e de abordagem quantitativa e qualitativa. O trabalho foi realizado por meio de levantamento bibliográfico, utilizando-se as seguintes bases de dados: Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), Medical Literature Analysis and Retrieval System (MEDLINE), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e PubMed. Os indicadores utilizados para a busca dos artigos científicos foram: ventilação mecânica, pneumonia, pneumonia nosocomial.

Os critérios de inclusão dos artigos na revisão foram os tipos de publicações como: artigos completos publicados em periódicos, no período de 2001 a 2020. Os critérios de exclusão foram: Artigos fora desse período de publicação.

Resultados

Durante a pesquisa na base de dados do SciELO, a combinação das palavras chave: pneumonia e ventilação mecânica revelou três artigos, sendo que estes artigos foram utilizados para a elaboração da revisão. O termo pneumonia e nosocomial foram responsáveis por 41 artigos, dentre estes foram selecionados seis após a leitura do resumo. À partir do termo pneumonia surgiram 568 sendo que foram selecionados 13 após a leitura dos resumos e conteúdos dos artigos.

Na base de dados da PubMed e MedLine à partir da combinação dos indicadores mechanical ventilation associated pneumonia surgiram 20 artigos, sendo selecionados seis.

Na base de dados da BIREME a partir da combinação dos indicadores pneumonia e ventilação mecânica surgiram 4.149 artigos, sendo utilizados na elaboração da revisão

quatro artigos que possuíam relação como assunto proposto para a revisão. Contudo, a amostra de artigos usados na revisão foi constituída por 52 artigos, que após leitura detalhada apenas 39 tiveram relação com o tema Ventilação Mecânica.

Os critérios de inclusão dos artigos na revisão foram os tipos de publicações como: artigos completos publicados em periódicos, no período de 2001 a 2020. Os critérios de exclusão foram: Artigos fora desse período de publicação.

RESULTADOS

DEFINIÇÕES

A pneumonia representa uma resposta inflamatória ocasionada pela invasão microbiana do parênquima pulmonar que é normalmente estéril. A resposta do organismo frente a esta infecção depende de vários fatores, tais como: tamanho e tipo do inóculo, a virulência do microorganismo envolvido e eficiência do sistema imunológico do hospedeiro em responder e combater a infecção (HUNTER, 2006). As pneumonias que são desencadeadas pela assistência oferecida durante as internações hospitalares, incluindo procedimentos médicos ou institucionais, constituem uma importante causa de morbidade e mortalidade. As definições de pneumonias relacionadas à assistência foram classificadas de acordo com a literatura em: (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2007).

Pneumonia adquirida no hospital (PAH)

PAH ocorre após 48 horas da admissão do paciente em unidade hospitalar, geralmente é tratada em unidade de internação (enfermaria/apartamento), não se relacionando a intubação traqueal e ventilação mecânica invasiva (VMI) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2007).

Pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM)

A pneumonia relacionada à ventilação mecânica (PAVM), os indícios de infecção podem surgir no período de 48 a 72 horas após a intubação e o início da VMI. PAVM também pode ser classificada em precoce e tardia. É precoce quando ocorre até o 4º dia de intubação e início da VMI, e é tardia quando ocorre após o 5º dia da intubação e início da VMI (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2007).

Uma das complicações mais frequentes em UTI manifestada em pacientes incapazes de respirar espontaneamente são as pneumonias aspirativas, devido a intubação endotraqueal e a imobilidade no leito. Isso permitir o acúmulo de secreções traqueobrônquicas (TORRES, et al., 1991 apud YOKOTA; GODOY; CERIBELLI, 2006). O desenvolvimento primário da PAVM é desencadeado pela aspiração de secreções da orofaringe, do líquido formado no circuito dos respiradores e também do conteúdo gástrico

colonizado por microorganismos patogênicos (FAGON, et al., 1993 apud SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2007).

A aspiração é entendida como a inalação pelas vias aéreas inferiores do material que fica disposto abaixo das cordas vocais. O material pode ser constituído de secreções orofaríngeas, saliva, alimentos, líquidos, conteúdos gástricos, substâncias tóxicas ou bactérias. Portanto, a pneumonia aspirativa caracteriza-se por um processo infeccioso causado pela inalação de secreções orofaríngeas contaminadas por microorganismos patogênicos. Portanto, a inalação é um meio primário que permite a entrada e colonização das bactérias nos pulmões (MARIK, 2001; MACCLAVE, et al., 2002; ZALOGA, 2002; MAHUL, et al., 1992 apud YOKOTA, GODOY, CERIBELLI, 2006).

A sonda nasoentérica (SNE) está presente em quase todos os pacientes em uso de VMI, e é indicada para manter o suporte nutricional, prevenção da distensão abdominal, e drenagem de secreção gástrica. Porém, a SNE favorece a exposição da orofaringe aos microrganismos, sendo o refluxo gastroesofágico também aumenta o risco de aspiração (CARRILHO, et al., 2006). Geralmente, o procedimento de aspiração traqueal quando realizado de forma correta auxilia na redução de iatrogenias, além de manter a permeabilidade das vias aéreas, facilitando as trocas gasosas e a manutenção da homeostase (BARBOSA; CAMPOS; CHAVES, 2006).

SUPORTE VENTILATÓRIO

A ventilação mecânica artificial foi um dos grandes avanços na terapêutica que auxiliou na redução da mortalidade de pacientes hospitalizados. Esse dispositivo foi inserido como suporte ventilatório substituindo parcialmente o trabalho respiratório do paciente, devendo este recurso ser oferecido na quantidade mínima e no mínimo tempo despendido (TRINDADE, 1998 apud ASSIS; BARROS; FERREIRA, 2002).

Embora o suporte mecânico seja um processo invasivo, ele está associado à melhora na sobrevivência de pacientes portadores de insuficiência respiratória, de várias etiologias, em especial de recém-nascidos (RN) prematuros que devido a imaturidade pulmonar, estão mais propensos ao desconforto e a insuficiência respiratória (GONZAGA, 2007). Estudos têm sido realizados e destacam a importância do conhecimento acerca da doença de base e do desempenho dos equipamentos para que se desenvolvam estratégias ventilatórias de acordo com a fisiopatologia pulmonar a fim de suprir as necessidades respiratórias do paciente (MALINOWSKI; WILSON, 2002 apud SILVA; LIMA; VIRGÍNIO, 2004).

OCORRÊNCIA DE PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA

Existem vários fatores de risco que favorecem o desenvolvimento de PAVM tais como: idade superior a 60 anos, severidade da doença pulmonar, doença pulmonar aguda ou crônica, sedação excessiva, nutrição enteral, queimaduras graves, posição supina

do corpo, escala de coma de Glasgow menor que nove, uso de relaxantes musculares e tabagismo (HUNTER, 2006). Adicionalmente, os fatores de risco para o desenvolvimento da PAVM também incluem, a susceptibilidade do hospedeiro, aspiração de secreções orotraqueal, sonda nasogástrica ou nasoenteral, alteração da consciência e por fim a sedação, que pode aumentar o risco de colonização da orofaringe e subsequente migração da secreção para a área subglótica, causando assim a pneumonia (MACCARTHY; SANTIAGO; LAU, 2008).

Acredita-se que uma das causas da PAVM está relacionada com o circuito do ventilador, pois este equipamento pode favorecer a aderência de bactérias contribuindo para a rápida colonização da orofaringe pelos aerossóis contaminados, provocados pela inalação via aparelho de terapia ventilatória (REINARZ, et al., 1965; JOHANSON, et al., 1969 apud YOKOTA; GODOY; CERIBELLI, 2006). Adicionalmente, a presença do tubo de ventilação na traquéia favorece diretamente o desenvolvimento de PAVM, por comprometer os mecanismos de defesa naturais das vias aéreas superiores e pulmonares, por desfavorecer o reflexo de tosse para expulsar possíveis microorganismos invasores do trato respiratório e por facilitar o acesso dos agentes invasores ao trato respiratório inferior (ZEITOUN, et al., 2001).

Pacientes que estão internados em estado grave e permanecem por um tempo em jejum apresentam a recuperação de forma mais lenta, ocorrendo assim o catabolismo da reserva protéica, tendo como consequência a redução da funcionalidade dos músculos respiratórios alterando assim o metabolismo (COATS, 1993 apud YOKOTA; GODOY; CERIBELLI, 2006). O consumo muscular torna a respiração difícil e superficial, levando a retenção de dióxido de carbono e consumo aumentado de oxigênio devido à compensação metabólica (MAGNONI, 1995 apud YOKOTA; GODOY; CERIBELLI, 2006). Este processo acaba por diminuir a perfusão e difusão do oxigênio, ocasionando o acúmulo de secreções e como consequência dificuldade na realização da tosse e na eliminação da secreção, podendo causar a infecção respiratória (YOKOTA; GODOY; CERIBELLI, 2006). Neste processo pode-se observar a dificuldade do paciente de desvincular-se do respirador, retardando a recuperação e prolongando a permanência hospitalar (MODOLIN, et al., 1982; MOLLY; BENOTTI; BISTRAN, 1990 apud YOKOTA; GODOY; CERIBELLI, 2006).

Dados da literatura revelam que a incidência de pneumonia é em torno de 7 a 21 vezes maior em pacientes que estão em uso de suporte ventilatório, comparados aos que não necessitam de ventilação, e mostram que 86% dos casos estavam associados à ventilação mecânica (MARTINO, 1998 apud LOPES; LÓPEZ, 2009). Não obstante, um estudo canadense mostrou o impacto da PAVM no sistema de saúde brasileiro. Em síntese, os resultados da pesquisa mostram que a cada 1000 pacientes em uso de VMI 10,6% desenvolvem a pneumonia associada à ventilação mecânica e tende a aumentar se a permanência no hospital de 4,3 dias por episódio. A mortalidade atribuída a estes pacientes foi de 5,8%. Estimaram o número de casos por ano em torno de 4000. Devido a essa

infecção aproximadamente 230 pacientes vão a óbito por ano. Em adição, os resultados atribuíram que a PAVM é responsável pelo aumento dos gastos hospitalares em cerca de U\$ 10 milhões (10 milhões de dólares) por ano (MUSCEDERE; MARTIN; HEYLAND, 2008).

A elevação das taxas de mortalidade em decorrência da PAVM está relacionada com patógenos de alto risco e em situações onde a utilização da antibióticoterapia não induz a eliminação total do agente etiológico causador da infecção (FAGON, 2002 apud CARRILHO, et al., 2006). Além de contribuir para o aumento da mortalidade, a doença prolonga o tempo de internação e da utilização da ventilação mecânica, culminando na elevação dos gastos com o tratamento do paciente hospitalizado (KOLLEF, 2005 apud CARRILHO, et al., 2009). Para os pacientes que estão submetidos ao suporte ventilatório, é necessário que se realize aspiração traqueal para que se mantenha a permeabilidade da via aérea, facilitando assim a ventilação e conseqüente oxigenação. Entretanto, esse procedimento pode ocasionar várias complicações, como o traumatismo brônquico, broncoespasmo, hipoxemia, instabilidade hemodinâmica, aumento da pressão intracraniana e transmissão de infecções (LORENTE, et al., 2006 apud LOPES; LÓPEZ, 2009).

A técnica utilizada para a aspiração traqueal deverá ser asséptica, uma vez que a cânula de aspiração inserida no tubo terá acesso ao trato respiratório inferior. Uma das causas mais comuns de penetração de patógenos que causam a pneumonia no trato respiratório está associada à aspiração traqueal, que é a porta de entrada para os microorganismos. Assim, a instalação e a propagação do agente infeccioso em pacientes internados em UTIs dependerão do período de internação, da utilização de antimicrobianos, do hospedeiro susceptível e da microbiota da UTI. Os bacilos mais frequentemente encontrados são gram-negativos, *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus spp*, *Acinobacter spp.*, e o *Staphylococcus aureus* (BASSIN; NIEDERMAN, 1995 apud BERALDO; ANDRADE, 2008; COSTA, et al., 2016).

COMPLICAÇÕES COM O USO DO SUPORTE VENTILATÓRIO

Segundo dados apresentados pela National Nosocomial Infections Surveillance (NATIONAL NOSOCOMIAL INFECTIONS SURVEILLANCE, 1999 apud NETO, et al., 2006), desde quando foi instituída a UTI com o intuito de prestação de cuidados a pacientes de risco, uma das complicações presentes durante a internação nessas unidades era a pneumonia. Esta doença estava na maioria das vezes associada à utilização de dispositivo invasivo, a ventilação mecânica. PAVM é responsável pelo tempo prolongado, cerca de 20 dias adicionais de permanência do paciente no ventilador e a internação na UTI também aumentou por mais 15 dias, enquanto que a estadia no hospital foi de 13 dias (RODRIGUES, et al., 2009).

De acordo com dados de literatura, o risco de se adquirir PAVM é maior na primeira semana de ventilação mecânica, sendo 3% ao dia, e diminui progressivamente

com a duração da intubação, sendo 2% ao dia durante na segunda semana e 1% ao dia durante na terceira ou mais semanas (KAYE, 2006 apud SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2007). Também foi comprovado que a utilização de ventilação pulmonar mecânica tem sido apontada como um dos principais fatores de lesão pulmonar. Embora seu potencial terapêutico seja crucial para a manutenção das condições vitais do paciente, têm sido relatados diversos aspectos negativos relacionados ao seu potencial em propagar infecções nosocomiais e ocasionar complicações decorrentes de seu uso (DREYFUSS; SAUMON, 1999 apud GONZAGA, et al., 2007; CARMONA, 2012). Neste contexto, a lesão mais frequente encontrada em recém-nascidos providos de ventilação mecânica é o barotrauma, ocasionado pela ruptura das paredes do espaço aéreo, ocorrendo posteriormente o acúmulo de ar extra-alveolar e podendo acarretar manifestações clínicas graves, como, o pneumotórax hipertensivo. Também podem ocorrer manifestações mais simples de caráter fisiológico, morfológico e celular (DREYFUSS; ALBERTINE, 1999 apud GONZAGA, et al., 2007; CARVALHO; SILVEIRA; PROCIANOY, 2013).

As UTIs são consideradas ambientes de resistência bacteriana, sendo um ambiente comum de fonte de surtos de bactérias multirresistentes. Os fatores de risco estão relacionados com a utilização abusiva de antimicrobianos, os quais exercem seletividade em grupos específicos de microorganismos, provocando assim a sua resistência. Adicionalmente, a utilização de procedimentos invasivos intensifica ainda mais o risco de infecções por microorganismos multirresistentes (ALBRICH, et al., 1999 apud TEIXEIRA, et al., 2004; MODESTO; BRITO, 2019).

Evidências crescentes vêm demonstrando que a microbiota oral e da orofaringe contaminadas contribuem para o aumento de infecções respiratórias em pacientes hospitalizados e a falta de conhecimento por parte dos profissionais de saúde a respeito desse fator faz com que a higiene oral do paciente fique negligenciada. Assim, a equipe de saúde deve ser orientada a realizar a descontaminação da cavidade oral destes indivíduos, pois favorecerá a redução da colonização pulmonar por patógenos orais, tendo como consequência a redução da PAVM (AMARAL; CORTÊS; PIRES, 2009). No entanto, também podem ocorrer complicações não clínicas devido ao uso do suporte ventilatório invasivo, tais como: reintubação, obstrução por rolha, sangramento traqueal, extubação acidental e lesões dérmicas, sendo que todas essas complicações estão relacionadas aos cuidados prestados ao recém-nascido (RN) em ventilação mecânica (BARBOSA; CAMPOS; CHAVES, 2006).

INDICAÇÕES DO USO DA VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA

A indicação para a ventilação mecânica pulmonar é definida pelos achados radiológicos, pela ausculta pulmonar, ou seja, realização do exame físico, exames laboratoriais e pela avaliação do desconforto respiratório no paciente.

A ventilação mecânica é indicada em casos de parada cardiorrespiratório, apnéia, insuficiência respiratória (Doença da Membrana Hialina [DMH], pneumonia), fadiga, coma (ECG < 8), hipertensão intracraniana (diminuir a pressão intracraniana por hiperventilação), doenças neuromusculares, parâmetros gasométricos ($\text{PaO}_2 < 50$ em $\text{FiO}_2 > 50\%$ e $\text{PaCO}_2 > 60$ ou subindo 5-10 mmHg/hora (HECHT, 2010). A escolha pela utilização de ventilação mecânica, que é um método invasivo, exige a observação dos seguintes parâmetros necessários como a insuficiência respiratória, grandes cirurgias, hiperventilação, hipertensão intracraniana (TROTER, 1998 apud SILVA; LIMA; VIRGÍNIO, 2004). Porém, as alterações fisiológicas que possuem indicações absolutas são: apnéia prolongada, anestesia geral, PaCO_2 menor que 50 mmHg e PaCO_2 acima de 60 mmHg com acidemia persistente (EINCHENWALD, 2000 apud SILVA; LIMA; VIRGÍNIO, 2004). A ventilação mecânica também é indicada para os recém-nascidos que apresentam $\text{pH} \leq 7,35$, perda do nível de consciência, arritmias cardíacas, hipotensão, broncoaspiração, sinusite, fratura de osso da face, pneumotórax, cirurgia gástrica de sutura alta (FERNANDES, 2004 apud SILVA; LIMA; VIRGÍNIO, 2004).

DIAGNÓSTICO

Pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM) é uma patologia de difícil diagnóstico e multicausal. Portanto, essas características tornam o diagnóstico, o tratamento e as medidas preventivas como ações de grande divergência (SOCIEDADE PAULISTA DE INFECTOLOGIA, 2006). Porém, é importante ressaltar a necessidade de se realizar um diagnóstico precoce, a fim de selecionar o tratamento terapêutico adequado e realizar o controle da disseminação dos microorganismos virais nas UTIs (DINIZ, et al., 2005). Para a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (2007) o diagnóstico da PAVM é realizado com base em critérios clínicos e radiológicos tais como: a presença de infiltrados novos e persistentes, temperatura axilar superior a $38,3^\circ\text{C}$, leucocitose ($>10.000/\text{mm}^3$) ou leucopenia ($<4.000/\text{mm}^3$) e secreções traqueobrônquicas purulentas.

O exame radiológico do tórax tem pouco valor preditivo, pelo fato das alterações encontradas não se correlacionarem bem com os achados histopatológicos e com a presença dos agentes etiológicos, uma vez que as alterações encontradas também podem estar presentes em outras patologias (LEFCOE, et al., 1994 apud SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2007). A indicação da realização diária e/ou periódica da radiografia de tórax é de extrema importância para os pacientes intubados ou em uso de VMI (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2007).

É recomendada a coleta padrão de duas amostras de sangue em aerobiose para a hemocultura, preferencialmente em picos febris, a punção deverá ser feita em dois locais distintos com a quantidade mínima de 10 mL de material (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2007). Devido aos erros de diagnóstico e tratamento

indevido é necessário que se faça a coleta das secreções do trato respiratório para a pesquisa microbiológica, sendo relatado um bom rendimento e correlação diagnóstica das culturas quantitativas que trazem informações sobre a diferenciação entre colonização e infecção (MICHAUD; SUZUKI; HARBARTH, 2002 apud SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2007).

O atraso no diagnóstico da PAVM e a subsequente demora em iniciar o tratamento podem estar associados com resultados agravantes (LUNA, et al., 1997; IREGUI, et al., 2002 apud NETO et al., 2008). Por outro lado, um diagnóstico impreciso pode levar a um tratamento desnecessário e complicações posteriores relacionados à terapia inadequada (DEEKS, 2001; KLOMPAS, 2007 apud NETO, et al., 2008). Portanto, é fundamental que se tenha um diagnóstico precoce e preciso para que se possa oferecer um tratamento seguro e correto ao paciente (DELLINGER, et al., 2004 apud NETO, et al., 2008).

TRATAMENTO

Com relação ao início do tratamento das PAVM, o médico primeiramente deve descartar outras patologias que também são responsáveis pelo aparecimento de novo infiltrado pulmonar e leucocitose como a doença pulmonar intersticial pré-existente, hemorragia pulmonar, insuficiência cardíaca congestiva, dentre outros. Após a exclusão destas patologias, o tratamento empírico para pneumonia nosocomial deverá ser iniciado e estendido por duas semanas. As pneumonias nosocomiais geralmente são tratadas durante 14 dias, e se não houver regressão das alterações encontradas nos exames radiológicos ou clínicos após o tratamento empírico, o mais indicado é o diagnóstico alternativo (CUNHA, 2001).

Quando o paciente está com uma forte suspeita de pneumonia, o tratamento deve ser iniciado antes da obtenção dos resultados de culturas, sendo o tratamento baseado em critérios clínicos (SOCIEDADE PAULISTA DE INFECTOLOGIA, 2006). De acordo com Carrilho et al. (2006) a ocorrência de resultados falso-positivos em culturas pode levar ao tratamento com antibioticoterapia desnecessário, auxiliando no surgimento de bactérias resistentes. Por isso, o diagnóstico deve ser feito com base em critérios clínicos além de resultados microbiológicos. Por outro lado, a ocorrência de resultados falso-negativos ocasiona um retardo no início do tratamento e provável aumento da mortalidade. O exame microbiológico com cultura quantitativa é mais utilizado quando existem dúvidas no diagnóstico.

Os antimicrobianos devem ser prescritos em quantidades suficientes para destruir o agente causador da patologia que está alojado nos pulmões sem causar um efeito tóxico para as células do hospedeiro. Sendo assim, as doses estabelecidas devem levar em conta o peso do paciente, bem como a função renal, modo de ação desta medicação e característica dos microorganismos (SOCIEDADE PAULISTA DE INFECTOLOGIA, 2006).

Além disso, para que ocorra uma escolha e aplicação correta dos antimicrobianos deve-se considerar a existência dos microorganismos resistentes como a *Pseudomonas aeruginosa* e *Staphylococcus aureus* resistente a metacilina, que são responsáveis pelo aumento das taxas de mortalidade (VIDAUR, et al., 2005).

O uso prévio e indiscriminado de antibióticos é o principal fator responsável pela colonização e infecção causada por microorganismos resistentes. Isso se deve ao fato que todos os antibióticos de alguma maneira promovem a seleção e favorecem a resistência de microrganismos (SOCIEDADE PAULISTA DE INFECTOLOGIA, 2006).

Os agentes etiológicos das pneumonias mais comuns, o tempo de permanência na UTI e os fatores de risco estão representados na Figura 1.

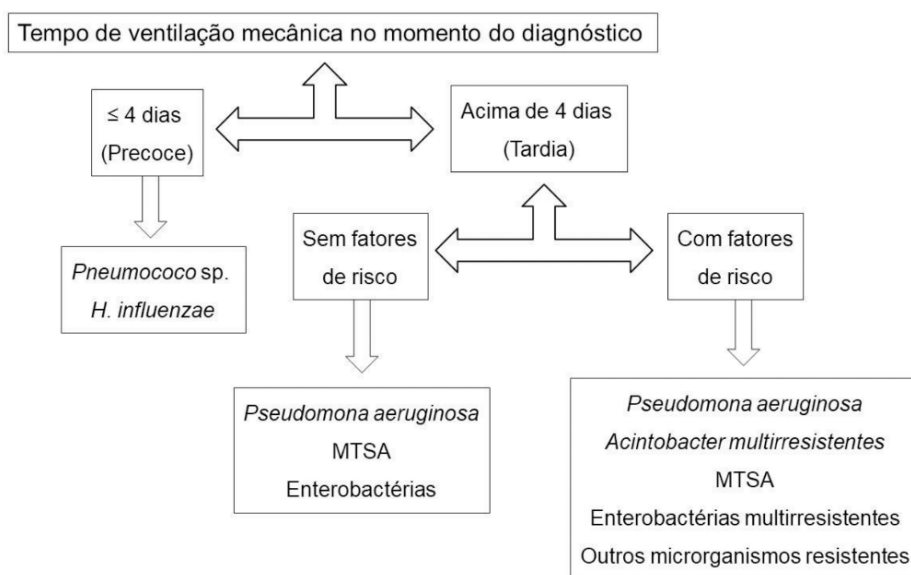


Figura 1. Classificação dos agentes etiológicos das pneumonias de acordo com o tempo de permanência na UTI e os fatores de risco (Adaptado: SOCIEDADE PAULISTA DE INFECTOLOGIA, 2006).

AÇÕES DE ENFERMAGEM

Os cuidados adotados pela equipe de saúde podem ser essenciais na redução da pneumonia associado à ventilação mecânica, que incluem higienização frequente das mãos, manutenção do decúbito elevado do paciente, cuidados na administração da dieta enteral, técnicas assépticas para intubação e aspiração traqueal (CARRILHO, et al., 2006). A higienização frequente das mãos deve ser feita antes e após a realização de algum procedimento que envolva a manipulação do paciente. Assim, é importante sempre observar e ajustar a manutenção do decúbito elevado do leito do paciente a fim de evitar ou

reduzir episódios de aspiração traqueal e possibilite a administração correta dos antibióticos prescritos.

A assistência de enfermagem prestada tem como principal aspecto minimizar as sequelas ocasionadas pela terapia ventilatória, para que o paciente não sofra alterações orgânicas. O cuidado deve ser executado de forma integrada, profissional e humana de modo a aperfeiçoar as intervenções de enfermagem, visando como resultado o bem-estar físico e psicológico desses pacientes (BARBOSA; CAMPOS; CHAVES, 2006).

Em linhas gerais, o enfermeiro que trabalha em UTI deve realizar a ausculta pulmonar nos pacientes intubados, pois a partir deste procedimento padrão é possível identificar as alterações nos sons respiratórios que são indicadores de uma desordem fisiológica (BARBOSA; CAMPOS; CHAVES, 2006). Também é de importância fundamental o controle da infecção hospitalar por meio de implantação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), com a participação dos vários setores do hospital para o fornecimento da infraestrutura necessária ao manuseio seguro dos pacientes (PEREIRA, et al., 1999 apud FREIRE; FARIAS; RAMOS, 2006).

A profilaxia da PAVM é um dever da equipe médica que tem contato direto com o paciente, em especial a equipe de enfermagem, que é a responsável pela elaboração de medidas preventivas, que são aprovadas por supervisões e transmitidas para as áreas administrativas e de treinamento de pessoal, para que a prestação de cuidados dos pacientes admitidos em unidades de emergência e UTI seja segura e correta (FREIRE; FARIAS; RAMOS, 2006).

Com relação à prevenção de pneumonias associadas à ventilação mecânica é fundamental a implantação de estratégias de controle, com ênfase na padronização e treinamento de condutas para a assistência aos pacientes de risco. Neste caso, é necessário haver o envolvimento da equipe, de forma coletiva, que trabalha nesta área, sendo essencial a educação continuada dos profissionais que estão em contato direto com pacientes predispostos a esta síndrome (FREIRE; FARIAS; RAMOS, 2006).

Assim, é necessário que se realizem intervenções que causem a interrupção dos meios de transmissão das infecções nosocomiais a fim de prevenir a indução e estabelecimento das PAVM (COLLARD; SAINT; MATTHAY, 2003 apud POMBO; ALMEIDA; RODRIGUES, 2010).

As medidas que podem ser adotadas para a redução da PAVM incluem a educação em saúde dos profissionais que prestam o cuidado a esses pacientes, a vigilância epidemiológica das infecções hospitalares, o uso adequado dos equipamentos hospitalares impedindo a transmissão de microorganismos, a prevenção da transmissão cruzada e a modificação dos fatores de risco para o desenvolvimento de infecções bacterianas (GOLDANI, 2001 apud POMBO, ALMEIDA; RODRIGUES, 2010; FURTADO, et al., 2020). Portanto, a profilaxia dessas infecções deve-se em maior parte da equipe de enfermagem que lida diretamente com o paciente, que é responsável por vários processos de prevenção,

seja em atividades administrativas, de supervisão e de treinamento de pessoal, seja nos cuidados prestados aos pacientes em UTI (FREIRE; FARIAS; RAMOS, 2006).

A administração do hospital deve estar ciente da necessidade de se ter recursos humanos suficientes e capacitados para a prestação de cuidados médicos e hospitalares, a fim de assegurar uma boa relação enfermagem/paciente, especialmente em UTI. Neste contexto, algumas iniciativas podem ser tomadas pela equipe de enfermagem, tais como implementação de protocolos de desmame ventilatório, tendo extrema importância a remoção precoce dos dispositivos invasivos, uma vez que essas medidas podem reduzir consideravelmente as infecções nosocomiais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2007). Por meios da utilização do processo de enfermagem pode-se executar o planejamento de intervenções, bem como o diagnóstico de enfermagem, baseado na observação do paciente, com o intuito de melhorar a assistência prestada ao paciente em ventilação mecânica (BARBOSA; CAMPOS; CHAVES, 2006).

Existe um consenso na área médica da necessidade em se organizar e priorizar a adoção de certas condutas no ambiente hospitalar em busca da redução das taxas de PAVM, a fim de favorecer a recuperação de paciente e diminuir os custos do tratamento. Profissionais da saúde, defensores da melhoria da qualidade e fabricantes de produtos médicos estão executando intervenções para a redução das taxas desta modalidade de pneumonia. Estas medidas incluem a contínua higiene bucal, elevação da cabeceira, aspiração de secreções traqueal, sempre que necessário e a introdução de tubos endotraqueais revestidos com prata, entre outras iniciativas (KLOMPAS, 2009).

A posição prona é utilizada para a melhora da oxigenação, principalmente em pacientes que encontram-se com a síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA). Para a realização da troca de decúbito são necessárias quatro pessoas, uma deverá permanecer na cabeceira e será responsável pelo tubo endotraqueal, uma segunda será responsável para que os drenos, cateteres e conexões não sejam tracionados, e a terceira e quarta pessoa será responsável por virar o paciente, primeiramente para o decúbito lateral e posteriormente para decúbito ventral, ou seja, posição prona (PAIVA; BEPPU, 2005). Pesquisas foram realizadas a respeito da posição prona em pacientes que estão em uso de VMI, sendo comprovado que essa posição não diminui a gravidade da doença, apesar de auxiliar na melhora de oxigenação e na redução da PAVM. No entanto, esta posição aumenta o risco do desenvolvimento de úlceras por pressão e obstrução do tubo por posicionamento inadequado, portanto essa posição não é indicada para uso rotineiro (SUD, et al., 2008).

DISCUSSÃO

A pneumonia decorrente do suporte ventilatório ocorre em boa parte dos pacientes internados que requerem o uso deste suporte ventilatório, ou seja, a pneumonia é uma

complicação frequente neste tipo de paciente. O desenvolvimento da pneumonia muitas vezes está associado aos cuidados prestados ao paciente hospitalizado, principalmente pela equipe de enfermagem.

Algumas ações podem ser tomadas para que diminua a incidência desta infecção nosocomial, como a aspiração das vias aéreas sempre que necessário, um cuidado maior quanto à administração de dieta enteral, a mudança de decúbito do paciente e utilização constante dos métodos de ausculta pulmonar para que se avalie a frequência respiratória deste paciente todos os dias. Apesar do diagnóstico desta infecção é de difícil realização, quanto mais rápido mais eficiente será o tratamento com a antibioticoterapia. Uma das principais ações a serem desenvolvidas pelas equipes médicas é a redução do uso indiscriminado de antibiótico, pois o seu uso prévio acaba por favorecer a multirresistência dos patógenos causadores da pneumonia.

É necessário que os enfermeiros se posicionem com mais eficiência no cuidado destes pacientes críticos, buscando o decréscimo da incidência da PAVM e consequentemente a redução da morbidade e taxas de mortalidade relacionadas à doença. A equipe de enfermagem disponibiliza os principais cuidados médicos prestados a estes pacientes, e aliada a uma equipe multidisciplinar é essencial que se executem medidas preventivas e terapêuticas em virtude do alcance de resultados promissores e seguros para os pacientes críticos que ficam internados em UTI à longo prazo.

Com base nessas evidências, é de suma importância o desenvolvimento de novos estudos na área da enfermagem, principalmente em neonatologia, pois são ínfimos os trabalhos científicos mostrando a ocorrência da PAVM nos recém-nascidos. Devido à relevância do tema nos dias atuais, nosso grupo de pesquisa realizará uma pesquisa com o objetivo de analisar a frequência de pneumonia em neonatos decorrente da ventilação mecânica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A equipe de enfermagem atua como principal interventora de pacientes hospitalizados em estado crítico, portanto, é de sua responsabilidade a implantação e realização de ações diárias como a lavagem frequente das mãos, a mudança de decúbito do paciente, a utilização de técnicas de aspiração traqueal asséptica, bem como o cuidado com a administração de dieta enteral. Essas ações somadas à observação cautelosa destes pacientes impedirão a entrada de patógenos nas vias aéreas do indivíduo. Tal fato torna o cuidado de enfermagem eficaz, impedindo a disseminação das infecções nosocomiais.

O enfermeiro deve estar atento aos fatores que propiciam a instalação, replicação e o transporte de microrganismos patogênicos que possam desencadear a infecção cruzada no ambiente hospitalar e executar medidas preventivas que visem o controle da incidência e disseminação alarmante em nível mundial das PAVM.

REFERÊNCIAS

- ASSIS, EPS; BARROS, KC; FERREIRA, MHO. Recursos fisioterapêuticos e ventilação mecânica em neonatos, Minas Gerais, 2002: 1-8.
- AMARAL, SM; CORTÊS, AQ; PIRES, FR. Pneumonia nosocomial: importância do microambiente oral. J Bras Pneumol, Rio de Janeiro, 2009: 1116-1124.
- BARBOSA, AL; CAMPOS, ACS; CHAVES, EMC. Complicações não clínicas da ventilação mecânica: ênfase no cuidado de enfermagem neonatal. Acta Paul Enferm, Fortaleza, 2006: 439-443.
- BERALDO, CC; ANDRADE, D. Higiene bucal com clorexidina na prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica. Jornal Brasileiro de Pneumologia, São Paulo, 2008: 707-714.
- CABRAL, BG; JÚNIOR, AFC; SANTANA, ME; MATOS, ECO. Cuidados Preventivos Para Pneumonia Associada A Ventilação Mecânica: Revisão Integrativa. Revista Enfermagem Atual in Derme, 2020: 90-21.
- CARRILHO, CMDM, et al. Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica em Unidade de Terapia Intensiva Cirúrgica. Revista Terapia Intensiva, Paraná, 2006; 18: 38-44.
- COSTA, JB, et al., Os principais fatores de risco da pneumonia associada à ventilação mecânica em uti adulta. Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente, 2016; 7(1): 80-92.
- CARMONA, F. Ventilação mecânica em crianças. Medicina (Ribeirão Preto). 2012; 45(2): 185-196.
- CARVALHO, CG; RITA C SILVEIRA, RC; PROCIANOY, RS. Lesão pulmonar induzida pela ventilação em recém-nascidos prematuros. Rev Bras Ter Intensiva. 2013;25(4):319-326.
- DINIZ, EMA, et al. Incidence of respiratory viruses in preterm infants submitted to mechanical ventilation. Rev Inst Med trop S Paulo, São Paulo; 2005; 47 (1): 37-44.
- CUNHA, BA. Nosocomial pneumonia. Diagnostic and therapeutic considerations. Med Clin North Am, Nova Iorque, 2001: 1-12.
- FREIRE, ILS; FARIAS, GM; RAMOS, CS. Prevenindo pneumonia nosocomial: cuidados da equipe de saúde ao paciente em ventilação mecânica invasiva. Revista Eletrônica de Enfermagem, 2006: 377-97.
- FURTADO, MVC, et al. Abordagem multiprofissional na pneumonia associada à ventilação mecânica. Revista Eletrônica Acervo Saúde (ISSN 2178-2091), 2020; 12 (10): 1-10.
- GARCIA, JCP, et al. Impacto da implantação de um guia terapêutico para o tratamento de pneumonia nosocomial adquirida na unidade de terapia intensiva em hospital universitário. Jornal Brasileiro Pneumologia, Paraná; 2007: 175-184.
- GONZAGA, AD, et al. Tempo de ventilação mecânica e desenvolvimento de displasia Broncopulmonar. Rev da Assoc Med Bras, São Paulo, 2007: 64-67.
- HECHT, E. Ventilação mecânica em pediatria, conceitos básicos. Available from www.paulomargotto.com.br/documentos/VM.

HUNTER, JD. Ventilator associated pneumonia. *Postgrad Med J*, 2006: 172-178.

IRIBARREN, OB, et al. Factores de riesgo para mortalidad en neumonía asociada a ventilación mecánica. *Rev Chil Infectol*, Santiago, 2009; 26 (3): 227-232.

KLOMPAS, M. The paradox of ventilator-associated pneumonia prevention measures. *Critical Care*, Boston, 2009; 13 (5): 1-6.

LABARCA, JL. Neumonía asociada a ventilación mecánica: Introducción [Consenso]. *Rev Chil Infectol*, Santiago, 2001: 18 (2): 1-10.

LOPES, FM; LOPEZ, MF. Impacto do sistema de aspiração traqueal aberto e fechado na incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica: revisão de literatura. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, Bahia, 2009: 80-88.

MACCARTHY, SOK; SANTIAGO, C; LAU, G. Ventilator-Associated Pneumonia Bundled Strategies: An Evidence-Based Practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, Toronto, 2008: 193-204.

MODESTO, EM; BRITO, DVD. Infecções relacionadas à assistência à saúde em recém-nascidos de alto risco: perfil de resistência dos bacilos Gram negativos. *REAS/EJCH*, 2019; 11 (7): e517.

MUSCEDERE, JG; MARTIN, CM.; HEYLAND, DK. The impact of ventilator-associated pneumonia on the Canadian health care system. *Journal of critical care*, Canadá, 2008: 5-10.

NETO, EC et al. Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica: Análise de Fatores Epidemiológicos na Confecção de Estratégias de Profilaxia e Terapêutica. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, Rio de Janeiro, 2006; 18 (4): 344-350.

NETO, AR, et al. Diagnosis of ventilator-associated pneumonia: a systematic review of the literature. *Critical Care*, Londres; 12 (2): 1-14.

PAIVA, KCA; BEPPU, OS. Posição prona. *J Bras Pneumol*, São Paulo, 2005; 31 (4): 332-340.

POMBO, CMN; ALMEIDA, PC; RODRIGUES, JLN. Conhecimento dos profissionais de saúde na Unidade de Terapia Intensiva sobre prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Fortaleza; 2010: 1061-1072.

RODRIGUES, PMA, et al. Pneumonia associada à ventilação mecânica: epidemiologia e impacto na evolução clínica de pacientes em uma unidade de terapia intensiva. *J Bras Pneumol*, Rio de Janeiro, 2009: 1084-1091.

ROSA, FK, et al. Comportamento da mecânica pulmonar após a aplicação de protocolo de fisioterapia respiratória e aspiração traqueal em pacientes com ventilação mecânica invasiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 2007; 19 (2): 170-175.

SILVA, LG; LIMA, FMR; VIRGÍNIO, FB. Ventilação mecânica: cuidados e intervenções fisioterapêuticas neonatais. Available from <http://www.fisionet.com.br/monografias/interna.asp>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. Diretrizes brasileiras para tratamento das pneumonias adquiridas no hospital e das associadas à ventilação mecânica. J Bras Pneumol, 2007: 1-30.

SOCIEDADE PAULISTA DE INFECTOLOGIA. Diretrizes sobre pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV). São Paulo: Office Editora e Publicidade, 2006: 1-19.

SUD, S; SUD, M; FRIEDRICH, J; ADHIKARI, N. Effect of mechanical ventilation in the prone position on clinical outcomes in patients with acute hypoxemic respiratory failure: a systematic review and meta-analysis, Toronto, 2008: 1153-1161.

TEIXEIRA, PJZ, et al. Pneumonia associada à ventilação mecânica: impacto da multirresistência bacteriana na morbidade e mortalidade. Jornal Brasileiro de Pneumologia, Porto Alegre, 2004: 540-548.

VIDAUR, L, et al. [Clinical approach to the patient with ventilator-associated pneumonia]. Enferm Infec Microbiol Clin, Dez. 2005. Available from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16854337>.

ZEITOUN, SS, et al. Incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em pacientes submetidos à aspiração endotraqueal pelos sistemas aberto e fechado: Estudo prospectivo – dados preliminares. Rev latino-am Enfermagem, Ribeirão Preto; 2001, 9(1): 46-52.

YOKOTA, CO; GODOY, ACF; CERIBELLI, MIPF. Fisioterapia respiratória em pacientes sob ventilação mecânica. Revista de Ciências Médicas, Campinas, 2006: 339-345.

CAPÍTULO 2

IMPLANTAÇÃO DE BIOBANCO EM UM LABORATÓRIO DE SAÚDE PÚBLICA: DESCRIÇÃO PRELIMINAR

Data de aceite: 19/03/2021

Data de submissão: 02/03/2021

Candida Maria Abrahão de Oliveira

Instituto Evandro Chagas
Belém-Pará

<https://orcid.org/0000-0001-6253-7477>

Mônica Cristina da Gama Pureza

Instituto Evandro Chagas
Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia
e Vigilância em Saúde
Belém-Pará

<https://orcid.org/0000-0003-2332-7287>

André Antônio Corrêa das Chagas

Instituto Evandro Chagas
Belém-Pará

<https://orcid.org/0000-0001-8567-9961>

Maria de Jesus de Sousa Brasil

Instituto Evandro Chagas
Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia
e Vigilância em Saúde
Belém-Pará

<https://orcid.org/0000-0002-8002-9406>

Kemere Marques Vieira Barbosa

Instituto Evandro Chagas
Belém-Pará

<https://orcid.org/0000-0002-1097-2650>

Heloisa Marceliano Nunes

Instituto Evandro Chagas
Belém-Pará

<https://orcid.org/0000-0002-9335-6932>

RESUMO: Biobancos são valiosos depósitos de materiais biológicos que tem dentre suas finalidades estudos futuros, visando a solução de problemas importantes em saúde pública. O estudo objetivou implantar o biobanco da Seção de Hepatologia - SAHEP, do Instituto Evandro Chagas - IEC, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, com a finalidade de armazenamento de amostras de surtos, epidemias, assistência e vigilância em saúde pública ou ainda, doentes graves/terminais relacionadas às hepatopatias. Foi realizado levantamento bibliográfico e documental sobre o protocolo de desenvolvimento de Biobanco e legislação vigente. As amostras coletadas em situações especiais de vulnerabilidade de população envolvida com necessidade de pesquisa epidemiológica, foram catalogadas por registro numérico sequencial, em tubos KMA de quatro ml, em caixas de alumínio, numeradas e armazenadas em freezers à -20°C, monitoradas por termômetros digitais, calibrados à cada seis meses, que foram encaminhadas para depósito visando pesquisa futura e prestação de serviços com qualidade, na solução de agravos em saúde respaldados por documentação específica obtida por ocasião da coleta de material. Baseado na aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Biobanco do IEC (Resolução CONEP N° 441/2011) que instituiu as regras gerais para sua constituição, manutenção e funcionamento. Esse Biobanco está setorialmente instalado nas dependências da SAHEP obedecendo aos princípios legais e éticos, do Conselho Nacional de Saúde – Resoluções n° 466/12 e Parecer CONEP n°

27/2016. Atualmente o Biobanco da SAHEP está constituído de 42 freezers à -20°, com 30 caixas de alumínio, que comportam 250 amostras. A manutenção de amostras biológicas conservadas em temperaturas adequadas e organizadas para estudo posterior será extraordinariamente útil para avaliar e determinar a prevalência de agentes patogênicos, incluídos os vírus das hepatites.

PALAVRAS-CHAVE: Armazenamento; Material biológico; Hepatopatias; Vigilância epidemiológica.

IMPLEMENTATION OF BIOBANK IN A PUBLIC HEALTH LABORATORY: PRELIMINARY DESCRIPTION

ABSTRACT: Biobanks are valuable deposits of biological materials that have future studies among their purposes, aiming to solve important public health problems. The study aimed to implant the biobank of the Hepatology Section - SAHEP, of the Instituto Evandro Chagas - IEC, of the Health Surveillance Secretary, of the Ministry of Health, with the purpose of storing samples of outbreaks, epidemics, assistance and public health surveillance or still, critically ill / terminal patients related to liver disease. A bibliographic and documentary survey was carried out on the Biobank development protocol and current legislation. The samples collected in special situations of vulnerability of the population involved in need of epidemiological research, were cataloged by sequential numerical record, in four ml KMA tubes, in aluminum boxes, numbered and stored in freezers at -20 ° C, monitored by digital thermometers, calibrated every six months, which were sent to a warehouse for future research and quality service provision, in the solution of health problems supported by specific documentation obtained at the time of material collection. Based on the approval of the IEC Biobank Research Ethics Committee on Human Beings (CONEP Resolution No. 441/2011) that instituted the general rules for its constitution, maintenance and operation. This Biobank is sectorally installed at SAHEP, obeying the legal and ethical principles of the National Health Council - Resolutions No. 466/12 and CONEP Opinion No. 27/2016. Currently the SAHEP Biobank is made up of 42 -20 ° freezers, with 30 aluminum boxes, which hold 250 samples. The maintenance of biological samples kept at appropriate temperatures and organized for further study will be extraordinarily useful to assess and determine the prevalence of pathogens, including hepatitis viruses.

KEYWORDS: Storage; Biological material; Liver diseases; Epidemiological surveillance.

1 | INTRODUÇÃO

As instituições, em especial as que trabalham com pesquisas, dada a dificuldade de obtenção e caracterização de muitas amostras e dados biológicos, sentiram a necessidade de implantar espaço adequado para seu armazenamento (BRASIL, 2019).

Para o efeito desse estudo, conforme Portaria nº 2.201 de 14 de setembro de 2011, consideraram-se esses espaços denominando-os de biorrepositórios e biobancos, os biobancos são estruturas usadas para o armazenamento de materiais humanos, por longo período, podendo os materiais armazenados, ser utilizados em várias pesquisas, sendo de responsabilidade da instituição. Enquanto que biorrepositórios são reservatórios para uso

em períodos de curta duração, sendo os materiais utilizados em pesquisas específicas, ficando sob a responsabilidade do pesquisador, ambos sem fins comerciais (ADNORMAS, 2020).

Ao ser instaurado um novo biorrepositório, é necessário a aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e os biobancos precisam passar pela apreciação de um CEP e posteriormente, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), que integra o Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2011b). O regulamento do CNS se baseia pela Resolução nº 441, de 12 de maio de 2011 que trata do armazenamento de material biológico humano ou uso de material armazenado em pesquisas anteriores e da Portaria nº 2.201 de 14 de setembro de 2011, do Ministério da Saúde, que estabelece as Diretrizes Nacionais para Biorrepositório e Biobanco de material biológico humano, desde que, com finalidade de pesquisa, sendo os dispositivos legais vigentes no país.

Conforme cenário mundial, em se falando de amostras biológicas humanas, o maior número de biobancos é encontrado nos Estados Unidos sendo 169, na Europa com 90 e 23 na Ásia. Entretanto, ainda existem 26 biobancos para armazenamento de amostras de animais e plantas distribuídos em 12 países (RAMALHO & MARANDUBA, 2020).

No Brasil, a implantação de biobancos é recente, entretanto vem se desenvolvendo seguindo o fluxo mundial, de forma diretamente proporcional à percepção social e pela comunidade científica, conhecedores dos benefícios dessa estrutura que deve ser mantida e sofrer incrementos sempre que se fizer necessário (DALLARI et al., 2015). Até 2019 o Brasil possuía 56 biobancos regularizados e outros em fase de tramitação, com o objetivo de melhorar a excelência na área de pesquisas (BRASIL, 2019; PASTERNAK, 2017).

Para a realização de pesquisas envolvendo seres humanos são necessárias informações obtidas com a coleta e análise dos espécimes biológicos. O material coletado pertence ao indivíduo que o originou, entretanto pode ser armazenado e administrado em estruturas adequadas para fins específicos de pesquisa, desde que conte com autorização prévia, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e/ou Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) do participante da pesquisa e tenha a aprovação de um Comitê de Ética em Pesquisa, conforme parecer da CONEP, bem como da instituição onde o material será armazenado (BRASIL, 2011a).

Nesse estudo será dado enfoque a implantação de um Biobanco, na Seção de Hepatologia (SAHEP), do Instituto Evandro Chagas (IEC) da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do Ministério da Saúde (MS), com a finalidade de armazenamento de amostras de surtos, epidemias, assistência e vigilância em saúde pública ou ainda, doentes graves/terminais relacionadas às hepatopatias.

2 | MÉTODO

Inicialmente foi realizado levantamento bibliográfico e documental sobre o protocolo

de desenvolvimento de Biobanco e legislação vigente por uma comissão de servidores das seções científicas do IEC, envolvidos com o processo.

Baseado na aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos o Biobanco do IEC, foi implantado de acordo com protocolo de desenvolvimento Sistema CEP/CONEP (Resolução CONEP N° 441/2011) que instituiu as regras gerais para sua constituição, manutenção e funcionamento.

Instituído conforme o Parecer de aprovação n° 027/2016 e protocolo do projeto de pesquisa com registro CONEP n° B-059, ficou definido de acordo com regulamento interno, que todas as vezes que um pesquisador tiver interesse em armazenar amostras ao término de um projeto, precisa do TCLE do Biobanco devidamente preenchido e assinado.

3 I RESULTADOS E DISCUSSÕES

O biobanco do IEC tem amparo legal e se encontra entre os 56 biobancos que existem no país, sendo um dos já implantados na Região Norte.

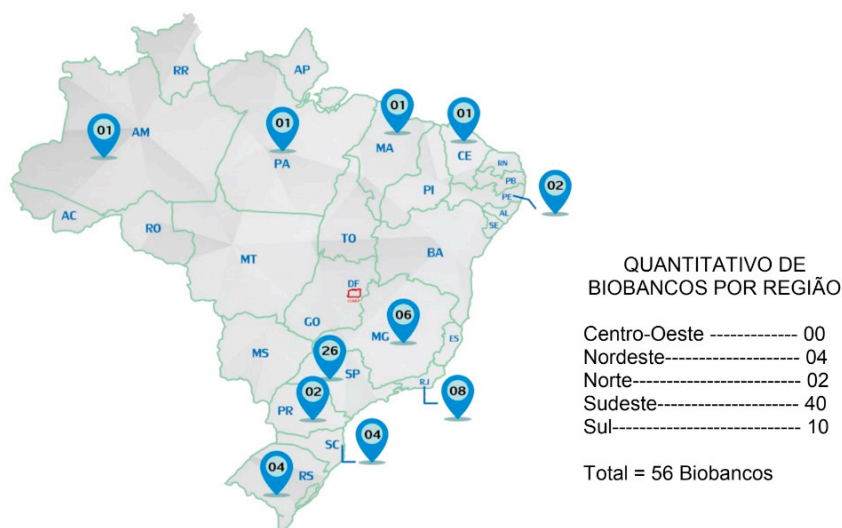


Figura 1: Biobancos autorizados pela CONEP, segundo Região do Brasil

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2019

O Biobanco da SAHEP está setorialmente instalado nas dependências do *campus* do IEC em Belém, Pará obedecendo aos princípios legais e éticos, do Conselho Nacional de Saúde – Resoluções n° 466/12 e Parecer CONEP n° 27/2016. Está constituído de 42 freezers à -20°C, com 30 caixas de alumínio, que comportam 250 amostras.

Para se utilizar espécimes biológicos que estejam armazenadas do biobanco,

deverá ser solicitada autorização à Coordenação da Comissão Técnica de Coleções (CTCol) da instituição, entretanto sempre que for ocorrer a inclusão ou a transferência de material biológico deverá ser preenchido documento específico e será necessário que o pesquisador apresente documento sobre a necessidade de uso de material armazenado no biobanco, justificando que o material a ser retirado, estará vinculado a um projeto de pesquisa, submetido e aprovado por um CEP.

As amostras são catalogadas por registro numérico sequencial, em tubos KMA de quatro ml, em caixas de alumínio, numeradas e armazenadas em freezers à -20°C, sendo a temperatura desses monitorada por termômetros digitais, que são calibrados a cada seis meses.

Os responsáveis pelo Biobanco possuem registro de identificação e localização das caixas contendo amostras de pesquisas encerradas e depositadas, bem como dos documentos relacionados a elas, como: TCLE, TALE, Fichas de Inquérito, entre outros. As amostras encaminhadas para depósito serão utilizadas para pesquisas futuras relacionadas a novos projetos de pesquisa, desde que submetidos e aprovados pelo CEP.

4 | CONCLUSÃO

Como parte integrante do Biobanco do IEC, o Biobanco da SAHEP desde sua implantação vem melhorando seu padrão estrutural e operacional, certamente contribuindo para a melhoria e prestação de serviços, na solução de agravos em saúde, respaldados por documentação específica obtida por ocasião da coleta de material.

A elaboração de procedimentos bem definidos permite garantir a qualidade das amostras, a confidencialidade do participante de pesquisa e dos resultados das análises laboratoriais, assim contribuindo com estudos futuros, especificamente na avaliação e determinação retrospectiva da prevalência de agentes patogênicos e com novas metodologias de diagnóstico laboratorial, inclusive dos vírus das hepatites, elevando o padrão da saúde pública no Brasil e em especial, na Amazônia brasileira.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (CNS). **Biobancos**. Brasília (DF): CNS, 2019. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/o-que-e-rss/92-comissoes/conep/normativas-conep/647-biobancos-conep>. Acessado em: 19 de fevereiro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Portaria nº 2.201, de 14 de setembro de 2011**. Estabelece as Diretrizes Nacionais para Biorrepositório e Biobanco de Material Biológico Humano com Finalidade de Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução nº 441 de 11 de maio de 2011**. Aprova as seguintes diretrizes para análise ética de projetos de pesquisas que envolvam armazenamento de material biológico humano ou uso de material armazenado em pesquisas anteriores. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012.** Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

DALLARI, S. G.; CASTELLARO, F. A. B.; GUERRIERO, I. C. Z. **Biobanking and Privacy Law in Brazil.** J Law Med Ethics, v.43, n. 4, p. 714-725, 2015.

PASTERNAK, J. **Corruption.** Einstein, v. 15, n. 3, p. 11-12, 2017.

RAMALHO, I. C.; MARANDUBA, C. M. C. **Biobancos: uma base para pesquisas de qualidade.** Einstein, v. 18, p. 1-2, 2020.

Revista digital AdNormas. **Biotecnologia: os biobancos e os métodos de contagemdecélulas.** Disponível em: <https://revistaadnormas.com.br/2020/08/04/biotecnologia-os-biobancos-e-os-metodos-de-contagem-de-celulas>. Acessado em: 22 de fevereiro de 2021.

CAPÍTULO 3

DIMINUIÇÃO DA ANSIEDADE E DEPRESSÃO COM O USO DA AURICULOTERAPIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 19/03/2021

Data de submissão: 22/02/2021

Leugim Teles Miranda

<http://lattes.cnpq.br/5453392013877575>

Luana de Oliveira Silva

<http://lattes.cnpq.br/9300535038049702>

Michel David Frias Guerra

<http://lattes.cnpq.br/8937146105695060>

Misael Medeiros da Silva

<http://lattes.cnpq.br/6239488495288356>

RESUMO: Introdução - A vida agitada, estresse e rotina de trabalho extenuante estão aumentando diariamente e causando ansiedade e depressão em vários indivíduos, ocasionando no uso excessivo de ansiolíticos. **Objetivo** - O presente estudo tem por objetivo avaliar a diminuição da ansiedade e depressão, através da Auriculoterapia, em usuários da Atenção Básica de Saúde. **Metodologia** - Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, com abordagem qualitativa. Foi utilizado como palavras chaves: Auriculoterapia; Ansiedade; Depressão. Utilizou-se para coleta de dados entrevistas durante a anamnese, realizada na primeira consulta e em todos os retornos das usuárias, com um total de 5 sessões. **Resultados** - Das 70 pacientes tratadas com Auriculoterapia, 54 cumpriram as cinco sessões, 16 abandonaram o tratamento entre a 2ª e a 4ª sessão. Do total de pessoas

que participaram do estudo, após a realização da anamnese, todas foram diagnosticadas com Ansiedade, 39% tinham diagnóstico de Hipertensão, 10% Diabetes Mellitus, 29% apresentaram ambas as comorbidades e 36% relatam a presença de artroses. **Conclusão** - Concluiu-se que a prática da Auriculoterapia foi eficaz para a diminuição de medicamentos ansiolíticos, e com a adesão cada vez maior da população pode ser implementada em toda a rede de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Auriculoterapia; Ansiedade; Depressão.

DECREASED ANXIETY AND DEPRESSION WITH THE USE OF AURICULOTHERAPY: AN EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: Introduction - The hectic life, stress and strenuous work routine are increasing daily and causing anxiety and depression in several individuals, causing the overuse of anxiolytics. **Objective** - The present study aims to evaluate the reduction of anxiety and depression, through Auriculotherapy, in users of Primary Health Care. **Methodology** - Descriptive study, type of experience report, with a qualitative approach. The following keywords were used: Auriculotherapy; Anxiety; Depression. Interviews were used for data collection during the anamnesis, carried out in the first consultation and in all users' returns, with a total of 5 sessions. **Results** - Of the 70 (100%) patients treated with Auriculotherapy, 54 (77.14%) completed the five sessions, 16 (22.86%) abandoned the treatment between the 2nd and 4th sessions. Of the total

number of people who participated in the study, after completing the anamnesis, all were diagnosed with Anxiety, 39% had a diagnosis of Hypertension, 10% Diabetes Mellitus, 29% had both comorbidities and 36% reported the presence of arthrosis. **Conclusion** - It was concluded that the practice of Auriculotherapy was effective in reducing anxiolytic drugs, and with the increasing adherence of the population, it can be implemented throughout the health network.

KEYWORDS: Auriculotherapy; Anxiety; Depression.

1 | INTRODUÇÃO

O enfrentamento de situações da vida diária pode desencadear diferentes reações aos indivíduos, onde estão inseridos o estresse, a ansiedade e a depressão. Muitas pessoas acreditam que somente a intervenção medicamentosa pode mudar essas reações e fazer com que sintam melhoras, porém com o avanço de tratamentos alternativos, existem várias propostas que fazem com que os remédios sejam a última opção de tratamento. Uma intervenção que pode ser utilizada para prevenir e controlar esses fatores é a auriculoterapia, que é uma Prática Integrativa e Complementar da saúde - PICs (CORRÊA et al, 2020).

As culturas orientais têm historicamente desenvolvido estratégias para lidar com o estresse a partir de práticas corporais, exercícios, movimentos, danças e massagens, visando preservar e recuperar a saúde por meio da flexibilização e do fortalecimento do corpo e da mente (KUREBAYASHI, et al 2012).

As PICs são realizadas dentro da Atenção básica como um tratamento alternativo para várias doenças, no entanto uma das maiores procuras é para ansiedade e depressão. As práticas foram incorporadas no Sistema Único de Saúde (SUS) mediante a Portaria GM/MS nº 971, de 03 de maio de 2006. Através desta Portaria foi aprovada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPIC), que institui a oferta de medicinas tradicionais e complementares no SUS (BRASIL, 2020).

As PICs vão de encontro aos princípios do SUS, no sentido de promover a escuta acolhedora, com o objetivo de melhorar a saúde e bem estar dos pacientes, desenvolver o vínculo terapêutico e buscar a integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade, reintegrando seu equilíbrio físico e mental em sua individualidade, dando-lhe instrumentos e suporte para o auto-cuidado e o autoconhecimento na busca pela paz interior (MONINI; MONINI).

A OMS, em 1990, reconheceu a Auriculoterapia como terapia de microssistemas, onde através da estimulação de pontos no pavilhão auricular, resulta em sinais de melhora das queixas apresentadas (RODRIGUES; GALDINO; POLAZ, 2020).

Convencionalmente, a acupuntura auricular pode empregar como instrumentos agulhas semipermanentes ou sistêmicas para fazer a estimulação desses pontos. Sementes ou imãs magnéticos também podem ser utilizados para realizar a estimulação (KUREBAYASHI, et al 2012).

A auriculoterapia é realizada na região do pavilhão auricular. Promove a regulação psíquico-orgânica do indivíduo por meio de impulsos nos pontos energéticos localizados na orelha (BRASIL, 2020). Por isso ela é indicada para o tratamento de dor aguda e crônica, reduzindo significativamente a intensidade da dor aguda em até 48 horas. Assim sendo, o estímulo com auriculoterapia pode aumentar a atividade dos neurônios de áreas relacionadas às vias inibitórias descendentes da dor e a atividade do sistema límbico (BRASIL, 2019).

Visto que a Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como o completo bem-estar físico, social e mental do indivíduo, ao longo que nos últimos anos os transtornos de ansiedade tem sido cada vez mais comuns na vida das pessoas (RODRIGUES; GALDINO; POLAZ, 2020). Por esse motivo, o tratamento farmacológico, especialmente com medicamentos psicotrópicos da classe dos ansiolíticos, constitui a terapêutica mais comum e mais procurada, porém, o uso prolongado dessas drogas pode provocar vários efeitos adversos (CORRÊA et al, 2020).

Há consenso de que fatores psicológicos e sociais podem ocasionar problemas à saúde física dos indivíduos (KUREBAYASHI, ET al 2012). De acordo com Moura (2015), a ansiedade pode ser considerada como um vago e incômodo sentimento de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autonômica e sentimento de apreensão causado pela antecipação de perigo. Kurebayashi et al (2012) complementa que o enfrentamento do estresse tem sido foco de atenção e instrumentos têm sido desenvolvidos no sentido de avaliar como as pessoas lidam com dificuldade, ou circunstâncias estressantes, na vida.

Devido a este aumento dos transtornos de ansiedade e, conseqüentemente, uma maior medicalização dos indivíduos, observou-se a necessidade de realizar uma terapêutica para diminuir e/ou minimizar o uso desses medicamentos , sendo assim, uma racionalização geral de medicamentos para cada paciente, ocasionando em um déficit de efeitos adversos e de pessoas dependentes do tratamento. Assim, pode-se observar que a auriculoterapia foi um divisor de águas para os entrevistados, pois os relatos foram positivos e considerados efetivos.

2 | METODOLOGIA DO ESTUDO

O presente estudo tem como objeto de estudo o uso da auriculoterapia para diminuir a ansiedade e depressão dos indivíduos.

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, com abordagem qualitativa. Foi utilizado como palavras chaves: Auriculoterapia; Ansiedade; Depressão. Utilizou-se para coleta de dados entrevistas durante a anamnese, realizada na primeira consulta e em todos os retornos das usuárias, com um total de 5 sessões.

A pesquisa foi realizada durante os meses de agosto a outubro de 2020, na Clínica da Família Wilson Mello Santos 'Zico', localizada no bairro de Bangu, no município do Rio

de Janeiro.

Foi realizada Auriculoterapia em 70 indivíduos maiores de 30 anos, com queixa ou diagnóstico de Depressão, Ansiedade, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus, podendo ser concomitante ou não com outras comorbidades, que utilizavam ansiolíticos, antidepressivos e anti-hipertensivos.

A atividade ocorreu em local amplo e arejado, livre de barulhos e interrupções externas. O instrumento utilizado na auriculoterapia foram sementes de mostarda ou cristais radiônicos, onde foram priorizados de 5 a 7 pontos principais, de acordo com a avaliação realizada e os relatos dos indivíduos durante a anamnese.

As sessões foram realizadas por profissionais com cursos de Auriculoterapia nos horários da tarde, com consulta médica prévia para definição de diagnóstico médico da doença. O protocolo utilizado durante a pesquisa foi desenvolvido pelo próprio Auriculoterapeuta, baseado nas bases da Auriculoterapia já explicitadas anteriormente.

Os materiais utilizados foram: sementes de mostarda e cristais radiônicos, placa para as esferas, esparadrapo, estilete, pinça simples e álcool 70%, para limpeza local. O instrumento para coleta de dados foi um questionário, realizado durante a anamnese, que avaliou a percepção das pacientes diante do avanço da terapia.

As variáveis estudadas no questionário foram: álcool, fumo, diabetes, hipertensão, doenças cardíacas, alimentação, dores, ansiedade e depressão. Realizou-se também conversas com as usuárias, questionando se houve melhora durante as semanas em que as sessões foram realizadas e se foram realizadas as compressões locais, conforme solicitado pelo terapeuta. Os dados quantitativos coletados foram registrados e agrupados em banco de dados do programa *Microsoft Excel 2010®* e submetidos a análise estatística simples.

O tratamento foi dividido em cinco sessões, completando um ciclo, e posteriormente foi realizada consulta médica para avaliação do estado de saúde direcionado especificamente à Síndrome Ansiosa, sempre com a discussão prévia de cada caso com o terapeuta atuante.

Durante a realização das sessões, as usuárias foram orientadas a realizar pressão local nos pontos da auriculoterapia, com uma média de 2 a 3 vezes por dia, durante o tempo em que as esferas se mantiverem no local, sendo o máximo de 7 dias, ou até as esferas caírem espontaneamente.

As esferas foram aplicadas sobre os pontos auriculares e fixadas com o auxílio de esparadrapo. Os pontos mais utilizados foram: *ShenMen*, *Rim*, *Ansiedade* para todas as usuárias, *SNC*, *Insônia* e *Occipital*. Os demais pontos foram analisados conforme a indicação ou relato de outras doenças concomitantes das usuárias.

3 | MARCO TEÓRICO DO RELATO

Inicialmente foi realizada uma conversa entre os componentes do estudo,

explicitando que havia um número alto de pacientes que estavam dependentes de medicações controladas, dentro da Unidade Básica de Saúde (UBS). Assim, surgiu a ideia de iniciar este artigo, em um número pequeno de pacientes, onde seria realizada consulta, anamnese e questionário sobre os sinais e sintomas relatados pelos usuários e, posteriormente, a auriculoterapia, no qual, havendo necessidade, poderia ser incluído outras práticas integrativas, como por exemplo a ventosaterapia, e suplementos vitamínicos, porém visando sempre o tratamento menos alopático possível.

A adesão dos pacientes foi positiva, sendo observado uma melhora nos sinais e sintomas relatados desde a primeira sessão. Foi possível observar também uma diminuição no uso e dosagem das medicações.

4 | LOCAL E POPULAÇÃO ENVOLVIDA NO RELATO

O estudo foi realizado durante os meses de Agosto até Novembro de 2020, na Clínica da Família Wilson Melo Santos “Zico”, localizada em Bangu, na comunidade Vila Kennedy. Participaram do estudo usuários da unidade, onde a maioria foram mulheres de 35 a 80 anos, que relataram sinais e sintomas de hipertensão, dor, ansiedade, depressão e estresse, entre outros. Foram realizadas sessões de auriculoterapia, numa média de 15 a 20 minutos em cada sessão, sendo realizada uma breve anamnese e avaliação local, seguindo as etapas de inspeção e palpação na região do pavilhão auricular. A orientação foi de 5 sessões no máximo, com a realização de compressão local, de 2 a 5 vezes por dia e a retirada dos pontos ainda existentes após 7 dias de tratamento.

5 | PRIMEIRA SESSÃO DO RELATO

Ao aceitar participar do estudo, as pessoas eram encaminhadas para uma sala que assegurasse uma privacidade, ampla e arejada, para a realização da auriculoterapia.

A primeira consulta teve como objetivo definir o protocolo para pacientes, onde se realizou um questionamento aprofundado sobre as queixas e relatos que o paciente considera importante e relevante para o seu tratamento.

Por conseguinte, a equipe realizou uma explicação e esclarecimento sobre o que é a auriculoterapia e sua relevância em relação ao objetivo principal do estudo, que é tratar de forma natural a ansiedade e diminuir o uso de medicação. Neste momento, a equipe explicou ao máximo sobre os benefícios e como o tratamento pode ajudá-lo. Assim, o terapeuta avaliou completamente o usuário, focando no local de colocação dos pontos, que é o pavilhão auricular.

Após a identificação dos pontos, foi colocada as esferas, que poderiam ser sementes de mostarda ou cristais. Realizou-se uma explicação ao paciente, orientando-o em realizar a compressão no local dos pontos, no mínimo 4 vezes por dia, até que os pontos caem sozinhos ou sejam retirados após 7 dias.

Os pontos mais usados foram *ShenMen*, que possui como ações principais a estabilização emocional, ansiedade, condições de dor e apresenta atividade antiinflamatória. *Rim* é utilizado principalmente para enxaqueca e doenças ósseas em geral e crônicas (ARTIOLI; TAVARES; BERTOLINI, 2019).

Destaca-se que os resultados positivos das sementes ou esferas dependem da pressão corretamente exercida pelos pacientes. A estimulação de qualquer ponto em auriculoterapia pode produzir efeitos fisiológicos ao organismo. (CORRÊA et al, 2020).

6 | OUTRAS SESSÕES DO RELATO

Na segunda sessão, havendo o retorno do paciente, foi realizada uma anamnese questionando se houve melhora ou piora nos sintomas relatados anteriormente. A maioria das usuárias relataram melhora e diminuição das dores, do estresse, da ansiedade, da depressão e, principalmente, do sono, além da diminuição dos medicamentos ansiolíticos e anti hipertensivos.

Durante a terceira sessão, foi observado que a maioria das usuárias relataram uma melhora significativa em relação ao sono, que antes de iniciar o tratamento, não conseguiam dormir, ou tinham insônia durante a noite, porém, após o início da aplicação da Prática Integrativa, a qualidade de seu sono melhorou drasticamente e conseguiram ter uma noite tranquila, além de melhorar a ansiedade e o estresse, de forma que observaram mudanças bruscas e positivas em seu dia a dia.

A maioria relatou que gostaria de dar continuidade ao tratamento, seguindo uma rotina e observando não possuir necessidade de tomar medicação para dormir.

7 | RESULTADOS

A oferta da auriculoterapia no SUS é estimulada para ampliar a integralidade da atenção e o acesso às mesmas. Ela pode ser usada sozinha ou associada a outros recursos terapêuticos, ofertada no acolhimento, no atendimento individual ou em grupos (BRASIL, 2019).

Os relatos de experiência indicam os potenciais benefícios das PICS, a curto e longo prazo, para promoção da saúde e a sensação de bem estar dos pacientes (MONINI; MONINI, 2012). O profissional deve estar atento e fazer as devidas recomendações no momento da aplicação (BRASIL, 2019).

Das 70 (100%) pacientes tratadas com Auriculoterapia, 54 (77,14%) cumpriram as cinco sessões, 16 (22,86%) abandonaram o tratamento entre a 2ª e a 4ª sessão.

100% das pacientes sentiram melhoras leves após a 1ª sessão, porém os 22,86% que escolheram não dar continuidade às Práticas Integrativas relataram que, apesar da melhora que observaram, sentiram uma necessidade intensa em continuar com o uso dos ansiolíticos. Posteriormente a segunda sessão, 60% dos pacientes relataram a

continuidade da melhora e mudanças significativas em seu estilo de vida e bem estar, incluindo a melhora do sono, diminuição na vontade de fumar e nas dores relatadas antes de iniciar o tratamento. No decorrer da 3ª sessão, 80% dos pacientes se sentiram aptos a iniciar a troca do medicamento controlado por um fitoterápico.

Do total de pessoas que participaram do estudo, após a realização da anamnese, todas foram diagnosticadas com Ansiedade, 39% tinham diagnóstico de Hipertensão, 10% Diabetes Mellitus, 29% apresentaram ambas as comorbidades e 36% relatam a presença de artroses.

Desses indivíduos, em 2 pacientes foram retirados completamente o uso de Benzodiazepínicos e 20 indivíduos iniciaram a Auriculoterapia, sendo necessária a utilização concomitante de fitoterápicos, como Valeriana e Passiflora, poupando assim a utilização de fármacos sintéticos.

Após o término das sessões, 80 % deste grupo não faz mais uso de nenhuma medicação para seus transtornos, apenas auriculo e outros tratamentos holísticos. Ressalta-se que a técnica demonstrou ser minimamente invasiva, com baixo custo, segura e rápida, demandando pouco tempo para aplicação (CORRÊA et al, 2020).

8 | DISCUSSÃO

Alguns relatos de abandono repentino do tratamento alopático entre uma sessão e outra, pelos usuários fez com que esse pequeno grupo fosse orientado mais de perto pelo médico da equipe, para não haver uma possível “recaída” no desmame interino da medicação. Tendo o relato de melhora da qualidade do sono e funções intestinais, algumas pacientes do sexo feminino relataram melhora na eliminação de líquidos sendo assim sucetivamente um desinchaço natural de pernas e abdomen.

Os resultados obtidos revelam a eficácia da aplicabilidade da Auriculoterapia como método terapêutico bem como profilático frente aos problemas apresentados.

Para que as Práticas Integrativas sejam mais utilizadas em benefício dos usuários e de forma acessível, é necessário que haja mais investimentos governamentais, principalmente no âmbito do SUS, com base em incentivo e criação de condições para o oferecimento das PICS em todas as unidades de saúde, visando o favorecimento quanto ao uso de recursos terapêuticos eficazes e economicamente acessíveis.

Por isso é importante que os profissionais da equipe multidisciplinar obtenham conhecimentos e interesse em ampliar o campo de atuação, além de assegurar a humanização e qualidade do atendimento, incluindo a integralidade da assistência ao indivíduo.

As evidências disponíveis acerca dos efeitos da auriculoterapia no tratamento do estresse, ansiedade e depressão comprovam a efetividade da técnica em indivíduos adultos e idosos (CORRÊA et al, 2020).

9 | CONCLUSÃO

A auriculoterapia, é considerada uma PIC, e é utilizada como um recurso terapêutico, baseado em conhecimentos tradicionais passados entre gerações, que foi empregada no projeto como a principal ferramenta de avaliação e tratamento das queixas apresentadas pelos colaboradores, como dores localizadas e problemas emocionais. Com a realização das sessões, foi possível observar que ocorreram melhoras significativas em relação às queixas físicas, o que já nos problemas emocionais, para a melhora efetiva, seria necessário um maior número de sessões.

Os relatos sugerem que as PICS promovem benefícios na vida das pessoas como redução do quadro de sintomas, contribuindo para reduzir o sofrimento e auxiliando na promoção da qualidade de vida de quem as pratica.

As PICs possuem maiores afinidades com a integralidade entre os serviços de saúde e o cuidado com o paciente. Esse princípio constitui um grande desafio em face da sua visão focada apenas na doença e na fragmentação em especialidades, necessitando de equipes multidisciplinares e multiprofissionais para a conquista da integralidade.

Essas práticas integrativas estão inseridas nos âmbitos primário, secundário e terciário do SUS, obtendo maior destaque para a Atenção Básica, onde é o setor em que são mais realizados e mais procurados pelos usuários (CORRÊA et al, 2020). O baixo custo em comparação a tratamentos medicamentosos, a ausência de efeitos adversos ou colaterais e a fácil aplicação, convertem os tratamentos em estratégias promissoras no auxílio às usuárias com depressão, ansiedade e hipertensão, podendo ser inserido, principalmente na Atenção Básica e em toda a rede de saúde do SUS.

REFERÊNCIAS

ARTIOLI, DP; TAVARES, ALF; BERTOLINI, GRF. Auriculoterapia: neurofisiologia, pontos de escolha, indicações e resultados em condições dolorosas musculoesqueléticas: revisão sistemática de revisões. **BrJP**. São Paulo. 2019.

BRASIL. Há indicações de auriculoterapia para tratamento de dor? Se sim, em quais situações está indicada é contraindicada? Quais os pontos devem ser estimulados. **Telessaúde Brasil Redes**. 2019.

CORREA, H.P. et al. Efeitos da auriculoterapia sobre o estresse, ansiedade e depressão em adultos e idosos: revisão sistemática. **Rev. Esc. Enferma. USP**. 2020.

MONINI, M.C.; MONINI, J.B.M. Relato de experiência de pacientes atendidos no hospital de medicina alternativa. 2012.

MOURA, C.C.; et al. Auriculoterapia efeito sobre a ansiedade. **REV. Cubana de Enfermería**. 2015.

RODRIGUES, C.R.; GALDINO, E.B.; POLAZ, D.C.N. Auriculoterapia aplicada em profissionais de saúde de uma base de remoção de pacientes: Relato de experiência. **Rev. Saúde em Foco**. Ed. nº 12. 2020

CAPÍTULO 4

SEPSE ASSOCIADA A CATETER VENOSO CENTRAL EM PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Data de aceite: 19/03/2021

Data de submissão: 11/02/2021

Diélig Teixeira

Hospital Adventista de Belém (HAB)

Belém – PA

ORCID: 0000-0002-0520-6759

Pamela Nery do Lago

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais / Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HC-UFMG/EBSERH)

Belo Horizonte – MG

ORCID: 0000-0002-3421-1346

Marlene Simões e Silva

HC-UFMG/EBSERH

Belo Horizonte – MG

ORCID: 0000-0002-1195-493X

Regina de Oliveira Benedito

HC-UFMG/EBSERH

Belo Horizonte – MG

ORCID: 0000-0002-3164-5165

Ronaldo Antônio de Abreu Junior

HC-UFMG/EBSERH

Belo Horizonte – MG

ORCID: 0000-0001-9568-5644

Edma Nogueira da Silva

Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF/EBSERH)

Juiz de Fora – MG

ORCID: 0000-0002-6029-5862

Samantha Lara da Silva Torres Anaisse

Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (HUMAP-UFMS/EBSERH)

Campo Grande – MS

ORCID: 0000-0002-8350-5607

Sabrina Macambira Guerra da Rocha

Hospital Regional Dr. Abelardo Santos (HRAS)

Belém – PA

ORCID: 0000-0002-2409-2187

Lana Rose Cortez de Farias

Hospital Universitário Ana Bezerra da

Universidade Federal do Rio Grande do Norte

(HUAB/EBSERH)

Natal – RN

ORCID: 0000-0001-6441-9765

Ana Paula Ferreira Marques de Araújo

Hospital das Clínicas da Universidade Federal

do Pernambuco (HC-UFPE/EBSERH)

Recife – PE

ORCID: 0000-0002-3302-0417

Fernanda Carneiro Melo

Hospital Universitário da Universidade Federal

de Sergipe (HU-UFS/EBSERH)

Aracaju – SE

ORCID: 0000-0003-2664-7243

Juliane Guerra Golfetto

Hospital Universitário da Universidade Federal

de Santa Maria (HUSM-UFMS/EBSERH)

Santa Maria – RS

ORCID: 0000-0003-2535-1344

RESUMO: O cateterismo venoso central é um procedimento que visa facilitar o tratamento de pacientes que necessitam, sobretudo, de

grandes volumes de infusão, visto ser um acesso mais seguro e duradouro. O objetivo deste estudo é abordar a ocorrência de sepse associada ao uso de cateter venoso central em pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva, destacando a ocorrência e formas de prevenção destes casos. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória, em que foi realizada no mês de fevereiro de 2021, uma revisão bibliográfica dos últimos 20 anos em artigos científicos e demais fontes da *Internet*, utilizando os descritores: sepse; cateterismo venoso central; unidade de terapia intensiva. Concluiu-se que a sepse é um dos principais problemas decorrentes da utilização de cateteres venosos centrais em pacientes criticamente enfermos, apresentando-se como uma intercorrência de alta morbimortalidade neste grupo de pacientes. Trabalhar a prevenção destes casos é a única forma de possibilitar uma redução do número de ocorrências e óbitos, no entanto a prevenção envolve muitas ações, não sendo tarefa fácil. A utilização de um protocolo de cuidados – chamado bundle – é uma medida que tem sido adotada por diversos países em todo o mundo, com bons resultados na diminuição do número de casos, devendo ser dada prioridade a ações como estas no intuito de garantir a redução de sua ocorrência e conseqüentemente dos riscos associados a eles.

PALAVRAS-CHAVE: Sepse. Cateterismo Venoso Central. Unidade de Terapia Intensiva.

SEPSIS ASSOCIATED WITH CENTRAL VENOUS CATHETER IN PATIENTS HOSPITALIZED IN INTENSIVE CARE UNIT

ABSTRACT: Central venous catheterization is a procedure that aims to facilitate the treatment of patients who, above all, need large volumes of infusion, as it is a safer and longer-lasting access. The aim of this study is to address the occurrence of sepsis associated with the use of central venous catheters in patients admitted to Intensive Care Units, highlighting the occurrence and ways of preventing these cases. It is a qualitative, exploratory research, in which February 2021, a bibliographic review of the last 20 years in scientific articles and other Internet sources, using the descriptors: sepsis; central venous catheterization; intensive care unit. It was concluded that sepsis is one of the main problems resulting from the use of central venous catheters in critically ill patients, presenting itself as a complication of high morbidity and mortality in this group of patients. Working to prevent these cases is the only way to make it possible to reduce the number of occurrences and deaths, however prevention involves many actions, and it is not an easy task. The use of a care protocol - called a bundle - is a measure that has been adopted by several countries around the world, with good results in decreasing the number of cases, and priority should be given to actions like these in order to guarantee the reduction occurrence and consequently the risks associated with them.

KEYWORDS: Sepsis. Central Venous Catheterization. Intensive Care Unit.

1 | INTRODUÇÃO

Os cateteres venosos centrais (CVC) tem importância singular dentro das terapias intensivas, sendo ferramentas fundamentais no sucesso dos tratamentos e na reabilitação de muitos pacientes.

Com o uso crescente nos últimos anos destes mecanismos, verificou-se também

proporcionalmente um aumento considerável do número de casos de infecções relacionadas a estes.

Melo *et al* (2007) observaram que a UTI é o local onde mais ocorrem problemas relacionados à infecções e complicações com o uso de cateteres, em relação aos outros ambientes hospitalares.

Brachine *et al* (2012) afirmaram que os CVC são dispositivos indispensáveis na assistência à saúde. De acordo com o Centers for Disease Control and Prevention (CDC), metade dos pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) dos Estados Unidos da América (EUA) utiliza algum tipo de CVC, resultando em montante de 15 milhões de cateter/dia por ano. Esse tipo de dispositivo é utilizado para uma variedade de aplicações terapêuticas como monitorização hemodinâmica, administração de fluidos, fármacos, hemoderivados e nutrição parenteral.

Os cateteres venosos centrais representam cerca de 90% das infecções de acessos venosos e se estima cerca de 1,5 infecção a cada 1.000 cateteres venosos centrais passados atualmente nos EUA, um número muito inferior aos encontrados em passado recente [...]. Cerca de 40% das infecções da corrente sanguínea primária foram relacionadas a um cateter venoso central (BRANDÃO NETO, 2015).

Neste contexto, é indispensável a priorização da qualidade da utilização destes dispositivos, já que os mesmos apresentam importante fator de risco para o desenvolvimento de infecções e outras complicações que causariam não somente a elevação dos custos com o tratamento e o tempo de internação, mas também do risco de morte dos pacientes.

Para Bonvento (2007), a infecção da corrente sanguínea relacionada ao CVC ocorre quando o germe presente no local de inserção acaba por atingir a corrente sanguínea, desencadeando o processo bacterêmico. Esta bacteremia, caso não seja devidamente contida, ocasiona uma infecção com um grave comprometimento clínico, podendo resultar em sepse.

De acordo com Todeschini *et al* (2011), a sepse representa um importante problema de saúde pública causador de óbitos em UTIs.

O objetivo deste estudo é abordar a ocorrência de sepse associada ao uso de cateter venoso central em pacientes internados em UTIs, destacando a ocorrência e formas de prevenção destes casos.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória, em que foi realizada no mês de fevereiro de 2021, uma revisão bibliográfica dos últimos 20 anos em artigos científicos e demais fontes da *Internet*, utilizando os descritores: sepse; cateterismo venoso central; unidade de terapia intensiva.

Este estudo tem por finalidade contribuir com as discussões sobre as complicações em cateteres venosos centrais oriundas de sepse, abordando as principais condutas que podem ser tomadas no intuito de minimizar tais complicações.

2 | PRINCIPAIS AGENTES CAUSADORES DE INFECÇÕES EM CVC

Melo *et al* (2007) apresentaram um estudo retrospectivo de 61 culturas de pontas de cateteres venosos centrais, obtidos por verificação de dados nos arquivos de registro de cultura do hospital e fichas de notificação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, de um hospital de Belém do Pará, entre janeiro de 2003 e dezembro de 2004. Como resultados, do total de amostras, 91,8% apresentaram cultura positiva. Estas foram em maior ocorrência no sexo masculino, com um total de 66,1%. Entre os microrganismos encontrados, *Pseudomonas aeruginosa* foi a de maior incidência, com 26,8% do total, seguidas de *Staphylococcus aureus* com 21,4% e *Staphylococcus sp.* coagulase negativa com 16,0%.

Storti *et al* (2007) identificaram em estudo o *Staphylococcus aureus* como o principal colonizador dos cateteres, seguido pelo *Staphylococcus epidermidis*. As bactérias do gênero *Staphylococcus spp* foram as mais frequentemente isoladas na ponta do cateter, confirmando a hipótese de que a infecção possa ter origem das bactérias presentes na pele do próprio paciente, da equipe assistencial ou da conexão do cateter.

Bonvento (2007) afirmou que, basicamente, as estratégias de prevenção de resistência antimicrobiana em UTI podem ser divididas em estratégias não farmacológicas – higiene rotineira das mesas e implantação de protocolos de prevenção específicos – e estratégias de manuseio de antibióticos.

Hermann *et al* (2008) apontou que o *Staphylococcus coagulase negativo* é responsável por mais de 50% do total de infecções tardias, seguido pelas Gram negativas – responsáveis por 20 a 30% - e apresentando uma taxa de mortalidade na ordem de 30 a 50%. No caso do patógeno isolado ser Gram-negativo, o risco de mortalidade chega a 40% no caso de sepse tardia. Especificamente em relação ao diagnóstico, alguns sinais são utilizados como critérios sugestivos de sepse, especialmente os relacionados à instabilidade térmica, alterações nas frequências cardíaca e respiratória, gemidos, tiragens, letargia, intolerância alimentar, alterações na perfusão tissular. No hemograma podem ser observados: leucocitose, leucopenia e trombocitopenia.

Gordon *et al* (2009) afirmaram que a prevenção é o ponto mais importante na busca pela contenção no número de casos nas UTIs. Torna-se, neste contexto, fundamental a identificação dos principais microrganismos presentes, sendo esta informação essencial para a escolha dos antibióticos a serem utilizados visando a prevenção da sepse tardia. Nas unidades onde, por exemplo, há uma infecção por *Pseudomonas* muito elevada, e levando-se em conta que esta bactéria apresenta altos índices de mortalidade, devem ser utilizados todos os meios possíveis para impedir a propagação da bactéria entre os pacientes, iniciando-se a terapia com antibióticos específicos sempre que se suspeita de sepse invasiva.

Carvalho *et al* (2010) apresentaram um estudo que revelou que a sepse se

apresentou numa frequência mais alta do que relatado na literatura (18,6%), com distribuição similar entre as primárias e secundárias. Os estafilococos predominaram nas infecções primárias e os bacilos Gram-negativos nas secundárias, com frequências de resistência para oxacilina, cefalosporinas de amplo espectro e imipenem sendo superior a 50%. Entretanto, a mortalidade total nos casos de sepse grave (35%) e choque séptico (50%) foram compatíveis com estudos multicêntricos.

Todeschini *et al* (2011) buscaram estabelecer o perfil epidemiológico dos casos de sepse em pacientes adultos internados na UTI em um hospital escola no Sul do Brasil. Foram revisados os prontuários de pacientes notificados pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar como sepse associada ao uso de CVC em UTI entre os anos de 2002 e 2009. Dos 83 casos avaliados, 44 (53%) evoluíram para óbito, sendo 63,9% homens. A média de idade foi de 21,6 a 48,6 anos. O tempo médio de internação foi de 19,8 dias, a comorbidade mais prevalente foi diabetes *mellitus* (34,8%) e a principal causa de internação foi politraumatismo (44,6%). O microrganismo mais frequentemente isolado foi *Staphylococcus coagulase negativa* (58,5%).

3 I CONTROLE E PREVENÇÃO DE INFECÇÕES EM CVC

Ferreira *et al* (2011) buscaram evidências científicas sobre o controle de infecção relacionada ao CVC impregnado com antissépticos utilizados em pacientes adultos hospitalizados. Dos 9 estudos analisados, a utilização de cateteres impregnados com antissépticos mostrou diferença estatisticamente significativa em 8 estudos quanto à redução da colonização microbiana. Entretanto, apenas 1 estudo demonstrou redução na ocorrência da infecção.

Brachine *et al* (2012) citaram que, atualmente existe uma infinidade de estratégias desenvolvidas para diminuir o risco de sepse decorrente de CVC. Tais estratégias estão descritas no CDC como diretrizes (*Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections*) e vêm sendo trazidas para a prática clínica em forma de pacote ou conjunto de intervenções, formados por um pequeno grupo de cuidados específicos, denominado, na língua inglesa de *bundle*. Esses cuidados são essenciais para a segurança do paciente e quando aplicados juntos geram resultados importantes.

Dallé *et al* (2012) buscaram verificar a redução das taxas de infecção relacionadas a CVC em UTI adulto, através da implementação de um conjunto (*bundle*) de medidas preventivas utilizando a vigilância do processo de inserção e manutenção de CVCs. Foi realizado um quase-experimento, na UTI adulto do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), antes e após a implementação dos *bundles* de inserção e manutenção de CVCs. No *bundle* de inserção foram avaliados 594 procedimentos. A taxa de adesão ao *bundle* de inserção foi de 54,4%. Em relação ao *bundle* de manutenção, a taxa de adesão no primeiro mês de implementação foi de 41,5%, e teve um aumento importante após o segundo

mês devido à notificação nominal dos profissionais que não aderiam. A taxa média de infecção relacionada ao CVC pré-intervenção foi de 2,4/1000 cateteres-dia e a média pós-intervenção foi de 1,2/1000 cateteres-dia.

Contrim *et al* (2013) afirmaram que há também o consenso de que, em razão do fator imunossupressão, entre outros fatores ainda não bem esclarecidos, os pacientes que tiveram sepse no hospital ainda são considerados em risco elevado de morte após a alta hospitalar. Nos EUA, existem relatos de taxa de mortalidade de 37% para pacientes internados na UTI. Entretanto, apenas 49% dos pacientes sobrevivem à hospitalização e 72% morrem dentro de um ano após a alta hospitalar.

Romanelli *et al* (2013) avaliaram os fatores de risco e a letalidade da infecção da corrente sanguínea laboratorialmente confirmada (ICSLC) de início tardio em uma Unidade Neonatal de Cuidados Progressivos (UNCP) brasileira. Foi realizado um estudo caso-controle entre 2008 e 2012. No estudo, 50 pacientes com ICSLC de início tardio foram combinados com 100 pacientes sem ICSLC de início tardio. No grupo de pacientes com ICSLC de início tardio, identificamos uma proporção significativamente maior de pacientes que foram submetidos a procedimentos cirúrgicos e que usaram CVC e ventilação mecânica. *A Enterobacteriaceae* foi identificada em 14 casos, com três óbitos (21,4%), e *Staphylococcus aureus* foi identificado em 20 casos, com três óbitos (15%). Os autores concluíram que os procedimentos cirúrgicos e o uso de CVC constituíram fatores de risco significativos para ICSLC. Portanto, práticas de prevenção para cirurgia segura, inserção e manipulação de CVC são essenciais para reduzir essas infecções, além de treinamento e educação contínua às equipes cirúrgicas e de assistência.

Santos *et al* (2014) buscaram identificar as ações de enfermagem para a prevenção de infecções primárias da corrente sanguínea. Foi realizada uma revisão integrativa da literatura. A amostra foi composta por 12 artigos, sendo que 9 deles apresentaram associação de intervenções por meio do *bundle*, mostrando grande eficácia na redução de infecções. Três estudos compararam o uso de gaze estéril e filme transparente para a realização do curativo. As evidências sobre os cuidados de enfermagem para pacientes em uso de CVC servem de base para se realizar uma assistência efetiva, segura, de qualidade e com custos reduzidos.

Stocco *et al* (2016) avaliaram a efetividade e segurança do uso de CVC de segunda geração, impregnados com clorexidina e sulfadiazina de prata, comparados com outros cateteres impregnados ou não, na prevenção de infecção de corrente sanguínea. Na infecção de corrente sanguínea, relacionada ao cateter, não houve significância estatística entre cateter de segunda geração impregnado em comparação aos não impregnados. Na análise de sensibilidade, houve diminuição da infecção de corrente sanguínea nos cateteres impregnados. Neste estudo o uso dos cateteres de segunda geração foi efetivo na redução de colonização do cateter e de infecção quando realizada análise de sensibilidade.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Naqueles pacientes que se encontram criticamente enfermos, a realização de procedimentos invasivos é uma constante. Por certo, um dos procedimentos mais realizados entre os pacientes críticos é a instalação e utilização do cateter venoso central, seja para a administração de medicamentos, seja para o aporte nutricional.

No entanto, o que se observa é que este procedimento é de grande invasividade, podendo acarretar uma série de consequências negativas e complicações relacionadas à ocorrência de infecções de diferentes graus.

Uma das mais preocupantes infecções em termos hospitalares é a sepse, responsável por elevados índices de morbimortalidade entre pacientes nas mais variadas idades. Em relação aos riscos de óbito, todos os estudos e autores corroboraram afirmando que o problema da sepse é preocupante pelo risco elevado de óbitos.

Nos estudos aqui elencados ficou evidente que a infecção das pontas dos cateteres venosos centrais é um problema de difícil controle.

O problema é grave e a prevenção é a única forma de garantir de um número menor de óbitos venha a ocorrer, especialmente em UTIs. Corroborando com a visão de Gordon et al (2009) este é o ponto mais importante na busca pela contenção no número de casos nas UTIs. Torna-se, neste contexto, essencial o conhecimento e a fiscalização dos principais organismos presentes nestas unidades, sendo, assim, informação importante para a escolha dos antibióticos a serem utilizados visando a prevenção da sepse tardia.

A utilização de cateteres impregnados com substâncias antissépticas é uma opção de prevenção, mas na visão de Ferreira et al (2011) não foi possível demonstrar efetividade, já que apenas um estudo demonstrou redução na ocorrência da infecção.

A utilização de um conjunto de medidas preventivas por meio da vigilância do processo de inserção e manutenção dos CVCs, denominados *bundles*, é uma medida considerada eficiente em diversos estudos realizados em todo o mundo. Isto ficou evidente no estudo de Dallé et al (2012) que afirmaram que a implementação de um *bundle* de prevenção é uma medida complexa mas efetiva, sendo importante o comprometimento de todos os profissionais envolvidos no cuidado aos pacientes.

Doutra feita, não há dúvidas da importância de programas de controle de infecção que enfocam o treinamento, vigilância e avaliação de resultados. O emprego de técnicas assépticas é fundamental, reduzindo significativamente a ocorrência dessas infecções.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que a sepse é um dos principais problemas decorrentes da utilização de cateteres venosos centrais em pacientes criticamente enfermos, apresentando-se como uma intercorrência de alta morbimortalidade neste grupo de pacientes. Trabalhar a prevenção destes casos é a única forma de possibilitar uma redução do número de

ocorrências e óbitos, no entanto a prevenção envolve muitas ações, não sendo tarefa fácil. A utilização de um protocolo de cuidados – *bundle* – é uma medida que tem sido adotada por diversos países em todo o mundo, com bons resultados na diminuição dos casos, devendo ser dada prioridade a ações como estas no intuito de garantir a diminuição dos casos e conseqüentemente dos riscos associados a eles.

REFERÊNCIAS

- BRANDÃO NETO, R. A. **Cateteres Venosos Centrais**. Artmed Panamericana Editora. Disponível em: < http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/6474/cateteres_venosos_centrais.htm>. Acesso em: 09 de fev. 2021.
- BONVENTO, M. Acessos vasculares e infecção relacionada à cateter. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 19, n. 2, p. 226-230, abr./jun.2007.
- BRACHINE, J.D.P.; PETERLINI, M.A.S.; PEDREIRA, M.L.G. Método Bundle na redução de infecção de corrente sanguínea relacionada a cateteres centrais: revisão integrativa. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 33, n. 4, p. 200-210, 2012.
- CARVALHO, R.H.; VIEIRA, J.F.; GONTIJO FILHO, P.P.; RIBAS, R.M. Sepses, sepse grave e choque séptico: aspectos clínicos, epidemiológicos e prognóstico em pacientes de Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Universitário. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical** v. 43, n. 5, p. 591-593, set-out, 2010.
- CONTRIM, L.M.; PASCHOAL, V.D.A.; BECCARIA, L.M.; CESARINO, C.B.; LOBO, S.M.A. Qualidade de vida de sobreviventes de sepse grave após alta hospitalar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n.3, p. 08, 2013.
- DALLÉ, J.; KUPLICH, N.M.; SANTOS, R.P.; SILVEIRA, D.T. Infecção relacionada a cateter venoso central após a implementação de um conjunto de medidas preventivas (bundle) em centro de terapia intensiva. **Revista HCPA**; v. 32, n. 1, p. 10-17, 2012.
- FERREIRA, M.V.F.; ANDRADE, D.; FERREIRA, A.M. Controle de infecção relacionada a cateter venoso central impregnado com antissépticos: revisão integrativa. **Rev Esc Enferm USP**; v. 45, n. 4, p. 1002-6, 2011.
- GORDON, A.; JEFFERY, H.E. **Antibiotic regimens for suspected late onset sepsis in newborn infants**. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. In: The Cochrane Library, Issue 2, Art. No. CD004501, 2009.
- HERMANN, D.M.M.L.; AMARAL, L.M.B.; ALMEIDA, S.C. Fatores de risco para o desenvolvimento de sepse neonatal tardia em uma Unidade de Terapia Intensiva. **Pediatria**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 228-236, 2008.
- MELO, M.A.C.; MONTEIRO, R.C.S.; VIEIRA, A.B.R.; BRAZÃO, M.A.B.; VIEIRA, J.M.S. Bactérias isoladas de ponta de cateter venoso central e suscetibilidade antimicrobiana em um hospital público de Belém – PA. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, v. 39, n. 2, p. 115-119, 2007.

ROMANELLI, R.M.C.; ANCHIETA, L.M.; MOURÃO, M.V.A.; CAMPOS, F.A.; LOYOLA, F.C.; MOURÃO, P.H.O.; ARMOND, G.A.; CLEMENTE, W.T.; BOUZADA, M.C.F. Fatores de risco e letalidade de infecção da corrente sanguínea laboratorialmente confirmada, causada por patógenos não contaminantes da pele em recém-nascidos. **J. pediatr**, Rio de Janeiro, v. 89, n. 2, p. 189-196, mar.-abr. 2013.

SANTOS, S.F.; VIANA, R.S.; ALCOFORADO, C.L.G.C.; CAMPOS, C.C.; MATOS, S.S.; ERCOLE, F.F. Ações de enfermagem na prevenção de infecções relacionadas ao cateter venoso central: uma revisão integrativa. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 219-225, 2014.

STOCCO, J.G.D.; HOERS, H.; POTT, F.S.; CROZETA, K.; BARBOSA, D.A.; MEIER, J.J. Second-Generation central venous catheter in the prevention of bloodstream infection: a systematic review. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 24: e2722, 2016.

STORTI, A.; PIZZOLITTO, A.C.; STEIN, R.A.; PIZZOLITTO, E.L. Biofilme detectado em ponta de cateter venoso central por cultura usando método quantitativo. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, v. 39, n. 3, p. 183-187, 2007.

TODESCHINI, A.B.; SCHUELTER-TREVISOL, F. Sepsis associada ao cateter venoso central em pacientes adultos internados em unidade de terapia intensiva. **Rev. Soc. Bras. Clín. Med**, v. 9, n. 5, set.-out. 2011.

CAPÍTULO 5

A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E O PACIENTE HIPERTENSO: CONHECIMENTO E ADESÃO

Data de aceite: 19/03/2021

Gracione de Souza Silva

Enfermagem - Universidade Anhanguera de Brasília - Unidade Taguatinga Distrito Federal, Brasil

Mateus de Paula Von Glehn

Enfermagem - Universidade Anhanguera de Brasília - Unidade Taguatinga Distrito Federal, Brasil

Breno Piovezana Rinco

Universidade Anhanguera de Brasília Unidade Taguatinga Distrito Federal, Brasil

Gabriela Cristina Souza Virgílio

Enfermagem - Universidade Anhanguera de Brasília - Unidade Taguatinga Distrito Federal, Brasil

Raphael da Silva Affonso

Farmácia - Universidade Anhanguera de Brasília - Unidade Taguatinga Distrito Federal, Brasil

Lustarllone Bento de Oliveira

Biomedicina -Ciências Biológicas -Farmácia Universidade Anhanguera de Brasília Unidade Taguatinga Distrito Federal, Brasil

Larissa Leite Barbosa

Ciências Biológicas -Farmácia -Universidade Anhanguera de Brasília -Unidade Taguatinga Distrito Federal, Brasil

Eleuza Rodrigues Machado

Enfermagem -Biomedicina -Ciências Biológicas Farmácia -Universidade Anhanguera de Brasília -Unidade Taguatinga Distrito Federal, Brasil

RESUMO: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a pressão que o sangue exerce nas paredes dos vasos sanguíneos. É uma doença crônica comum, podendo gerar problemas graves para o homem.

Objetivo: Verificar o conhecimento e adesão ao tratamento por portadores de Hipertensão Arterial acompanhados pela equipe 31 da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Centro de Saúde de Samambaia, DF, Brasil. **Metodologia:** Foi uma pesquisa de campo quantitativa, realizada com 120 pacientes portadores de hipertensão assistidos no Centro de Saúde nº 02 de Samambaia, DF. Os dados foram coletados aplicando-se um questionário com perguntas objetivas, e realizadas medidas antropométricas, peso e altura, e realizaram o teste de Morisky e Green para identificação do grau de adesão ao tratamento medicamentoso. **Resultados:** De 120 pacientes avaliados, 77 eram mulheres, com faixa etária acima de 50 anos. Houve 26 casos de analfabetos e 30 pessoas com menos de cinco anos de escolaridade, a maioria era de cor não-branca, e 83 dos pacientes relataram histórico de HA na família. 64 deles souberam o valor considerado normal da Pressão Arterial e os fatores de riscos para HA, e a maioria aderiu ao tratamento pelos hábitos de vida saudável, porém poucos realizavam atividades físicas, 92 ingeriam pouco sal e 84 pouca gordura. O índice

de Massa Corpórea dos pacientes de ambos os gêneros estava acima do valor normal, 32 deles eram estressados, mas constantemente aferiam a pressão arterial, e foi negativa a adesão a terapia medicamentosa avaliada pelo teste de Morisky e Green. Houve 22 casos de complicações: AVC (12), IAM (5) e IRC (5). **Conclusões:** Os portadores de HA tinham conhecimento sobre o valor pressórico considerado normal e sobre os fatores de risco para essa patologia, porém não aderiram à atividade física, nem a terapia medicamentosa segundo o teste de Morisky e Green.

PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão Arterial. Enfermeiro. Equipe multiprofissional. Estratégia Saúde da Família.

THE FAMILY HEALTH STRATEGY AND THE HYPERTENSIVE PATIENT: KNOWLEDGE AND ADHERENCE

ABSTRACT: Systemic Arterial Hypertension (SAH) is the pressure that the blood exerts on the walls of the blood vessels. It is a common chronic disease, and can cause serious problems for man. Objective: To verify the knowledge and adherence to treatment by patients with Arterial Hypertension followed by team 31 of the Family Health Strategy (FHS) at the Samambaia Health Center, DF, Brazil. **Methodology:** It was a quantitative field research, carried out with 120 patients with hypertension assisted at the Health Center nº 02 in Samambaia, DF. Data were collected by applying a questionnaire with objective questions, and anthropometric measurements, weight and height were performed, and the Morisky and Green test was performed to identify the degree of adherence to drug treatment. **Results:** Of 120 patients evaluated, 77 were women, aged over 50 years. There were 26 cases of illiteracy and 30 people with less than five years of schooling, the majority was non-white, and 83 of the patients reported a family history of AH. 64 of them knew the value considered normal of Blood Pressure and the risk factors for AH, and most adhered to the treatment due to healthy lifestyle habits, however few performed physical activities, 92 ate little salt and 84 little fat. The Body Mass Index of patients of both genders was above the normal value, 32 of them were stressed, but constantly measured blood pressure, and adherence to drug therapy assessed by the Morisky and Green test was negative. There were 22 cases of complications: AVC (12), AMI (5) and CRF (5). **Conclusions:** Patients with AH were aware of the pressure value considered normal and of the risk factors for this pathology, but did not adhere to physical activity or drug therapy according to the Morisky and Green test.

KEYWORDS: Arterial Hypertension. Nurse. Multidisciplinary team. Family Health Strategy.

INTRODUÇÃO

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é caracterizada pela pressão que o sangue exerce nas paredes dos vasos sanguíneos, sendo considerada uma doença crônica comum e com repercussões clínicas graves para o homem. HAS é de natureza multifatorial e está associada a alterações metabólicas, hormonais e a fenômenos tróficos. Geralmente na meia idade ou na velhice 1/5 pessoas é hipertensa. Existe a probabilidade de 90% de um indivíduo tornar hipertenso ao longo de sua vida (CÔRREA et al., 2005, MIRANZI et al.,

2008, NUNES et al., 2015).

A classificação limítrofe da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório para maiores de 18 anos é de 130/85 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Hipertensão Arterial (HA) pode ser primária ou secundária. HA primária representa aproximadamente 95% dos casos, e sua característica é não possuir etiologia definida, mas um importante componente genético e ambiental. A hipertensão arterial secundária apresenta etiologia definida e possibilidade de cura com tratamento da doença primária, e corresponde cerca de 5% dos indivíduos hipertensos (CÔRREA et al., 2005; NETTINA, 2007).

As principais complicações da HAS são: infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular cerebral (AVC) e insuficiência renal crônica (IRC), sendo que no Brasil, as doenças do aparelho circulatório são as mais comuns. No diagnóstico da HA, devem-se considerar além dos níveis tensionais os fatores de risco, como: idade entre 30 e 70 anos, raça negra, sobrepeso, história familiar, tabagismo, estilo de vida sedentário e Diabetes mellitus (NETTINA, 2007; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010; PEREIRA, SANTOS, 2020).

O tratamento da HA é realizado com terapia não farmacológica e farmacológica. Na intervenção não farmacológica o cliente adotará hábitos de vida saudáveis prevenindo o desenvolvimento de hipertensão arterial, e reduzindo a pressão que já se encontra alterada, pois essas medidas aumentam a eficácia da terapia medicamentosa (CÔRREA et al., 2005; MACETE, BORGES, 2020), que é indicada para hipertensos moderados, graves, e aqueles com fatores de risco para doenças cardiovasculares, ou lesão importante de órgãos alvo (ZAITUNE, 2006; MARIANELLI, MARIANELLI, NETO, 2020). O objetivo final da terapia antihipertensiva é a redução da morbimortalidade de pacientes que apresentam elevado risco de problemas cardiovasculares. Assim, é importante manter os níveis pressóricos inferiores a 130x85 mmHg diminuindo o risco de complicações (CÔRREA et al., 2005; REMONTI, 2020; SALOMÃO et al., 2020).

A equipe multiprofissional é fundamental no apoio ao paciente com hipertensão, pois a distribuição da responsabilidade da assistência entre várias categorias profissionais contribui para o incentivo à adesão e o sucesso na terapêutica. O principal passo para o sucesso do controle pressórico é assegurar a aderência do paciente ao tratamento, e uma das estratégias para aumentar a aderência do paciente é a introdução de outro profissional ao binômio médico versus paciente, nesse caso, o enfermeiro que precisa conhecer sua função e estar preparado para desempenhá-la (JARDIM, SOUZA, 1994; MACIEL, ARAÚJO, 2003; RABELO et al., 2019).

Como forma de concretizar as conquistas asseguradas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), foi criado em 1994, pelo Ministério da Saúde o Programa Saúde da Família (PSF), atual Estratégia Saúde da família (ESF), que prioriza o cuidado às famílias, considerando os fatores socioeconômicos e culturais nas mudanças que levam a qualidade de vida.

Para tais mudanças acontecerem é necessário ações de prevenção e promoção da saúde, partindo da assistência integrada da equipe multidisciplinar (MACHADO, 2007; MONTEIRO et al., 2020).

O enfermeiro é o gerente da assistência de enfermagem na ESF, e deve desenvolver importante papel no acompanhamento ao paciente hipertenso, atuando como educador dos grupos de pessoas com hipertensão, seus familiares e comunidade, sendo responsável pelo desenvolvimento de atividade privativa do enfermeiro, e a consulta de enfermagem (FELIPE, ABREU, MOREIRA, 2008), que possibilita definir diagnósticos, e a partir desses a enfermeira adotará condutas de resolutividade própria, ou no caso da intervenção fugir ao seu âmbito de atuação, deve encaminhar o paciente ao profissional ou serviço competente (FELIPE, ABREU, MOREIRA, 2008; MARCIEL, ARAÚJO, 2003).

É importante que a Estratégia Saúde da Família conheça o perfil dos portadores de hipertensão arterial e os fatores de risco que podem levar esses pacientes a desenvolverem complicações, para que com educação em saúde individual e coletiva essa comunidade adquira as informações necessárias para viverem com qualidade de vida.

Assim, o objetivo desse estudo foi verificar o conhecimento e adesão ao tratamento pelos portadores de Hipertensão Arterial acompanhados pela Estratégia Saúde da Família (ESF) no Centro de Saúde de Samambaia, Distrito Federal, Brasil.

MÉTODOS

Tratou-se de uma pesquisa de campo quantitativa, realizada no Centro de Saúde N° 02 de Samambaia, DF, Brasil, no ano de 2015. Participaram do estudo pacientes hipertensos assistidos pela equipe 31 da Estratégia Saúde da Família, desde o ano de 2010. Esses indivíduos tinham consultas trimestrais e antes das consultas reuniam com a enfermeira, o técnico de enfermagem e o Agente Comunitário de Saúde, para aferir a pressão arterial, peso, altura e circunferência abdominal. Os profissionais os orientavam e esclareciam sobre problemas de saúde e atendimentos de saúde na unidade. Semanalmente era realizado um encontro na comunidade, onde aferiam PA, mediam triglicérides e colesterol, além de oferecerem orientações e dicas de saúde.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Humano (Processo nº. 192 /2011), da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), de Brasília, DF.

Indivíduos hipertensos adultos foram convidados a participar do estudo, e solicitado permissão do uso dos resultados para fins acadêmicos e científicos. Os que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados foram coletados por meio da aplicação de um questionário com perguntas objetivas sobre o tema proposto.

O questionário foi aplicado, após as reuniões dos grupos de hipertensos, enquanto os

pacientes esperavam o atendimento médico e durante as visitas domiciliares. Os pacientes responderam as perguntas oralmente e as respostas foram assinaladas pela investigadora, pois a maioria dos clientes tinha baixo nível de escolaridade ou eram analfabetos. Foram realizadas também medidas antropométricas como peso e altura, usando balança mecânica e fita métrica.

Foi incluso no questionário o teste de Morisky e Green com a finalidade de identificar a adesão ou não, do cliente ao tratamento medicamentoso. Esse teste engloba quatro questões descritas a seguir: 1) Você, alguma vez, esquece de tomar seu remédio? 2) Você, às vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar seu remédio? 3) Quando você se sente bem, alguma vez, você deixa de tomar o remédio? 4) Quando você se sente mal com o remédio, às vezes, deixa de tomá-lo? Segundo o protocolo do teste, as respostas positivas equivalem a zero e as respostas negativas a um. O paciente é considerado aderente ao tratamento caso o escore de suas respostas for igual a quatro, caso dê menor ou igual a três o paciente não é aderente ao tratamento medicamentoso, como descrito na literatura (STRELEC, PIERIN, MION, 2003).

Os critérios para inclusão dos clientes na amostra foram: serem clientes hipertensos e da equipe 31 da ESF, do Centro de Saúde Nº 02 de Samambaia, que aceitaram participar da pesquisa com preenchimento da ficha de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os critérios para exclusão dos clientes foram: clientes com hipertensão que não aceitaram participar da pesquisa ou não faziam parte do grupo de hipertensos da equipe 31 da ESF, do Centro de Saúde Nº 2 de Samambaia, DF.

A pesquisa não causou risco para os participantes, pois não realizaram procedimentos invasivos, que causassem constrangimento moral e perdas psicológicas.

Por tratar de uma amostragem especial, não foi calculado o n amostral. O grupo de indivíduos que participaram do estudo era constituído de 120 pacientes hipertensos assistidos por uma equipe da ESF, estando de acordo com a expectativa de participação estimada pela pesquisadora (Agente Comunitário de Saúde), responsável pela visita domiciliar e acompanhamento das famílias da comunidade pesquisada.

Os resultados foram organizados em porcentagem e colocados em tabelas. Em seguida foram analisadas pelo teste estatístico de Fisher's, usando o programa GraphPad InStat 3, sendo considerados significativos, quando o $p < 0,05$.

RESULTADOS

A amostragem foi constituída por 120 pacientes hipertensos, sendo 77 mulheres e 43 homens, sendo o número de mulheres com hipertensão significativamente maior que os homens ($p < 0,001$). A faixa etária dos indivíduos variou entre 30 a maior de 60 anos. Com relação ao grau de escolaridade desses indivíduos, 24 eram analfabetos, 66 tinham o ensino fundamental incompleto, e 30 completaram o ensino fundamental, como mostrado

na tabela (Tabela 1).

Idade (Anos)	Gênero				Escolaridade					
	Masculino		Feminino		Analfabetos		1º grau incompleto		1º grau completo ou mais	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
30 a 39	2	1,7	5	4,2	0	0,0	4	3,3	3	2,5
40 a 49	9	7,5	11	9,2	0	0,0	9	7,5	12	10,0
50 a 59	10	8,3	24	20,0	2	1,7	10	8,3	22	18,3
≥ 60	22	18,3	37	30,8	22	18,3	7	5,9	29	24,2
Total	43	35,8	77*	64,2	24	20,0	30	25,0	66	55,0

n: Número; %: Porcentagem; * = Significativo

Tabela 1. Distribuição dos 120 pacientes hipertensos segundo idade, gênero e grau de escolaridade assistidos pela Estratégia Saúde da Família do Centro de Saúde 02 de Samambaia, Distrito Federal.

Quanto ao conhecimento dos hipertensos sobre o valor considerado normal da Pressão Arterial (PA), verificou-se que, 24 pacientes não sabiam o valor normal, 64 disseram que era 120/80, e 32 acreditavam que era outro valor.

Com relação a raça dos 120 pacientes hipertensos, 30 (25%) eram de cor branca, 24 (20%) negros e 66 (55%) pardos, tendo predisposição significativa entre ser da raça branca e negra quando comparada com pardos ($p < 0,0001$). Além disso, dos pacientes entrevistados 83 (69,2%) relataram histórico familiar de hipertensão e 37 (30,8%) não tinha informação da existência de casos de hipertensão nos familiares. Assim, ter história familiar de hipertenso é um fator de risco significativo para desenvolver HA ($p < 0,0001$).

Outros fatores de riscos para o desenvolvimento da Hipertensão Arterial mencionados pelos pacientes foram: 73 deles citaram excesso de ingestão de sal, 63 excessos de gordura, 32 estresse, 19 etilismo, 15 tabagismo, 15 sedentarismo, 15 não souberam responder. Porém, outros fatores foram relatados como: nervosismo, preocupação, depressão, genética, ansiedade, trabalho pesado, perda de sono, tristeza, difícil de convivência conjugal, e alimentação com carne vermelha (Tabela 2).

Variável	Amostra populacional	
	n	%
Valor considerado normal da PA		
Não sabe	24	20,0
120/80	64*	53,3
Outros valores	32	26,7

Fatores de risco para o desenvolvimento da HA	n	%
Não sabe	15	12,5
Tabagismo	15	12,5
Etilismo	19	18,8
Sedentarismo	15	12,5
Excesso de sal	74*	61,6
Excesso de gordura	63*	52,5
Enlatados / Embutidos	0	0,0
Raça negra	0	0,0
Estresse	32	26,6
Outros valores	56*	46,6

n: Número; %: Porcentagem; PA: Pressão Arterial; HA: Hipertensão Arterial; $p < 0,001^*$

Tabela 2. Distribuição dos 120 pacientes com relação ao grau de conhecimento sobre os valores normais da pressão arterial e fatores de riscos para desenvolvimento da hipertensão, assistidos pela Estratégia Saúde da Família do Centro de Saúde 02 de Samambaia, Distrito Federal.

A adesão ao tratamento analisado pelos hábitos de vida saudável foram: 108 pacientes não eram tabagistas, 103 não faziam uso de bebida alcoólica, 92 declararam ingestão de pouco sal, 85 pouca gordura, 68 comiam pouco enlatados e embutidos, somente 18 realizavam algum tipo de atividade física (Tabela 3).

Variável	Amostra populacional	
Tabagista	n	%
Sim	12	10,0
Não	108*	90,0
Etilista	n	%
Sim	17	14,2
Não	103*	85,8
Pratica exercício físico	n	%
Sim	18	15,0
Não	102*	85,0
Ingestão de sal	n	%
Pouco	92*	76,7
Sem restrição	28	23,3
Ingestão de gordura	n	%
Pouco	85*	70,8
Sem restrição	35	29,2
Ingestão de enlatados ou embutidos	n	%

Nunca usa	18	15,0
Pouco usa	68*	56,6
Raramente usa	32	26,6
Sempre usa	2	1,6

n: Número; %: Porcentagem; $p < 0,001^*$

Tabela 3. Distribuição das variáveis relacionadas aos hábitos de vida dos pacientes portadores de Hipertensão Arterial assistidos pela ESF do Centro de Saúde 02 de Samambaia, Distrito Federal.

Segundo o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), 30 (25,0%) pacientes apresentavam peso normal, 51 (42,5%) sobrepeso, 28 (23,3%) obesidade tipo I, sete (5,8%) obesidade tipo II, e quatro (3,33%) obesidade mórbida ou tipo III. A maioria dos pacientes 73 (60,8%) estressava às vezes, 27 (22,5%) sempre se estressavam e 15 (12,5%) só viviam estressados, cinco nunca se estressado.

Os pacientes disseram aferir a Pressão Arterial na frequência: 37 (30,8%) uma vez por semana, 31 (25,8%) uma vez ao mês, 22 (18,4%) a cada três meses, 12 (10,0%) a cada quinze dias, 13 (10,8%) três vezes por semana, cinco aferiam todos os dias.

Usando o teste de Morisky e Green verificou-se que 27 pessoas aderiram ao tratamento, sendo 15 homens e 12 mulheres, os demais pacientes não aderiram e desses, 28 eram homens e 65 mulheres (Tabela 4).

Gênero	Escore = 4		Escore ≤ 3		Total	
	n	%	n	%	n	%
Masculino	15	12,5	28	23,3	43	35,8
Feminino	12	10	65	54,2	77	64,2
Total	27	22,5	93	77,5	120	100

n: Número; %: Porcentagem

Tabela 4. Distribuição dos 120 portadores de hipertensão arterial assistidos pela Estratégia Saúde da Família que aderiram e que não aderiram ao tratamento medicamentoso, segundo o teste Morisky e Green, no Centro de Saúde 02 de Samambaia, Distrito Federal.

Por diversos motivos, 23 (19,2%) pacientes deixavam de tomar a medicação para controle da HA. Com relação à frequência dos indivíduos nas consultas e no grupo de pessoas com hipertensão 60 (50,0%) deles nunca faltavam, 42 (35,0%) raramente faltavam, nove faltam frequentemente, e nove sempre deixavam de ir.

Dos 120 pacientes, 22 apresentavam complicações no seu estado de saúde, 12 tiveram Acidente Vascular Cerebral (AVC), cinco Infartos Agudos do Miocárdio (IAM), e

cinco Insuficiência Renal Crônica (IRC), como mostrado na tabela (Tabela 5).

Variáveis	Gênero				Total	
	Masculino		Feminino		n	%
	n	%	n	%		
AVC	4	3,3	8	6,7	12	10,0
IAM	2	1,7	3	2,5	5	4,2
IRC	3	2,5	2	1,7	5	4,2
Total	9	7,5	13	10,9	22	18,4

n: Número; %: Porcentagem

Tabela 5. Distribuição dos pacientes portadores de hipertensão acometidos por complicações cardiovasculares e/ou renais assistidos pela Estratégia Saúde da Família do Centro de Saúde 02 de Samambaia, Distrito Federal.

DISCUSSÃO

Hipertensão arterial (HA) é um grave problema de saúde pública, constituindo-se um fator de risco para doenças cardiovasculares, sendo responsáveis por cerca de 30% das mortes. Essa doença é também chamada de assassino silencioso, por ser frequentemente assintomática (STRELEC, PIERIN, MION, 2003; PIERIN et al., 2016).

Neste estudo houve maior prevalência de mulheres com diagnóstico de HA. Também, resultados da pesquisa com pacientes hipertensos de uma unidade da Estratégia Saúde da Família no Ceará mostram que as mulheres apresentavam maior incidência de HA (LANDIM et al., 2011). Os dados descritos no DATASUS confirmam a prevalência de HA em mulheres, no Distrito Federal (DATASUS, 2011). Porém, tais resultados diferem dos dados de um estudo analítico transversal realizado em Mato Grosso do Sul, onde mostraram maior incidência em homens (SOUZA et al., 2007).

A faixa etária predominante dos pacientes com HA encontrada neste estudo predominaram acima dos 50 anos. Resultados semelhantes são descritos literatura, mostrando que na meia idade ou velhice, uma em cinco pessoas tem pressão arterial alterada (MIRANZI et al., 2008; QUEIROZ et al., 2020).

Resultados apresentados na literatura mostram que a maioria dos pacientes hipertensos eram analfabetos, ou com ensino elementar incompleto (LANDIM et al., 2011; MARQUES et al., 2020). Os dados encontrados neste estudo confirmam os resultados dessas pesquisas, onde mostraram que grande quantidade de pacientes eram analfabetos, ou possuíam o primeiro grau incompleto. Assim, ter baixa escolaridade é considerado fator determinante à adesão terapêutica, pois dificultar a assimilação de orientações oferecidas pelos profissionais de saúde e influencia no entendimento da gravidade da patologia,

privando assim, o paciente de informações importantes para manter ou melhorar a qualidade de vida (LANDIM et al., 2011).

A VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010) diz que HAS é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor negra. Os dados desse estudo confirmam essa informação, pois mostram que a raça negra juntamente com a parda foram mais prevalente que a de cor branca. Essas informações diferem de outra pesquisa que mostraram equilíbrio entre a raça branca e não-branca, quanto a ser ou não hipertenso (LANDIM et al., 2011; MARQUES et al., 2020).

Nessa pesquisa aproximadamente dois terços dos pacientes relataram histórico de familiar de HA, assim como descrito na literatura (STRELEC, PIERIN, MION, 2003). Outros autores também apontaram que um terço dos fatores relacionados na fisiopatogênese da hipertensão são genéticos (BARRETO-FILHO, KRIEGER, 2003, BANKOFF et al., 2017). Assim, ter um genitor ou membro da família com hipertensão é um fator de risco para a pessoa ter hipertensão.

Aferir a PA é procedimento comum em pessoas com hipertensão. Assim, nessa pesquisa questionaram se os indivíduos com HA sabiam o valor considerado normal da PA, e mais da metade dos pacientes responderam corretamente. Isso foi excelente, pois a maioria dos entrevistados tinha baixo grau escolaridade, quase metade tinha idade acima dos sessenta anos, e muitos queixavam de esquecimento e dificuldade para entender as informações que lhes eram passadas pela equipe de saúde.

Sobre os fatores de risco para o desenvolvimento da hipertensão, verificou-se resultado positivo em relação às causas, assim como citado em outro estudo (STRELEC, PIERIN, MION, 2003). Os fatores de risco associados à gravidade da patologia, ausência de sintomas e as complicações que comprometem órgãos vitais quando não controlados os níveis tensionais, são aspectos indispensáveis a serem esclarecidos à pessoa com PA elevada (STRELEC, PIERIN, MION, 2003; PIERIN et al., 2016).

Adesão ao tratamento pela adoção de hábitos de vida saudável foi positiva, como mostram os resultados da pesquisa. O número de pacientes tabagistas foi menor que os etilistas, assim como mostrado no estudo realizado em um centro de saúde com a ESF no atendimento (MANO, PIERIN, 2005).

Segundo a literatura, a hipertensão não é provocada por tabagismo, porém, se um portador de hipertensão fuma, aumenta o risco dele morrer por cardiopatias ou distúrbios relacionados (BRUNNER, SUDDARTH, 2008). A maioria dos pacientes consumia álcool de uma a duas vezes por semana em pouca quantidade. Apesar disso, foi verificado que ingerir álcool mesmo em pouca quantidade interferiu na adesão ao tratamento, pois alguns pacientes paravam a medicação para controle da hipertensão, quando iam ingerir bebida alcoólica.

Nesse estudo observaram que poucos pacientes com HA aderiram à atividade física. Isso discorda das informações da literatura que enfatiza a atividade física regularmente,

por períodos de 30 a 45 minutos de caminhada de intensidade moderada na maioria dos dias, pois o exercício diminui a PA, reduzindo consideravelmente o risco de doença arterial coronária, acidente vascular cerebral, mortalidade geral, e controle de peso (NETTINA, 2007; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). A inatividade física identificada nesta pesquisa foi justificada pela maioria dos indivíduos terem doenças osteomusculares como: osteoporose, artrose, artrite, hérnia de disco e dores na coluna, que são comuns na idade acima dos sessenta anos. Assim, sugere-se que a equipe da ESF, junto com apoio médico e fisioterapêutico organizem grupos de atividades físicas, respeitando as limitações desses pacientes com hipertensão.

A maioria dos pacientes entrevistados referiu que usavam pouco sal, gordura, enlatados e embutidos na alimentação. Tais relatos diferem das observações constatadas nas visitas domiciliares feitas pela Agente Comunitário de Saúde, em que grande parte desta população consome alimentação rica em gordura, principalmente carnes, e utilizavam temperos industrializados, geralmente ricos em sódio. Tais observações feitas *in loco* confirmam os dados apresentados pela VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, e dados da literatura, que mostram que os brasileiros consomem alimentos ricos em sal e gorduras acima da quantidade sugerida pelos órgãos de saúde (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010; SOUZA et al., 2020).

O Índice de Massa Corporal (IMC) dos pacientes de ambos os gêneros estavam acima do valor normal. Esse resultado foi similar aos descritos no estudo realizado com hipertensos de uma Unidade de Saúde da Família em Vitória/ES, em 2006-2007, que mostrou que a maioria dos indivíduos tinham peso corporal e IMC acima do normal (OLIVEIRA, BUBACH, FLEGELER, 2009). Nessa pesquisa os homens com IMC acima do valor normal foi acima de 50%, confirmando dados de pesquisa realizada em São Paulo (SARNO, MONTERIO, 2007) e no Rio de Janeiro (LOUREURO et al., 2020). Quanto às mulheres apresentaram índice de IMC elevado, diferindo-se daquela pesquisa que mostrou que cerca de um terço das mulheres tinha IMC acima do limite normal, ou seja, $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ (SARNO, MONTERIO, 2007).

É necessário perder peso se o Índice de Massa Corporal for superior ou igual a 25 kg/m^2 , e diminuindo de 5% a 10% do peso corporal inicial, reduz a PA (NETTINA, 2007; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Estudos epidemiológicos têm mostrado mundialmente, que a prevalência de HA é bem mais elevada em pessoas com peso acima do normal do que naqueles dentro da faixa de peso normal (MARTINS et al., 2001; AMER, MARCON, SANTANA, 2010; LOUREURO et al., 2020).

Nesse estudo, quase todos os pacientes apresentaram algum grau de estresse, cuja justificava estava relacionado com problemas na família como: filhos nas drogas, dificuldade na convivência conjugal, e outros problemas de saúde próprios e de familiares, além da dificuldade em resolvê-los devido ao grande tempo de espera para atendimento em algumas especialidades do Sistema Público de Saúde. A manutenção dos níveis

pressóricos acima dos valores normais pode ser proporcionada por emoções e situações prolongadas de conflitos (OLIVEIRA, BUBACH, FLEGELER, 2009).

A maioria dos pacientes verifica constantemente a PA e esta atitude é muito importante. Segundo a literatura várias medidas da pressão arterial feitas pelo próprio indivíduo ou por algum familiar, no ambiente em que o enfermo passa a maior parte do seu tempo, permitem estimar melhor o valor real da PA (ALESSI, 2008).

A adesão a terapia medicamentosa foi avaliada nesse estudo pelo teste de Morisky e Green, que por escores avaliaram a aderência do paciente ao tratamento medicamentoso. Com esses resultados, ficou claro que grande parte dos hipertensos não aderiu ao tratamento segundo o teste de Morisky e Green. Resultado parecido foi encontrado em um estudo descritivo exploratório, no qual 77% de pontuação foram menor ou igual a três (ZAITUNE, 2006). Essa não adesão ao tratamento medicamentoso pelo indivíduo pode gerar descompensação da PA, levando o doente a desenvolver complicações. Assim, cabe ao enfermeiro e sua equipe da ESF apoiar e também buscar apoio familiar na adesão terapêutica pelos pacientes hipertensos.

Dados apresentados na literatura mostram que um dos principais motivos para a não adesão medicamentosa pelos pacientes são os efeitos colaterais causados pela medicação (GUSMÃO et al., 2009). Nesse estudo os pacientes relataram terem deixado de tomar a medicação pelos motivos: saiu de casa e esqueceu-se de levar a medicação, por não sentir-se bem com a medicação, por controlar a pressão por causa de outra terapia, faltou à medicação na farmácia do Centro de Saúde, e porque fez ou pretendia fazer uso de bebida alcoólica no dia. Essas atitudes mostram que os pacientes não compreenderam a importância em aderir efetivamente ao tratamento. De forma que a equipe de saúde deve orientar esses indivíduos e seus familiares quanto à importância de seguir corretamente o esquema terapêutico e disponibilizar o cartão do paciente crônico para facilitar o acesso deles aos medicamentos oferecidos pelo Sistema Público de Saúde.

As mudanças no estilo de vida são importantes, porque irão prevenir e tratar não farmacologicamente a HA desses pacientes. A literatura aponta as intervenções não farmacológicas pelo menor custo, risco mínimo e contribuição na redução dos valores pressóricos (ZAITUNE, 2006). Essas medidas também aumentam a eficácia da terapia medicamentosa (CÓRREA et al., 2005).

Assim, como dados mostrados na literatura (DOSSE et al., 2009), a frequência nas consultas e no grupo de pessoas com hipertensão foi satisfatória, considerando que a frequência as consultas se destacam entre as várias formas de se estimular a adesão ao tratamento (DOSSE et al., 2009).

Identificou-se neste estudo assim como em outro realizado com pacientes hipertensos (NOBLAT, LOPES, LOPES, 2004) a prevalência de AVC, IAM e IRC são complicações causadas na maioria pelo descontrole pressórico. Educar o paciente com hipertensão e incentivá-lo ao tratamento por meio de estratégias que leve ao controle pressórico são

medidas que reduzem o número dessas complicações (MANO, PIERIN, 2005; SILVA et al., 2020). Assim, é preciso que a equipe multidisciplinar conscientize a comunidade, para que ela participe ativamente nas mudanças que lhes proporcionarão melhor qualidade de vida, principalmente com mudanças nos hábitos alimentares e no sedentarismo.

Nos dias atuais é muito importante a realização de educação em saúde, pois conhecendo os hábitos saudáveis à sociedade se entregará a mudança, prevenindo e controlando doenças ligadas ao estilo de vida como a HA (MAFFACCIOLII, LOPES, 2005; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010), que por ser uma doença multifatorial requer orientações voltadas para saúde, por isso é importante o apoio de uma equipe multiprofissional a qual pode ser formada utilizando-se de profissionais de acordo com a realidade de cada local de trabalho (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010; NUNES et al., 2020).

CONCLUSÕES

Estratégia Saúde da Família tem em seu funcionamento e atuação multidisciplinar, destacando-se entre os profissionais o enfermeiro que pela realização de educação em saúde e acompanhamento desses pacientes com pressão arterial elevada, incentiva e promove a adesão ao tratamento.

Foi satisfatório o conhecimento dos portadores de hipertensão sobre o valor pressórico considerado normal, mas esses resultados podem ser melhorados pela equipe multiprofissional, intensificando as orientações individuais no consultório, nas salas de triagem e marcação de consultas, e principalmente durante as visitas domiciliares.

Apesar de constatado que a mudança no estilo de vida é fundamental na prevenção e controle da HAS, os maus hábitos permanecem entre os portadores de hipertensão, sobretudo a inatividade física encontrada nessa pesquisa. A adesão destes pacientes a atividades físicas pode ser resolvida por estratégias realizadas pela equipe multiprofissional, que pode incentivar os pacientes a buscar academias comunitárias e Centros Olímpicos existentes na própria comunidade, e com acompanhamento e indicação médica firmar compromisso na adesão ao exercício físico e a outros hábitos de vida saudável proporcionando-lhes melhor qualidade de vida.

Novas pesquisas poderão ser realizadas com este e outros grupos de pacientes, avaliando entre eles a qualidade da assistência prestada pelas Equipes de Estratégia Saúde da Família, e sobre outras patologias que interferem na adesão ao tratamento, e a importância do apoio familiar com relação ao tratamento medicamentoso e as mudanças de hábitos dos pacientes com hipertensão.

POTENCIAL CONFLITO DE INTERESSES

Declaramos não existir conflitos de interesses pertinentes.

VINCULAÇÃO ACADÊMICA

Este artigo é parte de conclusão da graduação da docente Gracione de Souza Silva do Curso de Enfermagem, da Faculdade Anhanguera de Brasília – Unidade Taguatinga, Distrito Federal, Brasil.

REFERÊNCIAS

ALESSI, A. Automedida da pressão arterial – Opinião do agonista. *Rev Bras Hipertens*, 2008;15(4):196-198.

BARRETO-FILHO, JA; KRIEGER, JE. Serviço de Genética e Cardiologia Molecular – Instituto do Coração (InCor), HC-FMUSP. *Rev Soc Cardiol. Estado de São Paulo*, 2003; 1:46-55.

CAVALCANTE, SQ; ESPANHOL, FZ; MARTINS, M; MACHADO, DFGP; SILVA, RAV. Hipertensão Arterial Sistêmica em Idosos do Município de Tubarão, SC – Brasil: Estudo Populacional. *Internacional Journal of Cardiovascular Sciences*. 2015;28(5):370-376.

CORRÊA, TD; NAMURA, JJ; SILVA, CAP; CASTRO, MG; MENEGHINI, A; FERREIRA, C. Hipertensão arterial sistêmica: atualidades sobre sua epidemiologia, diagnóstico e tratamento. *Arq Med ABC*. 2005;31(2):91-101.

DATASUS <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defptohtm.exe?hiperdia/cnv/hddf.def>. Acesso dia: 27/11/2011 às: 16:50h.

DOSSE, C; CESARINO, CB; MARTIN, JFL; CASTEDO, MCA. Fatores associados a não adesão dos pacientes ao tratamento de hipertensão arterial. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 2009;17(2).

FELIPE, GF; ABREU, RDC; MOREIRA, TMM. Aspectos contemplados na consulta de enfermagem ao paciente com hipertensão atendido no Programa Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP*, 2008;42(4):620-627.

GUSMÃO, JL; GINANI, GF; SILVA, GV; ORTEGA, KC; MION, JR. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. *Rev Bras Hipertens*, 2009; 16(1):38-43.

JARDIM, PCA; SOUZA, ALL. Enfermagem e o Paciente Hipertenso em uma Abordagem Multiprofissional – Relato de Experiência. *Rev Latino-Am Enfermagem*, Ribeirão Preto, 1994;2(1):5-17.

LANDIM, MP; OLIVEIRA, CJ; ABREU, RNDC; MOREIRA, TMM; VASCONCELOS, SMM. Adesão ao Tratamento Farmacológico Anti-Hipertensivo por Pacientes de Unidade da Estratégia Saúde da Família. *Rev APS*, 2011;14(2):132-138.

LOUREIRO, LH; SILVA, ICM; CAVALIERE, M; SANT'ANNA, E; NOVAES, MR; ANDRIGHI, TAC. Saúde nas estradas: estratégia para investigar a síndrome metabólica em caminhoneiros. *Research, Society and Development*, 2020;9(8): e928986333.

MACHADO, MFAS. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde as propostas do SUS - uma revisão conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2007; 12(2):335-342.

MACIEL, ICF; ARAÚJO, TL. Consulta de enfermagem: análise das ações junto a programas de hipertensão arterial, em Fortaleza. Rev Latino-Am Enfermagem, 2003;11(2):207-214.

MAFFACCIOLLI, R; LOPES, MJM. Educação em saúde: a orientação alimentar através de atividades de grupo. Acta Paul Enferm, 2005;18(4):439-445.

MANO, GMP; PIERIN, AMG. Programa Saúde da Família em um Centro de Saúde Escola. Acta Paul Enferm. 2005;18(3):269-275.

MARIANELLI, M; CAMILA MARIANELLI, C; NETO, TPL. Principais fatores de risco do AVC isquêmico: Uma abordagem descritiva. Braz J Hea Rev, 2020;3(6): 19679-19690.

MARTINS, AL; MAMEDES, MM; OLIVEIRA, MPPD; GUIMARÃES, JNF OLIVEIRA, FPD. Análise da composição corporal e do índice de massa corporal de indivíduos de 18 a 50 anos. Cad Saúde Pública, 2001;9(2):97-110.

MARQUES, AP; SZWARCOWALD, CL; PIRES, DC; RODRIGUES, JM; ALMEIDA, WS; ROMERO, D. Fatores associados à hipertensão arterial: uma revisão sistemática. Ciência & Saúde Coletiva, 2020;25(6): 2271-2282.

MIRANZI, SSC; FERREIRA, FS; IWAMOTO, HH; PEREIRA, GA; MIRANZI, MAS. Qualidade de vida de indivíduos com Diabetes Mellitus e Hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2008;17(4):672-679.

MONTEIRO, AAF; SILVA, GCA; SILVA, LV; CUNHA, LS; TORRES, PA. Estudo sobre a adesão ao tratamento de hipertensão arterial sistêmica na UBSF de Três Poços. Braz J Hea Rev, 2020;3(1):1289-1305.

NETTINA, SM. Prática de Enfermagem. 8º ed. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

NOBLAT, ACB; LOPES, MB; LOPES, GB; LOPES, AA. Complicações da Hipertensão Arterial em Homens e Mulheres Atendidos em um Ambulatório de Referência. Salvador, BA Universidade Federal. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2004; 83(4):308-313.

NUNES IV, SANTOS RC, DIAS YO, PEIXOTO TM, PEREIRA ECS, SILVA ASJ, et al. Acompanhamento de pacientes adultos com diabetes e hipertensão em Centro Especializado: a experiência do Pet-Saúde Interprofissionalidade. REVISA, 2020;9(2):304-312.

OLIVEIRA, EA; BUBACH, S; FLEGELER, DS. Perfil de Hipertensos em uma Unidade de Saúde da Família. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2009;17(3): 383-387.

PEREIRA, MCA; SANTOS, LFS. Caminhos para o envelhecimento saudável: relação entre hipertensão arterial sistêmica e principais fatores de riscos modificáveis. Revista Ciência Plural. 2020;6 (Suplemento 1):74-91.

REMONTI, LR.

PIERIN, AMG; SILVA, SSBE; COLÓSIMO, FC; TOMA, GA; SERAFIM, TS; MENEGHIN, P. Cronicidade e doença assintomática influenciam o controle dos hipertensos em tratamento na atenção básica. Rev Esc Enferm USP, · 2016;50(5):764-771.

QUEIROZ, MG; AQUINO, MLA; BRITO, ADL; MEDEIROS, CCM; SIMÕES, MOS; CARVALHO, DF. Hipertensão arterial no idoso - doença prevalente nesta população: uma revisão integrativa. *Braz of Develop*, 2020;6(4):22590-22598.

RABELO, LM; ALEXANDRE, KV; CELESTINO, MS; CANGIRANA, JF; ALBUQUERQUE, LKA, et al. Papel do enfermeiro na prevenção da hipertensão arterial sistêmica em idosos. *RPBeCS*, 2019;6(12):22-28.

REMONTI, LR. Hipertensão arterial sistêmica no diabetes: diferença de efeito entre as classes de anti-hipertensivos e monitorização ambulatorial da pressão arterial como preditor de desfechos cardiovasculares em pacientes com Diabete mellitus tipo 2. Tese de Doutorado, Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas: Endocrinologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2020, 27p.

SALOMÃO, JO; GALVÃO, ABC; LAU, JNF; NASCIMENTO, PL; CABRAL, ID; SILVA, MM; ACOSTA, RJ; ALMADA, MORV. Obesidade, ingestão de sódio e estilo de vida em hipertensos atendidos na ESF. *Braz J Hea Rev*, 2020;3(6):16002-16016.

SARNO, F; MONTEIRO, CA. Importância relativa do Índice de Massa Corporal e da circunferência abdominal na predição da hipertensão arterial. *Rev Saúde Pública*, 2007;41(5):788-796.

SILVA, ES; BORGES, JWP; MOREIRA, TMM; RODRIGUES, MTP; SOUZA, ACC. Prevalência e fatores de risco associados ao acidente vascular cerebral em pessoas com hipertensão arterial: uma análise hierarquizada. *Revista de Enfermagem Referência*, 2020; Série V(3): e20014.

SMELTZER, SC; BARE, BG. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico. Ed Guanabara Koogan. 11ª ed., v.2. Rio de Janeiro, 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol*, 2010;95(1 supl.1):1-51.

SOUZA, ARA; COSTA, A; NAKAMURA, D; MOCHETI, LN; FILHO, PRS; OVANDO, LA. Um Estudo sobre Hipertensão Arterial Sistêmica na Cidade de Campo Grande, MS. *Arq Bras Cardiol*, 2007;88(4):441-446.

SOUZA, CP, VALENTIM, MCP, FERREIRA, AD, ABDALLA, PP, SILVA, LSL, CARVALHO, AS. et al. Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, hábitos alimentares e de atividade física numa estratégia de saúde da família de Presidente Prudente - SP. *Conscientiae Saúde* 2020;19(1):1-15, e18221.

STRELEC, MAM; PIERIN, AMG; MION, JR. A Influência do Conhecimento sobre a Doença e a Atitude Frente à Tomada dos Remédios no Controle da Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol*, 2003;81(4):343-348.

ZAITUNE, MPA. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*, 2006;22(2):285-294.

PACIENTES COM HISTÓRIA DE INTOXICAÇÃO NO PIAUÍ, PERÍODO DE 2015 E 2016

Data de aceite: 19/03/2021

Data de submissão: 05/01/2020

Rosemarie Brandim Marques

Universidade Estadual do Piauí
Teresina-PI
<https://orcid.org/0000-0002-4792-7407>

Vinícius Leal Veloso

Universidade Estadual do Piauí
Teresina-PI
<http://lattes.cnpq.br/1447217231349578>

Lucas Moura Santana

Universidade Estadual do Piauí
Teresina-PI
<https://orcid.org/0000-0003-1785-6924>

Antonio Luiz Martins Maia Filho

Universidade Estadual do Piauí
Teresina-PI
<https://orcid.org/0000-0001-6184-8003>

RESUMO: A intoxicação se manifesta por meio de sinais e sintomas clínicos, com efeitos nocivos produzidos pela interação entre uma substância química e o organismo. Objetivou-se buscar informações em hospital de referência sobre os agentes tóxicos, evolução dos pacientes envolvidos e outros dados pertinentes à intoxicação. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Piauí (CAAE 38978414.0.0000.5209). Os dados foram coletados através de questionário padrão baseado na Ficha de Notificação utilizada pelo Centro de

Informação Toxicológica (CITOX-PI). Foi utilizado o programa estatístico Epi Info™ 7.2.3.1 para cálculo de frequências, médias e desvio padrão, considerando $p \leq 0,05$. A idade média foi 31,7 anos, sendo 31 (51,7%) do sexo feminino e 29 (48,3%) masculino. Eram 13 (21,7%) lavradores, 12 (20,0%) estudantes, 8 (13,3%) donas de casa, 11 (18,3%) com outras ocupações e 16 (26,7%) não informaram. Quanto à procedência, 23 (38,3%) eram de Teresina-PI, 36 (60,0%) do interior do estado e 1 (1,7%) do Maranhão. 37 (61,7%) casos aconteceram na zona urbana e 23 (38,3%) na rural. Verificou-se que 100% dos casos foram por acidente individual, com via de intoxicação a oral, o que sugere tentativa de suicídio. Os agentes tóxicos mais prevalentes: medicamentos com 24 (40,0%) casos, seguido por raticidas com 12 (20,0%) e agrotóxicos de uso agrícola com 9 (15,0%). Em relação à evolução clínica dos pacientes, 28 (46,7%) evoluíram com cura, 24 (40,0%) evoluíram para óbito, 5 pacientes (8,3%) foram transferidos para outro hospital e 3 (5,0%) tiveram sequelas, estas não identificadas. De acordo com o Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX), não houve registro de casos de intoxicação no Piauí nos anos de 2015 e 2016, sugerindo uma subnotificação ou preenchimento inadequado das fichas de notificação.

PALAVRAS - CHAVE: Intoxicação, Medicamentos, Raticidas.

PATIENTS WITH HISTORY OF INTOXICATION IN PIAUI, PERIOD 2015 AND 2016

ABSTRACT: Intoxication manifests itself through clinical signs and symptoms, with harmful effects produced by the interaction between a chemical substance and the organism. The objective was to seek information in a referral hospital about toxic agents, the evolution of the patients involved and other data relevant to intoxication. Approved by the Research Ethics Committee of the State University of Piauí (CAAE 38978414.0.0000.5209). Data were collected through a standard questionnaire based on the Notification Form used by the Toxicological Information Center (CITOX-PI). The Epi Info™ 7.2.3.1 statistical program was used to calculate frequencies, means and standard deviation, considering $p \leq 0.05$. The average age was 31.7 years, 31 (51.7%) were female and 29 (48.3%) were male. There were 13 (21.7%) farmers, 12 (20.0%) students, 8 (13.3%) housewives, 11 (18.3%) with other occupations and 16 (26.7%) did not inform. As for the origin, 23 (38.3%) were from Teresina-PI, 36 (60.0%) from the interior of the state and 1 (1.7%) from Maranhão. 37 (61.7%) cases occurred in the urban area and 23 (38.3%) in the rural area. It was found that 100% of the cases were due to individual accidents, with oral intoxication, which suggests suicide attempt. The most prevalent toxic agents: medicines with 24 (40.0%) cases, followed by rodenticides with 12 (20.0%) and agricultural pesticides with 9 (15%). Regarding the clinical evolution of patients, 28 (46.7%) evolved with cure, 24 (40.0%) died, 5 patients (8.3%) were transferred to another hospital and 3 (5.0%) had sequelae, which were not identified. According to the National Toxic-Pharmacological Information System (SINITOX), there were no cases of intoxication in Piauí in the years 2015 and 2016, suggesting an underreporting or inadequate completion of the notification forms.

KEYWORDS: Intoxication, Medicines, Rodenticides.

1 | INTRODUÇÃO

O autoextermínio está entre as três principais causas de morte entre adolescentes e adultos jovens, e, cada vez que ele ocorre, em média, cinco ou seis pessoas próximas à vítima são afetadas emocional, social e economicamente, constituindo um importante problema de saúde pública, reportado em diversos estudos com ênfase no suicídio (VIEIRA; SANTANA; SUCHARA, 2015).

No Brasil, os meios empregados para a tentativa de suicídio predomina o enforcamento, seguido pelo uso de arma de fogo e envenenamento. Apesar de um importante indicador da seriedade do suicídio, o método de obtê-lo deve ser contextualizado e integrado com outros fatores para ser verdadeiramente significativo. Constituem fatores de risco para a gravidade da tentativa de suicídio: o planejamento de tentativas de suicídio, tentativas anteriores de suicídio, sexo masculino, idade avançada, a presença de distúrbios mentais e a disponibilidade de um método de suicídio altamente letal. Cada vez que um fator de risco para a gravidade da tentativa de suicídio é adicionado a fatores previamente existentes, aumenta-se o risco potencial de suicídio consumado (VIEIRA; SANTANA; SUCHARA, 2015).

Aproximadamente 804 mil mortes por suicídio ocorreram em todo o mundo em 2012, o que representa uma taxa de suicídio global, anual, padronizada por idade, de 11,4 por 100 mil habitantes (15,0 para os homens e 8,0 para as mulheres) (GONDIM et al, 2017).

O comportamento para a tentativa de suicídio geralmente é caracterizado pela baixa intencionalidade e pela impulsividade do ato, portanto o método utilizado está diretamente relacionado à sua disponibilidade e facilidade de acesso. Sendo o auto envenenamento o método mais utilizado nas tentativas de suicídio e suicídio. Logo, observou-se que grande parte (72,1%) de tentativas de suicídio estava relacionada a ingestão de medicamentos armazenados no próprio domicílio (SILVA et al, 2019).

Quando o envenenamento é o método de suicídio mais utilizado, encontramos agrotóxicos e medicamentos como os principais agentes de autoextermínio. O Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX), em 2011, registrou 18.613 casos de tentativas de suicídio por intoxicações, ocupando o segundo lugar entre as circunstâncias mais frequentes e configurando como a principal causa de morte, com 202 óbitos (VIEIRA; SANTANA; SUCHARA, 2015). No estado do Piauí no houve 2574 casos de intoxicação entre 2015 e 2016 de acordo com casos notificados no UNASUS.

Estudos nacionais e internacionais demonstraram que as principais substâncias usadas nesses eventos são os agrotóxicos, estes variando entre 60% a 90%, principalmente nos países em desenvolvimento, enquanto, os medicamentos ficam entre 12% a 60% e mais frequentes nos países desenvolvidos (SANTOS et al, 2013).

Sobre a variação da taxa de mortalidade por suicídio em relação ao período de 1996 a 2016, o Brasil apresentou aumento de 29,4%. Todas as cinco regiões brasileiras apresentaram aumento, sendo, por ordem decrescente, Região Nordeste (+104,9%), Região Norte (54,9%), Região Sudeste (16,9%), Região Centro-Oeste (15,6%) e Região Sul (7,2%) (Brasil, 2018). Das 27 Unidades Federativas, somente cinco apresentaram redução da taxa de mortalidade por suicídio, a saber Amapá (-24,1%), Distrito Federal (-21,2%), Mato Grosso (-3,7%), São Paulo (-3,2%) e Paraná (-0,2%) (Brasil, 2018). As demais 22 Unidades Federativas apresentaram aumento na variação da taxa de mortalidade por suicídio em relação aos anos de 1996 a 2016, e dentre elas, as cinco Unidades Federativas com maior variação foram Piauí (+456,5%), Maranhão (+332,9%), Paraíba (+283,6%), Acre (+231,6%) e Tocantins (+200,4%) (BRASIL, 2018).

Ao avaliar estudos mostrando resultados de pelo menos um dos três seguintes desfechos, ideações de suicídio, tentativas de suicídio e suicídio. Ainda relatam neste estudo que as três categorias mais eficientes de intervenção na prevenção de suicídio parecem ser a limitação do acesso a meios letais, a preservação do contato, após a hospitalização, com outros indivíduos hospitalizados por uma tentativa de suicídio, e a implementação de centros de atendimento a chamadas telefônicas de emergência (SANTOS et al, 2013).

Conhecer a realidade local e refletir sobre as informações geradas é importante para subsidiar a elaboração de estratégias adequadas de promoção da vida e prevenção das

tentativas de suicídio.

Desse modo, devido à grande importância desse tema para a saúde pública a fim de produzir mais conhecimento sobre a associação suicídio-intoxicação, o presente trabalho teve como objetivo descrever o perfil dos casos de suicídio durante o período de 01 de janeiro de 2015 a 31 de dezembro de 2016, em um hospital de referência em Teresina.

2 | METODOLOGIA

O projeto foi submetido à Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Piauí, sob o CAAE 38978414.0.0000.5209.

A população estudada foram todos os pacientes atendidos com história de intoxicação em um hospital de referência em Teresina, período entre 01 de janeiro 2015 a 31 de dezembro 2016. De acordo com os dados disponíveis no SINITOX, o CITOX-PI registrou, no período de 2008 a 2013, 1.133 casos de intoxicações, portanto através de uma média simples estipulamos uma amostra de 1700 casos de intoxicações humanas no período do estudo.

Foram coletados dados a partir dos prontuários médicos dos pacientes de acordo com um questionário padrão, baseado na Ficha de Notificação e de atendimento do centro de assistência toxicológica utilizado pelo CITOX.

A análise dos dados foi realizada através do programa estatístico Epi Info™ 7.2.3.1, sendo calculadas frequências relativas e absolutas, média, desvio padrão, considerando $p \leq 0,05$. Tabelas foram elaboradas para melhor visualização dos dados.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O total de casos foi de 60 pacientes, com a idade média de 31,7 anos. Sendo 31 (51,7%) do gênero feminino e 29 (48,3%) do gênero masculino. Em relação à ocupação, 13 (21,7%) se identificaram como lavradores, 12 (20,0%) como estudantes, 8 (13,3%) donas de casa, 11 (18,3%) com outras ocupações e 16 (26,7%) não informado. Quanto à procedência, 23 (38,3%) pacientes eram de Teresina-PI, 36 (60,0%) pacientes eram do interior do estado, e 1 (1,7%) caso procedente do Maranhão. Quanto a zona de acidente, 37 (61,7%) casos aconteceram na zona urbana, e os outros 23 (38,3%) na zona rural (Tabela 1).

Parâmetro	N (%)
Média da Idade (anos)	31,7 anos
Sexo	
Feminino	(31) 51,7
Masculino	(29) 48,3
Ocupação	
Lavrador	(13) 21,7
Estudante	(12) 20,0
Dona de casa	(08) 13,3
Outros	(11) 18,3
Não informado	(16) 26,7
Procedência	
Teresina	(23) 38,3
Interior do Piauí	(36) 60,0
Maranhão	(01) 1,7
Zona do acidente	
Urbana	(37) 61,7
Rural	(23) 38,3

Tabela 1: Descrição de média de idade e número absoluto com a porcentagem do sexo, ocupação e procedência dos pacientes intoxicados atendidos em hospital de referência em Teresina-PI.

Fonte: Dados da pesquisa.

De acordo com Bochner (2020), às faixas etárias mais acometidas, 61,0% estão relacionados a adultos com idades entre 20 a 49 anos. Reforçando a mesma idade média dos pacientes encontrados nessa pesquisa.

Monte e seus colaboradores (2016) realizaram uma pesquisa ecológica e descritiva das notificações de intoxicações por medicamento em uma cidade do Piauí, e, descreveram que dos 459 casos registrados, 50,1% foram do sexo feminino e 41,2% delas usaram benzodiazepínicos. Desse modo reforça a preponderância do sexo feminino no estado do Piauí, ainda que a literatura reforce a maior mortalidade entre homens.

Com relação à circunstância da intoxicação, via de exposição e tipo de intoxicação, verificou-se que 100 % dos casos foram por acidente individual, via oral e tipo agudo, respectivamente, resultados que sugerem tentativas de suicídio.

Com relação ao agente tóxico, 24 (40,0%) pacientes foram intoxicados por medicamentos, 12 (20,0%) por raticidas, 9 (15,0%) por agrotóxicos/uso agrícola, 7 (11,6%) por produtos químicos e industriais, 1 (1,7%) caso por produtos veterinários, 1 (1,7%) por domissanitários e 6 (10,0%) sem identificação do agente tóxico (Tabela 2).

Agente tóxico	N (%)
Medicamentos	(24) 40,0
Raticidas	(12) 20,0
Agrotóxicos/uso agrícola	(09) 15,0
Produtos químicos industriais	(07) 11,6
Produtos veterinários	(01) 1,7
Domissanitários	(01) 1,7
Sem identificação	(06) 10,0
Total	(60) 100,0

Tabela 2: Descrição do número absoluto e porcentagem dos agentes tóxicos relacionados à intoxicação apresentada pelos pacientes atendidos em hospital de referência em Teresina-PI.

Fonte: Dados da pesquisa.

Segundo Sell (2019), a maior parte das tentativas de suicídio por intoxicação, cerca de 70%, deve-se devido ao uso de medicamentos, assemelhando-se com os dados pesquisados.

Com relação ao tratamento medicamentoso, sabe-se que a maioria dos casos de intoxicação são tratados de forma sintomática, pois nem sempre é possível realizar um diagnóstico preciso de qual agente tóxico foi o responsável pela sintomatologia e, às vezes, ocorre a falta de antídotos. Dentre os medicamentos que a maioria dos pacientes usou foram eletrólitos, bromoprida, ranitidina, analgésico, antitérmico, dormonid associado a fentanil, antipsicóticos, antibióticos, omeprazol, insulina, glicose, carvão ativado para lavagem gástrica. Dentre os tratamentos não medicamentosos, observaram-se: fisioterapia respiratória e motora, encaminhamento para serviços de psicologia e psiquiatria.

Em relação à evolução clínica dos pacientes, 28 (46,7%) evoluíram com cura, 24 (40,0%) evoluíram para óbito, 5 pacientes (8,3%) foram transferidos para outro hospital e 3 (5,0%) tiveram sequelas, estas não identificadas (Tabela 3).

Evolução clínica	N (%)
Cura	(28) 46,7
Óbito	(24) 40,0
Transferência para outro hospital	(05) 8,3
Sequela	(03) 5,0
Total	(60) 100,0

Tabela 3: Descrição do número absoluto e porcentagem da evolução clínica dos pacientes atendidos em hospital de referência em Teresina-PI.

Fonte: Dados da pesquisa.

De acordo com Rangel e Francelino (2018), a evolução para cura pode estar relacionada à existência de formas de tratamento bem eficazes, como o uso de carvão

ativado, a imediata realização da lavagem gástrica e a utilização de antídotos específicos que neutralizam os efeitos do agente que provocou a intoxicação, todas essas formas garantem um bom êxito para a evolução clínica. No entanto, nem sempre os hospitais dispõem de antídotos para atender à demanda.

4 | CONCLUSÃO

Observou-se que as intoxicações foram mais prevalentes nas mulheres jovens, provenientes da zona urbana. A maioria dos casos teve evolução com melhora clínica, considerados curados. No entanto, observaram-se itens nos prontuários sem preenchimento, tais como procedência e profissão. Mais estudos e treinamentos sobre atendimento ao paciente intoxicado são necessários e a conscientização por parte dos profissionais de saúde sobre o devido preenchimento das fichas de notificação de intoxicação.

REFERÊNCIAS

BOCHNER R; FREIRE MM. Análise dos óbitos decorrentes de intoxicação ocorridos no Brasil de 2010 a 2015 com base no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 761-772, 202

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Acesso: 18/08/2018.

GONDIM APS; NOGUEIRA RR; LIMA JGB; LIMA RAC, ALBUQUERQUE PLMM; VERAS M do SB et al. Tentativas de suicídio por exposição a agentes tóxicos registradas em um Centro de Informação e Assistência Toxicológica em Fortaleza, Ceará, 2013. **Epidemiol e Serv saúde, Rev do Sist Único Saúde do Bras.** 2017;26(1):109–19.

MONTE, B. S.et al. Estudo Epidemiológico das intoxicações por medicamentos registradas pelo Centro de Informação Toxicológica do Piauí-CITOX. **Revista Interdisciplinar**, v. 9, n. 3, p. 96-104, 2016.

RANGEL NL; FRANCELINO EV. Caracterização do Perfil das Intoxicações Medicamentosas no Brasil, durante 2013 a 2016. *Id on Line Rev. Mult. Psic.* V.12, N. 42, p. . 121-135, 2018.

SANTOS AS; LEGAY LF; LOVISI GM; de Santos JFC; LIMA LA. Suicide and attempts suicide by exogenous intoxication in rio de janeiro: Analysis of data from official health information systems, 2006-2008. **Rev Bras Epidemiol.** 2013;16(2):376–87.

SELL VP et al. Indicativos dos índices de prevalência em tentativas de suicídio por intoxicação de medicamentos. uma questão de saúde pública. In: **6º Congresso Internacional em Saúde.** 2019.

SILVA, Rosa Milena Veigas et al. Tentativa de suicídio através do uso de medicamentos na população jovem brasileira: revisão integrativa. 2019.

VIEIRA LP; SANTANA VTP de; SUCHARA EA. Caracterização de tentativas de suicídios por substâncias exógenas. **Cad Saúde Coletiva.** 2015;23(2):118–23.

CAPÍTULO 7

ENFERMEIRO INTENSIVISTA: ESTRESSE EM TEMPO DE PANDEMIA

Data de aceite: 19/03/2021

Data de submissão: 04/02/2021

Geraldo Vicente Nunes Neto

Centro universitário Tabosa de Almeida
ASCES-UNITA
Caruaru – PE
<http://lattes.cnpq.br/9743672254157666>

Raquel da Silva Cavalcante

Universidade Federal de Pernambuco UFPE
Vitória de Santo Antão – PE
<http://lattes.cnpq.br/1334738014400103>

Ayanne Karla Ferreira Diniz

Centro universitário Maurício de Nassau
Recife – PE
<http://lattes.cnpq.br/9343090553844966>

Marília Cruz Gouveia Câmara Guerra

Universidade Federal de Pernambuco UFPE
Recife – PE
<http://lattes.cnpq.br/7384786163560121>

Júlio César Bernardino da Silva

Centro universitário Tabosa de Almeida
ASCES-UNITA
São Joaquim do Monte – PE
<http://lattes.cnpq.br/9856095410755859>

Jaqueline Figueirôa Santos Barbosa de Araújo

Universidade Salgado de Oliveira
Recife – PE
<http://lattes.cnpq.br/8868632197756228>

Fagner Arruda de Lima

Universidade Federal de Campina Grande-UFPG
Campina Grande – PE
<http://lattes.cnpq.br/4137872500755381>

Álisson Vinícius dos Santos

Universidade Federal de Pernambuco UFPE
Vitória de Santo Antão – PE
<http://lattes.cnpq.br/3256834387104949>

Edson Dias Barbosa Neto

Universidade de Pernambuco
Recife – PE
<http://lattes.cnpq.br/0563204864141952>

Fernanda Caroline Florêncio

Centro universitário Tabosa de Almeida
ASCES-UNITA
Caruaru – PE
<http://lattes.cnpq.br/0268028976509480>

Yalle Laryssa Florencio Silva

Centro universitário Tabosa de Almeida
ASCES-UNITA
Caruaru – PE
<http://lattes.cnpq.br/7582335738723548>

Thâmara Silva Bezerra de Souza

Centro universitário Tabosa de Almeida
ASCES-UNITA
Caruaru – PE
<http://lattes.cnpq.br/4051588906296656>

RESUMO: A situação de pandemia da COVID-19, provocada pelo vírus SARS-CoV-2, emergiu nos profissionais sentimentos negativos e emoções pessimistas, como medo, tristeza, raiva e solidão, além de ansiedade e aumento do nível de estresse. Trata-se de um estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa, com objetivo de verificar a existência do nível de estresse dos enfermeiros da terapia intensiva

envolvidos na assistência do paciente com a COVID-19. Para apreensão de informações sociodemográficas e obtenção dos dados relativos ao nível de estresse dos enfermeiros no desempenho de suas atividades, utilizou-se a Escala Bianchi de Stress. Verificou-se que os enfermeiros entrevistados são majoritariamente do sexo feminino (93,8%), na faixa etária entre 31 a 40 anos (56,3%). Com relação aos dados de formação, a maioria possui tempo de graduação entre dois a 10 anos de formados (81,2%) e possui pós-graduação (96,9%). O domínio B (atividades relacionadas ao funcionamento adequado da unidade) foi o que apresentou maior frequência de enfermeiros com nível de estresse alto 25 %. Em relação ao nível de estresse médio, o domínio D (assistência de enfermagem prestada ao paciente) apresentou uma elevada porcentagem com 75 % dos entrevistados apresentando um mediano nível de estresse. Diante desses resultados, foi possível afirmar que existe um nível de estresse desses enfermeiros intensivistas ao nível médio a alto. O enfermeiro é responsável pela assistência direta ao paciente e está sujeito a diversos fatores condicionantes de insalubridade e estressores no ambiente de trabalho, durante a pandemia de COVID-19 que gerou inquietações.

PALAVRAS-CHAVE: Angústia psicológica; Infecções por Coronavírus; Unidade de terapia intensiva; Pandemias.

INTENSIVIST NURSE: STRESS IN PANDEMIC TIME

ABSTRACT: The pandemic situation of COVID-19, caused by the SARS-CoV-2 virus, emerged in professionals negative feelings and pessimistic emotions, such as fear, sadness, anger and loneliness, in addition to anxiety and increased level of stress. This is a descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach, with the objective of verifying the existence of the stress level of intensive care nurses involved in patient care with COVID-19. To apprehend sociodemographic information and obtain data on the nurses' stress level in the performance of their activities, the Bianchi Stress Scale was used. It was found that the nurses interviewed are mostly female (93.8%), aged between 31 and 40 years old (56.3%). With regard to training data, most have graduated from two to 10 years of graduation (81.2%) and have a postgraduate degree (96.9%). Domain B (activities related to the proper functioning of the unit) was the one with the highest frequency of nurses with a high stress level of 25%. Regarding the average stress level, domain D (nursing care provided to the patient) presented a high percentage with 75% of the interviewees showing a median level of stress. In view of these results, it was possible to affirm that there is a level of stress of these intensive care nurses at medium to high level. The nurse is responsible for direct assistance to the patient and is subject to several factors that affect unhealthy conditions and stressors in the work environment, during the COVID-19 pandemic that generated concerns.

KEYWORDS: Psychological distress; Coronavirus Infections; Intensive care unit; pandemics.

1 | INTRODUÇÃO

A situação de pandemia da COVID-19, provocada pelo vírus SARS-CoV-2, emergiu nos profissionais sentimentos negativos e emoções pessimistas, como medo, tristeza, raiva e solidão, além de ansiedade e aumento do nível de estresse. (CORREIA S; LUCK S;

VERNER E, 2020). Por se tratar de um evento potencialmente estressante, considerando as medidas de prevenção e contenção da doença, impactos econômicos, políticos e sociais (AFIFI WA; FELIX ED; AFIFI TD, 2012)

Mediante este quadro que exhibe um modelo de atenção à saúde distanciado e despreparado para lidar com as adversidades da historicidade e os debates presentes no cuidado em saúde e mediante a atual situação que se apresenta desafiando profissionais da saúde, o estresse e a pressão de lidar com o ofício, acrescido do risco de adoecer, provocam severos problemas de saúde mental, aumentando o nível de estresse, a síndrome de burnout, além de gerar graves problemas como ansiedade e depressão (SIMONETTI SH; BIANCHI ERF, 2016). O processo de trabalho do enfermeiro frente a assistência ao paciente acometido com a COVID-19 requer habilidade, competência técnica e controle emocional diante da prática. Devido a sintomatologia dessa doença, os agravos, consequências e repercussões na vida do paciente, a organização mundial da saúde (OMS) estima que de 10% a 20% dos pacientes infectados precisam de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (WHO, 2019).

As competências do enfermeiro inseridos no âmbito da (UTI), exige um esforço físico, mental, emocional e psicológico, haja vista a necessidade de atenção, realização de atividades com alto grau de comprometimento e complexidade, ritmo acelerado de trabalho, jornadas excessivas e poucas horas de descanso, o que pode provocar estresse ocupacional, oriundo das pressões no âmbito (VIEIRA NF, 2015).

O manejo clínico de casos da COVID-19 e a assistência prestada à pacientes em UTI é bastante polêmica, se de um lado ela requer intervenções rápidas e imediatas, de outro, não se tem dúvida de que são espaços naturalmente mobilizadores de emoções e sentimentos que frequentemente se expressam de forma muito intensa, visto que antes de iniciar a assistência a esses pacientes se faz necessária o uso correto de equipamentos de proteção individual, ou seja a correta paramentação (GALLASCH CH et al, 2020).

Com isso, ser enfermeiro de UTI que prestam assistência ao paciente com a COVID-19 envolve a realização de um trabalho embasado por evidências científicas, aspectos gratificantes e limitantes que estão presentes no seu mundo e na vida vivenciando situações de risco e exposições a um desgaste contínuo, com possíveis perdas das condições satisfatórias da vida e aumento do nível de estresse, devido à rápida desestabilidade hemodinâmica e a alta demanda de cuidados que eles necessitam.

Diante do exposto, este trabalho tem objetivo de verificar a existência do nível de estresse dos enfermeiros da terapia intensiva envolvidos na assistência do paciente com a COVID-19, visto que, estes profissionais lidam como uma rotina considerada estressante e exaustiva, devido a mudança de rotina, o distanciamento físico, e as consequências econômicas, sociais e políticas relativas a esse novo cenário podem aumentar o nível de estresses desses profissionais.

21 MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa. Foram incluídas no estudo enfermeiros das unidades de terapia intensiva (UTI) adulto, responsáveis pela assistência a pacientes suspeitos ou confirmados da COVID-19 há pelo menos 3 meses. Os critérios de exclusão ponderados, foram os enfermeiros que estavam de férias, afastados ou de atestado médico no período de coleta de dados.

O estudo respeitou todos os aspectos éticos em pesquisa, de acordo com as Resoluções 466/12 e 510/16 da Comissão Nacional de Ética e Pesquisa em Seres Humanos, visando à preservação da autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça. Foi submetida à Plataforma Brasil e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Real Hospital Português de Beneficência em Pernambuco sob o protocolo CAAE - 35125220.8.0000.9030 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2016).

A amostra foi do tipo censitária, em virtude de a coleta ser realizada com todos os enfermeiros envolvidos diretamente na assistência com o paciente suspeito ou confirmado da COVID-19, não havendo, portanto, necessidade de cálculo, perfazendo, portanto, um total de 32 participantes.

O estudo foi realizado nas UTI's do Hospital Português de Beneficência responsáveis pelos atendimentos a casos suspeitos e confirmados dos pacientes com a covid-19. Hoje ele é uma das referências aos atendimentos a esses pacientes.

Para apreensão de informações sociodemográficas e para obtenção dos dados relativos ao nível de estresse dos enfermeiros, utilizou-se a Escala Bianchi de Stress, construída e validada no Brasil, em 2009, que avalia o estresse do enfermeiro hospitalar no desempenho básico de suas atividades. Trata-se de um instrumento autoaplicável, contendo 51 itens, do tipo Likert, com variação de 1 a 7, sendo o valor 1 como pouco desgastante; o valor 4 como médio e o valor 7 como altamente desgastante. O valor 0 foi reservado para quando o enfermeiro não executasse a atividade abordada.

Esta escala é dividida em seis domínios: (A) Relacionamento com outras unidades; (B) Funcionamento adequado da unidade; (C) Administração de pessoal; (D) Assistência prestada ao paciente; (E) Coordenação das atividades da unidade; e (F) Condições de trabalho. Todos esses domínios referentes às atividades realizadas pelo enfermeiro e/ou condições de trabalho. A classificação do estresse é definida com a seguinte pontuação: baixo nível de estresse (igual ou abaixo de 3,0); médio (entre 3,1 a 5,9) e alto (igual ou acima de 6,0). A pesquisadora abordou os enfermeiros em seu ambiente de trabalho e foi entregue um envelope contendo os dois instrumentos (questionário e a escala) e o TCLE em duas vias. O preenchimento dos instrumentos foi realizado pelo próprio participante, utilizando a técnica de autopreenchimento.

Após a coleta dos dados, estes foram agrupados em planilha no Excel da Microsoft onde realizou-se a tabulação por dupla digitação, sendo processados, analisados e

formulados tabelas e gráficos. A estatística utilizada será do tipo descritiva por distribuição de frequência absolutas e relativas. A estatística utilizada foi do tipo descritiva por distribuição de frequência absolutas e relativas.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Verificou-se, com base nos 32 enfermeiros participantes do estudo, que (93,8%) dos enfermeiros entrevistados são majoritariamente do sexo feminino, e (56,3%) está na faixa etária entre 31 a 40 anos. Em relação aos dados de formação, a maioria atua no mercado de trabalho entre 2 a 10 anos (81,2%) e possui pós-graduação (96,9%). E referente ao tempo de trabalho na unidade, (53,1%) possui vínculo com a instituição entre 5 e 10 anos, conforme tabela I.

Tabela		
Característica	N°	%
Sexo		
Feminino	30	93,8
Masculino	2	6,3
Faixa etária		
20 a 30 anos	8	25,0
31 a 40 anos	18	56,3
41 a 50 anos	4	12,5
mais de 50	2	6,3
Pós-graduação		
Sim	31	96,9
Não	1	3,1
Tempo de formação		
2 a 5 anos	13	40,6
6 a 10 anos	13	40,6
11 a 15 anos	3	9,4
mais de 16 anos	3	9,4
Tempo na Unidade		
1 a 5 anos	12	37,5
5 a 10 anos	17	53,1
10 a 20 anos	5	15,6
mais de 20 anos	1	3,1

Tabela I – Distribuição dos enfermeiros, segundo sexo, faixa etária e variáveis sociodemográficas. Recife, PE, Brasil, 2021.

Fonte: Autores, 2021.

Ao realizar a análise dos dados, é evidente a predominância do gênero feminino, nesta pesquisa. Essa prevalência do sexo feminino na profissão de enfermagem é apontada em diversos estudos. Desde da criação da enfermagem elas dominam essa categoria, quase de forma exclusiva (FÁVERO; MIGOTT, 2017).

Pensando nessa perspectiva, essas mulheres e enfermeiras, além de conviverem com a dinâmica da organização de trabalho, também gerenciam suas atividades diárias e vida pessoal. Esses pilares da vida, somado a diversas atividades e aos níveis de complexidade da profissão, podem gerar estresse, além de serem consideradas as mais propensas a se envolverem com os problemas dos pacientes e por usarem a negação e a repressão como mecanismos de defesa (GALINDO et al, 2012).

De acordo Barros et al (2020), trouxeram informações que corroboram com os dados encontrados nessa pesquisa, onde 93,3% têm medo de levar o novo Coronavírus para seus familiares; quase 60% dos profissionais de Enfermagem residem com pessoas do grupo de risco. Além disso, as pessoas relataram preocupação de ficar doente (86%) e de ter cuidados exagerados com contatos pessoais, higiene e limpeza (81,7%) (BARROS et al, 2020). Vivenciando nosso cenário pandêmico atual, somados ao distanciamento social, essas mulheres precisaram se isolar de seus familiares, filhos e marido ou companheira. O nível de tensão, ansiedade e estresse ficou evidente.

Realizou-se a caracterização dos enfermeiros intensivistas entrevistados de acordo com a EBS e a soma dos domínios, onde foi obtido o total dos níveis baixo, médio e alto, conforme tabela II.

ESCALA	CLASSIFICAÇÃO DO ESTRESE					
	Baixo		Médio		Alto	
DOMINIOS	N	%	N	%	N	%
Domínio A – Relacionamento com outras unidades e supervisores	14	43.8	15	46.9	3	9.4
Domínio B – Atividades relacionadas ao funcionamento adequado da unidade	12	37.5	12	37.5	8	25
Domínio C – Atividade relacionada à administração de pessoal	13	40.6	14	43.8	5	15.6
Domínio D – Assistência de enfermagem prestada ao paciente	6	18.8	24	75	2	6.3
Domínio E – Coordenação das atividades da unidade	15	46.9	13	40.6	4	12.5
Domínio F – Condições de trabalho para desempenho das atividades	16	50	16	50	0	0

TABELA II: Soma dos domínios dos enfermeiros intensivistas de acordo com a classificação do estresse geral e para cada domínio da Escala Bianchi de Stress. Recife- PE, 2021.

Fonte: Autores, 2021.

Com base na tabela II, percebe-se que o domínio B (atividades relacionadas ao funcionamento adequado da unidade) foi o que apresentou o score mais elevado de enfermeiros com nível de estresse alto em 25 %. De acordo com Rosso et al (2014), além

das atividades assistenciais, o enfermeiro necessita dominar as burocráticas, esses fatores motivam ainda mais o aumento do nível de estresse (ROSSO et al, 2014). Estudos também apontaram em seus resultados que, durante o período pandêmico os fatores geradores de estresse como: número elevado de horas de trabalho e de pacientes, elevada demanda gerada por capacitações, notificações, protocolos e mudança constantes, foram os principais aspectos que os estudos trouxeram, como causadores do aumento do estresse dos enfermeiros envolvidos na assistência (BARBOSA et al, 2020; LI et al, 2020).

Os domínios C (atividades relacionadas à administração de pessoal) 15.6 % e E (coordenação das atividades da unidade) 12.5 % também apresentaram enfermeiros com nível alto de estresse. O gerenciamento do trabalho, a forma de lidar com o faltas e atestados (absenteísmo), distribuição de turnos de trabalho, como revezamento e constituição de novas equipes para aumentar as medidas de distanciamento conforme orientações do Organização Mundial da Saúde (OMS) e redução do número de trabalhadores nos locais, outrossim o trabalho remoto, suspensão de procedimentos eletivos, mudanças nos protocolos e fornecimento de equipamentos de proteção individual (EPI) conforme o tipo de risco e exposição, nesse período sobrecarregaram ainda mais esses enfermeiros, gerando na maioria das vezes exaustão, desgaste emocional e estresse (RIBEIRO et al, 2020).

Em relação ao nível de estresse médio, o domínio D (assistência de enfermagem prestada ao paciente) apresentou uma elevada porcentagem com 75 % dos entrevistados apresentando um mediano nível de estresse. O medo do novo era inerente, o primeiro contato gerou inquietações e angústias, principalmente devido às alterações constantes nos fluxos assistenciais. Com isso, foi de fundamental importância a adequação dos profissionais de enfermagem, e isso foi um dos principais desafios durante a pandemia da COVID-19. A complexidade do manejo dessas pacientes, a demanda de cuidados que os pacientes necessitam, a paramentação e desparamentação correta, a monitorização rigorosa e a rápida desestabilidade desses pacientes foram os principais causadores de preocupação desses profissionais (ROGRIGUES; SILVA, 2020).

Tratando-se do número de entrevistados por domínios, nota-se que o maior número de participantes que apresentaram alto grau de estresse, em comparação aos outros, foi descrito no domínio B (8 participantes), conforme figura 1. Já o domínio F não apresentou nenhum participante com grau elevado de estresse. Vale salientar que, no domínio D, (24 dos participantes) apresentaram nível médio de estresse, conforme figura 1.

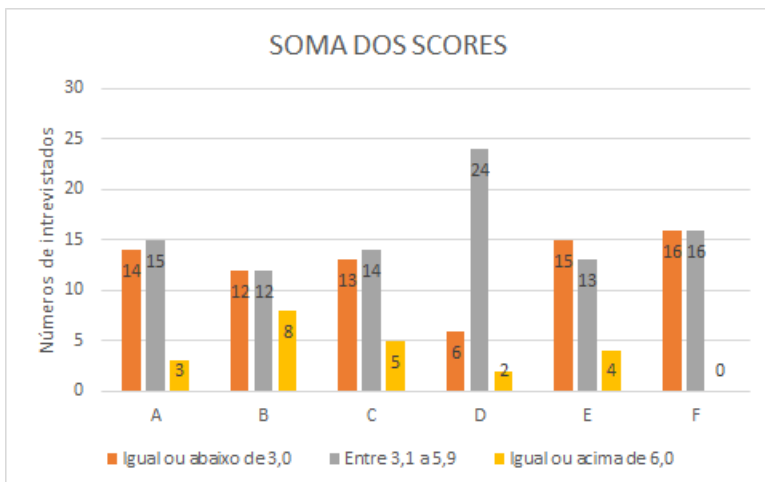


FIGURA I: Distribuição da soma dos domínios de acordo com a classificação de estresse da Escala Bianchi de Stress. Recife- PE, 2021.

Fonte: Autores, 2021.

Os domínios A (relacionamento com outras unidades) e F (condições de trabalho) apresentaram um nível de estresse médio, respectivamente com 46.9% e 50%. Além disso, para o baixo nível de estresse baixo, predominou o domínio F (relacionamento com outras unidades e supervisores) com 50% dos participantes, o domínio E também apresentou um nível baixo considerável com 46.9%, seguidamente do domínio C com 46.6%.

No que tange as atividades relacionadas à administração de pessoal (domínio C), os enfermeiros estavam em alerta para alto nível de estresse com 43.8%, as atividades mais estressantes apontadas foram: a rápida demanda e reposição de material, a provisão de materiais utilizados no setor. Devido a rápida desestabilização dos pacientes, eles necessitavam de equipamentos e acessórios de alta complexidade (cateter venoso central, intubação orotraqueal, cateter para monitorização da pressão arterial invasiva, sonda vesical de demora e entre outros) e com isso aumentava a tensão e o nível de estresse por parte dos enfermeiros. Destaca-se que todas as atividades desse domínio estavam em risco iminente para o alto nível de estresse.

4 | CONCLUSÃO

Diante desses resultados, foi possível afirmar que existe um nível de estresse desses enfermeiros intensivistas ao nível médio a alto. O enfermeiro é responsável pela assistência direta ao paciente e está sujeito a diversos fatores condicionantes de insalubridade e estressores no ambiente de trabalho, durante a pandemia de COVID-19 que gerou inquietações.

O curto espaço de tempo, em decorrência da sobrecarga de trabalho e demanda de atividade assistenciais, pode ter sido um fator limitante no preenchimento dos formulários de avaliação da pesquisa.

Ademais, se faz necessário adotar métodos pelo gestor para um acompanhamento desses profissionais no enfrentamento do estresse no trabalho, a fim de reduzir os níveis e prevenir a ocorrência de problemas de saúde decorrentes desse desgaste psicológico do período pandêmico, garantindo assim um equilíbrio na saúde mental e uma melhor qualidade de vida. Como também, se faz necessário novos estudos nessa perspectiva, com uma maior abrangência de profissionais e em outros setores, como emergência e enfermarias.

REFERÊNCIAS

1. CORREIA S; LUCK S; VERNER E. Pandemics Depress the Economy, Public Health Interventions Do Not: Evidence from the 1918 Flu. New York, 2020. Acesso em: 06 junh. 2020. Disponível em: <https://www.joserobertoafonso.com.br/pandemics-depress-the-economy-correia-et-al/>.
2. AFIFI, W.A; FELIX, E.D; AFIFI, T.D. The impact of uncertainty and communal coping on mental health following natural disasters. *Anxiety, Stress & Coping*. **PUBMED.GOV**. Estados Unidos, 2012. <https://dx.doi.org/10.1080/10615806.2011.603048>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21801075/>.
3. SIMONETTI, S.H; BIANCHI, E.R.F. Estresse do enfermeiro que atua em unidade de internação. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, 10(12):4539-46, dez. 2016. DOI: 10.5205/reuol.9978-88449-6-ED1012201615.
4. World Health Organization (WHO). Home care for patients with suspected novel coronavirus (nCoV) infection presenting with mild symptoms and management of contacts. Available from <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330671/9789240000834-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. access on 06 junh 2020.
5. VIERA, N.F. Avaliação do estresse entre os enfermeiros hospitalares de um município do sul de minas gerais. **Dissertação de mestrado** Universidade Federal de Alfenas, 2015. Acesso em: 06 junh. 2020. Disponível em:< <https://btd.unifal-mg.edu.br:8443/bitstream/tede/32715/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Neireana%20Florencio%20Vieira.pdf>>.
6. GALLASCH, C.H, et al. Prevenção relacionada à exposição ocupacional do profissional de saúde no cenário de COVID-19. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2020.<http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.49596>.
7. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. *Diário Oficial da União nº98*, 24 de maio de 2016 – Seção 1.
8. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União nº 12 13 de junho de 2013 – Seção 1*.

9. GALINDO, R. H et al . Síndrome de Burnout entre enfermeiros de um hospital geral da cidade do Recife. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 46, n. 2, p. 420-427, Apr. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000200021&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Jan. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000200021>.
10. LI, S. et al. The Impact of COVID-19 Epidemic Declaration on Psychological Consequences: A Study on Active Weibo Users. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17(6):2032. Available from <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32204411/>>. access on 28 Jan. 2021.
11. RIBEIRO, A. P et al . Saúde e segurança de profissionais de saúde no atendimento a pacientes no contexto da pandemia de Covid-19: revisão de literatura. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo , v. 45, e25, 2020. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572020000101600&lng=en&nrm=iso>. access on 27 Jan. 2021. Epub Aug 12, 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6369000013920>.
12. FÁVERO B; MIGOTT A. M. B. Atividade laboral do enfermeiro e a relação com a síndrome de Burnout. **REV. Enfermagem Brasil**. Porto Alegre, RS. v. 16, n. 6 (2017). Available from <<https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/1036/3289>>. access on 15 Jan. 2021.
13. BARROS, A. B. et al. Impactos da pandemia da covid-19 na saúde mental dos profissionais de enfermagem. **Braz. J. of Develop**. Curitiba, v. 6, n. 10 , p.81175-81184, oct. 2020. Available from <<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/18700/15062>>. access on 15 Jan. 2021. <http://dx.doi.org/10.34117/bjdv6n10-514>.
14. ROSSO E. et al. Avaliação do nível de estresse entre os profissionais de enfermagem atuantes no SAMU de Guarapuava-PR. **Braz. J. Surg. Clin. Res**. V.7,n.1,pp.13-17. Available from < https://www.mastereditora.com.br/periodico/20140602_103709.pdf> access on 28 Jan. 2021.
15. RODRIGUES, N. H; SILVA L. G. A. Gestão da pandemia Coronavírus em um hospital: relato de experiência profissional. **J. nurs. health**. 2020;10(n.esp.):e20104004). Available from <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1095608/2-gestao-da-pandemia-coronavirus-em-um-hospital-relato-de-expe_r8ZHcz8.pdf>. access on 28 Jan. 2021.
16. BARBOSA, D. J. et al. Fatores de estresse nos profissionais de enfermagem no combate à pandemia da COVID-19: Síntese de Evidências. **Com. Ciências Saúde** 2020;31 Suppl 1:31-4. Available from <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1097300>>. access on 28 Jan. 2021.

CAPÍTULO 8

CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS INTRA-HOSPITALARES DE UM HOSPITAL PÚBLICO SOBRE ATENDIMENTO PRIMÁRIO DO TRAUMA: XABCDE

Data de aceite: 19/03/2021

Tais Cristina Corrêa

Graduanda em Enfermagem

João Paulo Soares Fonseca

Professor do Curso de Enfermagem

RESUMO: Introdução: Anualmente 5,8 milhões de pessoas morrem por trauma em todo o mundo. Os hospitais precisam se adequarem ao PHTLS (Suporte Pré-Hospitalar de Vida no Trauma), principalmente no momento perante sua atualização. Já o enfermeiro intra-hospitalar deve, entre as suas competências, dar continuidade do APH, agir com raciocínio clínico para a tomada de decisão e a habilidade para executar as intervenções prontamente na urgência e emergência, visando prevenir agravos, proteger e recuperar a saúde da vítima. **Objetivo:** Conhecer o quanto esses profissionais enfermeiros no intra-hospitalar sabem sobre novo protocolo XABCDE, após sua atualização em 2018. **Materiais e métodos ou Aspectos metodológicos** Este trabalho trata-se de um estudo exploratório com aplicação de questionário, a enfermeiros que atuam no pronto socorro do hospital em município no sul de Minas sobre atendimento primário do trauma. **Resultados:** O resultado final da pesquisa foi bastante satisfatório, já que 5 dos 6 enfermeiros intra-hospitalares estão cientes da atualização do novo protocolo e todos concordam que a mudança veio para melhorar o atendimento no trauma. **Conclusão ou Considerações finais:**

O atendimento ao paciente traumatizado deve ser rápido e eficaz. Assim, o resultado que se teve é de que grande parte dos entrevistados, estão aptos e atualizados sobre o novo protocolo XABCDE do trauma.

PALAVRAS-CHAVE: PHTLS; Protocolo; Trauma.

ABSTRACT: Introduction: Every year 5.8 million people die from trauma worldwide. Hospitals need to adjust to PHTLS (Pre-Hospital Life Support in Trauma), especially at the moment after its update. Already the intra-hospital nurses should, therefore, among its competencies, give continuity to the APH, act with clinical reasoning for decision making and the ability to perform interventions promptly in the urgency and emergency, aiming to prevent injuries, protect and recover health of the victim. **Objective:** To know how much these intra hospital nurses know about the new XABCDE protocol, after its update in 2018. **Materials and Methods ou Methodological Aspects:** This work is a study exploratory with quiz applications, what is it about knowledge of the nurses in the intra hospital in the South of Minas about primary care of the trauma. **Results:** The end result of the research was quite satisfactory, as 5 of the 6 interhospital nurses are aware of the new protocol update and all agree that the change has come to improve trauma care. **Final Considerations:** Traumatized patient care must be prompt and effective. Like this, the result was that most interviewees are fit and updated about the new XABCDE trauma protocol.

KEYWORDS: PHTLS; Protocol; Trauma.

INTRODUÇÃO

Anualmente 5,8 milhões de pessoas morrem por trauma em todo o mundo, 32% a mais que a soma das mortes por malária, AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome) e tuberculose. A mortalidade por trauma corresponde a 10% de todas as causas de morte e, sem as devidas intervenções, prevê-se que esta proporção aumentará até 2030 (OPAS, 2012).

O atendimento APH (Atendimento Pré Hospitalar) destina-se às vítimas de trauma, violência urbana, mal súbito e distúrbios psiquiátricos. O enfermeiro visa estabilizar o paciente de forma eficaz, rápida e com equipe preparada para atuar em qualquer ambiente (GARCIA, 2012).

O PHTLS (Suporte Pré-Hospitalar de Vida no Trauma), notou-se a necessidade de uma atualização do mnemônico que padronizava o pré-atendimento nos traumas sofridos pelo homem. O famoso ABCDE, agora passa a vigorar como XABCDE. Onde o “X” passa a ser controle de hemorragias externas ou controle exsanguinante (LOPES, 2019).

O enfermeiro intra-hospitalar deve, portanto, estar atualizado. Dentre as suas competências, ser capaz de dar continuidade do APH, agir com raciocínio clínico para a tomada de decisão e a habilidade para executar as intervenções prontamente na urgência e emergência, visando prevenir agravos, proteger e recuperar a saúde da vítima (GENTIL; RAMOS; WHITAKER, 2008).

Essa prática já era adotada por alguns profissionais como os bombeiros e os profissionais do SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), entre eles o enfermeiro, devido a percepção de que não adiantava muito ventilar bem quem não tem sangue para transportar esse oxigênio (LOPES, 2019).

Contudo, O protocolo XABCDE tem como principal objetivo reduzir índices de mortalidade e morbidade em vítimas de qualquer tipo de trauma e poderá ser feito por qualquer pessoa, desde que a mesma esteja ciente e capacitada para realizar o procedimento e possuir todos materiais para o APH (EM SISTEMAS DE GESTÃO DE SAÚDE, MV, 2019).

Com sua edição bastante recente e somente na versão inglês, o livro liberou em caráter promocional algumas atualizações em português. Assim, mais especificamente o trabalho usa muito fontes da internet por ser um tema recente e não possuir ainda, artigos científicos.

O motivo de se realizar a pesquisa, irá partir do pressuposto de que grande parte dos profissionais de enfermagem desconhecem ou mesmo não procuram se atualizar com relação aos procedimentos usados na área, o presente questionário reúne algumas perguntas pertinentes ao assunto no intuito de responder a pesquisa.

REFERENCIAL TEÓRICO

Profissional enfermeiro, segundo a Lei 7498/86 de 25 de junho de 1986 (COFEN, 86)

Art. 6º – São enfermeiros: I – o titular do diploma de enfermeiro conferido por instituição de ensino, nos termos da lei;

Função do enfermeiro

Art. 11. O Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe:

I – privativamente:

- a) direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública e privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem;
- b) organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
- c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem;
- d) (VETADO);
- e) (VETADO);
- f) (VETADO);
- g) (VETADO);
- h) consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem;
- i) consulta de enfermagem;
- j) prescrição da assistência de enfermagem;
- l) cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;
- m) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas;

II – como integrante da equipe de saúde:

- a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;
- b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;
- c) prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;
- d) participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação;
- e) prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar e de doenças transmissíveis em geral;
- f) prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela

- durante a assistência de enfermagem;
- g) assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera;
- h) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;
- i) execução do parto sem distocia;
- j) educação visando à melhoria de saúde da população.

Parágrafo único. As profissionais referidas no inciso II do art. 6º desta lei incumbe, ainda:

- a) assistência à parturiente e ao parto normal;
- b) identificação das distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico;
- c) realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária.

Setores de atuação do enfermeiro

Ferré (2013) cita alguns setores nos quais o enfermeiro pode atuar em seu campo profissional

- Atendimento domiciliar – Cuidar de pacientes em sua residência, dando continuidade ao tratamento hospitalar. Auxiliar o paciente em exercícios terapêuticos e cuidar de sua higiene e de seu bem-estar.
- Enfermagem geral – Comandar equipes de técnicos e auxiliares de enfermagem no atendimento a pacientes.
- Enfermagem geriátrica – Atender a idosos, doentes ou não, em domicílios, casas de repouso, clínicas e hospitais.
- Enfermagem médico-cirúrgica – Ministrando cuidados pré e pós-operatórios em prontos-socorros, clínicas e hospitais.
- Enfermagem obstétrica – Assistência integral a gestantes, parturientes e lactantes, acompanhando do pré-natal, realizando exames e auxiliando o médico no parto e no pós-parto.
- Enfermagem pediátrica – Acompanhar e avaliar o crescimento e o desenvolvimento da criança. Incentivar o aleitamento materno e orientar os pais quanto às técnicas e aos cuidados com os recém-nascidos.
- Enfermagem psiquiátrica – Ajudar no tratamento de pacientes com distúrbios psicológicos.
- Enfermagem de resgate – Participar de equipes de salvamento de vítimas de acidentes ou de calamidades públicas.

- Enfermagem do trabalho– Atendimento ambulatorial em empresas e acompanhar programas de prevenção e manutenção da saúde dos funcionários.

Atuação do enfermeiro em urgências e emergências

No âmbito hospitalar de urgência e emergência, o enfermeiro tem um papel de suma importância no APH e intra-hospitalar assumindo uma função de articulação, integração da equipe, contribuindo na inter-relação entre os diversos atores, além de ser reconhecido como coordenador da equipe de enfermagem. O profissional constitui-se em um elo entre a gestão e a assistência, entre a regulação médica e a equipe socorrista, entre a coordenação do serviço e a equipe, pois transita em quase todos os espaços, atuando junto à equipe básica, junto com o médico no suporte avançado, fazendo a administração do serviço, a supervisão da equipe e a educação permanente da equipe (CARVALHO; ESPINDULA, 2010).

ABCDE: CONCEITO

Em 1976, ao sofrer um acidente com sua família, o cirurgião ortopédico Jim Styner pôde perceber as fragilidades dos cuidados em primeiros socorros de vítimas de traumas. Depois dessa experiência, o médico desenvolveu o protocolo ABCDE do trauma, que passou a ser empregado em diversas regiões do mundo a partir de 1978. Onde o atendimento ao paciente traumático deveria seguir uma ordem cronológica para melhor desempenho da equipe. A sigla “A” vem de “Airway” ou “Vias Aéreas”, onde se verifica a condição respiratória do paciente. Depois a sigla “B” que vem de “Breathing” ou “Respiração”, onde se verifica caso paciente precise de entubação, a respiração adequada. Em seguida, “C” de “Circulation” ou “Circulação”, onde se verifica uma melhor avaliação do exame circulatório geral, que inclui: pulso, perca sanguínea, perfusão periférica e pele, onde principalmente se verifica presença de cianose. A sigla “D” de “Disability” ou nesse caso “Incapacidade”, avaliando principalmente as funções neurológicas do paciente. E por último a sigla “E” de “Exposure” ou “Exposição”, onde toda a vestimenta do paciente é tirada para melhor avaliação (LOPES, 2019).

Na sigla A, deve-se atentar a proteção da coluna cervical. Em casos de vítimas que estejam conscientes, a equipe de socorro deve se aproximar da vítima pela frente, para evitar que mova a cabeça para os lados durante o olhar, podendo causar lesões medulares. Um membro da equipe de socorristas, deve estabilizar a coluna cervical manualmente ou com um colar. Se o pescoço estiver em uma posição viciosa, deve-se imobilizar nessa posição. Em situações nas quais as vítimas se encontram inconsciente, em que não é possível reposicionar a cabeça, a estabilização deve ser feita na posição original. A imobilização deve ser de toda a coluna, não se limitando a coluna cervical. Para isso uma prancha rígida deve ser utilizada (RODRIGUES; SANTANA; GALVÃO, 2017).

Novamente dando importância a sigla A, é relevante que seja feito também a

realização avaliativa das vias aéreas na vítima. O socorrista aborda a vítima perguntando seu nome. Caso a vítima consiga responder a pergunta, isso denota que as vias aéreas estão desimpedidas. Voz alterada, estridor, roncos e esforço respiratório são sinais de obstrução de vias aéreas. Baixo nível de consciência também é uma possível causa de obstrução, geralmente pela queda da língua. As manobras mais utilizadas nessa fase são a elevação do mento (chin lift) e anteriorização da mandíbula (jaw thrust). Entretanto, é preciso ter cuidado para não causar extensão cervical nas vítimas com suspeita de lesão medular. Quando se tem equipamentos adequados, é recomendado aspirar os corpos estranhos da via aérea. No ambiente hospitalar, corpos estranhos de visualização direta são aspirados com fórceps de Magill. Quando essas medidas de desobstrução não são efetivas, três procedimentos podem ser realizados: intubação endotraqueal, cricotireoidostomia ou traqueostomia. A intubação endotraqueal é o padrão ouro para proteção de vias aérea no ambiente pré-hospitalar. As principais indicações para este procedimento são: estresse respiratório, Escala de Coma de Glasgow menor ou igual a 8 e parada cardíaca (RODRIGUES; SANTANA; GALVÃO, 2017).

Com relação a sigla B, o socorrista deve-se tomar todo o cuidado em analisar se a respiração está adequada. A frequência respiratória, inspeção dos movimentos torácicos, cianose, desvio de traquéia e observação da musculatura acessória são parâmetros analisados nessa fase. Vítimas com hipoventilação e frequência respiratória menor que 10 inspirações por minuto deve ser monitorada. Uma ventilação adequada deve manter as pressões parciais de CO₂ entre 30-35 mmHg. Estetoscópio e o oxímetro de pulso são equipamentos que ajudam na abordagem a vítima nesse estágio. Uma vez inadequada à respiração, deve-se prestar suporte ventilatório. Nos casos de pneumotórax hipertensivo, o procedimento a ser realizado é a decompressão imediata do tórax, inserindo um Jelco calibroso no segundo espaço intercostal na linha hemiclavicular, seguido de drenagem de tórax no quarto espaço intercostal, na linha axilar média (RODRIGUES; SANTANA; GALVÃO, 2017).

Se atentando a letra seguinte, a sigla C, temos que a circulação e a pesquisa por hemorragia são os principais parâmetros de análise. A maioria das hemorragias é estancada pela compressão direta do foco. Quando não é suficiente, o torniquete é uma opção. A frequência de pulso e enchimento capilar pode ser determinada. Mudanças na coloração da pele, sudorese e diminuição do estado de consciência podem sugerir perfusão comprometida. A ausculta pode ser realizada nessa fase. Deve-se ter cuidado com a hipovolemia. Nesses casos, a medida recomendada é obter dois acessos venosos periféricos e infundir, inicialmente, 2L de cristalóides. Entretanto, deve-se ter cautela com a diluição dos fatores de coagulação devido a esse procedimento. Em casos de fratura de pelve, dispositivos pneumáticos podem ser utilizados. Esses equipamentos devem ser inflados 60-80 mmHg, comprimindo abdome, pelve e membros inferiores (RODRIGUES; SANTANA; GALVÃO, 2017).

No que diz respeito a sigla D, a análise do nível de consciência, tamanho e reatividade das pupilas, presença de hérnia cerebral, sinais de lateralização e o nível de lesão medular são medidas realizadas. É fundamental reduzir as chances de lesão secundária pela manutenção da perfusão adequada do tecido cerebral. Existem duas formas de verificar o nível de consciência: o AVPU e a Escala de Coma de Glasgow (ECG). No AVPU, tem-se: A—alerta; V—responsivo à voz; P—responsivo à dor e U—irresponsivo. A ECG avalia a resposta motora (1-6), resposta verbal (1-5), e a abertura ocular (1-4). Nessa escala, a pontuação mínima e máxima são 3 e 15, respectivamente. ECG entre 13-15, 9-12 e 3-8 sugerem normalidade, dano moderado e estado neurológico severo, respectivamente. Vítimas com Glasgow entre 3-8 precisam ser intubados. Já que queda no nível de consciência pode sugerir redução da perfusão cerebral, sendo toda queda de consciência considerada oriunda do sistema nervoso central até que o contrário seja provado. Mudanças nesse nível requer reavaliação do A e B do mnemônico. Contudo o abuso de drogas e a hipoglicemia devem ser considerados, pois podem alterar o nível de consciência (RODRIGUES; SANTANA; GALVÃO, 2017).

Por fim, a sigla E, nos remete a análise da extensão das lesões e o controle do ambiente com prevenção da hipotermia, estas que são as principais medidas realizadas. O socorrista deve analisar sinais de trauma, sangramento, manchas na pele etc. Além disso, deve-se despir a vítima para detectar ou excluir novas lesões. Deve-se também medir a temperatura da vítima. O ambiente de exposição deve possuir uma temperatura adequada para evitar que a vítima perca calor. Depois do atendimento, a vítima deve ser coberta com cobertores aquecidos. Os cristalóides e infusões intravenosas também devem estar aquecidos (RODRIGUES; SANTANA; GALVÃO, 2017).

Mudanças de ABCDE para XABCDE

O ABCDE era um mnemônico que padronizava o atendimento inicial ao politraumatizado e definia prioridades na abordagem ao trauma. Estudo sistematizavam as principais condutas pré-hospitalares e hospitalares que lograram êxito no atendimento ao traumatizado. (RODRIGUES et al, 2017, p.278)

Antes, observava-se que a obstrução da via aérea era a causa de mortalidade mais rápida no politraumatizado, sendo seguida por distúrbios na ventilação e respiração e hemorragia. Por isso, a avaliação das vias aéreas com controle cervical deveria ser a primeira conduta na abordagem do trauma. Com essa sistematização definida pelo ABCDE, era possível direcionar o atendimento ao politraumatizado e, com efeito, reduzir mortalidade (RODRIGUES; SANTANA; GALVÃO, 2017).

Contudo agora é necessário dar mais ênfase às grandes hemorragias externas, antes mesmo do controle cervical ou da abertura das vias aéreas, dando estabilidade ao paciente, deixando-o mais seguro para o transporte e para quaisquer outras intervenções

que se façam necessárias. Isso porque já é comprovado que o que mais se mata no trauma é a hemorragia, ainda que a via aérea seja o que mate mais rápido (SANAR, 2019).

Mnemônico X: Hemorragia exsanguinante (controle do sangramento externo)

Caso a hemorragia externa exsanguinante estiver presente, deve ser controlada antes mesmo da avaliação da via aérea ou realização de outras intervenções, como a imobilização da coluna cervical. Este tipo de sangramento envolve tipicamente o sangramento arterial de uma extremidade, mas também pode ocorrer no couro cabeludo ou na junção de uma extremidade com o tronco. Hemorragia arterial exsanguinante de uma extremidade é melhor administrada imediatamente colocando um torniquete o mais próximo possível (isto é, perto da virilha ou da axila) da extremidade afetada (ACS; NAEMT, 2019).

Torniquetes são muito eficazes no controle de hemorragias graves e devem ser usados se um curativo de pressão não conseguir controlar a hemorragia de uma extremidade ou se não há operador suficiente disponível em cena para executar outros métodos de controle do sangramento (ACS; NAEMT, 2019).

[...] essa mudança já era até esperada, já que muitos profissionais já aplicavam a prática e até mesmo na França, desde 2008, isso já era protocolado pelo serviço militar para o socorro de soldados feridos em campo (LOPES, 2019).

Outras medidas de controle de sangramento, como pressão direta e agentes hemostáticos, também podem ser usados, mas não devem atrasar ou tomar o lugar do posicionamento do torniquete em tais casos. Pressão direta, embalagem hemostática e curativos devem ser aplicados em casos não-arteriais, sangramento grave nas extremidades e sangramento grave em locais tronculares. Ocasionalmente, sangramento de região distais ou menores artérias podem ser controladas com compressão direta focal de a artéria. No entanto, isso só deve ser feito se tal sangramento poder ser controlado com uma pressão aplicada rapidamente ou se houver operadores suficiente em cena, em que um prestador de cuidados pré-hospitalares possa manter pressão manual direta. Se não um torniquete deve ser aplicado na extremidade afetada. Sangramento severos de região juncional podem ser gerenciados colocando-se um torniquete de junção, se disponível, ou embalagem com gaze hemostática investindo pressão sobre a região (ACS; NAEMT, 2019).

Antes de iniciar a abordagem XABCDE ao paciente vítima de trauma é necessário atentar-se a itens essenciais para salvaguardar a vida da equipe, como: avaliação da segurança da cena segura, uso de EPI (Equipamentos de Proteção Individual) e sinalização da cena como, por exemplo, dispor cones de isolamento na pista. Feito isso, o profissional pode identificar lesões potencialmente fatais ao paciente, e é aplicável a todos as vítimas com quadro crítico, independentemente da idade. O protocolo tem como principal objetivo reduzir índices de mortalidade e morbidade em vítimas de qualquer tipo de trauma e poderá

ser feito por qualquer pessoa, desde que a mesma esteja ciente e capacitada para realizar o procedimento. Já no atendimento profissional, irá ser feito exclusivamente por médicos e enfermeiros, pois nesta modalidade vão ser usadas manobras invasivas que são bem mais complexas e requerem maior conhecimento técnico científico. Com isso, pode-se relacionar a atuação do enfermeiro à assistência direta ao paciente grave sob risco de morte (SANAR, 2019).

Anualmente cerca de 60 milhões de pessoas sofrem algum tipo de traumatismo. Isso corresponde à uma em cada seis internações hospitalares. No Brasil, a mortalidade por trauma ocupa a terceira posição entre as causas de morte, superada apenas pelas doenças neoplásicas e cardiovasculares. Cerca de 130.000 pessoas morrem anualmente, em nosso país, em decorrência das causas externas (SIMÕES, et al, 2017, p.230).

O autor Vieira et al. (2011, p.5) apud Chiara (2009) cita que as causas das mortes se encontram “ [...] principalmente na população economicamente ativa, com consequências sociais de elevado custo. Nos casos de sobrevivência após o trauma, podem estar associadas sequelas definitivas e irreversíveis, com consequências nefastas no plano humano e econômico, para o paciente e familiares”.

O atendimento ao paciente politraumatizado deve seguir uma abordagem multidisciplinar pela possibilidade de múltiplas lesões associadas. Este protocolo se propõe a subsidiar a equipe multiprofissional e multidisciplinar a uma padronização de condutas para oferecer aos pacientes uma abordagem eficaz. Visa constituir ferramenta que, juntamente com a implantação da rede de urgência e emergência, torne possível reduzir a morte evitável e o número de anos potencial de vida perdidos (VIEIRA, et al, 2011, p.5).

MATERIAIS E MÉTODOS OU ASPECTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de uma pesquisa exploratória, referente à produção do conhecimento sobre conhecimento dos enfermeiros intra-hospitalares de um hospital público sobre atendimento primário do trauma: XABCDE. Tal método viabiliza a análise de questionários de modo sistemático e amplo, possibilita a síntese do estado do conhecimento de um dado tema, viabilizando a identificação de lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novas pesquisas.

Essa modalidade de pesquisa é norteada por um percurso metodológico composto por oito fases distintas, a saber: Revisão junto as bases de dados SCIELO (Scientific Eletronic Library Online), Google Acadêmico, dissertações e sites relacionados ao tema; descrição e referencial teórico sobre o tema, os descritores serão: Atualização Da PHTLS 9ª Edição; elaboração e/ou adequação da Autorização Prévia da Administração Geral, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, enquadrando os termos apropriados à pesquisa, de maneira objetiva, direta e de fácil entendimento, salientando o objetivo da pesquisa; encaminhamento do projeto para aprovação do Comitê de Ética da Universidade

Vale do Rio Verde (UNINCOR). Este estudo respeitará os preceitos éticos da resolução 466/12; impressão do questionário quantitativo e da Autorização Prévia da Administração Geral do Hospital; contato com o enfermeiro responsável Técnico do Hospital no qual será realizada a pesquisa deste projeto, para entrega da Solicitação de permissão para realização da pesquisa e para a seleção de 06 enfermeiros; contato com 06 enfermeiros selecionados, para autorização da aplicação do questionário no local de trabalho; aplicação do questionário, execução do resultado, após a aplicação do questionário, para avaliar o quanto os profissionais de enfermagem estão por dentro e se já praticam o XABCDE.

A pesquisa contou com uma amostra de seis enfermeiros, de ambos os sexos, sendo dois do protocolo de risco (Manchester) e quatro assistenciais que trabalham especificamente com urgência e emergência no Hospital São Sebastião de Três Corações. A fim de viabilizar a coleta dos dados, foi elaborado um questionário contendo perguntas pertinentes ao assunto da pesquisa.

Em seguida, os dados serão tabulados e analisados quantitativamente por meio de tabelas e análise para se alcançar um resultado, e através deste resultado discutir sobre os achados desta pesquisa.

Critérios de inclusão: Ser enfermeiro, que trabalhe especificamente com urgência e emergência no Hospital São Sebastião de Três Corações e esteja na escala no mês de aplicação do projeto. Critérios de não inclusão: Não ser enfermeiro, que trabalhe especificamente com urgência e emergência no Hospital São Sebastião de Três Corações. Critérios de exclusão: Os enfermeiros que se recusarem a participar da pesquisa, que não assinarem o termo livre e esclarecido e que estejam de férias regulares e/ou licença maternidade.

O participante do estudo terá autonomia para decidir se aceita ou não participar do estudo. Poderá deixar de participar da pesquisa em qualquer momento, sem sofrer penalidade alguma. Deverá assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), consentindo assim, na participação da pesquisa.

Questão 1	Citação	Autores	Metodologia/ Amostra	Principais conclusões
Tem conhecimento da atualização do PHTLS?	O PHTLS (Suporte Pré-Hospitalar de Vida no Trauma) notou-se a necessidade de uma atualização do mnemônico que padronizava o pré-atendimento nos traumas sofridos pelo homem. O famoso ABCDE, agora passa a vigorar como XABCDE. Onde o "X" passa a ser controle de hemorragias externas ou controle exsanguinante.	LOPES, D.	Questionário descritivo de abordagem quantitativa, no qual foram incluídos 6 enfermeiros que atuam no Hospital São Sebastião.	5 (Cinco) dos entrevistados, estão cientes da atualização. Como o protocolo PHTLS é de referência mundial, o resultado é satisfatório, nos mostra que os enfermeiros intra-hospitalares estão buscando se atualizarem para um melhor atendimento.
Na instituição que trabalha, há palestras que abordam mudanças no PHTLS?	O enfermeiro intra hospitalar deve, portanto, estar atualizado. Dentre as suas competências, ser capaz de dar continuidade do APH, agir com raciocínio clínico para a tomada de decisão e a habilidade para executar as intervenções prontamente na urgência e emergência, visando prevenir agravos, proteger e recuperar a saúde da vítima	GENTIL, R. C; RAMOS, L. H; WHITAKER, I. Y.	Questionário descritivo de abordagem quantitativa, no qual foram incluídos 6 enfermeiros que atuam no Hospital São Sebastião.	2 (dois) entrevistados afirmam participarem de palestras e treinamentos na instituição. O que está abaixo da média em parte sobre palestras e cursos.
Na instituição, possui todos materiais para APH?	O protocolo XABCDE tem como principal objetivo reduzir índices de mortalidade e morbidade em vítimas de qualquer tipo de trauma e poderá ser feito por qualquer pessoa, desde que a mesma esteja ciente e capacitada para realizar o procedimento e possuir todos materiais para o APH.	EM SISTEMAS DE GESTÃO DE SAÚDE, MV.	Questionário descritivo de abordagem quantitativa, no qual foram incluídos 6 enfermeiros que atuam no Hospital São Sebastião.	6 (seis) dos entrevistados afirmam possuir todos materiais na instituição. O que nos mostra satisfação na pesquisa.
Notou mudanças no atendimentos das equipes de Bombeiros e SAMU?	Essa prática já era adotada por alguns profissionais como os bombeiros e os profissionais do SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), entre eles o enfermeiro, devido a percepção de que não adiantava muito ventilar bem quem não tem sangue para transportar esse oxigênio.	LOPES, D.	Questionário descritivo de abordagem quantitativa, no qual foram incluídos 6 enfermeiros que atuam no Hospital São Sebastião.	2 (dois) entrevistados afirmam essas mudanças. O que nos leva a repensar sobre a atualização para toda equipe.

A mudança ocorrida no protocolo, veio para melhorar ou piorar o APH?	Contudo agora é necessário dar mais ênfase às grandes hemorragias externas, antes mesmo do controle cervical ou da abertura das vias aéreas, dando estabilidade ao paciente, deixando-o mais seguro. Isso porque já é comprovado que o que mais se mata no trauma é a hemorragia.	SANAR, E.	Questionário descritivo de abordagem quantitativa, no qual foram incluídos 6 enfermeiros que atuam no Hospital São Sebastião.	6 (seis) entrevistados afirmam melhorias com o novo protocolo XABCDE. Gerando um resultado satisfatório para a pesquisa.
Sobre APH no trauma, qual comentário você acha cabível?	Este protocolo se propõe a subsidiar a equipe multiprofissional e multidisciplinar a uma padronização de condutas para oferecer aos pacientes uma abordagem eficaz. Visa constituir ferramenta que, juntamente com a implantação da rede de urgência e emergência, torne possível reduzir a morte evitável e o número de anos potencial de vida perdidos.	VIEIRA, C. A. S.	Questionário descritivo de abordagem quantitativa, no qual foram incluídos 6 enfermeiros que atuam no Hospital São Sebastião.	Nas unidades hospitalares de trauma, o enfermeiro tem oportunidade de aplicar sistematicamente seus conhecimentos de primeiros socorros e dar continuidade ao atendimento. É necessário estar sempre atualizado sobre as mudanças dos protocolos. Assim, o resultado é de que grande parte dos entrevistados estão aptos e atualizados sobre o novo protocolo XABCDE do trauma.

Tabela 1 – Dados extraídos de cada pesquisa.

Fonte: Autora da pesquisa, com base em artigos e questionários aplicados.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os estudos analisados permitiram as seguintes observações: Para Lopes (2019), O Protocolo ABCDE necessitava de mudanças, onde o foco dos profissionais do trauma é estabilizar a vítima fazendo primeiro o controle de grandes hemorragias.

Gentil; Ramos; Whitaker, (2008), afirmam a importância da atualização para o enfermeiro do trauma. As suas tomadas de decisões e intervenções devem ser rápidas, prevenindo os agravos e visando recuperação da vítima.

No site MV em sistemas de gestão de saúde, o novo protocolo XABCDE tem como principal objetivo reduzir índices de mortes por trauma e para uma boa execução procedimento, possuir todos materiais para o APH.

Para Lopes (2019), essa prática já era adotada por alguns profissionais da área, devido embasamento em estudos que dizem que não adianta ventilar o paciente se ele não tiver boa quantidade de sangue para transportar esse oxigênio.

Contudo agora é necessário dar mais importância às grandes hemorragias externas, antes mesmo das vias aéreas ou estabilização cervical do paciente (SANAR, 2019).

Nas unidades hospitalares de trauma, onde o enfermeiro tem oportunidade de aplicar sistematicamente seus conhecimentos de primeiros socorros e dar continuidade ao atendimento, o trabalho não pode ser ineficaz. Este protocolo se propõe a subsidiar a equipe multiprofissional e multidisciplinar a uma padronização de condutas para oferecer aos pacientes uma abordagem eficaz e atualizada.

Assim, a pesquisa mostrou, que 5 dos 6 entrevistados estão cientes da atualização do protocolo, 2 afirmam participarem de palestras e treinamentos na instituição, 6 afirmam que na instituição possui todos materiais necessários para o APH, 3 afirmam que não houve mudanças nos atendimentos das equipes de bombeiro e SAMU, afirmam melhorias em geral após atualização do protocolo XABCDE do trauma. E por último, em uma das questões para deixar uma sugestão ou comentário cabível ao assunto, todos 6 entrevistados concordam que mudanças são necessárias para melhoria no trauma.

CONCLUSÃO OU CONSIDERAÇÕES FINAIS

As seguintes informações: título, autores, ano de publicação, objetivos de cada pesquisa, tipo de estudo, metodologia, participantes/amostra e principais conclusões obtidas de acordo com as situações específicas de uso da ABNT (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS), a adoção das medidas propostas pelo novo protocolo XABCDE, valoriza, sobretudo a qualidade de profissionais da saúde. Deixando-os aptos e atualizados. Isso implica em garantir uma equipe atualizada em número suficiente e capacitada tecnicamente para o consumo de tecnologias disponíveis para melhorar e prolongar a vida.

Por fim, é oportuno destacar a responsabilidade que a enfermagem esteja preparada e ciente das mudanças nos protocolos e que métodos e intervenções estejam atualizados, para que quando aplicados, tenham como finalidade propiciar a melhora do paciente no trauma.

REFERÊNCIAS

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS (ACS); NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS (NAEMT). **Prehospital Trauma Life Support**: Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado, 9 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, n.6, p 169-180, 2018.

CHIARA, Osvaldo; CIMBANASSI, Stefania. **Protocolo para atendimento intra-hospitalar do trauma grave**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. 184 p.

Conselho Federal De Enfermagem (COFEN). Lei n 7.498/86 de 25 de junho de 1986 Disponível em:< http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html>. Acesso em: 22 maio 2019.

Editora SANAR. **Resumo Prático: XABCDE do trauma**. 2019. Disponível em: <<https://www.editorasanmar.com.br/blog/resumo-pratico-abcde-trauma-atendimento-primeiros-socorros-paciente-enfermagem-xabcde-atualizacao>>. Acesso em: 25 mar 2019.

FERRÉ, Izabel. **Conheça as áreas que o enfermeiro pode trabalhar**. Disponível em: <<http://jornalmaisnoticias.com.br/conheca-as-areas-que-o-enfermeiro-pode-trabalhar/>>. Acesso em: 22 maio 2019.

GARCIA, Adriana Mandelli. **Atendimento Pré-Hospitalar (APH)**. Disponível em: <https://www.portaldaeenfermagem.com.br/entrevistas_read.asp?id=77>. Acesso em: 22 maio 2019.

GENTIL, R. C., RAMOS, L. H., WHITAKER, I. Y. **Capacitação de enfermeiros em atendimento pré-hospitalar**. Revista Latino-Americana de Enfermagem. V. 16, n. 2, p. 192 – 197, 2008

Instituto Brasileiro de. Atualização no PHTLS. **Atualização no PHTLS, agora XABCDE (mudança no exame primário)**. 2018. (26:01). Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=9A0cmlqIVtc>>. Acesso em: 15 mar.2019.

LOPES, Diego. **Atualização PHTLS 9ª edição I XABCDE**. Disponível em: <<https://www.tecnicoemenfermagem.net.br/atualizacao-phltls-9-edicao/>>. Acesso em: 15 mar. 2019.

MV LIDER EM SISTEMAS DE GESTÃO DE SAÚDE. **ABCDE do trauma: tudo o que você precisa saber**. Disponível em: <<http://www.mv.com.br/pt/blog/abcde-do-trauma-tudo-o-que-voce-precisa-saber>>. Acesso em: 18 mar.2019.

OPAS BRASIL **Traumas matam mais que as três grandes endemias: malária, tuberculose AIDS** Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=2989:traum-as-matam-mais-que-as-tres-grandes-endemias-malaria-tuberculose-e-aids&Itemid=839>. Acesso em: 18 mar.2019.

Profissão ENFERMAGEM. **PHTLS o que Mudou ?? - Atualização no PHTLS Principais Mudança – 9ª edição**. 2018. (15:40). Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=mzZSdgcZZIE>>. Acesso em: 20 maio 2019.

RODRIGUES, Mateus de Sousa.; SANTANA, Leonardo Fernandes; GALVÃO, Ivan Martins. **Utilização do ABCDE no atendimento do traumatizado**. Revista de Medicina, v. 96, n. 4, p. 278-280, 22 dez. 2017.

SIMÕES, Romeo Lages et al. **Atendimento pré-hospitalar à múltiplas vítimas com trauma simulado**. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, p. 230-237, abr. 2012.

VIEIRA, Cássio André de Souza, et al. **Abordagem ao Paciente Politraumatizado**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2011. 55 P.

WIKIPEDIA. **Advanced trauma life support**. Disponível em: <https://en.wikipedia.org/wiki/Advanced_trauma_life_support>. Acesso em: 20 maio 2019.

DO ACOLHIMENTO AO ENCAMINHAMENTO: O ATENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS ENFERMEIROS ÀS TENTATIVAS DE SUICÍDIO: REVISÃO DE LITERATURA

Data de aceite: 19/03/2021

Data de submissão: 05/01/2021

Diego da Silva Trovão

Centro Universitário Luterano de Palmas
(CEULP/ULBRA)
Palmas - Tocantins
<http://lattes.cnpq.br/9774033434258120>

Margareth Santos de Amorim

Centro Universitário Luterano de Palmas
(CEULP/ULBRA)
Palmas - Tocantins
<http://lattes.cnpq.br/3796988113124978>

RESUMO: Não é impossível prevenir um suicídio, desde que dentre várias medidas os profissionais de saúde se encontrem qualificados a prestar os devidos cuidados necessários. Segundo a literatura, tentativas de suicídio consiste no principal fator de risco para o suicídio propriamente dito, portanto precisa-se entender como é feita a assistência de pacientes atendidos por tentativa de suicídio. Trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica, com foco metodológico exploratório, com base nas publicações indexadas na base de dados BVS (Biblioteca Virtual em Saúde). O presente estudo teve por finalidade descrever o acolhimento, o atendimento e os encaminhamentos dos profissionais enfermeiros aos usuários atendidos por tentativa de suicídio em unidades de urgência e emergência. Foram utilizados para o presente estudo, artigos e publicações pertinentes

indexadas na base em um corte temporal de 2008 a 2018. Como resultado observou-se a carência de capacitação profissional de enfermeiros em unidades de urgência e emergência para lidar com tentativas de suicídio, o que reflete na qualidade da assistência e encaminhamento prestados, fator que dificulta a redução das taxas de suicídio. Bem como identificou-se a carência de publicações inerentes ao assunto, visto que a maioria dos estudos relacionados descrevem aspectos epidemiológicos como idade, sexo, profissão e etc.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Suicídio. Atendimento. Acolhimento. Encaminhamento.

FROM RECEPTION TO REFERRAL: THE SERVICE OF NURSE PROFESSIONALS TO SUICIDE ATTEMPTS: LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: It is not impossible to prevent suicide, provided that among many measures health professionals are qualified to provide the necessary care. With each committed suicide there are failed attempts to commit suicide which is the main risk factor causing its own death, so it is necessary to understand how the assistance of patients treated by suicide attempt is made. This is a bibliographical review research, with an exploratory methodological focus, based on the publications indexed in the BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) database. The purpose of the present study was to describe the reception, care and referrals of nurses to the patients assisted by attempted suicide in emergency and emergency units. Relevant articles and publications indexed on the basis of a time cut from 2008 to 2018 were

used for the present study. As a result, the lack of professional qualification of nurses in emergency and emergency units to deal with suicide attempts was observed. reflects on the quality of care and referral provided, a factor that makes it difficult to reduce suicide rates. As well as the lack of publications related to the subject, since most of the related studies describe epidemiological aspects such as age, sex, profession and etc.

KEYWORDS: Nursing. Suicide. Attendance. Reception. Referral.

1 | INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do tema

De acordo com Durkheim (2000), o suicídio é qualquer morte, mediata ou imediata causada intencionalmente pela própria vítima, onde a vítima tem conhecimento do resultado final de seu ato que é a própria morte. Já segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2018) cerca de 800.000 pessoas se suicidam anualmente, totalizando a média de um suicídio a cada 40 segundos, dados assustadores, que salientam a necessidade de rápidas intervenções. A cada suicídio cometido há inúmeras tentativas falhas de se suicidar que consiste no principal fator de risco a provocar sua própria morte, e essa estatística tem aumentado a cada ano.

Se tratando de dados epidemiológicos do Brasil, em 2008, houve 9.328 suicídios oficialmente registrados, ou seja, em média, 25 suicídios por dia configurando assim uma das 10 nações que registram maior número de suicídios. Estima-se que 17,1% da população brasileira em algum momento da sua vida pensaram em se suicidar, 4,8% chegou a elaborar um plano de morte, e 2,8% tentaram o suicídio e apenas 1% chegou a ser atendida em algum pronto socorro (BOTEGA, 2012).

Não é impossível prevenir um suicídio, desde que dentre várias medidas, os profissionais de saúde se encontrem qualificados a prestar os devidos cuidados necessários. Uma tentativa de suicídio é um evento que pode ocasionar ao paciente o primeiro contato com uma equipe de saúde que o ajude, e na grande maioria dos casos esse primeiro contato não se dá com um especialista, mas sim com algum profissional de saúde da atenção básica ou serviço de urgência onde se incluem enfermeiros (BOTEGA, 2012, ABP, 2014).

Portanto esse trabalho tem por objetivo descrever o acolhimento, o atendimento e os encaminhamentos dos profissionais enfermeiros feitos aos usuários atendidos por tentativa de suicídio, em unidades de urgência e emergência, dispostos nas literaturas nos períodos de 2008 a 2018. Bem como investigar, como se dá o acolhimento e atendimento dos profissionais enfermeiros ao indivíduo que tenta suicídio e identificar na literatura os encaminhamentos dos profissionais enfermeiros feitos aos usuários atendidos por tentativa de suicídio.

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica, com foco metodológico exploratório. Que tem como principal característica descrever o acolhimento, o atendimento e os encaminhamentos dos profissionais enfermeiros aos usuários atendidos por tentativa de suicídio em unidades de urgência e emergência.

A revisão de literatura permite analisar as mais recentes obras científicas disponíveis em periódicos nacionais, livros, monografias, dissertações e tese, tendo como finalidade de obter desenvolvimento de um caráter interpretativo no que se refere aos dados obtidos (PRODANOV; FREITAS, 2013).

Como fonte de informação, foi utilizada a base eletrônicas de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, bem como livros acadêmicos, portal do Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde, além desses, somou-se a pesquisa de publicações inerentes ao assunto, de naturezas diversas, tais como artigos de jornais e revistas na área da saúde mental utilizando os seguintes descritores: “enfermagem, suicídio, atendimento, cuidado, acolhimento, encaminhamento”.

Foram considerados como critérios de inclusão: a) publicações de procedência nacional b) do período de 2008 a 2018 c) Idioma português d) conteúdos relacionados ao acolhimento, atendimento e encaminhamento dos profissionais feitos a usuários atendidos por tentativa de suicídio e) conteúdos que estão ligados ao suicídio. Foram excluídas as publicações que não contemplem os critérios a, b, c, d, e citados.

3 | RESULTADOS

Foram encontrados 1854 estudos com os descritores “enfermagem, suicídio, atendimento, cuidado, acolhimento, encaminhamento” na base de dados BVS. Em seguida, foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão pelo pesquisador, permitindo identificar os artigos que apresentam dados pertinentes ao presente estudo, resultando em 10 pesquisas científicas, conforme demonstrado no quadro 1:

Base de dados consultada	Resultado inicial	Filtragem dos resultados
BVS	1854	10
Total	1854	10

Quadro 1 – Resultados das buscas na base de dados consultada, 2018.

Conforme o detalhamento no quadro 1 foram analisados 10 estudos, a saber: SANTOS, R., et al. (2017); FREITAS e BORGES (2017); OLIVEIRA, et al. (2016); SANTOS, E., et al. (2015); REISDORFER, et al. (2015); RIBEIRO (2013); VIDAL e GONTIJO (2013);

KONDO, et al. (2011); BERTOLOTE, MELLO-SANTOS e BOTEGA (2010); AVANCI, et al. (2009). O fichamento dos artigos contemplando os autores, ano de publicação, objetivo, método, participantes e resultados fundamentais obtidos nas pesquisas que foram analisadas encontram-se descritos a seguir no quadro 2.

Autores	Objetivo	Método	Participantes	Conclusões
SANTOS, R., et al. (2017)	Realizar análise reflexiva da atuação do enfermeiro com a pessoa em situação de suicídio.	Estudo descritivo, tipo análise reflexiva, a partir da literatura consultada na LILACS, SciELO e Banco de Teses/ Dissertações CAPES, entre 2009 e 2014.		A atuação do enfermeiro com as pessoas e familiares deve ter caráter emergencial, interdisciplinar, intersetorial; estratégias preventivas desde ideação à pós-venção.
FREITAS; BORGES (2017)	Investigar o acolhimento, o atendimento e os encaminhamentos feitos aos usuários atendidos por tentativa de suicídio, em duas urgências e duas emergências hospitalares de um município do Sul do Brasil.	De caráter qualitativo.	Foram entrevistados 16 profissionais de saúde de nível superior, de diferentes categorias profissionais.	Os resultados mostraram o predomínio do atendimento ao sexo feminino, as intoxicações como método mais frequente e o uso da tentativa de suicídio como forma de <i>chamar a atenção</i> . Ainda, evidenciou-se a existência de protocolos mínimos de atendimento, que, contudo, apresentam dificuldades nos encaminhamentos pós-alta para a rede de saúde. Ressalta-se, assim, a necessidade de capacitação dos profissionais para lidar com esta demanda bem como de melhor articulação do Sistema de Saúde e outras políticas para acolher os usuários após sua alta.
OLIVEIRA, et al. (2016)	Buscou-se conhecer a formação, a conduta e as reações emocionais dos profissionais de saúde mental frente ao comportamento suicida.		Foram conduzidas entrevistas semiestruturadas individuais com nove profissionais.	Conclui-se que os conhecimentos, as práticas e as reações emocionais dos profissionais estão relacionadas quando se trata do comportamento suicida. O déficit na formação pode contribuir para o desconforto emocional vivenciado pela equipe, além de limitar o repertório de estratégias para lidar com pacientes de risco.
SANTOS, E., et al. (2015)	Analisar o olhar do enfermeiro do setor de urgência e emergência no que diz respeito ao cuidado ao paciente que tentou suicídio	Estudo exploratório-descritivo, qualitativo, realizado por meio de uma entrevista semiestruturada	13 enfermeiros de um pronto-socorro público do estado do Rio Grande do Norte.	É imprescindível repensar a formação profissional do enfermeiro para lidar com o suicídio, sendo fundamental a notificação das ocorrências dos casos nos serviços de saúde e a criação de políticas públicas voltadas para prevenção desse fenômeno.

REISDORFER, et al. (2015)	Analisar o conhecimento e as estratégias de intervenção de profissionais de enfermagem de um hospital geral, acerca do comportamento suicida.	Pesquisa qualitativa e descritiva, para a coleta de dados foi utilizada a entrevista semiestruturada e a análise dos dados seguiu os passos da análise temática	Realizada com 10 profissionais de um hospital geral	A equipe de enfermagem apresenta fragilidade no conhecimento sobre o comportamento suicida o que repercute nas intervenções realizadas. Para tanto, destaca-se a importância e necessidade de qualificação desses profissionais no intuito de proporcionar cuidados efetivos a pessoas com risco ou tentativa de suicídio.
RIBEIRO (2013)	Identificar a abordagem de acolhimento nas unidades de emergência a indivíduos que tentaram suicídio; caracterizar o perfil dos indivíduos atendidos na unidade de emergência; apresentar contribuições para o acolhimento na emergência aos indivíduos que procuram o serviço por tentativa de suicídio.	Trata-se de uma revisão bibliográfica com abordagem qualitativa.	Seis pacientes, que escutaram as músicas de sua escolha, por um período mínimo de 30 min/dia, durante três dias consecutivos. Foi utilizado para este fim um aparelho de MP4, fones de ouvidos e CDs. Os dados foram coletados por meio da entrevista semiestruturada e as falas foram submetidas à Técnica de Análise de conteúdo.	A baixa capacitação das equipes de atendimento e as deficiências estruturais dos serviços induzem os profissionais a se posicionarem de maneira impessoal e com dificuldade de atuação de forma humanizada.
VIDAL; GONTIJO (2013)	Investigar, a partir da percepção do usuário, como se dá o acolhimento ao indivíduo que tenta suicídio e sugerir estratégias que possam favorecer o vínculo com a equipe de saúde.	Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa.	Desenvolvido com pacientes ambulatoriais referenciados pelo serviço de urgência de Barbacena, Minas Gerais. Foram entrevistadas 28 mulheres com histórico de tentativa de suicídio.	A baixa capacitação das equipes de atendimento e as deficiências estruturais dos serviços induzem os profissionais a se posicionarem de maneira impessoal e com dificuldade de atuação de forma humanizada. A análise dos dados indica a necessidade de melhorar a formação dos profissionais da saúde, em especial os que trabalham nos serviços de pronto atendimento.
KONDO, et al. (2011)	Conhecer a concepção da equipe de enfermagem sobre emergências em saúde mental e analisar como se desenvolve a abordagem da equipe de enfermagem ao usuário com transtorno mental em situação de emergência.	Pesquisa qualitativa exploratória.	Participaram 6 enfermeiros e 7 técnicos em enfermagem que atuam na emergência e internamento.	Conclui-se que há necessidade de educação permanente sobre novos serviços e adaptações dos existentes para o atendimento nessa área.

BERTOLOTE; MELLO- SANTOS; BOTEGA (2010)	Auxiliar o profissional de saúde na identificação dos fatores de risco e de proteção, e no manejo de pacientes com risco de suicídio, por meio de entrevista clínica, no contexto de emergência médica.	Revisão seletiva da literatura para identificar achados clínicos relevantes e ilustrativos.		Não há como prever quem cometerá suicídio, mas é possível avaliar o risco individual que cada paciente apresenta, tendo em vista a investigação detalhada e empática da entrevista clínica. Impedir que o paciente venha a se matar é regra preliminar e fundamental.
AVANCI, et al. (2009)	Apresentar a análise de uma relação terapêutica enfermeiro - paciente, após tentativa de suicídio de paciente internada em Unidade de Emergência por ingestão de soda cáustica			

Quadro 2 – Resultados segundo autores, objetivo, método, participantes e conclusões dos estudos, dispostos em ordem cronológica decrescente.

Período de Publicação	n	%
2008	0	0
2009	1	10
2010	1	10
2011	1	10
2012	0	0
2013	2	20
2014	0	0
2015	2	20
2016	1	10
2017	2	20
2018	0	0
Total	10	100

Tabela 1 – Distribuição dos artigos segundo o período de publicação dos estudos que compuseram a amostra.

Fonte: Elaborado pelo pesquisador, 2018

De acordo com a tabela 1, podemos observar uma irregularidade no que diz respeito a produção científica relacionada ao tema em questão. Onde nos anos de 2008, 2012, 2014 e 2018 não foi encontrada nenhuma pesquisa científica relacionada ao problema de pesquisa desse presente estudo. Já os anos em que foram mais produtivos; 2013, 2015 e 2017, foram encontradas da base de dados no máximo duas pesquisas o que corresponde

respectivamente 20%; 20%; 20%. Os outros anos que encaixam nos critérios de inclusão foram identificadas somente uma pesquisa.

O acolhimento de profissionais enfermeiros as tentativas de suicídio.	N	%
Importância dos profissionais enfermeiros qualificados para o acolhimento	4	36,36
Principal conduta a ser realizada com os pacientes no acolhimento	3	27,28
Dificuldades identificadas para a prática do acolhimento	4	36,36
Total	11	100

Tabela 2 – Demonstrativo sobre o acolhimento dos profissionais enfermeiros as tentativas de suicídio.

Fonte: Elaborado pelo pesquisador, 2018.

Dentre os 10 artigos levantados na revisão de literatura, (n=4) 36,36% citam diretamente a importância dos profissionais enfermeiros qualificados para o acolhimento, em seguida (n=3) 27,28% citaram o acolhimento como principal conduta a ser realizada com os pacientes e (n=4) 36,36%, as dificuldades identificadas para a prática do acolhimento como demonstra a tabela 2. O total de artigos excede o número de artigos utilizados para a presente pesquisa porque alguns se repetiram por citar mais de um tema.

É unânime nas literaturas que tais atitudes negativas por parte dos profissionais onde se incluem os enfermeiros que só pioram o quadro do paciente, pois esse estigma pode resultar em práticas hostis e desumanas de intervenção, não prestando a devida atenção a esse paciente. O que irá refletir diretamente sob o prognóstico do mesmo pois irá acentuar a desesperança e menosprezo já sentidos (VIDAL; GONTIJO, 2013).

Em relação as dificuldades identificadas para a prática do acolhimento Kondo, et al. (2011), Santos, E., et al. (2015), Ribeiro (2013) e Freitas e Borges (2017) descrevem como principal empecilho para boas práticas dos profissionais, além da sobrecarga de trabalho e falta de recursos humanos e insumos, a falta de treinamento específico para abordar casos tão complexos que envolvem desde sentimentos pessoais do profissional até mesmo questões sociais e religiosas. Afirmação que fica mais clara com a fala de um profissional que trabalha em um centro de urgência e emergência;

Existem dificuldades sim, e muitas pessoas não estão preparadas para isso. Deveria ser um ponto abordado com mais clareza tanto na graduação quanto em educação continuada. Eu acho que o fator suicídio é um assunto que ainda gera desconforto, um tabu, que a gente não acaba vivenciando na parte da educação [...] (SANTOS, E., et al., 2015).

Outros profissionais não entendem a unidade de urgência e emergência em que trabalham como local apropriado para realizar intervenções psiquiátricas, afirmando que

pacientes psiquiátricos não deveriam ficar junto aos demais. O que mais uma vez remete a falta de preparo e estigma dos profissionais para lidar com situações psiquiátricas (KONDO, et al., 2011).

O atendimento de profissionais enfermeiros as tentativas de suicídio	N	%
Manejo do paciente de tentativa de suicídio	3	21,4
Cuidado integral	3	21,4
Assistência a família	4	28,6
Reações emocionais do profissional enfermeiro	4	28,6
Total	14	100

Tabela 3– Demonstrativo sobre o atendimento de profissionais enfermeiros as tentativas de suicídio.

Fonte: Elaborado pelo pesquisador, 2018.

Dentre os 10 artigos analisados para a presente pesquisa identifica-se a partir da tabela que (n=3) 21,4% citaram sobre o manejo do paciente de tentativa de suicídio, (n=3) 21,4% explanaram sobre o cuidado integral, em seguida (n=4) 28,6% sobre a assistência a família do paciente que tentou suicídio e (n=4) 28,6% sobre as reações emocionais do profissional enfermeiro. Novamente o número total excede os números de artigos selecionados a pesquisa por alguns se repetirem citando mais de um tema.

No tocante ao manejo de um paciente que tentou suicídio, se trata de uma tarefa complexa, que envolve preceitos éticos e subjetivos do profissional o que torna a tarefa ainda mais complicada. Sabemos que os profissionais enfermeiros são treinados a cuidar de pacientes que anseiam por vida, buscam livrar-se de sintomas e patologias, mas quando se trata da dialética da morte ou desejo de morrer, pode haver certa intricação nos mesmos (BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEGA, 2010).

No atendimento ao paciente que tentou suicídio, destaca-se os procedimentos realizados após a fase inicial de estabilização das vítimas e acolhimento, onde há concordância entre os autores Freitas e Borges (2017) e Santos, E., et al. (2015) que nas unidades de urgência e emergência há predominância do modelo biomédico de assistência, modelo em que se exacerbam os cuidados técnicos centrados em cuidados clínicos.

Em se tratando da família do atendido Santos, E., et al. (2015) evidencia em sua produção científica que essa relação acontece estritamente para obtenção de informações, fato esse que vai de encontro ao que os demais autores propõem como ideal.

Cabe destacar que de acordo com Oliveira, et al. (2016), Reisdorfer, et al. (2015), Santos, R., et al. (2017) a família deve ser participante ativa do atendimento, tendo em vista que a sua participação poderá fornecer informações pertinentes ao cuidado, e que está

angustiada e com inúmeras dúvidas que devem ser sanadas pelos profissionais. A família ainda será um fator protetor de possíveis novas tentativas de suicídio fora dos domínios da unidade após sua alta. -

Os encaminhamentos realizados pelos profissionais enfermeiros as tentativas de suicídio	N	%
Importância da realização do encaminhamento	3	50
Encaminhamento adequado	3	50
Total	6	100

Tabela 4 – Demonstrativo sobre o encaminhamento realizados pelos profissionais enfermeiros as tentativas de suicídio.

Fonte: Elaborado pelo pesquisador, 2018.

A partir da tabela 4 constata-se que 50% (n=3) dos estudos aqui analisados, dedicaram uma parte da pesquisa para discorrer sobre a importância da realização do encaminhamento, em seguida 50% (n=3) discorreram sobre o encaminhamento adequado, identifica-se então a carência de estudos voltados para a temática, visto que num corte temporal de dez anos somente 6 pesquisas científicas falam sobre.

Identifica-se que somente os cuidados ofertados na emergência não são suficientes, pois o indivíduo ainda assim estará em sofrimento e precisa de continuidade no tratamento que é longo e complexo (SANTOS, E., et al., 2015). Visto que de acordo com Bertolote, Mello-Santos e Botega (2010) antecedência de tentativa de suicídio é o maior fator que aumenta as chances de novas tentativas deixa revela-se, portanto, a necessidade de realizar o tratamento por completo.

Por meio de estudos se identifica que quando realizado um encaminhamento adequado, onde é dado a continuidade necessária do tratamento ao indivíduo, obtém-se uma importante redução dos números de suicídio, mesmo não tendo reduzido a quantidade de novas tentativas (BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEGA, 2010).

Verificou-se ainda a necessidade de conscientização e treinamento da equipe de unidades de urgência emergência para trabalharem articulando com demais pontos da rede os pacientes atendidos por tentativa de suicídio, pois ao trabalhar em rede com os demais serviços psiquiátricos disponíveis, aumentará a qualidade da assistência ofertada e garantirá integralidade do cuidado, entendendo que somente os cuidados ofertados nas unidades de urgência e emergência são insuficientes dada a complexidade de tais casos.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo possibilitou a reflexão acerca do enfrentamento das

situações de atendimento e encaminhamento de pacientes atendidos por profissionais enfermeiros por tentativa de suicídio em unidades de urgência e emergência evidenciadas na literatura científica, onde identificou-se que tais unidades são a principal porta de entrada na rede de saúde para esses indivíduos, então é uma oportunidade por vezes única de ofertar tratamento aos mesmos.

Foi identificado práticas desfavoráveis por parte dos profissionais enfermeiros ao entendimento da tentativa de suicídio, deixando emergir preceitos éticos e julgamentos morais na assistência ofertada, algumas vezes julgando a tentativa a depender do potencial de letalidade utilizado como manifestações históricas para chamar a atenção. Atitudes que influenciam de forma negativa a qualidade do atendimento, fazendo com que o profissional não dê a necessária importância.

Após o atendimento é necessário dar continuidade ao tratamento psiquiátrico e de suporte familiar que é longo, o que exige um encaminhamento efetivo outros pontos da rede como por exemplo os CAPS, porém esse encaminhamento muitas vezes não é feito ou é feito apenas de forma burocrática para dar a alta ao paciente.

Desta forma, em resposta a complexidade do fenômeno suicídio sugere-se realizar educação continuada para a equipe de enfermagem, abordando os temas relevantes ao acolhimento, atendimento, e encaminhamento aos pacientes de unidades de urgência e emergência para estejam aptos tecnicamente e psicologicamente a lidar com as exigências individuais de cada paciente e que conheçam os pontos da rede disponíveis para articulação para a acompanhamento universal do indivíduo e suporte familiar.

REFERÊNCIAS

ABREU, Kelly Piacheski de et al. Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventivas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, Vol. 12, n. 1 (2010), p. 195-200, 2010. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/85271>> Acesso em: 25 mar. 2018.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Suicídio**: informando para prevenir. Brasília-CFM/ABP, 2014.

BERTOLETE, José Manoel. **O suicídio e sua prevenção**. São Paulo: Editora UNESP, 2012.

BOTEGA, Neury José. **Crise suicida**: avaliação e manejo. e-PUB. Porto Alegre: Artmed Editora, p. 12-47, 2015.

_____. **Prática psiquiátrica no hospital geral**: interconsulta e emergência. 3. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, p. 335-355, 2012.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF, abr. 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/10216.htm>. Acesso em: 20 mar. 2018.

_____. **Mais sobre os serviços disponíveis em Saúde Mental.** Brasília, 2013. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/conte-com-a-gente/leia-mais-conte-com-a-agente>> Acesso em 07 maio 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde.** 2. ed. p. 5-33, Brasília, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf> Acesso em: 10 abr. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.600, 7 De julho de 2011.** Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, jul. 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html>. Acesso em: 05 maio 2018.

FREITAS, Ana Paula Araújo de; BORGES, Lucienne Martins. Do acolhimento ao encaminhamento: O atendimento às tentativas de suicídio nos contextos hospitalares. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 22, n. 1, p. 50-60, mar. 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2017000100006> Acesso em: 03 maio 2018.

GUTIERREZ, Beatriz Aparecida ozello. Assistência hospitalar na tentativa de suicídio. **Psicologia USP**, [s.l.], v. 25, n. 3, p. 262-269, set.-dez. 2014. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=305133436007>> Acesso em: 25 mar. 2018.

OLIVEIRA, Clarissa Tochetto de et al. Percepções de uma equipe de saúde mental sobre o comportamento suicida. **Gerais, Rev. Interinst. Psicol.**, Juiz de fora, v. 9, n. 1, p. 78-89, jun. 2016. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202016000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 out. 2018.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Suicidio.** 2018. Disponível em: <<http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>>. Acesso em: fev. 2018.

REISDORFER, Nara et al. Suicídio na voz de profissionais de enfermagem e estratégias de intervenção diante do comportamento suicida. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S.l.], v. 5, n. 2, p. 295 - 304, jul. 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/16790>>. Acesso em: 15 abr. 2018.

RIBEIRO, Danilo Bertasso. **O acolhimento nas unidades de urgência e emergência a indivíduos que tentaram suicídio.** p.22. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Escola do Grupo Hospitalar Conceição para obtenção parcial do título de Especialista em Saúde Mental. 2013. Disponível em: <<http://docs.bvsalud.org/biblioref/coleciona-sus/2013/31165/31165-665.pdf>> Acesso em: 03 out. 2018.

SANTOS, Emelyne Gabrielly de Oliveira et al. O olhar da enfermeira de emergência no paciente que tentou o suicídio: um estudo exploratório. **Revista Brasileira de Enfermagem on-line**, [S.l.], v. 16, n. 1, p. 6-16, maio de 2017. ISSN 1676-4285. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5416>>. Data de acesso: 03 de dezembro 2018.

SANTOS, Ronald Seixas et al. Ações de enfermeiros frente a tentativas de suicídio: análise reflexiva. **Revista de Enfermagem da UFPE on line** - ISSN: 1981-8963, [S.l.], v. 11, n. 2, p. 742-748, jan. 2017. ISSN 1981-8963. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11995>>. Data de acesso: 03 de out. 2018.

SILVA, Liliâne de Lourdes Teixeira. **Atitudes e percepções de estudantes e professores de enfermagem frente ao suicídio de adolescentes.** p. 125-127. Trabalho de Conclusão de Graduação em Enfermagem – Universidade Federal Minas Gerais, Minas Gerais, 2014. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/1843/BUBD-9VZJ4H>>. Acesso em: 05 mar. 2018.

A INFLUÊNCIA DA ILUMINAÇÃO ARTIFICIAL DAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS NO RITMO CIRCADIANO DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Data de aceite: 19/03/2021

Data de submissão: 08/03/2021

Ana Isabel Canelas Rocha

Unidade de Medicina e Cirurgia do Hospital
Lusíadas do Porto
Gondomar, Portugal

Maria Catarina Ferreira Moreira

Posto Médico do El Corte Inglés de Gaia
(LabMed Saúde)
Vila Nova de Gaia, Portugal

Maria Noémia Monteiro Baptista

Unidade de Cuidados Continuados do Hospital
de Ovar
Ovar, Portugal

Marta Rodrigues da Siva Pinto

Hospital Venerável Irmandade de Nossa
Senhora da Lapa
Vila Nova de Gaia, Portugal

João Filipe Fernandes Lindo Simões

Escola Superior de Saúde da Universidade de
Aveiro (ESSUA) e Instituto de Biomedicina de
Aveiro (iBiMED)
Aveiro, Portugal
ORCID: 0000-0002-4989-2252

RESUMO: O internamento numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) conduz a mudanças súbitas na vida dos doentes, uma vez que a pessoa é exposta a um ambiente agressivo, aumentando a sua vulnerabilidade e diminuindo o seu bem-estar. A iluminação noturna não

natural pode gerar problemas de saúde, bem como alterações psicológicas e alterações do padrão do sono e de repouso. Neste sentido, a presente revisão tem como objetivo analisar de que forma a iluminação afeta os ciclos fisiológicos e comportamentais da pessoa, analisar de que forma a iluminação afeta o ciclo de sono/vigília e investigar quais os cuidados de enfermagem que promovem um adequado ritmo circadiano. Optou-se pela realização de uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) com recurso à pesquisa de estudos publicados nas bases de dados: Scielo, PubMed, B-On, Scopus e Medline; com a utilização dos seguintes descritores: “iluminação”, “ritmo circadiano”, “sono”, “assistência ao paciente” e “unidades de terapia intensiva”. Seguidamente, procedeu-se à aplicação de critérios de exclusão/inclusão e indicadores de qualidade, resultando numa amostra final de 5 artigos. Como resultados, destacamos que a iluminação artificial influencia positiva e negativamente o ritmo circadiano da pessoa em situação crítica. Por um lado, pode resultar em perturbações no padrão de sono e por outro, se a intensidade da iluminação artificial variar ao longo do dia no sentido de acompanhar o seu ritmo, poderá potenciar o processo de recuperação da pessoa em situação crítica. Assim, concluímos que a iluminação artificial, ruído e atividades de enfermagem são os fatores mais disruptivos do ritmo circadiano. Portanto, torna-se impreterível aliar os cuidados de enfermagem com as mais recentes evidências, para promover a recuperação e saúde da pessoa.

PALAVRAS-CHAVE: Iluminação; Ritmo Circadiano; Sono; Assistência ao paciente;

Unidades de terapia intensiva (de acordo com os descritores MESH e DeCS).

THE INFLUENCE OF INTENSIVE CARE UNITS' ARTIFICIAL LIGHTING ON THE CIRCADIAN RHYTHM OF CRITICAL PATIENTS: AN INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: The hospitalization in Intensive Care Units (ICU) leads to sudden changes in patients' lives, once the person is exposed to an aggressive environment, increasing his/her vulnerability, and decreasing his well-being. The non-natural nocturnal lighting can generate health issues, as well as psychological alterations and shifts in the sleep and rest pattern. Thus, the present review as the goal to analyse how lighting affects the physiological and behavioural cycles of the patient, analyse how it affects the sleep-wake cycle and investigate which nursing interventions promote an adequate circadian rhythm. This integrative review began with researching scientific studies published on the following data bases: Scielo, PubMed, B-on, Scopus and Medline; with the use of the following terms: "lighting", "circadian rhythm", "sleep", "patient care" and "intensive care units". Also, we applied exclusion and inclusion criteria and quality indicators, resulting in a final sample of 5 articles. Our highlighted results show that artificial lighting influences both positively and negatively the circadian rhythm of the patient in critical condition. On one hand, it can negatively affect the patient's sleep pattern, yet if the intensity of the artificial lighting varies throughout the day according to the daylight rhythm, we can optimize the patient's recovery. So, in conclusion, artificial lighting, noise and nurse interventions are the most disruptive factors of the circadian rhythm. Therefore, in order to promote patient's recovery and health, we must ground nursing care on the most recent evidence.

KEYWORDS: "Lighting", "circadian rhythm", "sleep", "patient care" and "intensive care units".

1 | INTRODUÇÃO

O internamento numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) é vivenciado como um evento assustador e com repercussões físicas e psicológicas na pessoa internada (MARQUES, 2016). Este conduz a mudanças súbitas na sua vida, uma vez que a pessoa é exposta a um ambiente novo e com particularidades, como a existência de alarmes sonoros (ruídos) e intensa iluminação artificial, consequência da necessidade de monitorização contínua da pessoa em situação crítica, aumentando a sua vulnerabilidade e diminuindo o seu bem-estar (CHAVAGLIA, BORGES, AMARAL, IWAMOTO, & OHL, 2011).

Os fatores supracitados são concorrentes para a alteração do ritmo circadiano da pessoa em situação crítica, cuja manutenção é crucial para a sua recuperação. Assim, o ritmo circadiano influencia o padrão das principais funções biológicas, comportamentais e manutenção dos parâmetros vitais, produção hormonal, acuidade sensorial e humor. O ritmo circadiano é regulado pela luz e temperatura, fatores externos que servem de indicadores de tempo, os designados de sincronizadores (MOTA, 2010; POTTER & PERRY, 2006).

A luz é um sincronizador fulcral na promoção do ciclo sono/vigília (DARÉ, 2010). O controlo e redução dos níveis de luminosidade durante os períodos de sono, bem como

a presença de luz natural em detrimento de luz artificial, beneficia e promove o conforto da pessoa em situação crítica (PEREIRA, 2017). A ausência de um ciclo de luz diurno no ambiente hospitalar pode resultar no distúrbio do ritmo circadiano regulador do sono, uma vez que este necessita do fotoperíodo, sendo este a quantidade de luz e de escuridão que ocorre em cada dia, variável com as estações do ano. Este mecanismo regulador controla o equilíbrio do repouso e da atividade e é essencial para a promoção do sono (PAIS, 2012).

A iluminação influencia a produção de hormonas importantes para regular o ciclo sono/vigília, nomeadamente, a melatonina e o cortisol, respetivamente (MARQUES, 2016). Neste sentido, uma desregulação hormonal poderá afetar a qualidade do sono, sendo que induzirá a fragmentação do ciclo sono/vigília.

O ciclo de sono inicia com um período de pré-sono e evolui para um período gradual de sonolência, no qual a pessoa atravessa duas fases: NREM (*non-rapid eye movement*) e REM (*rapid eye movement*) (DRAGER & KRIEGER, 2009; POTTER, & PERRY, 2006).

O sono REM e NREM desempenham funções muito importantes para o nosso corpo, exercendo diversos processos biológicos. O sono REM é necessário para restaurar o tecido cerebral e cognição, armazenamento da memória e aprendizagem. O sono NREM contribui para a recuperação dos tecidos corporais, restauração dos processos biológicos, através da produção da hormona do crescimento. Além disso, as funções biológicas ficam mais lentas, nomeadamente, a respiração, pressão arterial, tônus muscular e a frequência cardíaca diminuem, o que contribui, por exemplo, para preservar a função cardíaca. Por fim, a taxa metabólica basal diminui, o que conserva mais energia no corpo, sendo essa quantidade de energia necessária para a manutenção das funções vitais do organismo (WAHRLICH & ANJOS, 2001; POTTER & PERRY, 2006).

Segundo Hopper, Fried, & Pisani (2015), a evidência sugere que o sono fragmentado, com múltiplos despertares, ausência de fases do sono e, conseqüentemente perda do ritmo circadiano, promove a fadiga e potencia o agravamento de fatores emocionais negativos, como o medo, ansiedade, estados de confusão e dúvida, que podem gradualmente originar o *delirium*.

A saúde física e emocional da pessoa em situação crítica depende da capacidade de atender às necessidades humanas fundamentais (NHF) (POTTER & PERRY, 2006). A satisfação da NHF “sono e repouso” passa pela identificação do padrão de sono, pelos elementos naturais e artificiais que o influenciam, pela sua natureza, pelos seus hábitos e de que forma a prestação de cuidados de enfermagem pode ser eficaz na resolução dos distúrbios do sono de curto e longo prazo (POTTER & PERRY, 2006).

Assim sendo, o enfermeiro tem um papel ativo e de máxima relevância na preservação do ciclo de sono/vigília na pessoa em situação crítica, dada a sua importância na prevenção do desenvolvimento de várias perturbações através de medidas farmacológicas e não farmacológicas (PEREIRA, 2017).

Deste modo, algumas medidas simples mas que são descuradas, para minimizar a

privação/interrupção do sono, são: optar sempre por luz natural quando esta está disponível e reduzir a luminosidade dos dispositivos eletrônicos e/ou alterar os modos diurnos para noturnos. Desta forma é promovido um ambiente calmo, especialmente durante o período noturno, sendo este considerado um período de descanso (PEREIRA, 2017). Além das estratégias apresentadas anteriormente, uma das formas de controlar a luz é a utilização de uma venda para os olhos, visto que é uma ferramenta segura, econômica e não invasiva (YAZDANNIK, ZAREIE, HASANPOUR, & KASHEFI, 2014). Estas intervenções vão contribuir para minimizar os impactos biológicos, fisiológicos e emocionais (DEMOULE et al., 2017).

Considerando esta realidade e problemática, foi formulada a questão de investigação: “A iluminação artificial influencia o ritmo circadiano da pessoa em situação crítica em idade adulta nos serviços de cuidados intensivos?”. A partir desta questão definiram-se como objetivos: descrever de que forma a iluminação afeta os ciclos fisiológicos e comportamentais da pessoa e o ciclo de sono/vigília; identificar quais os cuidados de enfermagem que promovem um adequado ritmo circadiano.

2 | METODOLOGIA

2.1 Desenho do estudo

Optou-se para a presente revisão por uma metodologia de Revisão Integrativa da Literatura. Esta ferramenta tem sido apontada como importante, pois sintetiza pesquisas disponíveis sobre uma determinada temática e direciona a prática baseando-se em conhecimento científico. É um método que proporciona a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática, englobando dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar um vasto leque de propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular (SOARES et al., 2010; SOUZA, SILVA, & CARVALHO, 2010).

2.2 Procedimentos de pesquisa

Para a realização da pesquisa foi identificado um conjunto de descritores de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e estabelecidos critérios de inclusão e de exclusão dos artigos. Assim, os descritores selecionados foram: iluminação, ritmo circadiano, sono, assistência ao paciente e unidades de terapia intensiva (em língua Portuguesa, Inglesa e Espanhola). A utilização de conectores booleanos permitiram interrelacionar os descritores através de diversas combinações que foram utilizadas durante a pesquisa nas diferentes bases de dados. Desta associação resultaram as seguintes chaves de pesquisa: “Unidades de terapia intensiva e iluminação e ritmo circadiano”; “Unidades de terapia intensiva e iluminação e sono”; “Unidade de terapia intensiva e assistência ao paciente e

iluminação”; “Ritmo circadiano e iluminação e Assistência ao paciente”.

As bases de dados selecionadas foram: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (PubMed), Biblioteca do Conhecimento Online (B-On), (Scopus), Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (Medline).

2.3 Procedimentos de seleção da amostra

Dos 20086 artigos obtidos nas bases de dados digitais, utilizando as chaves de pesquisa anteriormente mencionadas, foram excluídos artigos cuja população pertencesse a uma faixa etária inferior a 18 anos, não estivesse internada numa Unidade de Cuidados Intensivos, artigos não publicados entre 1 de janeiro de 2009 e 31 de dezembro de 2019 e que não estivessem redigidos no idioma Português, Inglês ou Espanhol obtendo um número total de 144 artigos. Após serem excluídos os artigos cujo acesso integral não era possível, revisões integrativas da literatura ou artigos duplicados, obtivemos um total de 60 artigos. Posteriormente foram excluídos os artigos que não correspondiam à questão de investigação, levando a um total de 7 artigos. Por fim, estes artigos foram submetidos a uma avaliação através da escala de avaliação da qualidade “*Standard Quality Assessment Criteria for Evaluating Primary Research Papers from a Variety of Fields*”, sendo excluídos os artigos que obtiveram uma pontuação inferior a 0,75 pontos (KMET, LEE, & COOK, 2004). Após este processo resultou uma amostra final de 5 artigos. O procedimento de seleção da amostra descrito pode ser observado na Figura 1.

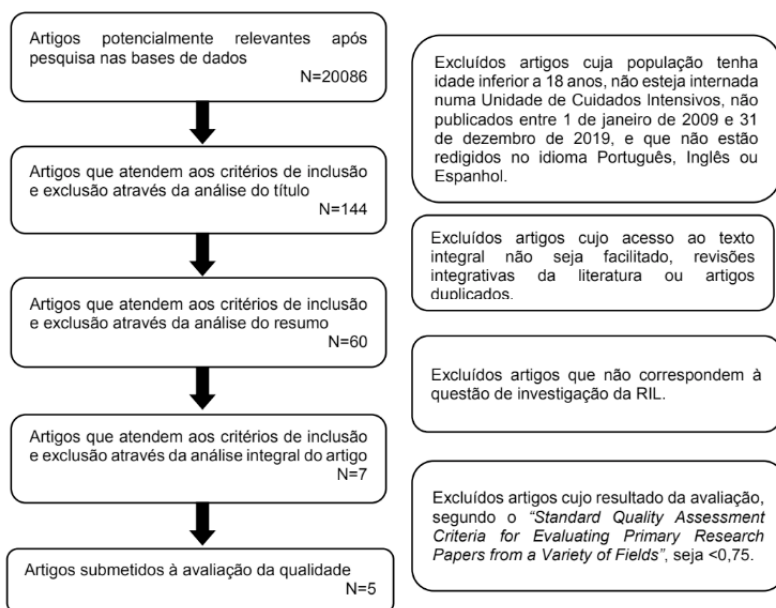


Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos artigos

3 | RESULTADOS

3.1 Caracterização global dos artigos selecionados

Através da observação da Tabela 1, pode-se verificar que dos 5 artigos selecionados, 3 utilizaram uma metodologia qualitativa, 1 uma metodologia quantitativa e 1 uma metodologia mista. O tamanho das amostras oscila entre 12 e 100 participantes, sendo estes com idade igual ou superior a 18 anos e internados numa UCI.

Título	Autores/Ano	Tipo de Estudo	Amostra	Temática	Objetivos
“Nighttime Lighting in Intensive Care Units”	(DUNN, ANDERSON, & HILL, 2010)	Observacional descritivo com abordagem qualitativa	12 participantes.	Fatores concorrentes noturnos para a perturbação do ritmo circadiano da pessoa em situação crítica, numa UCI Cirúrgica.	<ul style="list-style-type: none"> - Descrever a duração do tempo em que as fontes de luz iluminavam a ICU cirúrgica, no período entre as 22h e as 6h; - Identificar as fontes luminosas; - Identificar e descrever quais as atividades que estariam a ser realizadas ou não realizadas, durante o período de iluminação.
“Factors affecting sleep in the critically ill: An observational study”	(ELLIOTT, RAI, & MCKINLEY, 2014)	Observacional descritivo com abordagem quantitativa	53 participantes	Qualidade do sono das pessoas internadas numa UCI Cardiorrácica, tendo em conta a existência de fatores intrínsecos e extrínsecos.	<ul style="list-style-type: none"> - Descrever os fatores extrínsecos e intrínsecos que afetam o sono da pessoa em situação crítica; - Examinar as potenciais relações entre os fatores extrínsecos e intrínsecos e a qualidade do sono; - Elaborar um modelo de regressão que permita interrelacionar as variáveis explicativas na variação na qualidade do sono.
“Lighting, sleep and circadian rhythm: An intervention study in the intensive care unit.”	(ENGWALL, FRIDH, JOHANSSON, BERGBOM, & LINDAHL, 2015)	<ul style="list-style-type: none"> - Parte I consiste num estudo descritivo e comparativo com abordagem qualitativa; - Parte II consiste num desenho exploratório e descritivo com abordagem qualitativa e quantitativa. 	Parte I: 100 participantes; Parte II: 19 participantes.	A perceção da pessoa internada numa UCI face às experiências decorrentes de dois quartos com sistemas de iluminação distintos: iluminação por ciclos e iluminação comum.	<ul style="list-style-type: none"> - Parte I: realizar um questionário, com o intuito de avaliar e comparar as experiências de dois grupos em dois quartos distintos: quarto de controlo e quarto de intervenção, sendo que dispunham de sistema de iluminação comum e sistema de iluminação por ciclos, respetivamente; - Parte II: realizar uma entrevista semiestruturada, submetida a análise de conteúdo qualitativo e quantitativo, com o intuito de descrever as experiências exclusivas da sala de intervenção, para permitir uma compreensão mais profunda, focalizando a perspetiva da amostra.

<p>“The Effect of cycled lighting in the intensive care unit on sleep, activity and physiological parameters: a pilot study.”</p>	<p>(ENGWALL et al., 2017)</p>	<p>Experimental com abordagem qualitativa</p>	<p>60 participantes</p>	<p>Efeito da iluminação por ciclos, no ritmo circadiano e nos parâmetros fisiológicos (FC, Pressão Arterial Média (PAM), TC) na pessoa internada, numa UCI.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Investigar se a pessoa em situação crítica apresentava um ritmo circadiano normal; - Investigar se uma intervenção de luz por ciclos poderia ter um impacto positivo no ritmo circadiano da amostra e de que forma afetaria a FC, PAM e TC.
<p>“Light affects heart rate’s 24-h rhythmicity in intensive care unit patients: an observational study.”</p>	<p>(KOROMPELI et al., 2019)</p>	<p>Observacional analítico com grupo de comparação de coorte com abordagem qualitativa</p>	<p>22 participantes</p>	<p>Examinar o impacto da iluminação, em função do posicionamento do leito relativamente à luz natural, nos três parâmetros fisiológicos, nomeadamente, (FC, PAM, TC), numa UCI universitária.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Investigar o impacto da exposição à luz, em função do posicionamento do leito em relação à luz natural, no ritmo circadiano e nos parâmetros fisiológicos preditores da mortalidade na UCI, FC, PAM e TC, na amostra.

Tabela 1. Caracterização global dos artigos incluídos na Revisão Integrativa da Literatura

3.2 Evidência acerca da influência da iluminação no ritmo circadiano da pessoa em situação crítica

Através da análise da Tabela 2, verifica-se que a amostra dos artigos em estudo destaca os fatores intrínsecos e extrínsecos mais perturbadores do sono (DUNN et al., 2010; ELLIOTT et al., 2014; ENGWALL et al., 2015; ENGWALL et al., 2017; KOROMPELI et al., 2019). Por um lado, os fatores extrínsecos que afetam o ritmo circadiano da pessoa em situação crítica são o nível de ruído, a iluminação natural e a iluminação artificial, a qual provém de vários dispositivos, por exemplo, luz do lavatório, luz de cabeceira, entre outros (DUNN et al., 2010; ELLIOTT et al., 2014; ENGWALL et al., 2015). Em adição, um dos fatores mais disruptivos são as atividades realizadas no período noturno pela equipa multidisciplinar como colheitas de espécimes, administração de terapêutica farmacológica, dar banhos, monitorização de sinais vitais, entre outros (DUNN et al., 2010; ELLIOTT et al., 2014; ENGWALL et al., 2015). Na mesma linha de pensamento, outro fator disruptivo foi a categoria “sem atividade”, ou seja, o período de tempo no qual as luzes estavam acesas mas não estava a ser prestado nenhum cuidado e foi evidenciado que a iluminação noturna/de presença, cuja função era diminuir a perturbação à pessoa em situação crítica, foi a fonte de luz menos utilizada (DUNN et al., 2010). No que diz respeito aos fatores intrínsecos, estes podem afetar negativamente ou positivamente a pessoa em situação crítica. Relativamente aos fatores intrínsecos negativos, destacam-se os sentimentos, como a confusão, medo, ansiedade, e além disso, a insónia, a dor, a resposta inflamatória, administração de benzodiazepínicos, tal como referenciado por Elliott et al., (2014) e Engwall et al., (2015).

Em contrapartida, a ventilação mecânica assume-se como um aspeto positivo para

a pessoa em situação crítica, embora as evidências anteriores sugiram que esta constitui uma fonte de desconforto frequente, conforme Elliott et al., (2014) e Engwall et al., (2015).

De acordo com os fatores supramencionados, segundo Dunn et al., (2010) e Engwall et al., (2015) a iluminação assume um efeito dicotômico, provocando aspetos positivos e negativos, que influenciam a saúde da pessoa em situação crítica. Neste sentido, pode-se evidenciar que o efeito mais predominante é a alteração do ritmo circadiano de acordo com Dunn et al., (2010), Elliott et al., (2014), Engwall et al., (2015), Engwall et al., (2017) e Korompeli et al., (2019). Esta alteração advém também da dessincronização do ciclo sono/vigília, através de um sono fragmentado e de má qualidade (com pouca onda lenta e REM), privação do sono, pesadelos, insónias, alucinações visuais, *delirium* e supressão da melatonina como referido por Dunn et al., (2010), Elliott et al., (2014), Engwall et al., (2015) e Engwall et al., (2017). A fragmentação do sono para Engwall et al., (2015) tem consequências no foro psicológico da pessoa, uma vez que a iluminação que não respeita o ciclo natural do dia pode manifestar-se através de confusão e ansiedade. Além dos aspetos mencionados, os parâmetros fisiológicos, preditores inclusive da mortalidade nas UCI's, sofreram alterações. A iluminação artificial, por um lado e segundo Engwall et al., (2017), não causou alterações significativas na frequência cardíaca. Contrariamente, e num ambiente semelhante, no estudo de Korompeli et al., (2019), a frequência cardíaca sofreu alterações. Por outro lado, verificam-se referências idênticas entre Dunn et al., (2010), Elliott et al., (2014) e Engwall et al., (2015), preconizando-se que a iluminação artificial também tem os seus benefícios, proporcionando efeitos reconfortantes para a pessoa em situação crítica, de modo a promover um sono sereno, um ambiente repousado e tranquilo que possibilita um estado de segurança e calma, através da promoção e da relação terapêutica com a equipa multidisciplinar. Para além disso, propicia a manifestação de sentimentos positivos como o bom humor e a atenção. Para Elliott et al., (2014) estes efeitos beneficiam o processo de recuperação e cura.

Assim sendo, são necessárias intervenções que visam beneficiar o desconforto da pessoa em situação crítica bem como promover o ritmo circadiano da mesma. Para promover o sono e o ritmo circadiano, a equipa de enfermagem tentou diversas vezes agrupar os cuidados da pessoa em situação crítica, bem como planificar as intervenções do turno da noite para os turnos diurnos, segundo Dunn et al., (2010). Também, segundo o artigo de Engwall et al., (2015), houve um esforço por parte da equipa de enfermagem para proporcionar uma relação terapêutica eficaz de forma a minimizar sentimentos negativos. Outra intervenção realizada pela equipa de enfermagem no estudo de Korompeli et al., (2019) revela que os posicionamentos no leito localizados perto da luz natural também demonstram vantagens para a pessoa em situação crítica na UCI, resultando em impactos mensuráveis diretos no ritmo circadiano.

Artigo	Fatores que influenciam a pessoa em situação crítica	Efeitos da iluminação artificial na pessoa em situação crítica	Intervenções da equipa multidisciplinar
<p>“Nighttime Lighting in Intensive Care Units” (DUNN et al., 2010)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 5 fontes de luz com maior duração: luz do lavatório, luz de cabeceira, luz do teto, televisão e luz noturna de segurança. - Atividades com mais frequência de luz: exames laboratoriais e sem atividade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Alteração do ritmo circadiano; Processo de recuperação e cura; Privação do sono e suas consequências; Desenvolver um ambiente repousado e tranquilo. 	<ul style="list-style-type: none"> - A equipa enfermagem foi observada muitas vezes a tentar agrupar os cuidados; - Limitar a exposição luz noturna/ Redução dos níveis de luz; - Mudar o foco no atendimento básico à pessoa em situação crítica do turno da noite para outros turnos para melhorar o sono e o descanso.
<p>“Factors affecting sleep in the critically ill: An observational study” (ELLIOTT et al., 2014)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fatores intrínsecos: dor, resposta inflamatória elevada, ansiedade, insónia, administração de medicamentos benzodiazepínicos e utilização de via aérea artificial. - Fatores extrínsecos: fatores ambientais (níveis de som e níveis de iluminação artificial) e níveis médios de iluminação diurna. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sono fragmentado e de má qualidade (pouca onda lenta e REM); Alteração do ritmo circadiano; Insónia; - Supressão da melatonina. 	<ul style="list-style-type: none"> - Não refere
<p>“Lighting, sleep and circadian rhythm: An intervention study in the intensive care unit.” (ENGWALL et al., 2015)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Parte I: Sistema de iluminação por ciclos; Iluminação diurna e artificial; Ansiedade; Brilho, tom hedônico; Distribuição uniforme e variável da iluminação Equipa multidisciplinar - Parte II: Sistema de iluminação por ciclos; Ansiedade, medo, ventilação mecânica, equipa multidisciplinar 	<ul style="list-style-type: none"> - Distúrbios do sono; Pesadelos; Delirium; Alteração do ritmo circadiano; Confusão; Ansiedade (através da iluminação artificial ficaram mais calmos); Iluminação noturna teve um efeito reconfortante; Calma; Segurança; Bom humor; Atenção. 	<ul style="list-style-type: none"> - Relação terapêutica eficaz para minimizar os sentimentos negativos da pessoa em situação crítica.
<p>“The Effect of cycled lighting in the intensive care unit on sleep, activity and physiological parameters: a pilot study.” (ENGWALL et al., 2017)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sistema de iluminação por ciclos; - Iluminação natural; - Quarto renovado seguindo os princípios de <i>design</i> baseados em evidência (diferentes materiais teto, paredes e tecidos em tons suaves). 	<ul style="list-style-type: none"> - Perturbações do sono (privação de sono); Alteração do ritmo circadiano. 	<ul style="list-style-type: none"> - Não refere
<p>“Light affects heart rate’s 24-h rhythmicity in intensive care unit patients: an observational study.” (KOROMPELI et al., 2019)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Intensidade da luz diurna e noturna. 	<ul style="list-style-type: none"> - Valores FC mais altos, durante o dia, no “light side”; Valores FC mais baixos, durante o dia, no grupo “dark side”; Alteração do ritmo circadiano. 	<ul style="list-style-type: none"> - Posicionamentos no leito para aumentar a exposição de luz natural.

Tabela 2. Evidência acerca da influência da iluminação artificial na pessoa em situação crítica nos artigos pertencentes à amostra em estudo

4 | DISCUSSÃO

De acordo com os artigos analisados, a iluminação artificial foi majoritariamente prejudicial para a pessoa em situação crítica. Nos estudos de Dunn et al., (2010), Elliott et al., (2014), Engwall et al., (2015) e Engwall et al., (2017) as pessoas internadas na UCI referiram perda de ciclos normais de sono, como evidenciado pelo aumento da quantidade de sono diurno. A perturbação do ciclo sono/vigília tem como consequência alterações do padrão de sono, que tem como efeito uma diminuição da secreção de melatonina quando a pessoa em situação crítica é exposta a níveis de iluminação diurna não propícios (ELLIOTT et al., 2014). A ventilação mecânica é considerada um fator bastante disruptivo do ciclo sono/vigília (ELLIOTT et al., 2014). Segundo Marchezini, Gaigher, Bomfim, & Costa, (2020), “a ventilação mecânica também pode causar interrupção do sono, causando a redução das fases restauradoras do sono. Acredita-se que as assincronias da pessoa em situação crítica com o ventilador são responsáveis pela deterioração da qualidade do sono, gerando apneias centrais e despertares noturnos”, mas ao contrário do expectável, esta assume uma relação positiva com a qualidade de sono, na medida em que este melhora na presença de uma via aérea artificial (ELLIOTT et al., 2014).

Engwall et al., (2017), referem que a pessoa em situação crítica pode ser sujeita a intensidades de luz significativamente variáveis, dependendo da posição no leito. Pode-se inferir que esta descoberta indica que não apenas o valor absoluto da luz, mas também a sua relativa diminuição noturna podem ter uma importância significativa. Numa UCI, o valor absoluto de luz noturna não pode ser facilmente reduzido, no entanto, a exposição à luz diurna pode ser aumentada, normalizando a razão diurna/noturna da iluminação e provocando a normalização do ritmo circadiano. Assim, a intensidade relativa da luz pode assumir um papel de maior relevância na temática em estudo, sendo que oferece um novo caminho para a intervenção.

Remetendo para a linha de raciocínio estabelecida anteriormente, o sistema de iluminação por ciclos também é uma das formas de fortalecer o ritmo circadiano. Este ambiente de iluminação deve ser suave e bem distribuído, sem sombras e reflexos escuros, sendo este o mais recomendado e confortável. Este artigo não demonstrou claramente que o sistema de iluminação por ciclos afetou a manutenção do ritmo circadiano da pessoa em situação crítica, com benefícios subseqüentes à recuperação, contudo, permitiu-nos compreender as suas percepções relativamente às experiências, bem como a sua relação com o ritmo circadiano. A percepção de parte da amostra não foi tão positiva, uma vez que a intensidade da iluminação artificial não lhes permitia distinguir o dia da noite, desregulando assim o ritmo circadiano.

Segundo Engwall et al., 2015, a iluminação manipulada de forma a simular o ciclo de luz natural, com intensidades e brilhos diferentes, ao longo do período diurno e noturno, beneficia a pessoa em situação crítica, despoletando sentimentos de calma e segurança,

que permitiram estabelecer uma relação terapêutica com a equipa de enfermagem.

Além da dimensão psicológica que emerge na pessoa, resultado da percepção da iluminação, o processo de recuperação melhora (ENGWALL et al., 2015). No artigo de Korompeli et al., (2019), apesar de atualmente existir evidência limitada nas implicações terapêuticas nas UCI's, existem dados relativos a estudos anteriores que indicam que as pessoas alocadas em zonas adequadamente iluminadas em UCI's cardíacas demonstram internamentos mais curtos e diminuição das taxas de mortalidade (VINZIO, RUELLAN, PERRIN, SCHLIENGER, & GOICHOT, 2003). No estudo de Korompeli et al., (2019) não ocorre o expectável porque a amostra sujeita à intervenção do sistema de iluminação por ciclos não demonstrou uma diminuição do tempo de internamento. A razão pela qual isso ocorreu pode ser atribuída à quantidade reduzida da amostra e à alocação desequilibrada de ambos os grupos relativamente à iluminação natural, com a agravante de, nesta UCI, os níveis de iluminação durante o dia e noite estarem dentro da faixa normal, definida pela Organização Mundial de Saúde (KOROMPELI et al., 2019). Dunn et al., (2010) ainda acrescentam que a iluminação noturna, descanso e sono são essenciais para a saúde em geral e a cura não pode ocorrer sem ela.

Após uma análise dos artigos, pode-se verificar que foram implementadas intervenções com o objetivo de melhorar o sono e o conforto da pessoa em situação crítica. No estudo de Dunn et al., (2010), estes referem que as intervenções devem ser agrupadas de forma a diminuir as interrupções noturnas e o impacto da iluminação artificial no período noturno: aumentar a utilização de iluminação noturna menos perturbadora, minimizar o uso de outras fontes de luz mais perturbadoras, gerir a programação das intervenções de enfermagem, de forma a obter o máximo descanso possível. Este estudo demonstra uma oportunidade de aprendizagem para os enfermeiros, dado que havia períodos noturnos em que fontes de luz permaneciam acesas aquando da não realização de atividades.

Outra das intervenções mencionada por Korompeli et al., (2019) são os posicionamentos no leito, relativamente à iluminação natural, uma vez que podem ter impactos mensuráveis nos ritmos circadianos. O aumento da intensidade da iluminação natural diurna resulta numa melhoria dos parâmetros fisiológicos modelados pelos ritmos circadianos, estabelecendo um impacto positivo na pessoa em situação crítica.

5 | CONCLUSÕES

Com a presente RIL verificou-se que existem diversos fatores extrínsecos e intrínsecos que atuam no ritmo circadiano da pessoa em situação crítica em idade adulta, dos quais se destacam a iluminação artificial, o ruído e as atividades da equipa multidisciplinar. As evidências apresentadas são maioritariamente a favor de que a iluminação artificial acarreta consequências negativas para a pessoa em situação crítica, bem como alterações do ritmo circadiano e do ciclo sono/vigília. Contudo, se a iluminação for manipulada de

forma a simular o ciclo de luz natural com intensidades e brilhos diferentes ao longo do período diurno e noturno, a pessoa em situação crítica será beneficiada no processo de recuperação. As intervenções de enfermagem devem ser agrupadas de forma a diminuir as interrupções noturnas e o impacto da iluminação artificial no período noturno, promovendo o sono, repouso e, por conseguinte, o conforto e recuperação da pessoa em situação crítica.

REFERÊNCIAS

- CHAVAGLIA, Suzel Regina Ribeiro; BORGES, Cristiana Machado; AMARAL, Eliana Maria Scarelli; *et al.* Ambiente do Centro de Terapia Intensiva e o trabalho da equipe de enfermagem. **Revista gaúcha de enfermagem / EENFUGRS**, vol. 32, n. 4, p. 654–661, 2011.
- DARÉ, Ana Cristina Lott. O Design de Iluminação voltado aos idosos. **Revista Reação**, p. 8–11, 2010. Disponível em: <https://www.academia.edu/24296084/O_Design_de_Iluminação_voltado_aos_idosos>.
- DEMOULE, Alexandre; CARREIRA, Serge; LAVAUULT, Sophie; *et al.* Impact of earplugs and eye mask on sleep in critically ill patients: A prospective randomized study. **Critical Care**, vol. 21, 2017.
- DRAGER, Luciano F e KRIEGER, Eduardo M. Mecanismos de controle da pressão arterial no sono. **Revista Brasileira de Hipertensão**, vol. 16, n. 3, p. 169–173, 2009.
- DUNN, Heather; ANDERSON, Mary Ann e HILL, Pamela D. Nighttime Lighting in Intensive Care Units. **Critical Care Nurse**, vol. 30, n. 3, p. 31–37, 2010.
- ELLIOTT, Rosalind; RAI, Tapan e MCKINLEY, Sharon. Factors affecting sleep in the critically ill: An observational study. **Journal of Critical Care**, vol. 29, n. 5, p. 859–863, 2014.
- ENGWALL, Marie; FRIDH, Isabell; JOHANSSON, Lotta; *et al.* Lighting, sleep and circadian rhythm: An intervention study in the intensive care unit. **Intensive and Critical Care Nursing**, vol. 31, n. 6, p. 325–335, 2015.
- ENGWALL, Marie; FRIDH, Isabell; JUTENGREN, Göran; *et al.* The effect of cycled lighting in the intensive care unit on sleep, activity and physiological parameters: A pilot study. **Intensive and Critical Care Nursing**, vol. 41, p. 26–32, 2017.
- HOPPER, Katriina; FRIED, Terri R. e PISANI, Margaret A. Health care worker attitudes and identified barriers to patient sleep in the medical intensive care unit. **Heart and Lung**, vol. 44, n. 2, p. 95–99, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.hrtng.2015.01.011>>.
- KMET, Leanne M.; LEE, Robert C. e COOK, Linda S. **Standard Quality Assessment Criteria for Evaluating Primary Research Papers from a Variety of Fields**. Canada: Alberta Heritage Foundation for Medical Research, 2004.
- KOROMPILI, Anna; KAVROCHORIANOU, Nadia; MOLCAN, Lubos; *et al.* Light affects heart rate's 24-h rhythmicity in intensive care unit patients: an observational study. **Nursing in Critical Care**, vol. 24, n. 5, p. 320–325, 2019.

MARQUES, Marisa. **A intervenção de enfermagem na promoção do sono: a pessoa internada numa Unidade de Cuidados Intensivos**. Universidade de Coimbra, Coimbra, 2016.

MOTA, Daniela Patrícia Nogueira. **Importância dos ritmos circadianos na Nutrição e Metabolismo**. Universidade do Porto, Porto, 2010. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10216/54799>>.

PAIS, Sónia Almeida. **O Doente Crítico**. Universidade Católica Portuguesa de Viseu, Viseu, 2012. Disponível em: <<http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/10219/1/TESE SONIA PAIS.pdf>>.

PEREIRA, Maria do Rosário Coelho. **Gestão do ambiente no cuidado à pessoa em situação crítica: Uma intervenção de enfermagem especializada**. Lisboa: [s.n.], 2017.

POTTER, Patricia e PERRY, Anne Griffin. **Fundamentos de enfermagem: Conceitos e procedimentos**. 6ª. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

SOARES, Cassia Baldini; HOGA, Luiza Akiko; PEDUZZI, Marina; *et al.* Revisão Integrativa versus Revisão Sistemática. **Revista Mineira de Enfermagem**, vol. 8, n. 1, p. 102–106, 2010.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da e CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer? **Einstein**, vol. 1, n. 8, p. 102–106, 2010.

VINZIO, Stéphane; RUELLAN, Anne; PERRIN, Anne Elisabeth; *et al.* Actigraphic assessment of the circadian rest-activity rhythm in elderly patients hospitalized in an acute care unit. **Psychiatry and Clinical Neurosciences**, vol. 57, n. 1, p. 53–58, 2003.

WAHRLICH, Vivian e ANJOS, Luiz Antonio dos. Luiz Antonio dos Anjos 1,2 Aspectos históricos e metodológicos da medição e estimativa da taxa metabólica basal: uma revisão da literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 17, n. 4, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2001000400015&script=sci_arttext>.

YAZDANNIK, Ahmad Reza; ZAREIE, Ahmad; HASANPOUR, Marzieh; *et al.* The effect of earplugs and eye mask on patients' perceived sleep quality in intensive care unit. **Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research**, vol. 19, n. 6, p. 673–678, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4280735/>>.

INFLUÊNCIA DO RUÍDO DAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS NO SONO E REPOUSO DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO CRÍTICA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Data de aceite: 19/03/2021

Data de submissão: 05/03/2021

Alexandre Miguel Coutinho Pereira

Hospital CUF Porto
Porto, Portugal

Eduardo da Silva Gomes

ACES Vila Nova de Gaia e Espinho
Espinho, Portugal

Emanuel António Falcão Carneiro

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia e Espinho
Vila Nova de Gaia, Porto

Mário Filipe Costa Ramalho

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia e Espinho
Vila Nova de Gaia, Porto

João Filipe Fernandes Lindo Simões

Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (ESSUA) e Instituto de Biomedicina de Aveiro (iBiMED)
Aveiro, Portugal
ORCID: 0000-0002-4989-2252

RESUMO: Nas pessoas em situação crítica um sono reparador é essencial para a respetiva recuperação. Nas Unidades de Cuidados Intensivos para além dos ruídos causados pelos diversos equipamentos, existem outros ruídos associados às práticas dos profissionais que podiam ser evitados. O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão integrativa da literatura das evidências atuais sobre as consequências do ruído nas pessoas internadas em Unidades

de Cuidados Intensivos (UCI) e, de que forma os profissionais, nomeadamente os enfermeiros, podem minimizá-lo. Para tal foi realizada uma pesquisa e posterior análise de artigos, usando as bases: Scopus, B-On, Pubmed, LILACS e BVS Enfermagem. Nos artigos resultantes da pesquisa foram aplicados critérios de inclusão e exclusão, incluindo avaliação da qualidade científica, resultando numa amostra final de 5 artigos. As evidências apontam que as principais fontes de interrupção do sono e repouso são a dor, a monitorização de sinais vitais, a realização de exames, a administração de terapêutica e o ruído. Alguns fármacos, nomeadamente vasopressores, antibióticos, sedativos e analgésicos, poderão apresentar um impacto negativo na qualidade do sono e na sua arquitetura. Medidas como massagens de relaxamento, adaptação do horário das intervenções, implementação de técnicas de relaxamento, colocação de tampões e diminuir o volume dos alarmes, beneficiam positivamente o sono e repouso. Os enfermeiros têm um papel importante na tentativa de minimizar o ruído numa unidade de cuidados intensivos, e consequentemente promover um sono reparador, dentro das possibilidades. Medidas como colocação de tampões e diminuir o volume dos alarmes, beneficiam positivamente na recuperação dos utentes em estado crítico. Conhecendo-se as consequências que o ruído provoca nas pessoas, pode-se direcionar de melhor forma as estratégias utilizadas para as minimizar.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem, Cuidados Intensivos, Assistência ao Paciente, Ruído, Sono.

INFLUENCE OF NOISE OF INTENSIVE CARE UNITS ON SLEEP AND REST OF CRITICALLY ILL PATIENTS: INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: In critically ill patients, a restful sleep is essential for their recovery. In Intensive Care Units, in addition to the noise caused by the various equipment, there are other noises associated with the professionals' practices that could be avoided. The objective of this study was to perform an integrative literature review of the current evidence on the consequences of noise in people admitted to Intensive Care Units (ICUs) and how professionals, particularly nurses, can minimize it. To this end, a search and subsequent analysis of articles was conducted using the following databases: Scopus, B-On, Pubmed, LILACS and BVS Nursing. Inclusion and exclusion criteria were applied to the articles resulting from the search, including evaluation of scientific quality, resulting in a final sample of 5 articles. The evidence indicates that the main sources of interruption of sleep and rest are pain, monitoring of vital signs, performance of tests, therapy administration and noise. Some drugs, namely vasopressors, antibiotics, sedatives and analgesics, may have a negative impact on the quality of sleep and its architecture. Measures such as relaxation massages, adaptation of intervention schedule, implementation of relaxation techniques, earplugs insertion and decreasing the volume of alarms, positively benefit sleep and rest. Nurses have an important role in trying to minimize noise in an intensive care unit, and consequently promote restful sleep, within possibilities. Measures such as the use of earplugs and reducing the volume of alarms have a positive effect on the recovery of critically ill patients. Knowing the consequences that noise causes in people can better direct the strategies used to minimize them.

KEYWORDS: Nursing, Intensive Care, Patient care, Noise, Sleep.

1 | INTRODUÇÃO

A UCI é um serviço destinado à prestação de cuidados a utentes críticos, ou seja, utentes cujo estado de saúde é grave. Estes utentes, requerem vigilância contínua, tratamentos complexos e muitas vezes suporte tecnológico para manter as funções vitais (PORTO, 2018). Assim, estão também expostos ao ruído de inúmeros alarmes de dispositivos médicos, ao ruído dos ventiladores e ao ruído dos equipamentos de administração de fármacos, os quais são focos de atenção para o profissional de saúde.

O termo “ruído” é habitualmente utilizado para descrever um som desconfortável como, o buzinar, barulho de máquinas, equipamentos com alarmes, barulho de trânsito (RUSSO, 2005). Neste sentido, o ruído é um fator importante em unidades de cuidados intensivos, pela crescente utilização de equipamentos com alarmes sonoros, como bombas e seringas infusoras, ventiladores, monitores, entre outros, todos usados para a monitorização de parâmetros vitais de pessoas em situação grave e crítica, trazendo assim, um acréscimo sonoro ao ambiente (ALVES, 2012).

A pessoa em situação crítica é uma pessoa instável que permanece, durante tempo indeterminado, na UCI. Sendo este serviço um local com imenso ruído associado aos alarmes dos dispositivos de vigilância, de ventilação e administração de fármacos. O som

produzido por estes dispositivos hospitalares é necessário de modo a permitir a melhor prestação de cuidados para a pessoa em situação crítica, e também, com vista a resguardar a segurança do profissional de saúde. O som produzido por estes dispositivos hospitalares irá influenciar a qualidade do sono e repouso dos utentes críticos institucionalizados na unidade.

Outras fontes de ruído são as visitas dos familiares, telefones, televisão (SALDAÑA et al, 2013; KAMDAR et al, 2012). De todos, os mais citados pelas pessoas internadas como sendo mais perturbadores do sono são as conversas entre os profissionais de saúde e os alarmes dos equipamentos (CENTEIO, 2015).

O sono é um estado fisiológico cíclico, sendo imprescindível para a função biológica e é de extrema importância no processo de recuperação de doenças agudas (GROSSMAN et al., 2017). Assim, é importante para o bem-estar físico e emocional, e por isso as pessoas internadas nas UCIs que não têm uma boa qualidade do sono, apresentam dificuldade em adormecer, fragmentação do sono, despertares matinais e uma diminuição do tempo total de sono (CENTEIO, 2015).

Neste contexto, as pessoas em situação crítica são facilmente despertadas, através de ruído externo. Estes ruídos trazem consequências à pessoa, visto que interrompem a continuidade do sono, principalmente à noite. Desta forma, o ruído acima dos níveis recomendados, pode causar dificuldades na recuperação (SALDAÑA et al., 2013).

De acordo com DIAS et al. (2006), nos hospitais o nível máximo de ruído aconselhado durante o dia é de 45 dB, e de 35 dB à noite, entretanto, os níveis de ruído preconizados pelas normas nacionais e internacionais excedem sobremaneira esses níveis. SALDAÑA et al. (2013) referem que se verifica um número superior de decibéis no turno da manhã, e diminui com o passar do dia. Ainda que durante as noites seja menor, devido ao limite máximo de ruído e de iluminação permitido, ressalva-se que o ruído tem maior impacto nos utentes e na equipa multidisciplinar (ESPER et al., 2017).

Os enfermeiros são fundamentais na minimização de ruído numa UCI, através das suas ações. Para além de se tentar minimizar o ruído causado de forma direta, é importante atuar na prevenção, antecipando-se aos possíveis ruídos, quando possível. Quanto aos ruídos inesperados, é da responsabilidade do enfermeiro tentar minimizá-lo, o mais precocemente possível.

Considerando esta realidade e esta problemática formulou-se como questão de investigação desta revisão: Qual a influência do ruído das Unidades de Cuidados Intensivos no sono e repouso das pessoas internadas em situação crítica? Partindo desta questão foram definidos os seguintes objetivos: descrever como o ruído nas UCIs influencia o sono e repouso dos utentes adultos/idosos críticos; identificar as medidas que promovam uma redução do ruído em contexto de cuidados críticos ao utente adulto/idoso e descrever o processo da tomada de decisão clínica de enfermagem com o objetivo de minimizar o ruído nas UCIs.

2 | METODOLOGIA

2.1 Desenho do Estudo

Optou-se por uma Revisão Integrativa da Literatura, por esta metodologia proporcionar a síntese do conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática. Esta revisão é a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa do fenómeno analisado (SOUZA & SILVA, 2010).

2.2 Processo de seleção da amostra de artigos

Os artigos que constituem a amostra em estudo, foram obtidos nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde Enfermagem (BVS), PubMed Health, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca do Conhecimento Online (B-On), IBECs, MEDLINE, SCOPUS.

Para a realização da pesquisa dos artigos foram usados os descritores (DeCS): “Enfermeiro”, “Cuidados Intensivos”, “Cuidados Críticos”, “Ruído” e “Sono”, em língua portuguesa, inglesa e espanhola, utilizando conectores booleanos para se obterem as chaves de pesquisa.

Para a seleção da amostra de artigos foram definidos os seguintes critérios de inclusão: estudos quantitativos e/ou qualitativos, publicados entre 01 de janeiro de 2010 e 31 de dezembro de 2019, com texto integral, de língua portuguesa, inglesa ou espanhola, em humanos adultos/idosos e críticos. Como critérios de exclusão definimos os seguintes: revisões integrativas e/ou sistemáticas da literatura, estudos em utentes com idade pediátrica e estudos em animais. Após a aplicação destes critérios, que se pode observar na Figura 1, obteve-se um grupo de 7 artigos, os quais foram avaliados com recurso à ferramenta “*Standard Quality Assessment Criteria for Evaluating Primary Research Papers From a Variety of Fields*” (KMET, LEE & COOK, 2004). Após esta avaliação obteve-se uma amostra final de 5 artigos.

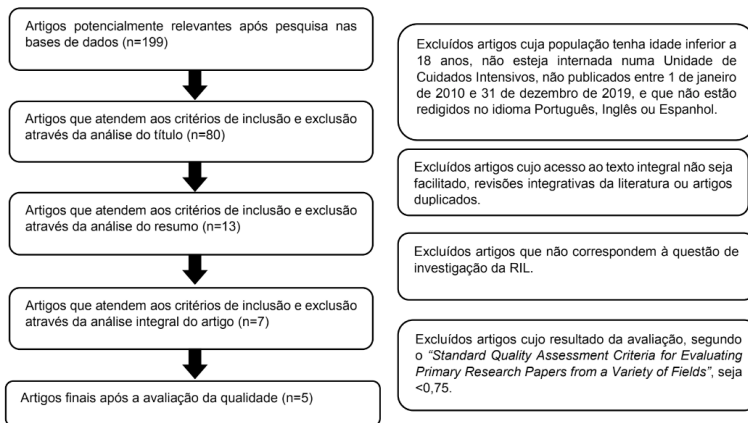


Figura 1. Fluxograma do Processo de Seleção dos artigos

3 | RESULTADOS

Através da análise da Tabela 1, relativa à caracterização geral dos artigos selecionados, pode-se verificar que do total de cinco artigos, três são americanos, um asiático e um europeu, sendo que três artigos são qualitativos e dois de caráter quantitativo. De forma global, todos eles objetivam a identificação e descrição das anormalidades provocadas no sono, compreender como os utentes, médicos e enfermeiros percebem as perturbações do sono, determinar o impacto do ruído na qualidade do sono em utentes internados e sensibilizar a equipa multidisciplinar sobre o impacto e a necessidade de implementar processos hospitalares (criação de protocolos) para o seu controlo. O tamanho das amostras varia entre 31 e 231 participantes (utentes internados em Unidade de Cuidados Intensivos ou profissionais de saúde). Na Tabela 2, apresenta-se a evidência científica acerca da influência do ruído no sono e repouso da pessoa internada em cuidados intensivos. De uma forma geral os autores concluíram que a poluição sonora ambiental nas UCI é um problema grave, uma vez que afeta negativamente tanto o doente como a equipa multidisciplinar. Salienciamos que de uma forma geral os artigos identificaram como fontes de ruído os alarmes dos equipamentos (monitores e ventiladores), os alarmes dos equipamentos de administração de fármacos e o ruído produzido pelas pessoas (equipa multidisciplinar e familiares). Também identificaram melhorias no sono com o uso de tampões para os ouvidos, com menos despertares e aumento da duração da fase REM.

Título	Ano	País	Objetivos	Tipo de estudo	Tamanho da amostra
Sleep in the Intensive Care Unit	2015	EUA	Este trabalho teve o objetivo de estudar o sono na pessoa em situação crítica. Nele foram discutidas as anormalidades no sono e do ritmo circadiano que ocorrem nos utentes nas UCI e os desafios durante a medição dessas alterações, como também, rever esses mesmos métodos de medição do sono.	Estudo Observacional Descritivo	24 utentes na UCI.
Awakenings? Patient and Hospital Staff Perceptions of Nighttime Disruptions and Their Effect on Patient Sleep	2017	EUA	Embora importante para a recuperação, dormir no hospital é difícil devido a perturbações. Compreender como os utentes, médicos e enfermeiros percebem as perturbações do sono e identificam quais as perturbações associadas à perda de sono objetiva pode ajudar a direcionar iniciativas de melhoria.	Estudo Observacional Retrospectivo	166 utentes; 28 médicos; 37 enfermeiros.
Effect of White Noise on Sleep in Patients Admitted to a Coronary Care	2016	Irão	O objetivo do presente estudo é determinar o impacto do ruído na qualidade do sono em utentes internados na CCU.	Estudo Observacional Descritivo	60 utentes da Unidade de Cuidados Coronários.
Ruido en la Unidad de Cuidados Intensivos: el silencio en la Unidad de Cuidados Intensivos es la mejor terapia	2017	Espanha	Sensibilizar o pessoal de saúde que trabalha numa UCI sobre a sua importância e impacto e a necessidade de implementar processos hospitalares para o seu controlo.	Estudo Observacional Descritivo	-
El ruido y las actividades de enfermería: factores perturbadores del sueño	2013	Colômbia	Dar a conhecer os fatores perturbadores do sono e propor uma série de intervenções que minimizem estes e promovam o sono, com o propósito de evitar complicações.	Estudo Observacional Descritivo	-

Tabela 1. Caracterização global da amostra dos artigos selecionados

Título do artigo	Fontes de ruído (máximo de dB atingidos)	Outros fatores perturbadores do sono	Consequências da privação do sono	Intervenções na diminuição do ruído e melhoramento da qualidade do sono
Sleep in the Intensive Care Unit Pisani et al (2015)	Sistemas de monitorização (alarmes); Ventilação mecânica; Telefones; Televisões.	Medicação (Sedativos, Analgésicos e Vasopressores, Antibióticos); Fonte luminosa; Procedimentos de enfermagem (Monitorização de sinais vitais, colheitas de sangue); Severidade da doença atual; Fisiopatologia da doença aguda; Dor (quer seja em procedimentos, quer seja a dor proveniente da doença); Stress/ansiedade	Na qualidade de arquitetura do sono; Alterações no ritmo circadiano; Latência prolongada do sono; Fragmentação do sono; Diminuição da eficiência do sono; Diminuição do número total de horas; Baixa percentagem de “slow-wave” do sono; Aumento do número de despertares; Preponderância da Fase 2 (NREM); Diminuição ou ausência da Fase 3 (NREM); Diminuição ou ausência da Fase 4 (REM); Insônia; Sistema Imunitário alterado devido a maior risco de infeção; Aumento de produção de hormonas da tiroide, norepinefrina e de cortisol; Aumento da resistência à insulina; Diminuição da resistência muscular do poder inspiratório; Diminuição da performance durante um exercício psico/motor.	Uso de tampões para os ouvidos e máscaras oculares; Técnicas de relaxamento/ massagem; Exposição a sons oceânicos para simular “ruído branco”; Introdução de tempos de silêncio; Administração de 10 mg de melatonina oral versus placebo; A implementação de protocolos de sono;
Awakenings? Patient and Hospital Staff Perceptions of Nighttime Disruptions and Their Effect on Patient Sleep (Grossman et al, 2017)	Monitorização de sinais vitais; Alarmes dos dispositivos hospitalares; Conversa entre os profissionais.	Dor; Exames (por exemplo, colheitas de sangue para análise); Administração de medicação.	Aumento da pressão arterial matinal; Aumento do tempo de recuperação.	Estabelecer acordo entre utentes, enfermeiros e médicos para reduzir interrupções para melhorar o sono.
Effect of White Noise on Sleep in Patients Admitted to a Coronary Care (Afshar et al, 2016)	Monitorização de sinais vitais; Televisões; Telefones. (80 dB)	-	-	Recurso ao “White noise”.
Ruido en la Unidad de Cuidados Intensivos: el silencio en la Unidad de Cuidados Intensivos es la mejor terapia (Esper et al, 2017)	Sistemas de monitorização (alarmes); Conversas entre os profissionais de saúde; Ventilação mecânica; Telefones; Televisões; Movimentar de mesas/macás/ equipamento portátil de imagiologia; Abrir e fechar portas; Visitas de familiares; Ar condicionado; Sistemas de Ventilação.	Intervenções da equipa de enfermagem (aspiração de secreções, nebulizações); Estrutura física da unidade; Falta de protocolos referentes a estratégias de diminuição do ruído.	Impacto negativo nos profissionais de saúde e na evolução clínica dos utentes; Delírio, alucinações e transtornos; Poderá levar ao aumento do uso de hipnóticos e opióides; Stress pós-traumático; Alterações dos níveis de cortisona e melatonina; HTA e aumento da FC; Disfunção endotelial; Alterações no padrão respiratório (com possibilidade de hipoxemia e hipercapnia); Hipoventilação.	Iniciar a elaboração de um estudo de diagnóstico para reduzir ao máximo a intensidade da voz, alarmes de monitores e ventiladores, volumes de telemóveis, volume de televisões, rádios e música; Evitar arrastar objetos e dispositivos; Abrir e fechar gentilmente as portas, não empurrar mesas ou outros equipamentos; Implementar protocolos de “tempo de silencio”; Uso de vendas e tampões auditivos.

Título do artigo	Fontes de ruído (máximo de dB atingidos)	Outros fatores perturbadores do sono	Consequências da privação do sono	Intervenções na diminuição do ruído e melhoramento da qualidade do sono
<p>El ruido y las actividades de enfermería: factores perturbadores del sueño (Saldaña & Reyes, 2013)</p>	<p>Conversas entre os profissionais de saúde; Abrir e fechar de portas; Visitas dos familiares; Telemóveis/ telefone; Televisões; Equipamentos de monitorização; Ruído de outros utentes</p>	<p>Ansiedade por parte do utente (pela imobilização e/ ou incapacidade de comunicarem); Intervenções equipa de enfermagem (administração de medicação; Resistência à insulina; Ventilação mecânica desadequada ao utente.</p>	<p>Diminuição das Fases 3 e 4 do sono; Perda de memória; Perda de habilidades comunicacionais; Apatia; Diminuição da atenção; Confusão e delírio; Aumento do catabolismo e da glicemia; Alterações da resposta imunológica; Aumento do risco de infeção; Diminuição da produção de anticorpos; Aumento dos marcadores inflamatórios (PCR); Alterações da pressão arterial; Alterações da FC; Aumento do consumo de O₂; Possibilidade de hipoxemia; Hipercapnia; Aumento do trabalho respiratório; Aumento dos custos hospitalares; Aumento da estadia hospitalar.</p>	<p>Providenciar o máximo de privacidade; Aconselhar os presentes para adequar o tom de voz; Implementar novos protocolos de modo a modificar os horários da administração de medicação, os horários das medidas de conforto e higiene e os horários de monitorização de SV; Exames clínicos; Evitar o sono diurno; Ajustar o tom da voz durante as conversas, diminuir o volume dos alarmes dos monitores e bombas de infusão; Modificar os horários das medidas de conforto e higiene; Modificar os horários de monitorização de SV, exames clínicos.</p>

Tabela 2. Apresentação dos principais resultados dos artigos incluídos neste estudo

4 | DISCUSSÃO

As UCI, inerente ao serviço em si, possuem bastantes dispositivos hospitalares equipados com alarmes de forma a monitorizar de maneira contínua o utente. Visto que são vários os equipamentos a trabalhar ao mesmo tempo, verifica-se que o som poderá ultrapassar os limites previstos pela Organização Mundial da Saúde (OMS). De acordo com as indicações desta organização e da *Environmental Protection Agency* (EPA), o ruído, durante a noite, não deve estar acima dos 35-40 dB. Afeta tanto os utentes como a equipa multidisciplinar e tem um impacto negativo na evolução dos mesmos (ESPER et al., 2017).

Segundo dados do artigo de AFSHAR et al. (2016), o nível de ruído, nessas unidades, apresentou um resultado de 80 dB, ou seja, muito superior ao recomendado. Se o nível de dB ultrapassar o recomendado, é possível que afete o sono dos utentes e, segundo GROSSMAN et al. (2017), classificam o sono como imperativo para a função biológica e é de importância crítica no processo de recuperação de doenças agudas. Como é comumente aceite pela comunidade científica, os autores também referem que se deve dormir entre 7 a 8 horas para se conseguir alcançar um sono reparador, sendo que o sono

é considerado uma necessidade humana pois é um aspeto primordial e fundamental para a manutenção da saúde nas pessoas (SALDAÑA & REYES, 2013).

É frequente ocorrerem anormalidades do sono nas UCI. Estas anomalias incluem privação do sono e perturbação como também uma arquitetura do sono anormal. Estudos comprovaram que os utentes nas UCI apresentam uma latência prolongada do sono, fragmentação do sono, diminuição da eficiência do sono, vários despertares, preponderância do estadio 2 do sono, diminuição ou ausência do estadio 3 do sono e diminuição ou ausência da fase REM (PISANI et al., 2015).

De acordo com PISANI et al. (2015) alguns fármacos, nomeadamente vasopressores, antibióticos, sedativos e analgésicos, poderão apresentar um impacto negativo na qualidade do sono e na sua arquitetura. Mesmo que as benzodiazepinas apresentem um aumento na duração do sono, podem levar a uma arquitetura anormal do sono. Estas prolongam o estadio 2 NREM e diminuem as “slow-wave” do sono, como também a fase REM. Nestes utentes, o propofol demonstrou que suprimia a fase REM e por isso, diminuía a qualidade do sono. Os analgésicos foram também associados a uma arquitetura anormal do sono se administrado em doses mais altas (>10mg/H). A medicação inotrópica pode afetar o sono devido aos seus efeitos nos recetores adrenérgicos e os betabloqueadores que são administrados podem trazer efeitos negativos aos utentes, podendo afetar o sono destes e até mesmo provocar insónia devido ao seu efeito supressor da fase REM.

Contudo, é possível identificar outras fontes de privação do sono. De acordo com GROSSMAN et al. (2017), as principais fontes de interrupções são a dor, sinais vitais, exames, medicamentos e ruído. Os mesmos autores referem que, ao analisar a associação entre as perturbações mencionadas pelo utente e a duração total do sono, a dor foi uma das principais fontes de privação do sono que levou à maior redução na duração do mesmo. Essa relação pode ser expectável, uma vez que a dor, ao contrário das interrupções intermitentes, como intervenções das equipas multidisciplinares, provavelmente persistirá durante a noite. Consequentemente, é possível afirmar que o ruído não é o único fator que contribui para a interrupção do sono e na diminuição da sua qualidade.

Outras causas perturbadoras do sono são as conversas entre os profissionais de saúde, o abrir e fechar de portas, visitas de familiares e o ruído originado pelo telemóvel/telefone, pelo rádio, pelas televisões e pelos equipamentos de monitorização diária presentes nas UCI (SALDAÑA & REYES, 2013).

Para além da estrutura física, o ruído proveniente de outros utentes foi outro aspeto que se destacou como fator perturbador do sono. Este fator poderá ser diminuído ao isolarem-se os utentes em enfermarias individuais (SALDAÑA & REYES, 2013). Porém, nem sempre é possível. SALDAÑA E REYES (2013), evidenciaram que o ruído é também proveniente das atividades e conversas entre os profissionais de saúde, em especial a equipa de enfermagem.

De acordo com PISANI et al. (2015) as consequências fisiológicas da privação

do sono baseiam-se em 4 pilares, Cognitivo, Metabólico, Imunológico e Desequilíbrio Simpático-Parassimpático. Esta constatação é corroborada por SALDAÑA & REYES (2013), referindo que quando o utente fica exposto à privação do sono, este desencadeia uma série de consequências cognitivas, metabólicas, imunológicas e cardiorrespiratórias (SALDAÑA & REYES, 2013).

Assim, a má qualidade do sono é fator de risco para: maior uso de hipnóticos e opióides, *delirium*, memória delirante, alucinações e transtornos dissociativos, stress pós-traumático, alterações dos sistema imunitário, infeções, alterações hormonais, em especial os corticoides e melatonina e alterações no metabolismo intermedio, alterações do estado hiperadrenérgico (hipertensão arterial e taquicardia), alterações no padrão ventilatório e a resposta à hipoxemia e hipercapnia, hipoventilação durante o período da retirada da ventilação mecânica e dessincronização da ventilação mecânica (ESPER et al., 2017).

Para esta privação, podem ser utilizadas duas formas de tratamento, o farmacológico e o não farmacológico, sendo o mais comum optar-se pela via medicamentosa (AFSHAR et al., 2016). O uso desta via é o mais frequente no tratamento da insónia, porém, a medicação tem efeitos secundários associados e risco de complicações (AFSHAR et al., 2016).

Alguns estudos comprovaram uma melhoria no sono com o recurso a tampões auditivos e a vendas de olhos, tendo como resultado um aumento do estadio REM, menos despertares e elevados níveis de melatonina (PISANI et al., 2015). Os utentes que receberam uma massagem relaxante de 6 minutos, melhoraram a quantidade e a qualidade do seu sono (PISANI et al., 2015).

Sobre os métodos farmacológicos, nomeadamente os hipnóticos, foi comprovado que a sua utilização está associada ao delírio e por isso devem ser evitados. Os antipsicóticos e antidepressivos são, por vezes, utilizados para reduzir o efeito secundário dos hipnóticos (PISANI et al., 2015). Contudo, o enfermeiro deve promover as medidas não-farmacológicas, de forma a evitar utilizar-se a via farmacológica como solução para qualquer complicação, o que sujeita os utentes a um maior risco de complicações associada a qualquer tipo de medicação. Ainda que, em situações que necessitam da utilização da via farmacológica, deve-se associar a via não farmacológica de igual forma, de modo a complementar-se o tratamento. Segundo o estudo de AFSHAR et al. (2016), as medidas não farmacológicas são complementares ao método farmacológico na promoção da qualidade do sono e no tratamento dos distúrbios. Desta forma, o mesmo refere que existem diversas formas não farmacológicas para a redução do impacto do ruído do meio envolvente no utente, como medidas de relaxamento gradual e progressivo, musicoterapia e massagem (AFSHAR et al., 2016)

Com base nos resultados do estudo, o uso de “*White Noise*” é recomendado como método de “camuflar” os ruídos do meio envolvente ao utente, para a indução do sono e na promoção da qualidade do mesmo” (AFSHAR et al., 2016).

Os autores sugerem, que se devem implementar protocolos no serviço que

contenham horários de visita que permitam a entrada de um familiar, que os familiares utilizem um tom baixo e, por último aconselham que a estrutura física das UCI esteja de forma a providenciar maior privacidade ao utente (SALDAÑA & REYES, 2013).

Com isto, os autores referem que é necessário ajustar os horários da administração de medicação, com intuito de favorecer o sono dos utentes, evitando, na medida do possível, administrar medicação depois da meia noite (SALDAÑA & REYES, 2013). Caso não se possa alterar o horário, é recomendado que o profissional de enfermagem tenha especial atenção ao ruído que possa advir dessa mesma administração.

A equipa de enfermagem possui um papel muito importante como líder nos cuidados de saúde nos utentes e a chefia/direção do serviço deverá implementar normas/protocolos de redução dos níveis de ruído, visto que estas reduções de ruído melhorará o sono e a qualidade do mesmo nos utentes das UCI. Para além do som, referem que também se deve baixar ao máximo os níveis de luminosidade no período da noite (SALDAÑA & REYES, 2013).

Neste sentido, a equipa de enfermagem deve contribuir na promoção do sono reparador, identificando as fontes de ruído e as intervenções de enfermagem responsáveis pela perturbação do sono implementando estratégias e protocolos para diminuir estas causas.

5 | CONCLUSÕES

Quando o utente fica exposto à privação do sono, este desencadeia uma série de consequências cognitivas, metabólicas, imunológicas e cardiorrespiratórias. As evidências apontam que as principais fontes de interrupção do sono e repouso são a dor, a monitorização de sinais vitais, a realização de exames, a administração de terapêutica e o ruído. Alguns fármacos, nomeadamente vasopressores, antibióticos, sedativos e analgésicos, poderão apresentar um impacto negativo na qualidade do sono e na sua arquitetura.

Os enfermeiros têm um papel importante na tentativa de minimizar o ruído numa unidade de cuidados intensivos e, conseqüentemente, promover um sono reparador. Medidas como a implementação de técnicas de relaxamento, adaptação do horário das intervenções, colocação de tampões e diminuir o volume dos alarmes, beneficiam positivamente o sono e repouso.

REFERÊNCIAS

AFSHAR, Farokhnezhad P., Bahramnezhad, F., Asgari, P., & Shiri, M. (2016). **Effect of White Noise on Sleep in Patients Admitted to a Coronary Care**. *Journal of caring sciences*, 5(2), 103–109 p. DOI 10.15171/jcs.2016.011

ALVES, Cristina Esmália Gouveia, **O Impacto Do Ruído Na Qualidade De Vida Dos Enfermeiros De Cuidados Intensivos**. Instituto Politécnico De Lisboa Escola Superior De Tecnologia Da Saúde De Lisboa, Lisboa, 2012

CENTEIO, D. A. M., **Sono e repouso do utente na Unidade De Cuidados Intensivos**, Lisboa, 2015.

CIPE Versão 2 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 978-92-95094-35-2

DIAS, A; CORDEIRO, R; GONÇALVES, CGO. **Exposição Ocupacional ao Ruído e Acidentes do Trabalho.** Cad. Saúde Pública: Rio de Janeiro, 22(10): 2125-2130 out. 2006.

ESPER, Raúl Carrillo; Córdoba, Dulce María Carrillo, Córdoba, Luis Daniel Carrillo e Córdoba, Jorge Raúl Carrillo (2017). **Ruido en la Unidad de Cuidados Intensivos: el silencio en la Unidad de Cuidados Intensivos es la mejor terapia.** Medicina crítica (Colegio Mexicano de Medicina Crítica), 31(6), 339-344 p. Acesso em: 24 nov. 2019. Disponível em: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-89092017000600339&lng=es&tng=es. Acesso em:

FERNANDES, R. (2006). **O sono normal.** Rev. Medicina, Ribeirão Preto. 157-168 p. Disponível em: http://revista.fmrp.usp.br/2006/vol39n2/1_o_sono_normal1.pdf.

GALO, Ana Rita Loureiro et al. **Comportamentos dos enfermeiros perante os alarmes clínicos em Unidades de Cuidados Intensivos: uma revisão integrativa.** Rev. Enf. Ref. [online]. 2013, vol.serIII, n.11, 105-112 p. ISSN 0874-0283. DOI 10.12707/RIII12107.

GANZ, Freda DeKeyser. **Sleep and Imune Function.** CriticalCareNurse, Abril 2012, vol. 32, nº 2, 19-25 p.

GROSSMAN MN, Anderson SL, Worku A, Marsack W, Desai N, Tuvilla A, Ramos J, Fancisco MA, Lafond C, Balachandran JS, Mokhlesi B, Farnan JM, Meltzer DO, Arora VM. **Awakenings? Patient and hospital staff perceptions of nighttime disruptions and their effect on patient sleep.** J Clin Sleep Med. 2017;13(2); 301–306 p.

Hospital Lusiadas Porto - Cuidados Intensivos. Disponível em: <https://www.lusiadas.pt/pt/unidades/HospitalPorto/servicosclinicos/Paginas/UCI.aspx>. Acesso em: 24 de nov. de 2019

Hospital Lusiadas Lisboa - Cuidados Intensivos. Disponível em: <https://www.lusiadas.pt/pt/unidades/HospitalLisboa/servicosclinicos/Paginas/UCI.aspx>. Acesso em: 25 de nov. de 2019

KMET, L. M., Lee, R. C., & Cook, L. S. (2004). **Standard Quality Assessment Criteria for Evaluating Primary Research Papers from a Variety of Fields.** HTA Initiative, 13. Disponível em:

<https://www.ihe.ca/publications/standard-quality-assessment-criteria-for-evaluating-primary-research-papers-from-a-variety-of-fields>.

KORNIEWICZ, Denise M.; Clark, Tobey; David, Yadin - **A National Online Survey on the Effectiveness of Clinical Alarms.** *Am J Crit Care* 1 January 2008; 17 (1): 36–41 p. Disponível em: <https://doi.org/10.4037/ajcc2008.17.1.36>

LAWSON N., THOMPSON K., SAUNDERS G., SAIZ J., RICHARDSON J., BROWN D., Ince N., CALDWELL M., POPE D., **Sound Intensity and Noise Evaluation in a Critical Care Unit,** American Journal of Critical Care, USA, 2012; 19; 88-98 p.

PAIS, Sónia Almeida (2012). **O Doente Crítico** - Universidade Católica Portuguesa - Instituto De Ciências Da Saúde – Viseu. 116 p.

PISANI, M. A., Friese, R. S., Gehlbach, B. K., Schwab, R. J., Weinhouse, G. L., & Jones, S. F. (2015). **Sleep in the intensive care unit**. American journal of respiratory and critical care medicine, 191(7), 731–738 p. Disponível em: <https://doi.org/10.1164/rccm.201411-2099CI>

RANALLO, C. D., & Heulitt, M. J. (2013). **Sleep and mechanical ventilation in the intensive care unit**. Journal of pediatric intensive care, 2(1), 5–10 p. Disponível em: <https://doi.org/10.3233/PIC-13042>

RUSSO, ICP, SANTOS TMA. **A Prática da Audiologia Clínica**. 5ª edição revisada, São Paulo, Cortez, 2005.

SALDAÑA, Diana; Reyes, Alejandro; Berrío, Marisol. (2013). **El ruido y las actividades de enfermería: factores perturbadores del sueño**. Facultad de Enfermería - Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia, 51-63 p. Investig. Enferm. Imagen Desarr. ISSN 0124-2059 15 (1).

SIMONS, K. S., Verweij, E., Lemmens, P., Jelfs, S., Park, M., Spronk, P. E., Sonneveld, J., Feijen, H. M., van der Steen, M. S., Kohlrausch, A. G., van den Boogaard, M., & de Jager, C. (2018). **Noise in the intensive care unit and its influence on sleep quality: a multicenter observational study in Dutch intensive care units**. Critical care (London, England), 22(1), 250 p. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13054-018-2182-y>

SOUZA, Marcela Tavares de, Silva, Michelly Dias da, & Carvalho, Rachel de. (2010). **Revisão integrativa: o que é e como fazer**. Einstein (São Paulo), 102-106 p. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>

WATSON, Paula L.; CERIANA, Piero; FANFULLA, Francesco. Delirium: **Is sleep important?** Best Pract Res Clin Anaesthesiol, Setembro 2012; 26 p.

CONTRADIÇÕES DO MUNDO DO TRABALHO: A ÓTICA DO EGRESSO DE ENFERMAGEM

Data de aceite: 19/03/2021

Data de submissão: 04/03/2021

Ariane da Silva Pires

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro, Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-1123-493X>

Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Bolsista de Produtividade 2 do CNPq.
Procientista da UERJ
Rio de Janeiro, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/1202954878696472>

Helena Ferraz Gomes

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/7063560761574373>

Eugenio Fuentes Pérez Júnior

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro, Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-4611-0443>

Francisco Gleidson de Azevedo Gonçalves

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/5649276239696033>

RESUMO: Objetivos: Identificar e analisar as facilidades e dificuldades percebidas pelos egressos na prática profissional a partir do processo de formação na graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. **Métodos:** Pesquisa

qualitativa, descritiva, exploratória, desenvolvida em uma Faculdade de Enfermagem do Rio de Janeiro, aprovada pelo Comitê de Ética sob o número 360.021. Os participantes foram 30 egressos, graduados entre 2000 a 2010. A coleta ocorreu de 12/2013 a 02/2014, por meio de entrevista semiestruturada. Os dados foram tratados pela análise de conteúdo. **Resultados:** Verificou-se que a atuação laboral proporciona aos egressos vivências positivas decorrentes da formação de excelência e da capacitação para o desenvolvimento de habilidades psicossociais. Como dificuldades captaram-se a precarização das condições e das relações laborais. **Conclusão:** A atuação laboral possibilita aos egressos a vivência de facilidades e dificuldades para o desempenho profissional de qualidade. **PALAVRAS-CHAVE:** Bacharelado em Enfermagem; Educação; Currículo; Saúde do Trabalhador; Enfermagem.

CONTRADICTIONS OF THE WORLD OF WORK: THE OPTICS OF THE FORMER STUDENT OF NURSING

ABSTRACT: Objectives: To identify and analyze the facilities and difficulties perceived by graduates in professional practice from the training process in the Graduation University School of Nursing in the State of Rio de Janeiro. **Methods:** Qualitative, descriptive, exploratory, developed in a Nursing School in Rio de Janeiro, approved by the Ethics Committee under number 360 021. Participants were 30 graduates, graduates from 2000 to 2010. The collection took place from 12/2013 to 02/2014, through semi-structured interview. The data were analyzed by

content analysis. **Results:** It was found that labor action provides positive vivencias graduates resulting from the formation of excellence and capacity building for developing psychosocial skills. As difficulties caught up the precarious conditions and labor relations. **Conclusion:** The labour action allows graduates to experience of facilities and difficulties for the quality professional performance.

KEYWORDS: Education, Nursing; Bacalaureate; Education; Curriculum; Occupational Health. Nursing.

INTRODUÇÃO

A educação e a formação profissional, a sua idealização e operacionalização, são influenciadas pelos processos históricos e pelo meio em que se vive. Considerando que o Brasil vivenciou marcantes momentos sócio-históricos, o ensino de enfermagem no país também sofreu reflexos desses momentos, observando-se modelos educacionais diferenciados. Nesta perspectiva, ressalta-se que o perfil de enfermagem manifestou consideráveis mudanças em virtude das transformações que ocorriam nas esferas política, econômica e social, tanto no âmbito da educação quanto da saúde no Brasil e no mundo.¹

O objeto deste estudo é a percepção dos egressos da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (ENF/UERJ) sobre o mundo do trabalho e a influência da formação na prática laboral. Esse objeto emergiu de uma pesquisa submetida ao Programa Produção Científica, Técnica e Artística da UERJ (Prociência) intitulada “O egresso de enfermagem no mundo do trabalho: contribuições para a organização e o processo de trabalho em saúde e enfermagem”, aprovada no ano de 2011 e iniciada em 2012.

Um aspecto motivador para o desenvolvimento do presente estudo foi à crença no fato de que a formação profissional é um elemento estratégico para transformar a realidade do trabalho em saúde. Realidade esta que se encontra precarizada em muitos sentidos: seja pelas relações de trabalho e condições laborais, seja pela qualidade dos recursos humanos.²

O mundo do trabalho, devido a sua importância na vida material e psicossocial das pessoas, traz repercussões positivas ou negativas para o processo saúde-doença dos trabalhadores e para a qualidade de vida da sociedade. Os impactos positivos ou negativos do trabalho na vida humana dependem da configuração da organização e do processo laboral em confronto com as características psicofísicas dos trabalhadores, ou seja, a história de vida, as aspirações, desejos, modo de formação profissional e peculiaridades anatomofisiológicas das pessoas trabalhadoras.³

Condições de trabalho se referem ao conjunto de elementos e circunstâncias de caráter material, psíquico, biológico e social, em uma relação dialética de determinação/determinado por vários fatores de ordem econômica, técnica e organizacional, que se interrelacionam e interatuam, constituindo o meio ambiente e a forma em que se desenvolve

a atividade laboral.⁴ E essa complexidade que envolve as condições de trabalho impacta no corpo do trabalhador, repercutindo em seu processo de saúde e adoecimento.

O trabalho em saúde e enfermagem na sociedade contemporânea está sob a égide neoliberal, assumindo o modelo da flexibilização, este contexto exige um novo perfil de trabalhador, capaz de acompanhar as mutações da lógica produtiva e as novas formas de organização do trabalho. Esse perfil envolve a multifuncionalidade, polivalência e criatividade, para que o trabalhador consiga atuar em um contexto adverso caracterizado pela elevada e contínua inserção da tecnologia no trabalho em saúde, a precarização dos recursos humanos em termos qualitativo e quantitativo, o ritmo de trabalho elevado, a escassez de materiais, as relações de poder e de hierarquias extremamente marcadas.⁵

Nesta perspectiva, reflete-se sobre a influência das condições laborais na dimensão psicofísica dos egressos correlacionadas com o mundo do trabalho e sua centralidade na sociedade, considerando o contexto adverso que vem se configurando no trabalho em saúde. Seguindo este constructo, uma inquietação se coloca para fortalecer a motivação para a pesquisa: o egresso da ENF/UERJ, de acordo com sua inserção no mundo do trabalho, vivência facilidades e/ou dificuldades que têm potencialidades de repercutirem em sua subjetividade?

Considerando esta contextualização, a presente pesquisa tem como objetivos: identificar e analisar as facilidades e dificuldades percebidas pelos egressos na prática profissional a partir do processo de formação na graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (ENF/UERJ).

MÉTODO

Pesquisa descritiva, exploratória e de natureza qualitativa. O cenário do estudo foi ENF/UERJ. Sua estrutura física compreende oito andares, dos quais o curso de enfermagem utiliza quatro destes. Esta faculdade possui um laboratório de informática, quatro laboratórios de fundamentos, uma biblioteca, além de salas de aula, de salas dos departamentos de enfermagem e dos setores administrativos.

Além disso, vale destacar que há uma integração entre as atividades faculdade de enfermagem e o campus principal da universidade. Ressalta-se que esta universidade possui um complexo de saúde que engloba um hospital escola e uma unidade ambulatorial especializada, nos quais os alunos de enfermagem desenvolvem aulas práticas e estágios supervisionados e, portanto, os docentes também desenvolvem atividades de ensino, extensão e pesquisa nestes cenários.

Mas especificamente, utilizou-se a Coordenação de Ensino de Graduação, o Centro de Memória Nalva Pereira Caldas e as Coordenações de Ensino *lato* e *stricto sensu* para levantar os números de telefones, endereços e e-mails dos egressos, por meio dos quais foram feitos contatos para participarem da pesquisa.

A coleta de dados aconteceu nas dependências da ENF/UERJ, ou no impedimento do deslocamento dos egressos à Faculdade de Enfermagem, realizavam-se as entrevistas nos locais de trabalho dos participantes, tendo-se o cuidado de efetuá-las em ambiente reservado, no qual não ocorressem interrupções das entrevistas. Coletaram-se os dados com 30 egressos, dos quais 12 entrevistas foram realizadas em cenários diferentes da ENF/UERJ, como: hospitais públicos e faculdades privadas no município e no estado do Rio de Janeiro.

Buscou-se coletar os dados com egressos que já conhecessem com certa profundidade o mundo do trabalho em saúde, sua organização e processo laboral, para discorrerem com propriedade sobre ele.

Nesta perspectiva, utilizou-se como seguinte critério de inclusão no estudo: I) egressos que tivessem sido graduados por meio do atual currículo, implantado em 1996, cuja primeira turma graduou-se no primeiro semestre de 2000 (2000-1); II) egressos graduados até o segundo semestre de 2010 (2010-2) dado que após três anos de formado o enfermeiro possui mais elementos para analisar sua inserção laboral⁶; III) egressos que trabalhassem na profissão há pelo menos um ano, tempo suficiente para terem uma visão aproximada da realidade laboral.⁴

Como critério de exclusão definiu-se: I) a participação do recém-egresso visto que os graduados levam em torno de dez meses para se inserir no mundo do trabalho, foram assim, excluídos do estudo os egressos graduados a partir de 2011; II) o egresso, do período definido, que nunca trabalhou na profissão, não tendo, assim, construído opiniões ou desenvolvido percepções sobre o mundo laboral em saúde e enfermagem.

Utilizaram-se duas técnicas de captação de participantes habitualmente usadas em pesquisa qualitativa: I) *seleção por conveniência*, quando se inicia com uma amostra de conveniência (também denominada amostra voluntária), técnica utilizada para a seleção dos cinco primeiros participantes deste estudo; e II) *bola de neve*, que permite que os primeiros participantes do estudo indiquem outros participantes para a pesquisa.⁷ Implementou-se essa técnica apresentando-se uma listagem nominal aos participantes, constando o nome completo de todos os egressos das turmas de 2000-1 até 2010-2 e, ao final de cada entrevista, o participante indicava três nomes de outros egressos de quaisquer turmas que compunham a referida listagem.

Preservou-se a identidade dos participantes utilizando-se um código iniciado pela letra E, de entrevista, acompanhado por um número cardinal (1, 2, 3...), que seguia a ordem cronológica das entrevistas; em seguida, foi acrescido o ano de colação de grau do egresso.

O instrumento de coleta de dados foi à entrevista individual semiestruturada, o roteiro de entrevista foi composto por questões fechadas contendo dados como: idade, sexo, tempo de formado, tempo de atuação profissional, cargo ocupado, grau de instrução (especialização/residência, mestrado, doutorado); em seguida, quatro perguntas abertas

sobre questões referentes ao objeto de estudo.

A análise dos dados foi realizada fundamentada na técnica de análise de conteúdo, sendo ainda sistematizados de acordo com a análise temático-categorial, processo pelo qual o material empírico é cuidadosamente transformado e codificado em unidades, temas e categorias empíricas que expressam as características pertinentes ao conteúdo dos discursos analisados.⁸

Obedecendo aos preceitos éticos, esta pesquisa foi cadastrada na Plataforma Brasil do Ministério da Saúde, conforme preconiza a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta o desenvolvimento de pesquisas envolvendo seres humanos, sendo aprovada sob o número 360.021.⁹

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Categoria: Facilidades e adversidades no cotidiano laboral e sua influência no processo saúde-doença

Nesta categoria, apresenta-se e analisa-se a percepção dos egressos sobre as facilidades e dificuldades que emergem a partir de suas atuações no mundo do trabalho, bem como as repercussões dessa atuação para o contexto laboral no qual estão inseridos com potencialidade de interferir no processo de adoecimento. Devido à consistência do conteúdo apreendido e por conta da extensão dos relatos dos participantes, considerou-se apropriado criar duas subcategorias para analisar os dados coletados: 1.a - facilitadores para atuação laboral de enfermagem; 1.b - dificuldades no desempenho profissional e a saúde do trabalhador.

2.a - Facilitadores para atuação laboral de enfermagem

A discussão nesta subcategoria baseia-se nos elementos que auxiliam os egressos a atuarem com qualidade no mundo do trabalho em saúde e enfermagem, dentre as quais se destaca a formação de qualidade adquirida na ENF/UERJ e o uso das habilidades psicossociais (empatia) para o bom relacionamento interpessoal.

Ao vivenciarem a complexidade do mundo do trabalho, os egressos percebem que o fato de terem uma formação de qualidade serve como alicerce e representa um grande diferencial para nortear a trajetória profissional. Tal análise pode ser evidenciada nos discursos a seguir:

Uma facilidade que eu vejo, que repercutiu bastante na minha atuação, foi o fato de eu ter uma graduação de qualidade. Foi uma formação que me permitiu ter um pensamento crítico, permitiu ter uma teoria problematizadora, tanto de teoria como de técnica para eu desenvolver as habilidades, as competências e as atitudes que eu tenho hoje (E05 – Egresso/2009-1)

A facilidade que eu encontro é que eu vim de uma universidade boa, essa questão técnica, administrativa, ela te ensina a correr atrás, a buscar sempre algo melhor para você, isso é uma facilidade. [...] A Faculdade é muito boa,

é excelente! Eu acho que é a melhor que tem em relação à parte técnica. Ela estimula o raciocínio. (E12 – Egresso/2006-2)

A Faculdade (ENF/UERJ) te dá um preparo muito bom, e isso foi uma facilidade. Por mais que você vá assustado para o mundo do trabalho e encare uma realidade que você percebe estar muito distante daquilo que é a graduação, quando você vai para prática, você percebe que não tem ninguém ali, e aí você vê com calma, que sabe fazer aquilo, é muito bom! (E13 – Egresso/2008-2).

A concepção pedagógica e a fundamentação teórica que estruturam os currículos adotados nas instituições superiores de ensino, sejam elas de orientação crítica dos conteúdos ou mais conservadoras e transmissoras de conhecimentos, reflete na qualidade do ensino e no perfil do profissional que se quer formar.¹⁰ Neste sentido, e em consonância com os depoimentos dos participantes, o processo de formação da ENF/UERJ segue teorias críticas e metodologias problematizadoras. Tal opção pedagógica tem gerado bons resultados no processo de ensino-aprendizagem, na relação entre discentes e docentes, e na qualidade do profissional graduado.

Em uma pesquisa sobre o ensino da Saúde do Trabalhador no currículo de graduação da ENF/UERJ, foi captado, também, esse mesmo resultado, ressaltando que a escolha pela metodologia da problematização e pela teoria crítica da educação tem possibilitado um ensino de qualidade e instrumentalizado os enfermeiros egressos dessa faculdade a atuarem com segurança e competência frente às situações-problema enfrentadas no trabalho em saúde e enfermagem.¹¹

A formação é, sobretudo, a condição de refazer permanentemente as relações profissionais com os usuários, de modo responsável e comprometido. Além do mais, o processo de formação consiste em construção lógica dos saberes profissionais por meios de técnicas e métodos de produção do conhecimento científico, que fundamentam e orientam o agir profissional. Desse modo, é necessário que o estudante saiba mobilizar esses conhecimentos científicos, tanto teóricos quanto práticos, transformando-os em atividade social e política.¹²

Uma das maneiras de formar profissionais tecnicamente competentes e com capacidade de atender as reais necessidades da população é por meio de projetos pedagógicos flexíveis, que levem em consideração as regiões, os traços culturais, socioeconômicos e políticos e as identidades institucionais e pessoais.¹³

Ainda na perspectiva da formação, correlacionando com o mundo do trabalho, os egressos ressaltam que o processo de formação na ENF/UERJ desenvolveu habilidades psicossociais com ênfase na empatia, possibilitando relações interpessoais favoráveis. Assim, eles consideraram essas habilidades como mais uma facilidade para se manterem equilibrados no mundo do trabalho e para a atuação laboral de qualidade.

É a facilidade de se relacionar bem com as pessoas, e foi algo que eu aprendi na faculdade. Isto é, as questões das habilidades psicossociais, assertividade para lidar com a equipe, a empatia, isso é uma facilidade que eu tenho hoje

no mundo do trabalho. Isso foi muito trabalhado durante a faculdade, eu não achava que era tão importante, mas, quando a gente chega no mundo do trabalho, a gente percebe como essa relação é importante no trabalho (E04 – Egresso/2004-1)

O “Vivendo Vivências” ajudou muito, porque é muito bom você estar ali naquele espaço de acolhimento. Eu sinto falta do “Vivendo Vivências” até hoje. O fato de a gente ter saúde mental do 1º ao 9º período ajuda a você ter empatia pelo seu cliente, pelo seu técnico, pelos demais colegas da equipe multiprofissional (E12 – Egresso/2006-2).

A tentativa de compreender e definir a habilidade empática no ser humano tem sido alvo de pesquisas em diferentes áreas da psicologia: clínica, do desenvolvimento, social e evolutiva. E, mais recentemente, os estudos da neurociência têm avançado nessa direção.¹⁴ As definições seguem diferentes linhas teóricas de acordo com os pesquisadores, no entanto, há sempre dois aspectos em comum aos estudos: a relevância da cognição e a do afeto.¹⁵ A empatia, nessas duas formas que se a consideram, se constitui em um afeto compartilhado, o que não significa necessariamente experimentar a mesma emoção da outra pessoa, mas um sentimento que está mais de acordo com a situação do outro, do que com a situação própria dita.¹⁶

Assim, pessoas empáticas despertam afeto e simpatia, são populares e ajudam a desenvolver habilidades de enfrentamento, bem como reduzem problemas emocionais e psicossomáticos nos amigos e familiares. Esses indivíduos comportam-se de tal maneira que tornam as relações mais agradáveis, reduzindo o conflito e o rompimento.¹⁷

No processo do relacionamento entre pessoas, a comunicação permite a troca de conhecimento bem como de sentimentos, emoções e opiniões sobre o outro. O relacionamento interpessoal promove a interação entre os indivíduos e fortalece os laços no ambiente de trabalho. Conseqüentemente, torna o ambiente laboral mais agradável e favorável ao desenvolvimento das tarefas. Com o ciclo de amizades, o indivíduo sente-se seguro e acolhido, e desenvolve capacidade para superar grande desafio, conseguindo prolongar sua permanência no trabalho.¹⁸

A partir desta perspectiva, a ENF/UERJ tem procurado desenvolver a empatia e a capacidade de comunicação nos seus graduandos por meio de algumas estratégias, como por exemplo: inserir o conteúdo da saúde mental em oito dos nove períodos que compõem a graduação; desenvolver um programa de extensão denominado “Oficina de saberes e práticas criativas em saúde” (PROCRIAR), que visa promover estudos, programas de estágio, projetos de extensão e pesquisas relacionadas às temáticas concernentes ao estresse, cuidado humano, habilidades interpessoais e terapias integrativas e complementares, estabelecendo interfaces com áreas de conhecimentos afins, em especial, ciências humanas e sociais aplicadas e saúde. O PROCRIAR também disponibilizar aos graduandos o acesso o projeto “Vivendo Vivências”, cujo objetivo principal é acolher as demandas emocionais dos alunos e ampliar as habilidades interpessoais. Neste sentido, a

empatia é uma habilidade privilegiada em tal instituição de ensino e, na visão do egresso, torna-se um diferencial para o seu desenvolvimento, repercutindo favoravelmente no mundo do trabalho.

1.b - Dificuldades no desempenho profissional e a saúde do trabalhador

A segunda subcategoria que emergiu da análise dos depoimentos dos participantes relaciona-se às adversidades que os egressos percebem para o exercício profissional, pois o contexto do trabalho em saúde tem sido influenciado por um modelo produtivo pautado nos preceitos neoliberais, que têm repercussões negativas para o meio ambiente laboral.

Desta forma, os participantes citam elementos que dificultam o desenvolvimento adequado de suas atividades laborais, tais como: as condições de trabalho precárias e incompatíveis com o trabalho a ser realizado; a remuneração insuficiente; o sucateamento da máquina pública; a escassez, quantitativa e qualitativa, de recursos humanos e de recursos materiais; o espaço físico inadequado e não ergonômico; e as relações interpessoais hostis. Os depoimentos a seguir confirmam tais evidências:

Então, hoje o trabalho em saúde é um trabalho extremamente defasado por salários ruins, e em primeira instância, por condições de trabalho ruins (E05 – Egresso/2009-1).

[...] Cada vez mais os salários têm sofrido abatimento, muitos lugares não respeitam o nosso piso mínimo e, infelizmente, tem muita gente que ainda aceita trabalhar nessas condições (E11 – Egresso/2010-2).

A minha percepção do mundo do trabalho é que a gente tem muitas dificuldades: falta de recursos materiais e de recursos humanos, condições de trabalho precárias e, por vezes, isso não é discutido durante o processo de formação do enfermeiro (E02 – Egresso/2009-2).

No mundo do trabalho você tem um déficit de funcionários que acaba gerando uma intensificação das suas atividades, você tem uma sobrecarga de trabalho. Na verdade, tem também o sucateamento do serviço público, você tem baixa quantidade de materiais, pequena quantidade de trabalhadores (E06 – Egresso/2009-2).

A influência do modelo neoliberal nas organizações de saúde tem como consequência um quadro de precarização das condições e das relações de trabalho. Observa-se o reflexo desse modelo de atuação do Estado na saúde dos trabalhadores, na medida em que houve o enxugamento da máquina pública e reduziu-se o quantitativo de verbas destinadas à saúde pública, resultando na diminuição de recursos humanos e materiais. Desta forma, aumenta o trabalho para aqueles que permanecem nos seus postos de trabalho e os ambientes laborais tornam-se mais hostis porque estão mais competitivos e tensos.¹⁹

Esse contexto da escassez, da precarização dos insumos e dos equipamentos tem sido uma característica dos serviços de saúde de natureza pública, os quais se baseiam no modelo produtivo neoliberal, na busca de redução dos gastos com material e pessoal.²⁰ Nesta perspectiva, os preceitos neoliberais visam diminuir os encargos do

Estado com trabalhadores efetivos – concursados –, utilizando outras formas de suprir recursos humanos, lançando mão da terceirização como forma de enxugar a máquina pública, reduzindo os gastos com pessoal.²¹ Neste contexto laboral, verifica-se igualmente a ampliação da desvalorização do trabalho, o aumento do desemprego, a intensificação do trabalho precário e a adoção de trabalhadores de enfermagem contratados e/ou terceirizados. Uma consequência dessa circunstância é a redução dos salários, do custo de mão de obra e dos encargos trabalhistas.²²

Os baixos salários marcam o trabalho da enfermagem e ocasionam sofrimento psicofísico dada a responsabilidade elevada e em contrapartida a necessidade de subsistência material. Tal quadro tem como decorrência a procura por mais de um vínculo empregatício e a permanência da maior parte do tempo de suas vidas no ambiente de trabalho. Neste sentido, o desgaste é mais elevado incidindo negativamente no processo saúde-doença e resultando na baixa qualidade de vida dos trabalhadores.²²

Concomitante à remuneração insuficiente e à escassez de recursos (humanos e materiais), verifica-se outra problemática: a formação deficitária dos trabalhadores, circunstância que se explicita nos discursos a seguir:

Agora, dificuldade é o número de pessoal e a qualidade do profissional, porque, por mais que se formem todo ano vários enfermeiros, vários técnicos, eu percebo que a cada dia a qualidade está se perdendo (E09 – Egresso/2009-1)

É uma área que tem uma precariedade muito grande no seu processo de trabalho. E aí eu vejo essa precariedade em vários sentidos: dos recursos materiais, dos aspectos estruturais, infraestrutura, como pela própria questão dos recursos humanos; tem uma condição de formação dos profissionais para área da saúde que também esbarra numa precarização grande, da forma em que são lançados no mercado de trabalho, muitos profissionais que não foram devidamente preparados (E28 – Egresso/2003-1).

Observa-se uma tendência de baixa qualificação dos trabalhadores precarizados. Ademais, o trabalhador, ao se inserir em um novo contexto laboral, precisa de treinamento em serviço, que envolve a complementação do conhecimento e o desenvolvimento de habilidades requeridas para atuar com segurança no processo de trabalho. Entretanto, verifica-se com frequência, que os gestores das organizações de saúde não se preocupam com essa capacitação, inserindo o trabalhador sem qualquer preparo para atuar num determinado processo laboral.⁵

O estudo²³ realizado no Rio de Janeiro ratifica essa assertiva, destacando que, a mão de obra contratada precariamente muitas vezes tem uma baixa formação técnico-científica o que se traduz na qualidade da assistência prestada, geralmente inferior à prestada por profissionais concursados.²² Assim, o contexto da precarização culmina em repercussões negativas para o processo de trabalho, seja pela qualidade de vida dos trabalhadores, seja pela qualidade da assistência prestada, afetando toda a cadeia de produção do trabalho.

Outra dificuldade vivida pelos egressos refere-se às relações interpessoais

conflituosas e tensas no ambiente laboral, conforme explicitada a seguir:

A questão do cuidado ao paciente é algo que se dilui no meio de uma série de conflitos, uma série de dificuldades: de relacionamento interpessoal, de relacionamento com o paciente, de relacionamento com outros colegas de trabalho, da relação com as chefias, que nem sempre é uma relação tranquila. [...] É um ambiente de muito atrito, de muito conflito nas relações. Porque, por mais que você discuta na sala de aula, não é como você experimentar na prática (E24 – Egresso/2003-2)

Outra coisa que eu vejo também é a precarização do nosso serviço. Às vezes, a gente se submete a condições de trabalho na qual não deveríamos tanto do ponto de vista da própria estrutura do trabalho quanto das relações de trabalho que vivenciamos, e acaba resultando na má qualidade das relações interpessoais (E01 – Egresso/2001-2).

Observa-se, nos discursos dos participantes, a questão da desqualificação e da falta de comprometimento profissional, as tensões nas relações de poder e a desvalorização da mão de obra como gerador de conflitos que se manifestam por meio de dificuldades de relacionamento interpessoal, tanto entre os pacientes quanto entre os trabalhadores de enfermagem e a equipe multiprofissional.

As condições laborais e a organização do trabalho podem interferir e potencializar situações de sofrimento, de insatisfação e de conflitos no e pelo trabalho. Neste sentido, citam-se, por exemplos, as condições de trabalho precárias nos ambientes hospitalares públicos, as exigências institucionais e as relações hierárquicas e de poder altamente demarcadas, gerando dificuldades de relacionamento interpessoais, que são elementos que ocasionam insatisfações no trabalho.²⁴

O relacionamento conflituoso em um ambiente de trabalho é visto como um obstáculo na prática profissional. Torna-se importante que a equipe saiba conviver com as diferenças e individualidades de cada pessoa, visto que todos trabalham em prol de um objetivo comum. Quando isso acontece, cada membro do grupo sente-se seguro ao desenvolver sua atividade, o que se reflete em ações, que buscam melhorias e o crescimento da instituição e a preservação da subjetividade do trabalhador.²⁵ O bom relacionamento interpessoal no contexto de trabalho é um dos principais elementos para assegurar uma atividade laboral de excelência, o que também contribui para a construção da identidade com o trabalho, fazendo surgir o sentimento de pertencimento a um grupo, prevenindo doenças mentais e acidentes no e pelo trabalho. Deste modo, a organização deve identificar fatores que alteram negativamente as relações no trabalho, para neutralizá-los e garantir que o trabalho seja desenvolvido sem tensões e conflitos.²⁶

Outra adversidade relacionada à vivência do egresso no mundo do trabalho é a inadequação do espaço físico. Nos discursos dos participantes, constata-se uma estrutura física inadequada, tanto para a qualidade da assistência prestada quanto para a segurança e a qualidade de vida do trabalhador de enfermagem. Há problemas em relação à disposição

da arquitetura e à divisão dos setores, à inadequação das redes elétricas e hidráulicas e à falta de espaços para descanso dos trabalhadores. Além disto, observa-se a falta ou inadequação de materiais e equipamentos necessários para atuação laboral segura. E como aspecto analisado encontrasse a dificuldade de transformação da realidade laboral devido a questões macroeconômicas, políticas e hierárquicas muito adversas.

Eu fico assim pensando, realmente, porque eu acho que a gente deveria ter melhores condições de trabalho, um descanso mais adequado para os profissionais, uma área melhor para os leitos, porque o espaço é pequeno, um local que a gente pudesse ter uma sala de estudos, de discutir com a equipe de enfermagem os casos dos nossos pacientes (E07 – Egresso/2000-1).

Muitas vezes, a gente se põe em risco, tem um milhão de coisas no leito e aí a gente tem que ficar se contorcendo para passar debaixo de cabos e outras coisas mais. Já escorreguei no leito. A gente se põe em muitas dificuldades, a cama quebrada que você tem que levantar porque é o controle que está quebrado, é o sistema elétrico dela que não está funcionando. É cama que não trava que possibilita que o paciente caia junto. Então, eu acho que tem muitas coisas que dificultam a nossa assistência e que isso repercute muito na saúde do profissional de enfermagem (E20 – Egresso/2010-1).

Eu percebo que a gente vem de uma formação problematizadora, crítica, de pensar em mudanças para esse mundo do trabalho que se mostra perverso, desde a minha época de graduanda, para romper com esse modelo. Só que, no mundo do trabalho hoje, a gente encontra uma série de dificuldades para romper com esse modelo. E, apesar da formação ter sido uma formação crítica, problematizadora e de rompimento com este modelo perverso, o sistema capitalista não permite que a gente faça transformações (E05 – Egresso/2009-1).

A gente esbarra com aquelas situações antigas, fortemente impregnadas, e você, que está chegando e tem dificuldade de mudar por causa de pensamentos e condutas retrógradas. Outra coisa: a gente quer mudar a realidade do hospital, mas esbarra na chefia superior, direção de enfermagem, chefe das unidades, muita burocracia, muito poder, muita hierarquia. Acho também que a enfermagem não é unida e não é favor de quem pensa em mudanças, parece que as pessoas se acomodaram com a realidade ruim (E12 – Egresso/2006-2).

A precarização das condições de trabalho – caracterizada por espaços mal desenhados, ausência de sala de descanso para os funcionários, iluminação insuficiente e/ou inadequada, dentre outros – tem sido descrita como entrave para o desenvolvimento do processo laboral e, de certa forma, incide negativamente na saúde dos trabalhadores que atendem os usuários nos órgãos públicos.²⁷

Muitas vezes, a estrutura física da instituição de saúde é inadequada, verificando-se uma variedade de distorções, tais como: salas apertadas; corredores estreitos; rampas íngremes; salas que deviam estar articuladas uma a outra, mas que ficam distantes entre si; ausência de boa iluminação; ventilação inadequada; estrutura física antiga e em estado de má conservação; banheiros insuficientes para o número de funcionários; ausência de armários para guardar bolsas e objetos pessoais; inexistência de um local de descanso

digno para o trabalhador.²⁸

As condições de trabalho inadequadas podem gerar frustração, irritação e fadiga no trabalhador, ou mesmo resultar em grande sofrimento psíquico, em adoecimento e em aumento do índice de evasão da profissão. No entanto, esse contexto laboral, que prejudica a saúde dos trabalhadores, não é percebido durante a formação do enfermeiro, até porque tais condições – o advento da precarização das condições de trabalho, competitividade no mundo laboral, reduzido recursos material e humano, precariedade dos vínculos laborais – é pouco explorado pelos docentes de enfermagem no processo ensino aprendizagem.²⁹

CONCLUSÃO

A atuação laboral proporciona para os egressos a vivência de facilidades e dificuldades para o desempenho profissional de qualidade. Dentre as facilidades, os participantes citam a formação de excelência, com destaque para o desenvolvimento de habilidades psicossociais – empatia, assertividade, escuta diferenciada – que favorecem positivamente as relações interpessoais no mundo trabalho e auxiliam na construção de um cuidado diferenciado.

Por outro lado, apontaram-se dificuldades, como a precarização tanto das condições como das relações laborais no mundo do trabalho; a escassez de recursos humanos e materiais, tanto quantitativa quanto qualitativamente; o espaço físico laboral inadequado; e a desqualificação dos profissionais. Esses elementos prejudicam diretamente a qualidade da assistência prestada, uma vez que a precarização afeta tanto o profissional quanto os clientes. Contudo, considerando o processo de formação, os participantes entendem que essas são dificuldades duras de serem transformadas, envolvem questões macroeconômicas e políticas muito adversas e de certa forma pouco exploradas na graduação.

Deste modo, na perspectiva do objetivo deste estudo, conclui-se que os participantes apresentam um ponto de vista crítico e uma visão macroestrutural sobre o mundo do trabalho contemporâneo aproximada da discussão de sociólogos e estudiosos do trabalho. Por conseguinte, considera-se que a formação na ENF/UERJ contribuiu para a construção dessa visão crítica, reflexiva e politizada sobre a realidade do trabalho que os egressos vivenciam. E, com base nos resultados apreendidos, recomenda-se que outras pesquisas sejam desenvolvidas, como o estudo da satisfação de graduados em relação ao processo de formação. Sugerem-se também estudos em que as instituições formadoras investiguem se o processo de formação encontra-se coerente como o perfil profissional almejado nas Diretrizes Curriculares Nacionais e com as demandas da sociedade brasileira.

REFERÊNCIAS

1. Silva KL, Sena RR, Silveira MR, Tavares TS, Silva PM. Desafios da formação do enfermeiro no contexto da expansão do ensino superior. Esc Anna Nery [on line]. 2012 jun; [citado 2016 jan 22];16(2):380-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n2/24.pdf>

2. Antunes R. Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 16ª ed. São Paulo: Cortez; 2015.
3. Dejours C, Abdoucheli E, Jayet C. Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas; 2010.
4. Mauro MYC, PAZ AF, Mauro CCC, Pinheiro MAS, Silva VG. Condições de trabalho da enfermagem nas enfermarias de um hospital universitário. Esc. Anna Nery [on line]. 2010 abr/jun; [citado 2016 jan 22];14(2): 244-52. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n2/05.pdf>
5. Gonçalves FGA, Leite GFP, Souza NVDO, Santos DM. O modelo neoliberal e suas repercussões para o trabalho e para o trabalhador de enfermagem. J Nurs UFPE on line. 2013 nov; [citado 2016 jan 22];7(11): 6352-9. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/3026/7686>.
6. Jesus BH, Gomes DC, Spillere LBB, Prado ML, Canever BP. Inserção no mercado de trabalho: trajetória de egressos de um curso de graduação em enfermagem. Esc Anna Nery [on line]. 2013 abr/jun; [citado 2016 jan 22];17(2): 336 – 45. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n2/v17n2a19.pdf>
7. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
8. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edição 70; 2011.
9. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União [periódico na internet], Brasília (DF). 12 dez 2012 [citado 04 jul 2016]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
10. Moreira AFB. Currículo e gestão: propondo uma parceria. Ensaio: aval. pol. públ. Educ. [on line]. 2013 jul/set; [citado 2016 fev 20];21(80): 547-62. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ensaio/v21n80/a09v21n80.pdf>
11. Marques CF, Santos DM, Gonçalves FR, Fernandes MC, Souza NVDO. O ensino de graduação e os conteúdos teórico-práticos da saúde do trabalhador. Rev. Eletr. Enf. on line. 2012 jul/set; [citado 2016 jan 16];14(3): 494-503. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n3/pdf/v14n3a05.pdf
12. Passos E, Carvalho YM. A formação para o SUS abrindo caminhos para a produção do comum. Saúde Soc [on line]. 2015; [citado 2016 jan 18];24(supl.1): 92-101. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24s1/0104-1290-sausoc-24-s1-00092.pdf>
13. Martins JT, Ribeiro RP, Bobroff MCC. Educação em enfermagem - análise existencial em um currículo integrado sob o olhar de Heidegger. J Nurs UFPE on line. 2012; [citado 2016 jan 18];6(7):1740-1. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/2772>
14. Falcone EMO. Empatia a sabedoria do vínculo afetivo e das relações sociais. Anais do II Seminário Internacional de Habilidades Sociais, 2009 5-14; Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2009. p. 5-14.

15. Kestenbergh CCF. A habilidade empática é socialmente aprendida: um estudo experimental com graduandos de enfermagem. *Rev. enferm. UERJ* [on line]. 2013; out/dez; [citado 2016 jan 16];21(4): 427-33. Disponível em: <http://www.faceenf.uerj.br/v21n4/v21n4a02.pdf>
16. Sampaio LR, Guimarães PRB, Camino CPS, Formiga NS, Menezes IG. Estudos sobre a dimensionalidade da empatia: tradução e adaptação do Interpersonal Reactivity Index (IRI). *PSICO* [on line]. 2011 jan/mar; [citado 2016 mar 10];42(1): 67-76. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/6456/6302>
17. Abreu CN. Terapias Cognitivas. *Rev. Bras. Psicoter.* 2008; 9: 168-77.
18. Medeiros SN, Mendes AM. Clínica psicodinâmica do trabalho e crm: cooperação e relacionamento interpessoal. *R. Conex. SIPAER* [on line]. 2013 mar/abr; [citado 2016 mar 10];4(2):25-44. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/sipaer/index.php/sipaer/article/view/234/252>
19. Lacaz FAC. A Saúde/Adoecimento do Trabalhador em Saúde: aspectos teórico-conceituais. In: *Boletim do Instituto de Saúde- BIS. Os desafios do trabalho na atenção básica.* Bela Vista (SP): Instituto de Saúde; 2014. p. 27-33.
20. Costa JGF, Medeiros SM. Sofrimento psíquico e trabalho: uma revisão integrativa de literatura. *Rev. Bras. Pesq. Saúde* [on line]. 2013; [citado 2016 mai 10];15(2):116-21. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/5683/4130>
21. Franco T, Druck G, Seligmann-silva E. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. *Rev. bras. Saúde ocup.* [on line]. 2010 jul/dez; [citado 2016 mar 9];35(122): 229-48. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v35n122/a06v35n122.pdf>
22. Gois PS, Medeiros SM, Guimarães J. Neoliberalismo e programa saúde da família: A propósito do trabalho precarizado. *J Nurs UFPE on line.* 2010 mai/jun; [citado 2016 jan 23];4 (esp):1204-10.
23. Ferreira RES, Souza NVDO, Gonçalves FGA, Santos DM, Pôças CRMR. O trabalho de enfermagem com clientes HIV/AIDS: potencialidade para o sofrimento psíquico. *Rev. enferm. UERJ*[on line]. 2013;out/dez; [citado 2016 jan 23];21(4):477-482. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/10009/7806>
24. Gonçalves FGA, Souza NVDO, Zeitoune RCG, Adame GFPL, Nascimento SMP. Impactos do neoliberalismo no trabalho hospitalar de enfermagem. *Texto Contexto Enferm* [on line]. 2015 jul/set; [citado 2016 jan 23];24(3): 646-53. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt_0104-0707-tce-24-03-00646.pdf
25. Ferreira EM, Fernandes MFP, Prado C, Baptista PCP, Freitas GF, Bonini BB. Prazer e sofrimento no processo de trabalho do enfermeiro docente. *Rev Esc Enferm USP*[on line]. 2009 dez; [citado 2016 jan 23];43 (Esp 2):1292-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a25v43s2.pdf>
26. Marta CB, Lacerda AC, Carvalho AC, Stipp MAC, Leite JL. Gestão de conflitos: competência gerencial do enfermeiro. *R Pesqui Cuid Fundam* (Online). 2010; [citado 2016 jun 23];2 (supl.): 604-8. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1062>

27. Paula GS, Reis JF, Dias LC, Dutra VFD, Braga ALS, Cortez EA. O sofrimento psíquico do profissional de enfermagem da unidade hospitalar. *Aquichán* [on line]. 2010 set/dez; [citado 2016 jun 23];10(3):267-79. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v10n3/v10n3a08.pdf>
28. Ribeiro AC, Souza JF, Silva JL. A precarização do trabalho no SUS na perspectiva da enfermagem hospitalar. *Cogitare Enferm* [on line]. 2014 jul/set; [citado 2016 mai 26];19(3): 569-75. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/33034/23247>
29. Forte ECN, Trombetta AP, Pires DEP, Gelbcke FL, Lino MM. Abordagens teóricas sobre a saúde do trabalhador de enfermagem: revisão integrativa. *Cogitare Enferm* [on line]. 2014 jul/set; [citado 2016 fev 20];19(3): 604-11. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/35379/23258>

CAPÍTULO 13

SOFRIMENTO MORAL DE ENFERMEIROS DE CLÍNICAS CIRÚRGICAS E AS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

Data de aceite: 19/03/2021

Data de submissão: 04/02/2021

Barbara Cristina Gonçalves dos Santos

Universidade Veiga de Almeida

Cidade – Rio de Janeiro

<http://lattes.cnpq.br/1476373133552224>

Nayara Cardoso Amorim

Complexo Hospitalar de Niterói

Rio de Janeiro - RJ

<http://lattes.cnpq.br/9033252061192748>

Cristiane Maria Amorim Costa

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro - RJ

<http://lattes.cnpq.br/4237974902524134>

Bárbara Rodrigues Alves Mesquita

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro - RJ

<http://lattes.cnpq.br/7821654296642891>

Elizabeth Rose Costa Martins

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro - RJ

<http://lattes.cnpq.br/3937218610840213>

Raphaella Nunes Alves

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro - RJ

<http://lattes.cnpq.br/3574937990592516>

Thelma Spíndola

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro - RJ

<http://lattes.cnpq.br/0333801214698022>

Elizabeth Pimentel da Silva

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro – RJ

<http://lattes.cnpq.br/3017350323876686>

RESUMO: O estudo teve como objeto de estudo o conhecimento e vivência do sofrimento moral em enfermeiros de clínica cirúrgica. Traçou-se como objetivo geral, analisar a vivência do sofrimento moral de enfermeiros de clínicas cirúrgicas de um hospital universitário do Rio de Janeiro e objetivos específicos, identificar o que gera sofrimento moral nos enfermeiros de clínicas cirúrgicas de um hospital universitário do Rio de Janeiro; descrever a vivência de enfermeiros de clínicas cirúrgicas de um hospital universitário do Rio de Janeiro com os sinais e sintomas do sofrimento moral; e, discutir as estratégias de enfrentamento do sofrimento moral adotadas por enfermeiros de clínicas cirúrgicas de um hospital universitário do Rio de Janeiro. Estudo descritivo, de abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada com 12 enfermeiros de um hospital universitário do estado do Rio de Janeiro, que atuam em clínica cirúrgica. Para a coleta de dados, utilizou-se um roteiro de entrevista semi-estruturada, com análise desses dados por meio da análise de conteúdo temática. Definiu-se três categorias: ‘Sofrimento moral – o que é isso?’, a segunda denominada ‘O sofrimento moral cotidiano – a voz dos enfermeiros’ e ‘Sentimentos relacionados ao sofrimento moral e as estratégias de enfrentamento’. A maioria dos participantes identificaram vivenciar o sofrimento moral na sua prática, sendo que as situações de escassez

de recursos materiais e desrespeito a autonomia do paciente foram reconhecidas como geradoras de maior sofrimento para os enfermeiros. Sobre os sentimentos vivenciados nestes conflitos, os enfermeiros afirmam sentir a decepção, a frustração, falta de motivação para fazer o que é correto, limitação e angústia. Ainda as questões e identificação do sofrimento moral são pouco difundidas entre os profissionais, e com melhores esclarecimentos e uma educação em ética para formação profissional é um caminho para melhoria na qualidade de formação e da atenção prestada dentro dos serviços de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Sofrimento moral. Clínica cirúrgica. Ética em enfermagem. Bioética.

MORAL SUFFERING OF NURSES IN SURGICAL CLINICS AND COPING STRATEGIES

ABSTRACT: The study had as its object of study the knowledge and experience of moral suffering in surgical nurses. The general objective was to analyze the experience of the moral suffering of nurses in surgical clinics in a university hospital in Rio de Janeiro and specific objectives, to identify what generates moral suffering in nurses in surgical clinics in a university hospital in Rio de Janeiro; describe the experience of nurses in surgical clinics at a university hospital in Rio de Janeiro with the signs and symptoms of moral distress; and, discuss the strategies for coping with moral distress adopted by nurses in surgical clinics at a university hospital in Rio de Janeiro. Descriptive study with a qualitative approach. The research was carried out with 12 nurses from a university hospital in the state of Rio de Janeiro, who work in a surgical clinic. For data collection, a semi-structured interview script was used, with analysis of these data through thematic content analysis. Three categories were defined: 'Moral suffering - what is it?'; the second called 'Daily moral suffering - the voice of nurses' and 'Feelings related to moral suffering and coping strategies. Most participants identified experiencing moral suffering in their practice, and situations of scarcity of material resources and disrespect for patient autonomy were recognized as generating greater suffering for nurses. Regarding the feelings experienced in these conflicts, nurses claim to feel disappointment, frustration, lack of motivation to do what is right, limitation and anguish. Still, the issues and identification of moral suffering is not widespread among professionals, and with better clarifications and an education in ethics for professional training is a way to improve the quality of training and the care provided within health services.

KEYWORDS: Moral suffering. Surgical Clinic. Nursing ethics. Bioethics.

1 | INTRODUÇÃO

O sofrimento moral é definido como um desequilíbrio psicológico resultante do surgimento de obstáculos que impossibilitam ou dificultam uma intervenção na realidade, através da adoção de atitudes e comportamentos considerados moralmente corretos, a partir de um julgamento moral, onde um elemento valorativo passa a ter pretensão de validade universal (DIAS, 2015).

Neste sentido, o sofrimento moral envolve valores ético-morais dos indivíduos. Esse contexto se dá diante do fato de vivermos em um mundo onde existe imensa crise de valores. E, especialmente em hospitais, essas diferenças de valores se mostram de forma

mais rotineira, como se isso fosse uma nova cultura posta pelos profissionais (LUNARDI et al., 2009).

O sofrimento moral tem como causa, práticas coercitivas, que coagem, que obrigam e forçam o trabalhador a realizar os procedimentos da maneira imposta, com consequências para a saúde física, com o aparecimento de tremores, sudorese, dores de cabeça, diarreia e choro e para a saúde mental, com a vivência de sentimentos de frustrações, ansiedade, raiva e culpa (RENNO; BRITO; RAMOS, 2015).

A enfermagem também vivencia em sua prática cotidiana o sofrimento moral e suas consequências, já que é uma profissão que compreende-se como um exercício compartilhado com inúmeras pessoas, dentre elas: vários outros profissionais, inclusive da sua própria equipe como técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem, profissionais de outras categorias profissionais, pacientes e familiares (DALMOLIN; LUNARDI; LUNARDI FILHO, 2009). Para além, as ações dos profissionais de enfermagem muitas vezes, são morais dependentes, porque também requerem, além de um conhecimento técnico, uma análise moral (BLONDEAU, 2002; LUNARDI et al., 2016). São exemplos: a garantia de autonomia do usuário, ponderação de riscos e benefícios para realização de determinada ação, o tratamento igualitário, entre outros. No cotidiano, diante de uma equipe multiprofissional, estes valores pessoais se chocam, gerando o sofrimento moral.

Frente ao turbilhão de emoções vivenciado no cotidiano, muitos profissionais se sentem esgotados, decepcionados e perdem o interesse pela atividade de trabalho, diminuindo assim sua realização pessoal (DALMOLIN et al., 2012). Muitas destas emoções, frequentemente impressas no corpo físico, são consequências do sofrimento moral, o que quase sempre é reconhecido e percebido apenas como um stress do cotidiano do trabalho e/ou resultante de um descuido dos profissionais.

Nesse sentido, as questões norteadoras do estudo são: Os enfermeiros conseguem definir os sentimentos vivenciados como sofrimento moral? O que gera sofrimento moral nos enfermeiros de clínicas cirúrgicas de um hospital universitário do Rio de Janeiro? Quais as estratégias para enfrentamento do sofrimento moral adotadas por enfermeiros de clínicas cirúrgicas de um hospital universitário do Rio de Janeiro?

O objetivo geral do estudo é: analisar a vivência do sofrimento moral de enfermeiros de clínicas cirúrgicas de um hospital universitário do Rio de Janeiro. Os objetivos específicos são: identificar o conhecimento dos enfermeiros sobre sofrimento moral; descrever os elementos que geram sofrimento moral nos enfermeiros de clínicas cirúrgicas de um hospital universitário; descrever a vivência os sinais e sintomas de sofrimento moral nos enfermeiros de clínicas cirúrgicas de um hospital universitário; e, discutir as estratégias de enfrentamento do sofrimento moral adotadas pelos enfermeiros de clínicas cirúrgicas de um hospital universitário.

Sobre a importância da temática, a discussão sobre a vivência do sofrimento moral em enfermeiros de clínicas cirúrgicas é relevante, pois poderá contribuir para uma melhor e

maior conscientização desses profissionais. Além disso, estimula o debate e reflexão desse tema, desconhecido para muitos, na formação do enfermeiro e, desta forma, obter-se uma prática mais consciente. Espera-se que a pesquisa possa suscitar outros estudos nessa área, a fim de estabelecer novos conhecimentos que relacionem teoria e prática dirigidas à vivência do sofrimento moral.

Vale ressaltar que esse estudo pode colaborar ainda para a inclusão de políticas institucionais que tenham o objetivo de reduzir a ocorrência de situações de sofrimento moral na prática cotidiana da enfermagem cirúrgica, prevenindo a repercussões de dano causado na vida dos profissionais que o enfrentam. E assim, oferecer a eles uma atenção maior, que atenda suas necessidades em sua totalidade.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, sendo desenvolvido em um hospital universitário no município do Rio de Janeiro com profissionais enfermeiros que atuam dentro do serviço de enfermagem cirúrgica desta instituição. Os participantes foram doze enfermeiros, chefes e líderes, de unidades ligadas ao Serviço de Enfermagem Cirúrgica, tendo como critério de inclusão enfermeiros que estão lotados em enfermarias cirúrgicas, e como critérios de exclusão são enfermeiros que estejam de licença ou férias, enfermeiros de unidades intensivas.

Tentando estabelecer um recorte dos vários temas relacionados à temática sofrimento moral, para a coleta de dados qualitativos, foi utilizado roteiro de entrevista semi-estruturada distribuídas com três situações relacionadas à autonomia profissional, autonomia do usuário e falta de recursos materiais (recortes do livro *Bioética: Uma Antologia*), e, que foram descritas para uma reflexão dos participantes da pesquisa previamente às perguntas (KUHSE; SINGER, 2006).

A técnica de análise dos dados colhidos foi realizada através da análise de conteúdo temático (BARDIN, 2009).

Os aspectos éticos desta pesquisa foram respeitados e está em consonância com a resolução nº 466/2012, tendo aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa conforme parecer nº 2.544.122/2018.

3 | DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após uma leitura minuciosa das entrevistas, as mesmas foram separadas em unidades de registro. Ao final, obteve-se 219 unidades de registro. Os dados foram analisados e agrupados em três categorias, sendo a primeira denominada: 'Sofrimento moral – o que é isso?'; a segunda denominada 'O sofrimento moral cotidiano – a voz dos enfermeiros', com três sub-categorias, a saber: 'Autonomia profissional – realidade ou

quimera', 'A (hetero/auto)nomia do paciente', e, 'Convivendo com escassez de recursos materiais'. A terceira categoria é chamada: 'Sentimentos relacionados ao sofrimento moral e as estratégias de enfrentamento'.

3.1 Sofrimento moral – o que é isso?

Dos 12 entrevistados, apenas 3 profissionais afirmaram conhecer o termo sofrimento moral. O restante dos participantes desconhecia e tentavam fazer ligações com palavras conhecidas como assédio moral, o que pode sugerir que o tema ainda é pouco difundido dentro da área da enfermagem.

Estudos apontam tentativas de relacionar o sofrimento moral com a idade, para detectar percentuais de conhecimento e reconhecimento do sofrimento pelos profissionais da enfermagem. E revelam que, avanços na educação ética das novas gerações de enfermeiros podem auxiliar no maior reconhecimento do grau de sofrimento moral em suas práticas. Assim, os recém-formados podem ser a maioria no que diz respeito ao reconhecimento da vivência do sofrimento moral (SCHAEFER; ZOBOLI; VIEIRA, 2018).

Porém, após a discussão dos casos e esclarecimento do termo a todos, todos os participantes se reconheceram em sofrimento moral.

Alguns, a partir da compreensão começam a pensar em situações de sofrimento, apontando situações relacionadas à escassez e qualidade de materiais de consumo, medicamentos, poucos profissionais para atendimento de qualidade, conforme o depoimento:

Quem vive no SUS, vive em sofrimento moral o tempo inteiro... porque, eu não sabia o que que era sofrimento moral, mas a partir do momento que a gente entende que existe uma denominação pro que a gente vive no SUS hoje, a gente entende sim que a gente vive em sofrimento moral! Quando você não tem um mínimo anti-hipertensivo para o paciente, quando você tem que usar um esparadrapo no paciente porque não tem micropore e ele é alérgico, quando você tem que usar um material de baixa qualidade porque o hospital tá comprando um de baixa qualidade... Isso é um sofrimento moral! Eu não sabia, mas, eu vivo em sofrimento moral, há 10 anos!! (E3)

O sofrimento moral aparece exatamente da incapacidade de encontrar soluções para os conflitos cotidianos do enfermeiro. Existe um reconhecimento do profissional, do que seria considerado moralmente correto, mas por situações externas, o profissional se vê impossibilitado de realizar desta forma.

O sofrimento moral está geralmente associado às barreiras no ambiente de trabalho, ligadas ao cuidado de pacientes em fim de vida, recursos limitados, sobrecarga de trabalho, conflitos pessoais/profissionais e pouca autonomia (SCHAEFER; ZOBOLI; VIEIRA, 2018).

3.2 O sofrimento moral cotidiano – a voz dos enfermeiros

Nesta categoria são apresentadas três sub-categorias, a saber: 'Autonomia profissional – realidade ou quimera', 'A (hetero/auto)nomia do paciente', e, 'Convivendo

com escassez de recursos materiais’.

3.2.1 *Autonomia profissional – realidade ou quimera*

A autonomia profissional corresponde à realização de ações de enfermagem por meio da utilização de habilidades, conhecimentos e atitudes a partir do processo de tomada de decisões e resolver situações no seu espaço de atuação (MOTA et al., 2018). A atuação de profissionais em situações precárias de trabalho, pode desencadear o desenvolvimento de sentimentos como insatisfação, frustração, raiva, impotência e que culminam na desvalorização profissional (RAMOS et al., 2016).

Fazem parte da vivência profissional do enfermeiro, alguns problemas, geradores de conflitos éticos, tais como: os conflitos entre os colegas de profissão, as normas da profissão, as preocupações culturais, o assédio moral, a hierarquia coercitiva, a divisão desigual de tarefas e a ausência de autonomia (FORATTINI; LUCENA, 2015).

O enfermeiro, dentro de uma equipe de saúde, é o profissional que está constantemente envolvido na resolução de conflitos. Desta forma, é importante qualificar os enfermeiros para a condução e administração de conflitos de modo resolutivo, pois, apesar de repetidas vezes, o enfermeiro que vivencia situações de conflitos, tendem a manejá-las de modo inadequado; e à medida que estão os conflitos são gerenciados inadequadamente, pode repercutir em sofrimento moral para este profissional (RAMOS et al., 2017).

De acordo com os resultados, foi possível observar que a maioria dos participantes não vivencia conflito relacionado à autonomia profissional em seu cotidiano, mantendo-a assim preservada no seu ambiente de trabalho. Entretanto, alguns relataram ter vivenciado situações de conflito relacionadas à sua autonomia profissional.

Os que reconhecem o conflito ético exemplificam situações de sofrimento moral relacionados à ausência de autonomia, relacionados à preservação da vida do paciente e a garantia das normas éticas da profissão:

... de vez em quando também nas pessoas que estão começando, tem muito residente aqui no início, é atraso nas prescrições também... no início, os médicos não entendiam que a prescrição tinha a durabilidade de 24 horas apenas, aí queria que repetisse... aí gera um sofrimento porque você tem que explicar o porquê... que não é você que não tá querendo fazer, mas tem todo um código de ética, todo um Conselho que te proíbe de fazer a prescrição do dia anterior... porque a gente tá fazendo o que é correto e mesmo assim é julgado, como se tivesse fazendo errado. (E1)

“Aqui tem muitos casos assim! Nós sugerimos algumas condutas e os médicos não aceitam! Assim... o paciente ‘D’, por exemplo, está na enfermaria e ele enfartou na minha frente! Eu quis colocar ele na UI, mas, os médicos não quiseram! Ele estava até agora na enfermaria, sem monitorização, e, amanhã ele vai ser internado na coronária para fazer um Cateterismo cardíaco!” (E5)

Observa-se que os enfermeiros, como ativos no processo de cuidar, possuem

conhecimentos teóricos e práticos, que lhes garantiria à autonomia para decidir as melhores condutas, como eles mesmo apontam em suas falas: “fazer o certo”. Entretanto, as ações e decisões do enfermeiro muitas vezes não são respeitadas, esbarrando na autonomia profissional. Entre os princípios morais que pautam o julgamento moral do enfermeiro, estão a beneficência e a não maleficência, voltados à preservação da vida humana e da qualidade do cuidar.

Ainda há enfermeiros que não sabem distinguir, ou mesmo não tem a clareza da diferença entre ética de moral, é importante que os profissionais de enfermagem tomem conhecimento, pois torna-se fundamental como ferramenta para tomada de decisões e no processo de trabalho, assegurando a qualidade de assistência e legalidade da sua atividade profissional (SILVA et al., 2017).

Sobre as condutas utilizadas na tentativa de resolver esses conflitos relacionados à ausência da autonomia, o exercício reflexivo sobre a prática traz uma vivência de trabalho com mais autonomia. Além do comprometimento com o seu exercício, estando respaldado nos princípios éticos da sua profissão. Esse tipo de conduta faz com que o profissional tenha comportamentos moralmente corajosos, mesmo que diante de represálias (RIBEIRO et al., 2014).

3.2.2 A (hetero/auto)nomia do paciente

As questões éticas relacionadas ao desrespeito à autonomia do paciente estão presentes na rotina do enfermeiro, uma vez que dentro das unidades hospitalares podem gerar situações de conflitos e dilemas tanto para a equipe de saúde, como para o paciente e familiares, destacando o papel do enfermeiro para o esclarecimento de questionamentos permitindo que o paciente esteja esclarecido de seus direitos e sua situação de saúde (LIMA, 2013).

Ficar no impasse que envolve a questão ética da autonomia do cliente no ambiente de trabalho, é de fato uma situação corriqueira para essa maioria. Um ambiente hospitalar pode gerar situações de conflito, desafios e dilemas, tanto para a família do paciente, quanto para a equipe de saúde, principalmente para o enfermeiro, profissional que atua diretamente com ambos (HUBER et al., 2017).

Nesta sub-categoria, a maioria dos enfermeiros afirmou ter vivenciado situações relacionadas à ausência de autonomia do paciente. Com o caso exposto aos entrevistados, surgiram situações similares vivenciadas pelos mesmos, relacionadas à falta de informação ofertada ao paciente quanto a sua atual situação de saúde:

Aqui acontece! As pacientes às vezes ficam muito tempo internada e sem saberem do que está se passando de verdade com elas! (E12)

O que está acontecendo é o seguinte: nós estamos com falta de material específico para fechar diagnóstico ou para fazer os procedimentos na enfermaria. Então, que acontece? Os pacientes ficam internados muito tempo

e sem uma resolutividade do caso deles. (E6)

Sempre que eu busquei informação! Não consigo... quando o paciente está em dúvida, eu chamo o residente para falar junto com o paciente porque tem que estar claro, porque ele vai ficar perguntando para a gente e a gente não vai saber o que falar. E a gente que tá de frente 24 horas com o paciente e ele vai querer uma explicação. Mas, eu sempre tenho um retorno bem positivo, eu nunca tive dificuldade com isso. (E7)

Já foi identificado que, no Brasil, o enfermeiro tem a ação de informar o paciente sobre os seus direitos e de assegurar que o mesmo exerça a sua autonomia, uma vez que ele não se encontra suficientemente informado pelas normas das instituições de saúde (TOMASCHEWSKI-BARLEM et al., 2018). Ressalta-se que o paciente é de responsabilidade de toda a equipe multiprofissional, no entanto, a enfermagem, pelas características da profissão de estar mais próximo e responsável pelos cuidados, acaba exercendo o papel de advocacia e orientação quanto direitos, e cada vez mais esse papel de advocacia têm se tornado mais próprio da enfermagem.

As ações de advocacia pelos enfermeiros são entendidas como ações que visam promover e assegurar que os pacientes estejam cientes de seus direitos e acesso a todas as informações, para tomada de decisão para garantir um cuidado adequado e de qualidade (TOMASCHEWSKI-BARLEM et al., 2017).

Corroborando com os achados, estudos apontam que os enfermeiros vivenciam o sofrimento moral principalmente quando relacionado a situações em que não conseguem atuar para prestar uma assistência de qualidade e humanizada ao paciente, e são impedidos de advogar pelo paciente (TOMASCHEWSKI-BARLEM et al., 2017; MAYER et al., 2019).

As situações de desrespeito à autonomia do paciente e a negação do papel do enfermeiro como advogado do paciente são fatores associados à vivência de sofrimento moral relacionados a alteração na qualidade do cuidado (RAMOS et al., 2016).

Como condutas voltadas a resolutividade diante dessas situações, os enfermeiros destacaram: orientação primeiramente com a família do paciente, solicitação de avaliação da psicologia e uma maior aproximação com a equipe médica com o objetivo de esclarecer as dúvidas do paciente. Têm-se como hipótese para justificar a ação de encaminhar para a psicologia, um possível desejo de não se envolver mais com o caso e ter que enfrentar o conflito vivenciado.

3.2.3 Convivendo com escassez de recursos materiais

A escassez de materiais hospitalares e o imprevisto têm se tornado uma situação corriqueira no ambiente hospitalar. Vivenciamos cotidianamente notícias em jornais, redes sociais, das dificuldades que o Sistema Único de Saúde vem enfrentando com falta de recursos humanos e materiais.

A maior parte dos profissionais entrevistados encontrou similaridade com o caso

exposto.

A conduta traçada pelos enfermeiros para a escassez de recursos materiais é o imprevisto, conforme os depoimentos: quando não oferece riscos ao paciente e quando não existe a possibilidade do imprevisto, eles alegam recorrer ao material em outras enfermarias:

A falta de material é uma coisa corriqueira aqui! Por exemplo, do equipo comum, de macrogotas, que, diversas vezes, a gente tem que improvisar, substituindo, pra colocar medicação pra correr, de microgotas, que é muito mais caro. Mas, que, a gente, pra não deixar de correr a medicação, acaba improvisando, utilizando um material que servia pra uma outra coisa! (E1)

Por exemplo: gostaria que meus colchões fossem reencapados, meus colchões são rasgados... isso me causa sofrimento, porque eu sei que isso pode causar e propiciar a infecção! Eu vejo que a limpeza do meu setor poderia ser melhor... eu tenho só um funcionário trabalhando, eu deveria ter mais gente trabalhando no serviço. E eu vejo também que a farmácia me dá problema e eu tenho que descer para resolver problema da farmácia... o material, o medicamento, eu tenho que ficar ligando...(E6)

... nós estamos com falta de material específico para fechar diagnóstico ou para fazer os procedimentos na enfermaria. Então, que acontece? Os pacientes ficam internados muito tempo e sem uma resolutividade do caso deles. Ah, isso gera angústia, de fato, mas, não é porque o médico não explica. Mas, é porque é uma falta de insumo. (E6)

Entretanto, nas situações em que a possibilidade de substituição do insumo não garante a qualidade do cuidado prestado, o conflito aparece já que a beneficência não é garantida, Beneficência entendida como uma ação realizada em benefício dos outros, tendo como seu princípio a obrigação moral de assim agir (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002). E, quando surge a possibilidade de infringir qualquer dano ao cliente surge um sentimento de impotência, já que a tendência é apenas usar o insumo que tem, sem nenhuma ação mais efetiva no sentido de garantir que ocorra a beneficência. e não maleficência.

As situações que o enfermeiro tem que improvisar para garantir a realização de um cuidado, gera nesses profissionais sentimentos de frustração e adoecimento psíquico (RAMOS et al., 2016). O contexto da escassez de recursos materiais redireciona a prática do enfermeiro, voltando à sua atenção a legalidade e normas vigentes, trazendo-o à um conflito interno, caracterizando o sofrimento moral (CARAM; BRITO; PETER, 2019).

Diferentemente dos outros casos apresentados, todos os que vivenciaram situações de conflito referente a escassez de material, consideram que o imprevisto, desde que não impute nenhum risco ao paciente, gerou uma boa resolutividade. Entretanto, reconhecem que é apenas para algumas situações e resolve apenas momentaneamente o problema.

3.3 Sentimentos vivenciados em situações de sofrimento moral e as estratégias de enfrentamento

Quando questionados sobre os sentimentos que emergiam nestas situações de conflito, os enfermeiros afirmam sentir decepção, frustração, falta de motivação para fazer

o que é correto, limitação e angústia.

Então... é uma angústia, né!? Que você se sente limitado... é... as suas sugestões não são ouvidas... mas, você tem que trabalhar isso, conversando com a equipe, conversando com o interno, conversando com os residentes, pra poder que todo mundo pense a favor do paciente, né!? E não, de uma profissão específica! (E1)

Decepção, frustração, uma vontade sim, de não fazer mais isso, de acabar fazendo o que eles querem pra você não se estressar! (E5)

Eu acho que é angústia, ansiedade, muitas vezes a sensação de impotência, dependendo da complexidade que seja. A questão de você se imaginar com mãos e pés atados.(E4)

"É indignação, é tristeza... Na verdade, de revolta! Não é um sentimento de raiva, mas de indignação, pela situação que a gente é colocado, em alguns momentos..." (E3)

A profissão traz sentimentos de desconfiança, mal-entendimento, ameaça, egoísmo e desrespeito (RIBEIRO, 2008). Há também sentimentos como invisibilidade, não reconhecimento das suas funções e descontentamento (FERNANDES et al., 2018). Esses sentimentos caracterizam o sofrimento moral. Outros autores acrescentam sentimentos de exaustão e insensibilidade, irritabilidade, distanciamento e insatisfação, como característicos do sofrimento moral (SANCHES; SOUZA; LIMA, 2018).

Variáveis da atividade profissional do enfermeiro como as condições de trabalho e a alta carga de trabalho é um fator que está relacionado ao sofrimento moral da categoria. Isto gera um desajuste no cuidado ao paciente, prejudicando o desenvolvimento de uma assistência de qualidade, considerada adequada pelo profissional, acarretando o sofrimento moral. E como resposta à estas situações, o enfermeiro manifesta os sentimentos anteriormente citados (CARAM; BRITO; PETER, 2019).

Como estratégias para o enfrentamento do sofrimento moral vivenciado, alguns dos entrevistados afirmaram não terem estratégias para esse enfrentamento, uma vez que não demonstram perceber que algo vai mudar.

Dependendo da situação, eu fico pensando e eu me conformo de que talvez não tenha outra solução! (E4)

Nestas situações frequentemente, observa-se o exercício do desengajamento moral como estratégia para enfrentar alguma situação que possa a vir a gerar algum sofrimento, mas que nestes casos mostra-se a possibilidade que o profissional pode ter para desprender de padrões morais, sem a autocondenação e distanciamento das situações vivenciadas (AZZI, 2011).

Outros apontaram dois grupos de enfrentamento do sofrimento moral, a saber: um relacionado a atitudes profissionais e outro relacionado à vida privada. No que se refere a mudança de atitude dos profissionais, alguns enfermeiros consideram que o diálogo,

para que todos se envolvam igualmente, pode contribuir para enfrentar o sofrimento moral. Outra possibilidade voltada ao enfrentamento do sofrimento moral está na busca por conhecimento, onde se acredita que se terá argumentação suficiente para o enfrentamento das situações.

Relatar todos os eventos, fazer prescrições de enfermagem, avaliar sinais vitais mais vezes. De duas em 2 horas, de 4 em 4 horas... quando o paciente agrava, aí eu posso prescrever para avaliar mais vezes ao dia, conforme a necessidade. (E5)

... a única coisa que me desperta assim no momento que fica me cutucando o tempo inteiro é a vontade de estudar mais nas questões dentro da área de enfermagem. Eu não tenho nenhuma vontade de ser qualquer outra coisa que não seja enfermeira, de ser enfermeira, mas, obter cada vez mais conhecimento para esse tipo de atitude que eu tive, por exemplo, nessa situação. A gente só tem esse tipo de atitude quando a gente tem alguma coisa no sentido de fortalecimento. Então que eu fico pensando: é ter cada vez mais esse conhecimento e a segurança, para se for preciso, tomar atitudes como essa. (E4)

Compreender as relações existentes no ambiente de trabalho, refletir, rever critérios, alternativas de resolução e tomada de decisões faz parte da formulação de métodos de enfrentamento para esse tipo de situação (RAMOS; PEREIRA; BARLEM, 2017).

Os enfermeiros buscam enfrentar as situações de desrespeito a sua autonomia profissional, criando estratégias de enfrentamento, que são: não ouvir o outro profissional quando percebe que o posicionamento dele está equivocado; acionar outra equipe médica de plantão; relatar os eventos e prescrever intervenções de enfermagem conforme a necessidade do paciente que garantam o cuidado; e, estudar mais. Na verdade, tudo que garanta os princípios morais que geraram a ação dos enfermeiros.

Os enfermeiros não fizeram nenhuma inferência à atuação das chefias de serviço e coordenadoria de enfermagem. Neste tocante, as estratégias organizacionais, para melhorar o ambiente de trabalho e minimizar o sofrimento moral, incluem a discussão formal e informal dos dilemas éticos vivenciados pelos membros da equipe (*debriefings* ou “sessões de difusão”), consultorias ao comitê de ética (a fim de prover apoio e esclarecimento sobre o dilema ético em questão) e, ainda, *rounds* ou visitas de discussão de casos com dilemas éticos presentes na prática diária de maneira antecipatória (antes da explosão). Outras estratégias administrativas voltadas aos profissionais incluem cultivar a intenção sensível, ou seja, estimular profissionais a engajarem-se em práticas que privilegiem a bondade, a generosidade e o humanismo (SANTOS; GARROS; CARNEVALE, 2018).

No que se refere a mudanças na vida privada, os enfermeiros buscam a religião como forma de auxiliar a suportar o vivido. Outra estratégia adotada de enfrentamento na vida das pessoas é não se culpabilizar pelas situações utilizando a inteligência emocional, e fazer atividades variadas para não levar para casa os conflitos vivenciados no ambiente hospitalar:

Respiro fundo, vejo que é um problema que não é meu, que eu não consigo resolver, que é a nível estrutural, operacional do hospital e tento não levar para mim mesmo, porque o que tá dentro do meu alcance, eu tento resolver de várias formas, várias estratégias. Se eu não conseguir alcançar o objetivo, eu sei dividir bem, eu não me culpo por isso! (E7)

Profissionais de hospitais privados demonstram melhor desempenho quando comparados com profissionais de hospitais públicos no tocante da elaboração das estratégias de enfrentamento do sofrimento moral. Estratégias como o controle sobre o ambiente e relações entre médicos e enfermeiros, e, a busca da autonomia são estratégias decorrentes da competitividade do mercado a fim de uma assistência de excelência. Conclui-se que os hospitais privados já possuem um olhar estratégico em vista do seu melhor desempenho nas estratégias de enfrentamento (PIRES et al., 2018).

4 | CONCLUSÃO

Este estudo alcançou os objetivos gerais propostos ao analisar a vivência do sofrimento moral de enfermeiros de clínicas cirúrgicas de um hospital universitário do Rio de Janeiro.

O termo sofrimento moral ainda é pouco difundido dentro da área da enfermagem. Porém, em contrapartida, após a discussão dos casos e do esclarecimento do termo à todos, alguns enfermeiros se identificaram em sofrimento moral.

As situações relacionadas ao desrespeito à autonomia do paciente e a escassez de recursos materiais, foram as que mais participantes reconheceram semelhança com a rotina de trabalho na gerência das unidades e na assistência ao paciente. No entanto, a ausência de autonomia profissional foi uma situação pouco reconhecida entre os participantes.

Sobre os sentimentos vivenciados nestes conflitos, os enfermeiros afirmam sentir a decepção, a frustração, falta de motivação para fazer o que é correto, limitação e angústia. Como estratégias para o enfrentamento do sofrimento moral vivenciado, alguns dos entrevistados afirmaram não terem estratégias para esse enfrentamento. Observa-se a influência do sofrimento moral nos profissionais que não relataram estratégias, uma vez que não demonstram perceber que algo vai mudar.

As dificuldades encontradas na realização da pesquisa foram: o desencontro com os entrevistados, que esbarrava na disponibilidade dos horários de ambos para a realização das entrevistas; o armazenamento dos dados; e, o trabalho concomitante ao estudo.

Este estudo torna-se o início de novas investigações que permeiam as discussões sobre as vivências do sofrimento moral de enfermeiros de clínicas cirúrgicas, oferecendo subsídios para o estabelecimento de novas condutas assentadas nestas reflexões.

REFERÊNCIAS

- AZZI, R. G. Desengajamento moral na perspectiva da teoria social cognitiva. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 31, n. 2, p. 208-219, 2011.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.
- BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios da ética biomédica**. São Paulo: Loyola, 2002.
- BLONDEAU, D. Nursing art as a practical art: the necessary relationship between nursing art and nursing ethics. **Nursing Philosophy**. 2002, v. 3, n. 3, p. 252-9.
- CARAM, C. S.; BRITO, M. J. M.; PETER, E. Acreditação hospitalar: a excelência como fonte de sofrimento moral para enfermeiros. **Enferm. Foco**. 2019, p. 31-35.
- DALMOLIN, G. L.; LUNARDI, V. L.; LUNARDI FILHO, W. D. O Sofrimento Moral dos Profissionais de Enfermagem no Exercício da Profissão. **Rev. enferm. UERJ**. 2009, v. 17, n. 1, p. 35-40.
- DALMOLIN, G. L.; et al. Implicações do sofrimento moral para os(as) enfermeiros(as) e aproximações com o Burnout. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis. 2012, v. 21, n. 1, p. 200-08.
- DIAS, M. C. **A perspectiva dos funcionamentos**: por uma abordagem moral mais inclusiva. Rio de Janeiro: Pirlampo, 2015. 226p.
- FERNANDES, M. C.; et al. Identidade do enfermeiro na atenção básica: percepção do “faz de tudo”. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília. 2018, v. 71, n. 1, p. 142-7.
- FORATTINI, C. D.; LUCENA, C. A. Adoecimento e sofrimento docente na perspectiva da precarização do trabalho. **Laplage Revista** (Sorocaba). 2015, v. 1, n. 2, p. 32-47.
- HUBER, D. J.; et al. Desafios e conflitos éticos vivenciados pela equipe de enfermagem com paciente em processo de morte e morrer. **Revista Inova Saúde**, Criciúma. 2017, v. 6, n. 2.
- KUHSE, H.; SINGER, P. **Bioethics: An Anthology**. Blackwell Publishing, 2nd edition. 2006; 760.
- LIMA, L. S. V. **Condições de trabalho e saúde do enfermeiro residente no hospital geral**: riscos psicossociais. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). 105fols, 2013. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem, Rio de Janeiro, 2013.
- LUNARDI, V. L.; et al. Sofrimento moral e a dimensão ética no trabalho da enfermagem. **REBEn**. 2009, v. 62, n. 4, p. 599-603.
- LUNARDI, V. L.; et al. Gestão de Enfermagem e construção de ambientes éticos. **Enferm. Foco**. 2016, v. 7, n. 3-4, p. 41-45.
- MAYER, B. L. D.; et al. O enfermeiro e o exercício da advocacia do paciente: reflexão teórica. **Rev Min. Enferm.**, 2019, v. 23, e-1911.

MOTA, D. B.; et al. Representações sociais da autonomia do enfermeiro para acadêmicos de enfermagem. **Rev Cuid.**, Bucaramanga. 2018, v. 9, n. 2, p. 2215-32.

PIRES, B. S.; et al. Ambiente de trabalho do enfermeiro: comparação entre hospitais privados e público. **Einstein (São Paulo)**. 2018, v. 16, n. 4.

RAMOS, A. M.; PEREIRA, L. A.; BARLEM, E. L. D. Sofrimento moral no trabalho do enfermeiro docente na perspectiva do indicador global de saúde. **Disciplinarum Scientia**, Série: Ciências da Saúde, Santa Maria. 2017, v. 18, n. 2, p. 443-55.

RAMOS, F. R. S.; et al. Conflito ético como desencadeador de sofrimento moral: survey com enfermeiros brasileiros. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 25, 2017.

RAMOS, F. R.; et al. Consequências do sofrimento moral em enfermeiros: revisão integrativa. **Cogitare Enferm.**, v. 21, n. 2, p. 01-13, abr./jun. 2016.

RENNO, H. M. S.; BRITO, M. J. M.; RAMOS, F. R. S. O Estágio Curricular e o Sofrimento Moral do Estudante de Enfermagem. **Enferm. Foco**. 2015, v. 6, n. 1, p. 51-55.

RIBEIRO, E. **A perspectiva da entrevista na investigação qualitativa**. In: Evidência, olhares e pesquisas em saberes educacionais. Centro Universitário do Planalto de Araxá, Araxá. 2008, n. 4.

RIBEIRO, K. R. B.; et al. Reflexão sobre o sofrimento moral no trabalho do enfermeiro docente. **Revista de enfermagem UFPE online**. 2014, v. 8, n. 3, p. 765-70.

SANCHES, R. S.; SOUZA, A. R.; LIMA, E. S. Fatores relacionados ao desenvolvimento de estresse e burnout entre profissionais de enfermagem que atuam na assistência à pessoas vivendo com HIV/aids. **J. res. fundam. care**, 2018, v. 10, n. 1, p. 276-82.

SANTOS, R. P.; GARROS, D.; CARNEVALE, F. As difíceis decisões na prática pediátrica e sofrimento moral em unidade de terapia intensiva. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**. 2018, v. 30, n. 2, p. 226-32.

SCHAEFER, R.; ZOBOLI, E. L. C. P.; VIEIRA, M. Sofrimento moral em enfermeiros: descrição do risco para profissionais. **Texto Contexto Enferm**, 2018, v. 27, n. 4, p. 10.

SILVA, F. G.; et al. A ética e a moral na assistência de enfermagem. **Rev. includere**. Universidade em Movimento: Educação, Diversidade e Práticas Inclusivas, v. 3, n. 1, 2017.

TOMASCHEWSKI-BARLEM, J. G.; et al. Ações dos enfermeiros no exercício da advocacia do paciente: revisão integrativa. **Texto contexto enferm.**, Florianópolis. 2018, v. 27, n. 2.

TOMASCHEWSKI-BARLEM, J. G.; et al. Advocacia do paciente na enfermagem: barreiras, facilitadores e possíveis implicações. **Texto contexto enferm.**, 2017, v. 26, n. 3, e0100014.

CAPÍTULO 14

DISTÚRBIOS OSTEOMUSCULARES RELACIONADOS AO TRABALHO – DORT NOS PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM NA ÁREA HOSPITALAR

Data de aceite: 19/03/2021

Data de submissão: 03/01/2021

Gracy Kelly Almeida Fonseca

Faculdade Sete de Setembro - FASETE
Paulo Afonso – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/4877658836153265>

Maria Júlia Nascimento Cupolo

Universidade Estadual de Santa Cruz – UESC
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/6763206264925668>

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Sete de Setembro (FASETE), como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

RESUMO: Os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – DORT são doenças adquiridas pelo trabalhador que comprometem os tendões, nervos, músculos, fásia, sinóvias e ligamentos que podem atingir uma ou mais regiões osteomusculares. O presente trabalho tem como objetivo descrever DORT nos profissionais da enfermagem na área hospitalar. Trata-se de uma revisão integrativa do tipo qualitativa e exploratória. Conforme estudos a lombar é a região mais afetada nos profissionais da enfermagem, logo em seguida a cervical, por possuírem ritmos de trabalhos acelerados. Foi observado que, 80% dos artigos selecionados para surgimento da presente

pesquisa, apresentaram maior público feminino no ambiente de trabalho, concluindo que, os DORT afetam mais as profissionais do sexo feminino do que o público masculino. As mulheres estão mais propensas a adquirirem DORT decorrente da pouca musculatura comparada aos homens, comprometendo seu sistema osteomuscular e, com isso, mais propensas ao surgimento de doenças ocupacionais do tipo musculoesqueléticas. Dessa forma, como foi visto no decorrer da pesquisa, os distúrbios osteomusculares ocasionados pelo trabalho, possuem causas multifatoriais, os fatores que comumente causam esses distúrbios são: posturas inadequadas durante a assistência, sobrepeso e sobrecarga de trabalho que contribuem pra o surgimento dos DORT. Assim, espera-se que, as informações suscitadas neste trabalho, contribuam para formas de prevenção dos DORT na enfermagem, garantindo a saúde e segurança do trabalhador, bem como, sua qualidade de vida e eficiência nos cuidados ofertados.

PALAVRAS-CHAVE: DORT. Enfermagem. Doenças Ocupacionais. Público feminino.

WORK-RELATED MUSCULOSKELETAL DISORDERS - WMSD IN NURSING PROFESSIONALS IN THE HOSPITAL AREA

ABSTRACT: Work-related Musculoskeletal Disorders - WMSDs are diseases acquired by workers that compromise tendons, nerves, muscles, fascia, synoviums and ligaments that can affect one or more musculoskeletal regions. This paper aims to describe WMSD in nursing

professionals in the hospital area. It is a qualitative and exploratory integrative review. According to studies, the lumbar region is the most affected region in nursing professionals right after the cervical one, because of their intense work rhythms. It was observed that 80% of the articles selected in the making of this research, presented a larger female audience in the work environment, concluding that, WMSDs affect female professionals more than the male audience. Women are more likely to acquire WMSD due to the lack of muscle compared to men, compromising their musculoskeletal system and, by consequence, are more prone to the emergence of musculoskeletal diseases. Thus, as was seen during the research, musculoskeletal disorders caused by work have multifactorial causes, the factors that commonly cause these disorders are: inadequate postures during care, overweight and work overload that contribute to the emergence of WMSD. Thus, it is expected that the information raised in this work will contribute to ways of preventing WMSD in nursing, guaranteeing the health and safety of workers, as well as their quality of life and efficiency in the care offered.

KEYWORDS: DORT. Nursing. Occupational diseases. Female public.

11 INTRODUÇÃO

Segundo Carvalho (2014), os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – DORT são doenças adquiridas pelo trabalhador que comprometem os tendões, nervos, músculos, fáscia, sinóvias e ligamentos, podem atingir uma ou mais regiões osteomusculares. Os fatores que causam esses distúrbios são, entre eles os mais comuns: postura inadequada durante a realização das atividades laborais, excesso de trabalho, intervalos inadequados e pressão para mais produção.

Salim (2003), afirma que Lesões por Esforço Repetitivos – LER e os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho - DORT não são doenças recentes e possuem índice epidêmico. As consequências desses distúrbios são doenças crônicas, e que mesmo após a cura pode ter uma recidiva, ambas possuem um tratamento difícil, pois a lesão reaparece após o retorno dos movimentos de repetição, ocasionando comprometimento na qualidade de vida do trabalhador tanto no local de trabalho quanto na vida pessoal.

A formação de metas a serem alcançadas, altas produções e disputas no mercado de trabalho favorecem o surgimento das LER/DORT, acarretando ao profissional excesso de esforço físico, comprometimento do convívio social e psicológico. O trabalho intenso e as altas jornadas de atividades, ausência de pausas prejudicam a saúde do trabalhador, desta forma, a empresa deve ser flexível perante esse caso, e procurar proporcionar conforto e melhores adaptações no processo de trabalho (BRASIL, 2012).

A escolha do tema em questão se dá pela enfermagem prestar assistência direta aos pacientes, em especial aos acamados e, com isso, acabam sendo expostos a riscos ergonômicos, estando entre eles o excesso da força física e a sobrecarga na coluna vertebral devido as posturas incorretas durante a realização dos cuidados da enfermagem, tendo como consequência o surgimento dos DORT, o que acaba por comprometer a saúde do trabalhador. A presente pesquisa dispõe das informações necessárias para enfermagem

e sua equipe sobre quais são as medidas de prevenção a fim evitar o aparecimento dos DORT (ASCARI; SCHMITZ; SILVA, 2013).

Sendo assim, a relevância acadêmica deste trabalho é possibilitar aos estudantes de enfermagem o acesso as fontes de pesquisas sobre as doenças musculoesqueléticas provocadas no ambiente de trabalho na unidade hospitalar. Com base nas informações atualizadas sobre a pergunta de pesquisa, foram abordadas as formas corretas do sistema osteomuscular, sem sobrecarregá-lo e, assim, promover os conhecimentos adequados sobre as prevenções necessárias. O estudo dispõe de acessos com mais informações sobre as doenças adquiridas pelos trabalhadores de enfermagem da área hospitalar, incidências do surgimento desses distúrbios osteomusculares, e proporcionar a prevenção para os profissionais que já estão no mercado de trabalho.

A pesquisa concluída teve como objetivo geral descrever os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – DORT nos profissionais da enfermagem na área hospitalar, bem como, as etiologias e sintomatologia que expõem os profissionais de enfermagem a desenvolverem os DORT, caracterizar as principais medidas de prevenção para esses distúrbios, assim como, a qualidade de vida no trabalho.

2 | MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa do tipo qualitativa e exploratória. Segundo Roman e Friedlander (1998), a revisão integrativa é um método que estabelece os resultados abordados sobre o tema escolhido no processo da pesquisa, de forma sistemática para favorecer as informações necessárias sobre o assunto determinado, ou seja, estabelece os conhecimentos bem como os resultados da presente pesquisa.

A pesquisa qualitativa conforme Dalfovo, Lana e Silveira (2008), é determinada como um método de pesquisa que aborda os dados coletados do pesquisador e não índices numéricos como a pesquisa quantitativa. Os métodos qualitativos basicamente são análise de relatórios, cartas, artigos, estudos de casos e documentários que visam uma determinada questão.

A pesquisa exploratória visa o conhecimento mais amplo sobre determinada temática, essa pesquisa explora o assunto coletando informações para depois fazer o planejamento da pesquisa descritiva. Assim, explorar um assunto é definido como, o conhecimento para proporcionar um bom entendimento da temática e permitir a construção da pesquisa estabelecida através das informações colhidas (ZANELLA, 2009).

O trabalho teve como pergunta de pesquisa, quais os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho mais comuns nos profissionais da enfermagem na área hospitalar? Descrevendo as frequentes doenças ocupacionais do tipo musculoesqueléticos que mais afetam trabalhadores da enfermagem. Realizados períodos de buscas entre março de 2018 a maio de 2019.

As bases de dados para construção do presente trabalho foram: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – LILACS, Banco de dados em enfermagem – BDEF, Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica – MEDLINE e Scientific Electronic Library Online – SCIELO. Descritores definidos: DORT, Enfermagem e Hospital. Para os critérios de inclusão foram utilizados: texto em português, inglês e espanhol com tradução, artigos que estivessem na íntegra, artigos gratuitos, revistas científicas, artigos originais disponíveis com informações relevantes e artigos com ano de publicações entre 2012 a 2018. Para critérios de exclusão: artigos de revisão integrativa, texto com abordagem diferente e informações irrelevantes para a referida pesquisa, artigos pagos e artigos bloqueados.

3 I RESULTADOS E DISCUSSÕES

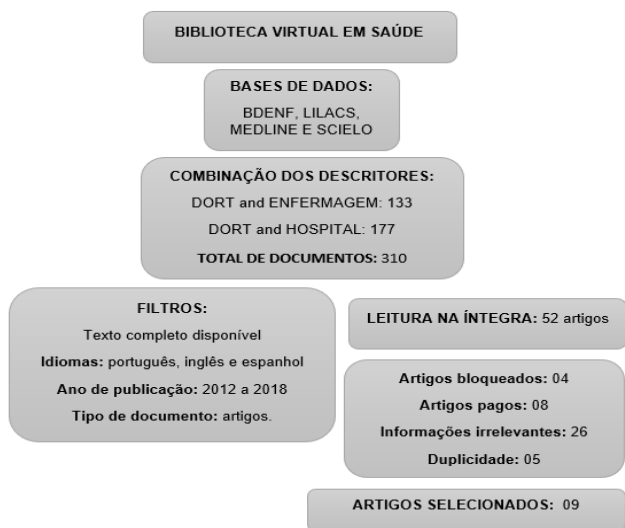
Foram analisados 09 estudos originais que se enquadraram nos critérios de inclusão estabelecidos pela presente pesquisa, no quadro 01 o quadro sinóptico da pesquisa, no quadro 02 o fluxograma que descreve as etapas dos artigos selecionados. Após a leitura na íntegra foram separados em três categorias, sendo a primeira os trabalhadores da enfermagem e os DORT, logo em seguida, qualidade de vida no trabalho para os profissionais da enfermagem com DORT e a terceira categoria as medidas de prevenção para as DORT.

ANO	AUTOR	TÍTULO	PERIÓDICO	BASE DE DADOS
2012	RIBEIRO.N.F et al.,	Prevalência de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho em profissionais de enfermagem.	Revista Brasileira de epidemiologia	LILACS SCIELO
2012	SCHMIDT.D.R.C; DANTAS.R.A.S	Qualidade de vida no trabalho e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho entre profissionais da enfermagem.	Acta Paulista de Enfermagem	BDEF LILACS SCIELO
2014	ABDALLA.D. R et al.,	Riscos biomecânicos posturais em trabalhadores da enfermagem.	Fisioterapia em Movimento	LILACS SCIELO
2015	VALENÇA.J.M; ALENCAR.M.C. B	Distúrbios osteomusculares e trabalho de técnico e auxiliares de enfermagem em uma instituição de idoso.	O mundo da Saúde	LILACS

2016	DOSEA.G. S; OLIVEIRA.C.C.C; LIMA.S.O.	Sintomatologia osteomuscular e qualidade de vida em portadores de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho.	Escola Anna Nery- Revista de Enfermagem	BDEF LILACS SCIELO
2016	PACHECO.E. S et al.,	Prevalência dos sintomas osteomusculares relacionados ao trabalho de enfermagem no âmbito hospitalar.	Revista de Enfermagem da UFPI	BDEF
2017	GALINDO.I. S et al.,	Motivos do absenteísmo em uma equipe de enfermagem ambulatorial.	Revista de Enfermagem da UFPE	BDEF
2017	SILVA.R. F et al.,	Presença de distúrbios osteomusculares em enfermeiros de uma unidade de pronto atendimento.	Revista de Enfermagem e Atenção à saúde	BDEF
2018	FERNANDES.C. S et al.,	Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho autorreferido por profissionais da saúde de um hospital de Portugal.	Revista Brasileira de Medicina do Trabalho.	LILACS

Quadro 01: Quadro Sinópico

FONTE: Elaboração própria, 2019.



Quadro 02: Fluxograma da pesquisa.

FONTE: Elaboração própria, 2019.

3.1 Os trabalhadores da enfermagem e os DORT

Foi observado que, 80% dos artigos selecionados para surgimento da presente pesquisa, apresentaram maior público feminino no ambiente de trabalho, concluindo que, os DORT afetam mais as profissionais do sexo feminino do que o público masculino. Dosea, Oliveira e Lima (2016), relatam que as mulheres estão mais propensas a adquirirem DORT decorrente da pouca musculatura comparada aos homens, comprometendo seu sistema osteomuscular e, com isso, favorecendo que as mesmas sejam mais inclinadas ao surgimento de doenças ocupacionais do tipo musculoesqueléticas.

Foi percebido nos artigos de Ribeiro et al., (2012) e Schmidt e Dantas (2012), que a lombalgia é a principal DORT relatada pelos profissionais da enfermagem. Ambos afirmam a sobrecarga musculoesquelética durante suas atividades laborais. Na pesquisa realizada por Schmidt e Dantas, alguns trabalhadores possuíam jornada de trabalho superior a 38 horas semanais, ou seja, 06 horas a mais em relação aos profissionais citados no artigo de Ribeiro et al., (2012), que apresentam carga horária semanal de 32 horas trabalhadas. Sabe-se que, longas jornadas de atividades laborais acima do permitido favorecem o surgimento de DORT pelo desgaste físico durante assistência prestada aos pacientes.

Silva et al., (2017), descreve que as regiões do pescoço, cervical e lombar são as mais atingidas pelos DORT. A sintomatologia relatada pelos profissionais foram dor localizada ou difusa, fadiga muscular, movimentos musculares reduzidos e parestesias, em alguns trabalhadores, pelo menos um desses sintomas está presente durante a execução da assistência prestada. Valença e Alencar (2015), abordam que a lombalgia é o que mais afeta os profissionais, logo em seguida a cervicalgia, por possuírem ritmos de trabalhos acelerados, durante a realização do banho no leito em pacientes acamados e o deslocamento de pacientes, todos esses eventos favorece para que, enfermeiros e técnicos de enfermagem desenvolvam os DORT.

Abdalla et al., (2014), comentam que, umas das atividades da enfermagem com maiores índices para desenvolvimentos de DORT, são os manuseios com o paciente no leito, exigem grande sobrecarga dos membros superiores, flexão do corpo, postura inadequada que sobrecarrega a lombar, e movimentos com repetição acompanhados de peso ou não nas atividades prestadas. Porém, postura que, provavelmente, era caracterizada como baixo risco para DORT, como administração de medicamentos, é estabelecida como alto risco para desenvolvimento dos distúrbios musculoesqueléticos, visto que, ao administrar medicamentos o profissional está apto a flexionar a colunar vertebral de forma inapropriada, tendo como consequência a lombalgia que surge com o decorrer do tempo.

A enfermagem surge com grande prevalência de doença ocupacionais do tipo osteomusculares nas regiões cervical e lombar, tendo como sintoma principal a dor local. Ombros, membros superiores e inferiores, também apresentam sintomas de dores em alguns profissionais, que podem causar tendinite e bursite. Essas manifestações dolorosas

se dão porque, em sua grande maioria, as atividades prestadas são executadas de forma manual pelos enfermeiros e suas equipes, além de serem realizados com movimentos de repetição e bastante força física (SILVA et al., 2017).

Na enfermagem, a alta sobrecarga osteomuscular durante as atividades laborais favorece o surgimento das doenças ocupacionais, comprometendo a saúde do trabalhador. Galindo et al., (2017), relatam que, alguns profissionais possuíam limitações durante suas funções no trabalho, devido as medidas inapropriadas no trabalho. As principais limitações eram dificuldades durante atividades que necessitavam de força física, longas horas na posição ortostática e durante o manuseio que exigiam força dos membros superiores.

A equipe da enfermagem nas suas funções de trabalho, desenvolvem desgastes físicos em alguns procedimentos, entre eles, pacientes acamados que necessitam mais da força física do profissional durante o banho no leito e trocas de fraldas, sendo necessário que, o enfermeiro ou técnico de enfermagem abaixe-se e curve-se flexionando a coluna vertebral, assim, ficando em posições não apropriadas para o trabalhador, causando o desgaste osteomuscular e o surgimento das dores e DORT (VALENÇA; ALENCAR, 2015).

A unidade hospitalar em sua estrutura possui algumas irregularidades que prejudicam a realização da maneira correta dos profissionais de exercerem suas atividades laborais. Estrutura física, especialmente nos leitos baixos e armários com altura acima do desejado, contribuindo para que o profissional afete o sistema musculoesquelético durante a realização dos cuidados ao paciente no leito, necessitando que o trabalhador se abaixe com regularidade, como também, na realização de armazenamento ou distribuição de alguns materiais que estejam em armários altos, exigindo esforço dos membros superiores. (PACHECO et al., 2016).

3.2 Qualidade de vida no trabalho para os profissionais da enfermagem com DORT

Pacheco et al., (2016), mencionam a alta prevalência de sintomas musculoesqueléticos na enfermagem, que compromete a qualidade de vida no trabalho, tornando um grande problema de saúde pública. Torna-se necessário, a implantação das medidas de prevenção e controle dos DORT, por serem distúrbios dolorosos e com elevado poder de incapacidade para o profissional, dificultando não apenas a qualidade de vida no trabalho, mas no cotidiano particular do profissional.

A qualidade de vida no trabalho dos profissionais da enfermagem, não é tida como satisfatória, pois grande parte dos trabalhadores apresentaram distúrbios osteomusculares na região do ombro durante um ano, decorrente dos esforços repetitivos nos membros superiores, ocasionando dor no local afetado pelo DORT. Presença de duplo vínculo de trabalho, carga horária acima do permitido, são fatores que justificam a qualidade de vida no trabalho insatisfatória com o surgimento dos DORT (SCHMIDT; DANTAS, 2012).

Os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho não são doenças recentes,

apresentam patologias que podem evoluir para recidivas e crônicas após o tratamento, compromete a qualidade de vida do trabalhador, pois a assistência desse profissional com DORT não irá seguir com eficiência, a dor e o desconforto na região afetada impossibilitam boas práticas laborais (PACHECO et al., 2016).

Silva et al., (2017), afirmam que, a região cervical e lombar foram as mais referidas pelos trabalhadores com DORT, que possuem sintomatologia de dor, parestesia, parestesia, desconforto e edemas durante ou após a realização das atividades laborais. Desta forma, são importantes as medidas de pausas para descansos, diminuição das cargas horárias semanais e controlar a frequência com que se trabalham. A ginástica laboral é uma opção de tratamento desses distúrbios, visa o alongamento e relaxamento das estruturas corporais, amenizando as dores e desconforto, promovendo uma boa qualidade de vida no trabalho e prevenção dos DORT, esses são fatores que contribuem para prevenir e amenizar os distúrbios musculoesqueléticos.

A qualidade de vida no trabalho é de extrema importância, pois com ela proporciona a saúde e segurança do profissional bem como, a assistência prestada durante o ambiente de trabalho, para se ter uma boa qualidade de vida é necessário implantar medidas ergonômicas no local de trabalho. Schmidt e Dantas (2012), afirmam que, os profissionais com DORT precisam de qualidade de vida no trabalho para minimizar os riscos ergonômicos, faz-se necessário, a conscientização dos gestores responsáveis sobre as formas de trabalhos que estão sendo realizadas e elaborar um planejamento para prevenção da saúde do trabalhador e garantir a qualidade de vida no ambiente de trabalho.

3.3 Medidas de prevenção para as DORT

A ergonomia é essencial em qualquer profissão especialmente na enfermagem, decorrente do esforço físico que desenvolve em suas atividades no trabalho. Assim, medidas de prevenção devem ser oferecidas por parte da instituição. Foi observado na pesquisa de Fernandes et al., (2018), ausência de prevenção dos DORT por parte da instituição, recursos oferecidos e local de trabalho inadequados para os profissionais, falta de treinamento e ergonomia, além das sobrecargas realizadas pelos trabalhadores na assistência aos pacientes, destacando a lombar como DORT mais comuns nesses profissionais. Sendo assim, a ausência desses cuidados ao trabalhador irá favorecer o surgimento de algum tipo de DORT.

Abdalla et al., (2014), destaca a importância do planejamento das medidas corretas no uso do sistema osteomuscular durante os procedimentos e realizar atividades de treinamentos com a equipe, essas são algumas medidas de prevenção para doenças ocupacionais. A análise ergonômica é essencial na organização, nos fatores do ambiente de trabalho e promove o conhecimento ao trabalhador sobre ergonomia.

Conforme Valença e Alencar (2015), deve-se realizar medidas de prevenção desses distúrbios, como organização e a forma de como está sendo realizadas o processo de

trabalho. A prevenção é essencial no ambiente hospitalar, por garantir a saúde e segurança dos profissionais, que visa permitir atenção e o cuidado aos pacientes com eficiência. Faz-se necessário implantar educação continuada para os profissionais relatando a importância da ergonomia, dimensionamento de profissionais de forma justa, a implantação de ginástica laboral e a saúde ocupacional.

Conhecimentos necessários sobre ergonomia no trabalho são essenciais para os profissionais da enfermagem, sendo uma Norma Regulamentadora de número 17 com foco na saúde do trabalhador. Conforme foi visto, os profissionais ainda não possuem informações sobre a ergonomia, que é essencial na prevenção dos distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. Portanto, algumas medidas preventivas como, educação em saúde, implantação da ergonomia, estabelecendo critérios para implantação da postura adequada durante assistência e adequações no local de trabalho e organização são critérios que ajudam na saúde ocupacional (SILVA et al., 2017).

Medidas ergonômicas possibilitam a realização da postura física durante assistência de maneira correta, visa às adequações do trabalhador com o trabalho a ser realizado. A enfermagem apresenta fatores biomecânicos de alto risco para os DORT, entre elas, cargas de trabalho, esforços físicos realizados perante os cuidados ao paciente causando a sobrecarga da lombar, no entanto, é necessário para o profissional durante essa assistência procurar flexionar os membros inferiores diminuindo a sobrecarga na região lombar, evitando riscos de limitações na coluna vertebral (ABDALLA et al., 2014).

As exigências que são impostas aos profissionais com ritmos acelerados não contribuem para os cuidados de prevenção dos DORT. O gestor de enfermagem deve priorizar a saúde do trabalhador como também a qualidade da assistência oferecidas aos pacientes. Desta forma, é necessário o dimensionamento adequado sem sobrecarregar o trabalhador, evitar longas jornadas de trabalho proporcionar boas práticas de organização e relação profissional, evitando o estresse no local de trabalho (VALENÇA; ALENCAR, 2015).

4 | CONCLUSÕES

A alta prevalência de DORT nas equipes de enfermagem é determinada como grande problema de saúde pública, pois dificulta que o profissional desenvolva suas atividades com eficiência, além de comprometer a qualidade de vida desse trabalhador. Fatores como, posturas inadequadas durante assistência, sobrepeso e sobrecarga de trabalho contribuem para o surgimento dos DORT. Desta forma, é essencial por parte das instituições implementar medidas de prevenção para evitar essas doenças ocupacionais, bem como, os acidentes de trabalho decorrente dos riscos inerentes que enfermeiros e técnicos de enfermagem estão expostos durante as atividades laborais.

Sabe-se que, a enfermagem no âmbito hospitalar apresenta diversos riscos para o

desenvolvimento dos distúrbios musculoesqueléticos, grande maioria desses profissionais sobrecarregam a coluna vertebral com posturas inadequadas. Vale ressaltar que, a parte da estrutura física da instituição não contribui muito para prevenção do trabalhador, como falta de organização e treinamento da equipe, ausência da ergonomia sendo uma norma regulamentadora primordial para a enfermagem. Por parte da assistência, leitos baixos que dificultam o acesso do profissional ao paciente, além de outros procedimentos que exigem do trabalhador esforço do seu sistema osteomuscular.

Assim, a presente pesquisa obteve os objetivos estabelecidos alcançados, tornando-se satisfatória e espera-se que, as informações suscitadas neste trabalho, contribuam para formas de prevenção dos distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho na enfermagem, e garanta a saúde e segurança do trabalhador, bem como, sua qualidade de vida e eficiência nos cuidados da enfermagem. Desse modo, faz-se necessário implantar medidas como, a ginástica laboral, novos estudos com pesquisa de campo levantando dados epidemiológicos que tornam esses profissionais susceptíveis a adquirirem os DORT e quais medidas efetivas devem ser abordadas, além de inserir a ergonomia na área hospitalar com foco na saúde do trabalhador.

REFERÊNCIAS

ABDALLA.D. R et al. **Riscos biomecânicos posturais para trabalhadores de enfermagem**. Fisioter Mov. Vol: 27. N:3, ano: 2014 jul/set. Pagina: 421-427. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502014000300421>. Acesso em: 28/04/2019.

ASCARI. R.A.; SCHMITZ.S.S.; SILVA.O.M. **Prevalência de doenças ocupacionais em profissionais da enfermagem: Revisão de Literatura**. Revista UNINGÁ Review, Vol.15, n.2, pp.26-31 (Jul-Set 2013) INSS online 2178-2571, 2013. Disponível em: <<http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1449/1065>>. Acesso em: 01/08/2018.

BRASIL. Ministério da saúde e Ministério do trabalho. **Dor relacionada ao trabalho. Lesões por esforços repetitivos (LER) Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT)**. Protocolos de complexidade diferenciada. Brasília 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dor_relacionada_trabalho_ler_dort.pdf> Acesso em: 29/09/2018.

CARVALHO, G. M. **Enfermagem do Trabalho**. 2 ed.- Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014, páginas: 173-184.

DALFOVO. M. S; LANA. R. A; SILVEIRA. A. **Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico**. Revista Interdisciplinar Científica Aplicada, Blumenau, v.2, n.4, p.01- 13, Sem II. 2008 ISSN 1980-7031. Disponível em: <http://www.aedmoodle.ufpa.br/pluginfile.php/168069/mod_forum/attachment/271244/MON_OGRAFIAS%20M%C3%89TODOS%20QUANTITATIVOS%20E%20QUALITATIVOS.pdf> . Acesso em: 12/10/2018.

DOSEA. G.S; OLIVEIRA.C.C.C; LIMA.S.O. **Sintomatologia osteomuscular e qualidade de vida de portadores de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho**. Esc Anna Nery 2016; vol. 20, n .4, p. 1-9 e20160103. Disponível em: < <http://www.revenf.bvs.br/pdf/ean/v20n4/1414-8145-ean-20-04-20160103.pdf>>. Acesso em: 23/04/2019.

FERNANDES.C. S; et al. **Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho autorreferidos por profissionais de saúde de um hospital em Portugal.** Rev Bras Med Trab. 2018; vol.16, n.3, páginas 353-359. Disponível em: < <http://www.rbmt.org.br/details/370/pt-BR/disturbios-osteomusculares-relacionados-ao-trabalho-autorreferidos-por-profissionais-de-saude-de-um-hospital-em-portugal>>. Acesso em: 22/04/2019.

GALINDO. I.S et al. **Motivos do absenteísmo em uma equipe de enfermagem ambulatorial.** Rev enferm UFPE on line., Recife, vol. 11, n. 8, páginas 3198-3205, ago., 2017. Disponível em: < <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/110184/22064>>. Acesso em: 28/04/2019.

PACHECO.E. S et al. **Prevalência dos sintomas osteomusculares relacionados ao trabalho de enfermagem no âmbito hospitalar.** Rev Enferm UFPI. 2016 Oct-Dec; vol. 5, n. 4, páginas: 31-37. Disponível em: <<https://ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/5387/pdf>>. Acesso em: 23/04/2019.

RIBEIRO. N.F. et al. **Prevalência de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho em profissionais de enfermagem.** Revista Brasileira de Epidemiologia , 2012; vol. 15, n. 2, páginas 429-438. Disponível em: < <https://www.scielo.org/pdf/rbepid/2012.v15n2/429-438/pt>>. Acesso em: 28/04/2019.

ROMAN, A. R; FRIEDLANDER, M. R. **Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem.** Revista Cogitare Enfermagem, Curitiba, v.3, n.2, p.109-112, jul./dez. 1998. Disponível em: <<http://revistas.ufrpr.br/cogitare/article/view/44358/26850>>. Acesso em: 23 de março de 2018.

SALIM. C. A. **Doenças do trabalho: exclusão, segregação e relações de gênero.** São Paulo Perspec. vol.17 no.1 São Paulo Jan./Mar. 2003, páginas: 11-24. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392003000100003 >. Acesso em: 29/09/2018.

SANTOS. C.F.T. **Estratégias de Prevenção das Lesões Músculo-esqueléticas Ligadas ao Trabalho nos Enfermeiros em Contexto Hospitalar: Uma Revisão Sistemática de Literatura.** IPV - ESSV, 2017. Disponível em:<<http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/4583>>. Acesso em: 15/09/2018.

SCHMIDT. D.R.C; DANTAS. R.A.S. **Qualidade de vida no trabalho e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho entre profissionais de enfermagem.** Acta Paul Enferm. 2012; vol. 25, n. 5, páginas 701-707. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n5/09.pdf>>. Acesso em: 28/04/2019.

SILVA. R.F; et al. **Presença de distúrbios osteomusculares em enfermeiros de unidades de pronto atendimento.** Rev Enferm Atenção Saúde. Jul/Dez 2017; vol. 6, n. 2, páginas: 2-11. ISSN 2317-1154. Disponível em: < <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/2081/pdf>>. Acesso em: 28/04/2019.

VALENÇA.J.B.M; ALENCAR.M.C.B. **Distúrbios osteomusculares e o trabalho de técnicos e auxiliares de enfermagem em instituições de idosos.** O Mundo da Saúde, São Paulo - 2015; vol. 39, n. 3, páginas: 316-324. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/mundo_saude_artigos/Disturbios_osteomusculares_trabalho.pdf>. Acesso em: 28/09/2019.

ZANELLA. L.C.H. **Metodologia de estudo e de pesquisa em administração.** Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, p. 1-162, 2009. Disponível em: < http://paginapessoal.ufpr.edu.br/mansano/downloads-para-disciplina-de-metodologia-da-pesquisa-uab/downloads/UAB_Metod_Livro_Base.pdf >. Acesso em: 28/04/2019.

ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SERVIÇOS DE EMERGÊNCIAS HOSPITALARES

Data de aceite: 19/03/2021

Núbia Santos Moraes

Faculdade de Ciências e Empreendedorismo

Tatiana Almeida Couto

Faculdade de Ciências e Empreendedorismo

RESUMO: O objetivo desse estudo é analisar o acolhimento e a classificação de risco realizada por enfermeiros em serviços de emergências hospitalares; identificar as dificuldades e as potencialidades para a realização do acolhimento e da classificação de risco em serviços de emergências hospitalares. Optou-se pelo método de pesquisa de revisão integrativa, com abordagem qualitativa. Utilizou-se a Biblioteca Virtual em Saúde, com os descritores: Acolhimento AND Serviço Hospitalar de Emergência AND Enfermeiros AND Classificação, como critérios de inclusão: artigos no idioma em português, estudos do período de 2015 a 2019, disponíveis na íntegra, online. E como critérios de exclusão: artigos duplicados e aqueles não condizentes com o objeto de estudo. Esse estudo se justifica pela avaliação da qualidade do acolhimento e da classificação de risco que pode melhorar a assistência prestada aos usuários de serviços de emergências hospitalares, assim como a sensibilização de enfermeiros para a atuação qualificada. Observou-se que a implementação do protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco foi visualizada como uma ferramenta facilitadora do processo de trabalho nas unidades emergenciais. Verificou-se também

fragilidades como: comprometimento na estrutura organizacional, superlotação que acarreta a sobrecarga de trabalho e déficit de capacitação da equipe. Foi possível compreender o processo de trabalho dos enfermeiros frente as realidades apresentadas pelos serviços de emergências hospitalares, bem como as facilidades e dificuldades vivenciadas na rotina de trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: Acolhimento. Serviço Hospitalar de Emergência. Enfermeiros. Classificação.

USER EMBRACEMENT AND RISK CLASSIFICATION IN HOSPITAL EMERGENCY SERVICES

ABSTRACT: The aim of this study is to analyze the user embracement and risk classification performed by nurses in hospital emergency services; to identify the difficulties and potentialities for the user embracement and the risk classification in hospital emergency services. We chose the integrative review research method, with a qualitative approach. The Virtual Health Library was used, with the descriptors: Reception AND Emergency Hospital Service AND Nurses AND Classification, as inclusion criteria: articles in the portuguese language, studies from 2015 to 2019, available in full, online. And as exclusion criteria: duplicate articles and those not consistent with the object of study. This study is justified by the assessment of the quality of the user embracement and the risk classification that can improve the assistance provided to users of hospital emergency services, as well as the nurses' awareness of qualified performance. It was observed that the implementation of the User

Embracement Protocol with Risk Classification was seen as a tool to facilitate the work process in emergency units. There were also weaknesses such as: compromise in the organizational structure, overcrowding that leads to work overload and deficit in the team's training. It was possible to understand the nurses' work process in view of the realities presented by hospital emergency services, as well as the facilities and difficulties experienced in the work routine.

KEYWORDS: User Embracement. Emergency Service, Hospital. Nurses, Male. Classification.

1 | INTRODUÇÃO

Os avanços de conhecimentos em diversas áreas científicas e tecnológicas tem contribuído para melhoria no estilo de vida e condição de saúde de pessoas em todo mundo. O grau de desenvolvimento econômico e social de cada território junto a transição epidemiológica influenciam diretamente nas ações em saúde voltada para determinada população (CAVEIÃO *et al.*, 2014; SANTOS *et al.*, 2014).

O Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) é um dispositivo da Política Nacional de Humanização (PNH). Esta representa uma ferramenta na organização do serviço de saúde, possibilitando aos usuários acesso ao atendimento de acordo com o grau de prioridade (BRASIL, 2009).

O ACCR proporciona aos usuários informações sobre o estado de saúde, o tempo provável de espera para atendimento, além de melhorias no trabalho da equipe de saúde. No entanto, a avaliação de vulnerabilidade dos usuários é realizada por meio de protocolos assistenciais e é priorizada a necessidade de cada indivíduo de acordo com a realidade do serviço (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

No acolhimento não há determinação de um profissional específico para a execução. Dessa forma, o profissional que acolhe, se responsabiliza pela abordagem do usuário para além da doença e suas queixas. Sendo assim, diferencia-se de triagem, pois não só implica na recepção, mas em todo o serviço de saúde (BRASIL, 2009).

Ações de acolhimento baseadas em tecnologias leves são realizadas por qualquer profissional de saúde atuante no serviço, desde que tenha qualificação para tal (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012). Porém é atribuição do enfermeiro avaliar e classificar a gravidade dos que procuram o serviço de emergência e atribuir ao mesmo o grau de risco otimizando assim a priorização do atendimento (BRASIL, 2004).

No momento em que a procura por atendimentos nos serviços de emergência excede o limite recomendado, são produzidas as filas de esperas, os pacientes de maior complexidade devem ser priorizados pela equipe atuante do serviço. Desta forma, os usuários que procuram as unidades de emergência precisam ser acolhidos e classificados quanto o risco de gravidade (GANLEY; GLOSTER, 2011).

O serviço de emergência depende da implementação de sistemas que proporcionem a melhoria da qualidade do serviço prestado, pois as demandas e as dificuldades observadas são diferenciadas de outros setores da rede hospitalar (ANSCHAU, 2017). Diante do

exposto, o estudo busca responder a seguinte questão norteadora: qual a percepção de enfermeiros sobre o acolhimento e a classificação risco em um em serviços de emergência hospitalar?

O interesse em abordar esse tema surgiu da motivação em conhecer a qualidade dos serviços de emergências hospitalares, bem como a percepção dos enfermeiros sobre os protocolos utilizados no ACCR.

Nesta perspectiva o estudo tem como objetivo analisar ACCR realizada por enfermeiros em serviços de emergências hospitalares; identificar as dificuldades e as potencialidades para a realização do ACCR em serviços de emergências hospitalares.

Assim, esse estudo se justifica pela avaliação da qualidade do acolhimento e da classificação de risco que pode melhorar a assistência prestada aos usuários do serviço de emergência hospitalar. Assim como, a ampliação da produção científica possibilita a reflexão, planejamento e implementação de estratégias pelos profissionais da saúde e discentes sobre a adequada atuação e embasamento, bem como a sensibilização de enfermeiros e gestores de instituições de saúde para a atuação qualificada.

2 | REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Acolhimento e classificação de risco em unidades hospitalares

A implementação de novas tecnologias na área da saúde tem contribuído para melhoria dos serviços de alta complexidade. A crescente exigência dos usuários por atendimentos de qualidade, estão favorecendo para que o acolhimento seja foco de interesse de gestores e colaboradores (BELLUCCI JÚNIOR, 2011).

Quando se pensa em qualidade no serviço de emergência hospitalar, precisa-se abordar as estratégias de gestão que proporcione apoio a instituição, podendo assim, ampliar o atendimento das necessidades do paciente em todas as suas dimensões (ANSCHAU *et al.*, 2017).

A reorganização dos serviços de saúde tornou-se necessária com a implementação da PNH. Esta que preconiza atendimento humanizado, resolutivo e acolhedor à população. Para isto foi proposto pelo Ministério da Saúde em 2004 a Diretriz ACCR para a constituição de um sistema dinâmico e eficaz na identificação de pacientes de acordo com o grau de complexidade e risco apresentado (BRASIL, 2009).

Nesta perspectiva estas políticas pretendem ampliar o acesso, minimizar as filas e o tempo de espera para os atendimentos, reduzir o risco de mortes evitáveis e realizar a priorização dos atendimentos baseada em critérios clínicos e não por ordem de chegada. (BRASIL, 2009). Desta forma, caracteriza-se como ação decisiva na ressignificação dos serviços de saúde, por propor a assistência humanizada e resolutiva aos que estão em situação de risco (SOUZA, 2011).

Na tentativa de reestruturar o serviço na porta de entrada das emergências,

a Secretaria do Estado da Bahia (SESAB) realizou um mapeamento baseado no perfil epidemiológico do estado para a determinação dos descritores de classificação de risco. No que se refere a Triagem de Manchester há a classificação em cinco cores: vermelho (emergente) com atendimento imediato, laranja (muito urgente) com atendimento em até 10 minutos, amarelo (urgente) com atendimento em até 60 minutos, verde (pouco urgente) com atendimento em até 120 minutos e azul (não urgente) com atendimento em até 240 minutos (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2006). Assim, foi elaborado um protocolo com base no protocolo de Manchester apresentando-se em uma versão adaptada para quatro cores: vermelho (emergência), amarelo (urgência), verde (pouco urgente), e azul (não urgente). Sendo assim, a classificação de risco é conduzida por meio de um protocolo, no qual devem ser verificados os sinais e sintomas e a ser realizada a atribuição do grau de prioridade e o tempo máximo de espera (BRASIL, 2014).

Com a preconização do Ministério da Saúde, o ACCR começou a ser implementado em diversas instituições hospitalares. No ano de 2010, o pronto socorro de Pelotas (localizado na região Sul do Brasil) implantou o ACCR e por ser uma instituição de referência regional a demanda é significativa. Com isso, observou-se que muitos destes usuários fazem uso do serviço de emergência erroneamente, diante de demandas que podem ter resolutividade em outros níveis de atenção (BARTEL *et al.*, 2015). Além disso, ressalta-se que os profissionais de enfermagem de um hospital público de Santa Catarina, demonstrou que após a implementação do ACCR observou-se uma melhoria na assistência prestada, assim como a humanização dos atendimentos (NASCIMENTO *et al.*, 2011).

O serviço de emergência hospitalar pode apresentar entre os fatores que dificultam a qualidade do atendimento: superlotação, atendimento fragmentado, conflitos (BRASIL, 2009). Elementos dessa natureza constituem barreiras e exigem esforços dos gestores e trabalhadores e assim como dos usuários para entender os processos que envolvem o serviço de saúde e propor mudanças para a melhoria da assistência (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012).

Considera-se na área da saúde, que o termo acolhimento possibilita o estabelecimento de vínculo concreto entre os usuários e a equipe de saúde. O acolhimento exige uma postura adequada do profissional, escuta qualificada na busca por uma resposta positiva a resolução de problemas. Sendo assim, o acolhimento deve-se fazer presente desde a entrada do paciente no serviço de saúde, até sua saída, perpassando todo o processo do cuidar (PAGLIOTTO *et al.*, 2016).

2.2 O processo de trabalho do enfermeiro na assistência hospitalar com acolhimento e classificação de risco

Para melhor eficácia do ACCR é fundamental o uso dos protocolos assistenciais, pois sistematizam a ação do profissional avaliando assim a vulnerabilidade do paciente (VIEIRA *et al.*, 2016). A criação de sistemas de saúde de qualidade devem ser ação prioritária e

os enfermeiros precisam assumir um papel fundamental para uma efetiva definição de qualidade da assistência prestada (FRADIQUE; MENDES, 2013).

Segundo a Resolução nº 423/2012, publicada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), a classificação de risco é atribuição privativa do enfermeiro. Portanto, para o cumprimento a essa exigência legal espera-se do enfermeiro a atuação com conhecimentos e habilidades técnico-científicas (COFEN, 2012).

O jeito dinâmico de classificar o risco viabiliza o trabalho em equipe e proporciona melhores condições de trabalho aos profissionais, e conseqüentemente à satisfação do usuário (BRASIL, 2009). Diante desse contexto, a atuação dos enfermeiros é de grande relevância, pois com base nos seus conhecimentos e diante das competências e habilidades adquiridas na formação, realizam escuta qualificada das queixas dos usuários possibilitando assim identificar riscos e analisar a necessidade de cada indivíduo para obtenção de atendimento de emergência (SOUZA; BASTOS, 2008).

Desta forma, o ACCR organiza o trabalho do serviço de emergência e da equipe de enfermagem, embasando os enfermeiros para que exerçam a gestão clínica dos pacientes, assim como a organização do processo de trabalho da equipe de enfermagem, bem como dos recursos materiais do serviço. Dessa maneira, essa tomada de decisão na classificação de risco possibilita ao profissional a articulação com diferentes setores da equipe de saúde (SOUZA, 2014).

O enfermeiro exerce um papel assistencial e gerencial nas unidades de emergência hospitalar, logo são os principais responsáveis pela implantação e realização do ACCR. Entretanto, são muitas as exigências para a execução dessas atividades, pois as inúmeras exigências vivenciadas rotineiramente no cenário de atuação profissional, pode interferir na saúde desses profissionais (ACOSTA; DURO; LIMA, 2012).

Embora exista uma complexa interação entre os elementos que compõe a avaliação da qualidade em saúde, torna-se necessário entender em quais instituições hospitalares existem espaços reflexivos para melhorias no que se refere à implantação do ACCR perante a concepção dos profissionais de enfermagem, pois eles desenvolvem atividades de cuidado direto aos pacientes nesse processo de atenção à saúde, podendo assim indicar fragilidades e potencialidades da estratégia do ACCR (INOUE *et al.*, 2015).

Estudo aponta que a atuação do enfermeiro no ACCR nos serviços de emergência é ampla e apresenta-se relevante na implementação, pois o enfermeiro protagoniza o cumprimento de ações de planejamento de recursos, atividades educativas e integradora em toda equipe e com usuários da rede, além de criar protocolos assistenciais (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Uma pesquisa realizada em Unidade de Pronto Atendimento (UPA), em Belo Horizonte (MG), evidenciou que o ACCR foi descrito pelos enfermeiros como uma experiência de sobrecarga de trabalho devido a elevada demanda do serviço, assim como o insuficiente tempo para avaliação também prejudicou a classificação de risco, podendo

assim definir limites pela atenção ofertada pelos profissionais enfermeiros (RONCALLI *et al.*, 2017a).

Frente a diversas situações encontradas nas unidades de emergência no contexto brasileiro, a identificação dos problemas enfrentados no ACCR, podem ser utilizados para melhorar o atendimento prestado, e de forma a garantir a segurança do paciente juntamente com a organização do serviço (DURO; LIMA; WEBER, 2017).

Mesmo diante da crescente demanda nos serviços de emergência, com a procura de usuários apresentando necessidades de saúde que podem ser resolvidas na atenção primária, prestar assistência por meio do ACCR se apresenta como uma atuação mais assertiva para um cuidado humanizado no serviço. E ressalta-se a importância do conhecimento científico do profissional enfermeiro na avaliação dos usuários para melhor identificação das necessidades de saúde e os devidos direcionamentos no serviço (DROGUETT *et al.*, 2018).

3 | MATERIAIS E MÉTODOS

A metodologia se refere às propostas do pensamento e a possibilidade de aplicabilidade na abordagem da realidade. Nesta perspectiva, ocupa um lugar central no interior das teorias, estando referida as mesmas. Deve-se dispor de um instrumental claro, coerente, elaborado e eficaz para conduzir os impasses teóricos para o desafio da prática (MINAYO, 2008).

Optou-se pelo método de pesquisa de revisão integrativa, com abordagem qualitativa. Considerando que a revisão integrativa se refere a um método que proporciona a consolidação de informações e a possibilidade de aplicações dos resultados desses estudos significativos (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010). Utilizou-se a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), como critérios de inclusão: artigos no idioma em português, estudos do período de 2015 a 2019, disponíveis na íntegra, online. E como critérios de exclusão: artigos duplicados e aqueles não condizentes com o objeto de estudo.

A seleção dos estudos foi realizada em setembro e outubro de 2020. A coleta de dados foi realizada a partir da seleção dos descritores, busca na base de dados, realização dos filtros diante dos critérios de inclusão e exclusão, com posterior leitura do título e do resumo, com a exclusão de estudos não condizentes com o objeto de estudo, em seguida a leitura na íntegra dos demais artigos para a constituição do *corpus*.

Na busca na BVS Regional por título, resumo e assunto com o uso dos descritores: Acolhimento AND Serviço Hospitalar de Emergência AND Enfermeiros AND Classificação foram encontrados 16 estudos, assim como o filtro: 2015-2019, texto completo, português houve a apresentação de sete artigos, assim cinco foram excluídos e dois foram lidos na íntegra.

E realizado filtro de busca com os descritores Acolhimento AND Enfermeiros, sendo

que no idioma de português, período de 2015- 2019 estavam disponíveis 122 artigos. Desses foram realizados a leitura do título e 18 selecionados para a leitura de resumo. Com a leitura na íntegra de dez artigos. Dessa forma, o *corpus* desse estudo foi constituído de 12 artigos.

4 | RESULTADOS

Para análise dos artigos selecionados, utilizou-se um quadro descrevendo as informações referentes aos seguintes dados: Autor/ano, metodologia utilizada, estado de origem da pesquisa e período de publicação.

Artigo	Autor	Ano	Metodologia	Estado	Periódico
01	GOUVEIA <i>et al.</i>	2019	Quantitativa	Paraíba	Revista Mineira de Enfermagem
02	SANTOS <i>et al.</i>	2019	Qualitativa	Bahia	Revista Baiana de Enfermagem
03	COSTA <i>et al.</i>	2018	Qualitativa	Minas gerais	Revista de Enfermagem da UFSM
04	HERMIDA <i>et al.</i>	2018	Quantitativa	Santa Catarina	Revista da Escola Enfermagem USP
05	RATES <i>et al.</i>	2018	Qualitativa	Sudeste	Revista Eletrônica Enfermagem
06	DURO; LIMA; WEBER	2017	Quantitativa	Rio Grande do Sul	Revista Mineira de Enfermagem
07	RONCALLI <i>et al.</i>	2017	Qualitativa	Minas Gerais	Revista Baiana de Enfermagem
08	RONCALLI <i>et al.</i>	2017	Qualitativa	Minas Gerais	Revista de Enfermagem da UFPE
09	RATES; ALVES; CAVALCANTE	2016a	Qualitativa	Minas Gerais	Revista Enfermagem em Foco
10	RATES; ALVES; CAVALCANTE	2016b	Qualitativa	Minas Gerais	Revista Mineira de Enfermagem
11	GRIMBERG <i>et al.</i>	2015	Quantitativa	Alagoas	Revista Brasileira de Ciências da Saúde
12	Weykamp, J. M. <i>et al.</i>	2015	Qualitativa	Rio Grande do Sul	Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste

Quadro 1: Apresentação dos artigos segundo autor/ano, metodologia utilizada, o Estado de origem do estudo e o periódico de publicação, 2020.

Fonte: Dados da pesquisa.

Nº	Título	Participantes	Resultados
01	Análise do acolhimento com classificação de risco em unidades de pronto-atendimento	Sessenta e três enfermeiros atuantes nas UPAs	Os participantes da pesquisa classificaram a estrutura das três unidades como precária, já o ACCR foi bem avaliado pelos enfermeiros em duas UPA, sendo que o atendimento da terceira unidade não obteve avaliação satisfatória.
02	Fatores intervenientes no acolhimento à pessoa com suspeita de doença cerebrovascular	Dezesseis enfermeiros atuantes no acolhimento de um hospital referência para doença cerebrovascular	O estudo ratificou que a implementação do protocolo de classificação de risco foi visualizada como ferramenta facilitadora no suporte ao paciente vítima de acidente vascular cerebral (AVC). Por outro lado, destacou-se o comprometimento na infraestrutura do hospital, deficiência na capacitação da equipe para atuação na classificação de risco, ausência de uma equipe de apoio na porta de entrada do hospital e desinformação dos acompanhantes. Foi salientado a importância de se aplicar um modelo de gestão que promova administração dos recursos disponíveis, a fim de reduzir dificuldades enfrentadas.
03	Acolhimento: Percepção de enfermeiros em uma unidade de urgência e emergência	Quatorze enfermeiros trabalhadores do pronto-socorro	Observou-se no estudo que o acolhimento ainda é comparado com o processo de triagem na recepção dos pacientes. Alguns pontos que impedem a prática efetiva do acolhimento apontado pelos entrevistados são a superlotação, a sobrecarga de trabalho que está vinculado com o não estabelecimento de fluxo para atendimento, estrutura inadequada, aderida a falta de recursos e materiais.
04	Acolhimento com classificação de risco em unidade de pronto atendimento: estudo avaliativo	Trinta e sete profissionais, médicos e enfermeiros trabalhadores da UPA	O estudo evidenciou que para haver melhorias na qualidade do serviço prestado, precisa-se estimular a capacitação da equipe e promover discussão sobre o fluxograma utilizado para melhor adequação do serviço prestado.
05	O (in)visível no cotidiano de trabalho de enfermeiros no acolhimento com classificação de risco	Vinte enfermeiros atuantes do acolhimento com classificação de risco de UPA	A pesquisa mostrou que o trabalho dos enfermeiros na classificação de risco tem táticas que normatizam seu fazer. Foi evidenciado algumas práticas intencionais que se diferenciam do sistema previamente estabelecido, devido à resistência de alguns usuários para classificação, alguns profissionais descumprem as normas e desenvolvem práticas invisíveis. O enfermeiro cria novas formas de cuidado a partir da utilização de planos que possibilite da resposta à procura de usuários e profissionais
06	Opinião de enfermeiros sobre classificação de risco em serviços de urgência	Cento e trinta enfermeiros na primeira etapa, oitenta e nove na segunda etapa e 65 na terceira etapa.	O estudo demonstrou potencialidades no processo de trabalho de enfermeiros tais como, a capacidade de classificar a prioridade do atendimento com embasamento nos critérios clínicos e experiências e práticas profissionais. Destacou-se a habilidade de lidar com fatos conflituosos que surgem no decorrer do processo de trabalho. Algumas fragilidades apontadas são, a degradação da estrutura organizacional e a desarticulação do serviço na rede de atenção as urgências, realizar o acolhimento durante a classificação, ausência de capacitação periódica aos profissionais acerca da classificação de risco.

07	Protocolo de Manchester e população usuária na classificação de risco: visão do enfermeiro	Doze enfermeiros atuantes do serviço	A pesquisa demonstrou que a superlotação do serviço se dá por conta de demandas que poderiam ser atendidas em outros níveis de atenção. Isso, devido à falta de informações e comunicação efetiva dos sistemas de saúde, que informe aos usuários a finalidade do serviço de emergência.
08	Experiências cotidianas do enfermeiro na classificação de risco em unidade de pronto atendimento	Doze enfermeiros responsáveis pela classificação de risco	Os participantes da pesquisa destacaram que os atendimentos não emergenciais sobrecarregam o serviço dificultando assim o trabalho da equipe. Somentam a importância de se manterem atualizados com os estudos pois, cada paciente é único e priorizando a educação permanente em saúde pela equipe. Destacaram a importância dos usuários conhecerem o propósito de uma classificação, pois muitos desconhecem a utilidade do serviço. Foi ressaltado que para eficácia do serviço, precisa-se que o sistema de referência e contrarreferência seja efetivo juntamente com os atendimentos da atenção primária a saúde.
09	Acolhimento com Classificação de risco: que lugar é esse?	Vinte enfermeiros trabalhadores da classificação de risco em UPA	O estudo evidenciou que o acolhimento com classificação de risco tem suas características próprias, visto que é demarcado por princípios previamente estabelecidos. Os profissionais se mantem no seu espaço utilizando dos recursos oferecidos. Alguns expressaram preocupação com a exposição diária, pois a demanda é significativa e há insuficiente resolutividade. Usam de sua intencionalidade, suas vivências para nortear situações conflituosas no ambiente de trabalho.
10	O processo de trabalho do enfermeiro no acolhimento com classificação de risco	Vinte enfermeiros que realizam o acolhimento com classificação de risco em UPA	Os participantes da pesquisa enfatizaram que o acolhimento possui diversas finalidades, sendo que a priorização do paciente no qual apresenta elevado risco clínico é maior. Os profissionais usam de seus conhecimentos técnico-científico como instrumento de trabalho. Foi ressaltada a importância da relação interdisciplinar entre as equipes.
11	Entraves no acolhimento por enfermeiros de um hospital público	Doze enfermeiros trabalhadores de hospital público	O estudo evidenciou as principais dificuldades enfrentadas pelos profissionais no ambiente hospitalar. Longa jornada de trabalho onde muitos profissionais se sentem saturados, condições precárias de trabalho, superlotação do serviço que acarreta a redução do tempo para assistir o paciente, baixo salário, descompromisso de alguns membros da equipe com trabalho, tempo de trabalho que desencadeia o estresse.
12	Acolhimento com classificação de risco nos serviços de urgência e emergência: aplicabilidade na enfermagem	Sete enfermeiros atuantes na unidade	Esta pesquisa possibilitou a compreensão das vivências do enfermeiro na classificação de risco. Foram identificadas algumas dificuldades internas como: capacitação insuficiente aos profissionais para realização da classificação e dificuldade de acessibilidade a outros serviços. Apesar disso, os enfermeiros consideraram que a proposta do acolhimento com classificação de risco proporcionou melhoras significativas na reorganização do serviço.

Quadro 2: Apresentação segundo título dos artigos, os participantes e os principais resultados.

Fonte: Dados da pesquisa.

4.1 Acolhimento e a classificação de risco realizada por enfermeiros em serviços de emergências hospitalares

Nos serviços de emergências hospitalares, o acolhimento passou a ser visto como uma ferramenta que proporciona melhorias na qualidade dos serviços prestados pelos profissionais. Estudo realizado no triângulo Mineiro em um hospital que é referência em atendimentos de urgência e emergência mostrou que o acolhimento promove o primeiro contato do paciente com o profissional e é a principal porta de acesso ao serviço de saúde. Realizar acolhimento vai além de ouvir as queixas do paciente, é promover escuta qualificada e oportunizar resolutividades das demandas de saúde referidas pelos usuários. No setor de emergência, é indispensável que a classificação de risco seja contida no acolhimento. Isso, garante ao paciente acesso integral ao serviço (COSTA *et al.*, 2018).

As unidades de emergências por serem de fácil acesso, há uma demanda significativa de usuários que entende esse serviço como resolução a todas as suas queixas, devido a oferta de rápidos atendimentos. Essas queixas, geralmente não são demandas para atendimentos emergentes, mas sim assistência que poderia ser prestada na atenção primária a saúde (RONCALLI *et al.*, 2017a).

A classificação de risco é deduzida pelos usuários de maneira errônea, visto que muitos chegam à unidade de saúde acreditando que seus sintomas serão classificados como urgente. Deste modo, no momento que recebe a classificação que não foi a desejada, acreditam que não teve escuta qualificada de suas queixas e julgam a prática dos profissionais enfermeiros na classificação. Porém entende-se que o enfermeiro é profissional apto a realização da classificação de risco, para isso, faz-se necessário a utilização de protocolos assistenciais (RONCALLI *et al.*, 2017a). O enfermeiro é o profissional habilitado para classificar o risco, no entanto toda equipe precisa conhecer o processo da classificação (RATES; ALVES; CAVALCANTE, 2016).

Os profissionais atuantes do pronto atendimento relatam que o grande número de atendimentos diários acaba restringindo o tempo para a classificação. Essa sobrecarga de trabalho dificulta a assistência prestada, deixando assim uma lacuna desse processo do cuidar em saúde. Implementações de ações em saúde nessas circunstâncias, podem oferecer perigos a saúde dos profissionais, pois essa limitação de tempo não oportuniza um momento adequado para descanso, nem para alimentação dos profissionais (RONCALLI *et al.*, 2017b).

Desse modo, investimentos em atividades educativas como palestras, sala de espera desenvolvida de maneira integrada contribuirá com o conhecimento da população acerca da finalidade do serviço, garantindo aos usuários e profissionais melhorias na qualidade do serviço. Logo, faz-se necessário que o acolhimento seja incluído na rotina diária de toda equipe de saúde, de modo a potencializar o cuidado humanizado e o estabelecimento de vínculo entre a equipe e os usuários do serviço.

4.2 Dificuldades e as potencialidades do acolhimento e da classificação de risco em serviços de emergências hospitalares

Com aumento significativo de busca nos serviços de emergência, realizar atendimento acolhedor e humanizado se tornou um desafio aos profissionais da área. Isso, devido a condições não favoráveis de trabalho, ambientes desapropriados, escassez de recursos e alta demanda de atendimentos. A insatisfação de alguns colaboradores com a remuneração oferecida, induz a outros vínculos empregatícios que levam a uma significativa jornada de trabalho proporcionando assim, problemas psicossociais. A prática humanizada em saúde se destacou nos relatos de vivência dos profissionais, porém, essas ações não foram contempladas no processo de trabalho, podendo gerar agravos a saúde (GRIMBERG *et al.*, 2015).

O processo do cuidar em saúde perpassa o uso de tecnologias levando o profissional ao uso da subjetividade. Os enfermeiros utilizam-se da escuta qualificada para se apropriar e da resolutividade das demandas ofertadas. Para nortear o cuidado prestado, eles usufruem de seus saberes e conhecimentos clínicos, a fim de aprimorar a assistência oferecida (RATES; ALVES; CAVALCANTE, 2016).

Nas unidades emergenciais, o modo que os enfermeiros desenvolvem a prática do cuidado implicam na qualidade do atendimento prestado, facilitando a identificação de problemas vivenciados nesse contexto. A dinâmica organizacional do trabalho; permite otimização do tempo de atendimento e redução de agravos. O uso de conhecimentos adquiridos ao longo de suas vivências e práticas com enfoque em protocolos, empodera o profissional na resolutividade de problemas e na avaliação de prática profissionais. Algumas fragilidades apresentadas pelo serviço foram: precariedade na estrutura organizacional, a desordem na rede de atenção e a resistência dos profissionais para reavaliar o quadro clínico do paciente após a classificação e conseqüentemente a descontinuidade do cuidado (DURO; LIMA; WEBER, 2017).

O acolhimento muitas vezes não acontece de maneira efetiva devido à resistência dos usuários em entender a maneira que o trabalho da equipe é realizado. O primeiro encontro dos pacientes com o serviço de emergência constantemente é marcado por conflitos, dificultando assim, a relação com a equipe. Esses conflitos contribuem com a resistência, omissão de informações por parte dos usuários para a classificação. Há muitos obstáculos para serem enfrentados, a classificação muitas vezes não apresenta a real necessidade, pacientes não urgentes conseguem atendimentos prioritário, o suporte médico não contempla o tempo de espera das classificações e burlam o protocolo interferindo no andamento do serviço e na classificação de risco (WEYKAMP *et al.*, 2015).

O setor de acolhimento com classificação de risco apesar de demonstrar precariedade no processo organizacional e estrutural, os profissionais demonstram preocupação com a qualidade do serviço prestado. Por apresentar grande resolutividade das demandas de

outras modalidades, o serviço de referência e contrarreferência não apresenta eficiência (GOUVEIA *et al.*, 2019).

A implementação do protocolo de Manchester na unidade de pronto atendimento, trouxe aos profissionais direcionamento e segurança na realização dos atendimentos. O protocolo é reconhecido como uma ferramenta para nortear o processo de trabalho na classificação de risco, porém, sua utilização como norma apresenta pouca eficácia pela equipe, sendo frequentemente questionada a sua implementação (RATES *et al.*, 2018).

Os ambientes de acolhimento com classificação de risco, tem características próprias, pois seguem regras e normas regimentadas. Apesar disso, possui especificações próprias do cuidado em saúde na qual, são prestados baseados em tecnologias leves, leves-dura, dura, permitindo aos profissionais o uso da subjetividade para nortear a assistência oferecida. Os espaços têm particularidade de cada profissional que possibilita os fazeres e vivências diferenciadas, onde os enfermeiros utilizam de tecnologias leves tais como, seus conhecimentos, o diálogo com os usuários e familiares para otimizar o fluxo de atendimento e a sensibilidade como instrumento capaz de conduzir o cuidado oferecido pois, muitas vezes, o paciente não consegue falar tudo que está sentindo (RATES *et al.*, 2016).

O uso de tecnologias implica na resolutividade de casos complexos atendidos no setor de emergência evidenciando a diferenciação do serviço. Há necessidade de ações que promovam a capacitação aos profissionais atuantes no serviço, com intuito de promover suporte na porta de entrada do hospital para otimizar o tempo de espera. A rede de atenção à saúde precisa organizar o fluxo de atendimento a fim de minimizar riscos na fila de espera (SANTOS *et al.*, 2019).

Observa-se que há aberturas nesse processo do cuidar em saúde, para melhorias das fragilidades apresentadas regularmente nessa área de atenção a saúde, gestores e colaboradores devem sensibilizar suas equipes e proporcionar-las capacitação e treinamento afim de garantir aos usuários atendimento acolhedor e de forma humanizada, não só priorizando a classificação de risco, mas, o paciente como todo.

5 | DISCUSSÃO

Estudo que analisou a atuação do enfermeiro na implantação do ACCR em emergência hospitalar, evidenciou as habilidades gerenciais dos profissionais frente as demandas do serviço. Por ser um líder de equipe, o enfermeiro consiste em integrar e articular toda equipe de saúde de modo a sensibilizar os trabalhadores e gestores da importância da classificação de risco baseado em protocolos institucionais. Além disso, o enfermeiro planeja os recursos físicos e materiais da unidade, a fim de aprimorar a qualidade do atendimento prestado. Outro ponto importante é o trabalho educativo com a equipe e os usuários do serviço, orienta-los acerca da utilização consciente da busca por atendimentos pode ser uma maneira simples de otimizar as unidades de emergência,

sensibilizar gestores municipais, no intuito de que estes se responsabilizem pela ampliação de recursos para os atendimentos de menor gravidade e a implementação de protocolos institucionalizados junto a equipe multidisciplinar (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Em outro estudo realizado com enfermeiros trabalhadores da classificação de risco de um hospital referência em atendimentos de pacientes com AVC, observou-se que metade dos entrevistados não possuía especialização nem obteve treinamento para atuação na classificação de risco, além de não possuírem na área de gerontologia. Isso conhecimento, pode gerar insegurança nos atendimentos dos profissionais, principalmente na resolução das manifestações clínicas dos pacientes (SANTOS *et al.*, 2019). Verifica-se que há carência no conhecimento dos profissionais nas áreas de urgência e emergência seguida da gerontologia, investimentos nessas áreas de conhecimento dará ao profissional qualificação e segurança para realizar os atendimentos independente da gravidade apresentada.

Por outro lado, a implantação do protocolo de classificação de risco em uma maternidade-escola proporcionou treinamentos a metade dos colaboradores integrante da equipe. Após inserido, os enfermeiros relataram dificuldades para oferecer assistência adequada aos usuários, pois a escassez de conteúdos informativos, pulseiras para sinalizar a classificação e dispositivos para promoção de informações, desorganiza a rotina do serviço (FIGUEIROA *et al.*, 2017).

Também se destaca que ao encaminhar usuários de baixa complexidade para cuidados na atenção primária a saúde, há ruptura de vínculo devido o serviço de emergência ser a principal opção para resolução de suas queixas. A pouca resolução nesse nível de atenção para consultas com especialista ou até falta de atendimento médico contribui para precariedade do serviço (MENDONÇA *et al.*, 2018). Conforme demonstrado nesse estudo, precisa-se que o serviço de referência e contrarreferência apresente efetividade, promovendo resolutividade as demandas ofertadas. Faz-se necessário um acordo entre a instituição que presta o serviço de emergência e da principal porta de entrada do paciente ao serviço de saúde, a Atenção Básica, para que haja descrição das demandas com lugar adequado para atendimento.

Há um acordo evidente entre os enfermeiros no uso de protocolo de ACCR na unidade de atendimento. Apesar de não ser obrigatório possuir experiência para trabalhar na classificação de risco, evidenciou-se o preparo e qualificação profissional dos enfermeiros. Entretanto, foi identificado lacunas no serviço como subestimação de sintomas referidos pelos pacientes. Isso, pode acarretar em danos à saúde do paciente, pois não obteve atendimento em tempo oportuno (MALFUSSI *et al.*, 2018).

Um estudo efetuado em um hospital de emergência pediátrica localizado em fortaleza, apresentou importante relação da classificação de risco com sintomas clínicos das crianças e qualidade do atendimento no ambiente hospitalar, deixando evidente o papel do enfermeiro na tomada de decisões no acolhimento, com planejamentos a promoção

a saúde. Em outro estudo que avaliou o protocolo de ACCR nas unidades de urgência e emergência pediátrica, mostrou a eficiência do protocolo, pois é autoexplicativo para classificar o risco. Então, o uso do protocolo por um enfermeiro que recebeu treinamento ou não, proporcionará os mesmos resultados em conformidade com a necessidade de atendimento (VERAS *et al.*, 2019; MAGALHÃES *et al.*, 2017).

Neste outro estudo elaborado em um hospital público referência em ortopedia e traumatologia localizado no norte do Brasil verificou-se que a recepção aos pacientes vítimas de acidentes é desenvolvida com foco nos sinais clínicos e não de forma acolhedora e humanizada. O enfermeiro presta a sistematização da assistência, por outro lado, só faz contato com o paciente a fim de obter informações para preenchimento de formulários. Observou-se também a dedicação dos enfermeiros aos pacientes de maior complexidade, deixando desassistidos outros pacientes em tratamento na unidade, permitindo lacunas nesse processo do cuidar em saúde (CORRÊA *et al.*, 2020). Percebe-se que os cuidados oferecidos aos pacientes não atenderam as particularidades dos mesmos, houve déficit na realização da escuta, assim como o acolhimento de seus familiares.

Ainda referente a esse estudo, os profissionais de enfermagem relataram que utilizam da escuta qualificada para acolher os pacientes e seus familiares de maneira a atender as suas necessidades. Também foi salientado pelos enfermeiros que melhorias da assistência requer da gestão hospitalar investimentos na qualificação da equipe e nas condições de trabalho—(CORRÊA *et al.*, 2020). Nota-se a preocupação dos profissionais com o andamento do serviço, pois os investimentos feitos nesse setor não contemplam as necessidades apresentadas pela unidade. Isso impõe desafios na maneira do profissional prestar assistência humanizada aos pacientes e familiares vítimas de acidentes.

A atuação do enfermeiro no ACCR o possibilita reconhecimento e autonomia profissional, no entanto, esse processo de trabalho é constantemente desafiado por demandas que não estão em seu poder de resolução, mas sim de responsabilidade da gestão do serviço (CARDOSO; SADE, 2019). Mudanças nesse cenário de atuação baseadas na responsabilização e no trabalho multiprofissional da equipe—possibilitará reorganização e reconhecimento do gerenciamento de enfermagem com enfoque em um processo favorável e produtivo a todos os usuários e profissionais trabalhadores do serviço (MASSON *et al.*, 2015).

6 | CONCLUSÃO

Foi possível compreender o processo de trabalho dos enfermeiros frente as realidades apresentadas pelos serviços de emergências hospitalares, bem como as facilidades e dificuldades vivenciadas na rotina de trabalho. Nota-se que apesar das dificuldades apresentadas, os enfermeiros veem a classificação de risco como uma proposta que apresenta melhorias significativas na qualidade e reorganização dessa rede

de atenção à saúde.

Salienta-se que o ACCR se apresenta como uma importante ferramenta nos serviços de urgências e emergências hospitalares, diante disso, faz-se necessário ampliação nas discussões que envolvam gestores e colaboradores a fim de proporcionar melhorias na qualidade da assistência oferecida. Destaca-se também a necessidade de treinamento e educação continuada em saúde a todos profissionais atuantes do serviço, de modo a potencializar os cuidados oferecidos de forma acolhedora e humanizada.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, A. M.; DURO, C.L.M.; LIMA, M. A. D. S. Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v. 33, n. 4, p. 181-190. 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472012000400023&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 04 jun. 2020.

ANSCHAU, F. *et al.* Avaliação de intervenções de Gestão da Clínica na qualificação do cuidado e na oferta de leitos em um hospital público de grande porte. **Sci. Med (online)** Porto Alegre RS, v. 27, n.2, p. 01-07, abr./jun. 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-848125?lang=pt>. Acesso em: 03 jun. 2020.

BARTEL, T. E. *et al.* Dialogando sobre serviços de saúde a partir da implantação do acolhimento com avaliação e classificação de risco: Relato de experiência. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.39, n.1, p.164-173, jan./mar. 2015. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/131322>. Acesso em: 03 jun. 2020.

BELLUCCI JÚNIOR, J. A; MATSUDA, L. M. Implantação do sistema acolhimento com Classificação e Avaliação de Risco e uso do Fluxograma Analisador. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 217-225, mar. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 02 jun. 2020.

BELUCCI JÚNIOR, J. A. Avaliação do acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência. 2011. Dissertação. Universidade Estadual de Maringá, Maringá. 2011.

BRASIL, **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em 04 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético ético-estético no fazer em saúde. Brasília - DF: Editora MS, 2004. 49 p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf>. Acesso: 03 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília: MS; 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf. Acesso em 03 jun. 2020.

BRASIL. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Protocolo Estadual de Classificação de Risco/ SESAB**. Salvador: Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, 2014. P.54. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/2014/12/29/publicado-protocolo-estadual-de-classificacao-de-risco/>. Acesso em: 03 jun. 2020.

CARDOSO, F. S.; SADE, P. M. C. **Acolhimento com classificação de risco nos serviços de saúde: instrumento do processo de trabalho do enfermeiro.** In: Associação Brasileira de Enfermagem; VALE, E. G.; PERUZZO, S.; FELLI, V. E. A (orgs). PROENF Programa de Atualização em Enfermagem: Gestão Ciclo 9. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2019, p. 9-34.

CAVEIÃO, C. *et al.* Desafios ao enfermeiro na implantação da classificação de risco em unidade mista. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 4, n. 1, p. 01-196, jul. 2014. Disponível em: <http://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/10527>. Acesso em: 03 jun. 2020.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Participação do enfermeiro na atividade de classificação de risco.** Resolução nº 423 de 09 de abril de 2012. Lex. Coletânea de legislação: edição federal, Brasília, DF; 2012. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4232012_8956.html. Acesso em: 04 jun. 2020.

CORRÊA, L. O. *et al.* Acolhimento de enfermagem à pessoa vítima de acidente de motocicleta e ao familiar acompanhante. **Esc Anna Nery**, v. 24, n. 4, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-8145202000400213&tlng=pt. Acesso em: 10 ago. 2020.

COSTA, N. M. M. R. *et al.* Acolhimento: Percepção de enfermeiros em uma unidade de Urgência e Emergência. **Rev Enferm UFSM**, v. 8, n. 3, p. 576-590, Jul./Set. 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1034507>. Acesso em: 10 ago. 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-974843>. Acesso em: 04 jun. 2020.

DROGUETT, T. C. *et al.* Percepção da enfermagem sobre a qualidade do acolhimento com classificação de risco do serviço de emergência. **Revista Enfermagem UFSM**, v.8 n.3, p18-529, jul./set. 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-34324>. Acesso em: 04 jun. 2020.

DURO, C. L. M.; LIMA, M. A. D. S.; WEBER, L. A. F. Opinião de enfermeiros sobre classificação de risco em serviços de urgência. **Rev Min Enferm**, v. 21, n. 1-9, e. 1062, 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-907936>. Acesso em: 10 ago. 2020.

DURO, C. L. M.; LIMA, M. A. D. S.; WEBER, L. A. F. Opinião de enfermeiros sobre classificação de risco em serviços de urgência. **Revista Mineira Enfermagem**, v.21, p.1-9. 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-907936>. Acesso em: 04 jun. 2020.

FIGUEIROA, M. N. *et al.* Acolhimento do usuário e classificação de risco em emergência obstétrica: avaliação da operacionalização em maternidade-escola. **Esc Anna Nery**, v. 21, n. 4, e. 20170087, 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-891734>. Acesso em: 10 ago. 2020.

FRADIQUE, M. J, MENDES, L. Efeitos da liderança na melhoria da qualidade do cuidado de enfermagem. **Revista Enfermagem Referência**, v.10, n.3, p. 45-53. 2013. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832013000200006. Acesso em: 04 jun. 2020.

GANLEY, L.; GLOSTER, A.S. Uma visão geral da triagem no departamento de emergência. **Nurs Stand**. v.26, n. 12, n.49-56, 2011.

GOUVEIA, M. T. *et al.* Análise do acolhimento com classificação de risco em unidades de pronto atendimento. **Rev Min Enferm**, v. 23, e. 1210, jan. 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1051565>. Acesso em: 10 ago. 2020.

GRIMBERG, S. C. R. *et al.* Entraves no Acolhimento por Enfermeiros de um Hospital Público. **R Bras Ci Saúde**, v. 19, n. 4, p. 299-306, 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-784579?lang=es>. Acesso em: 10 ago. 2020.

INOUE, K. C. *et al.* Avaliação da qualidade da Classificação de Risco nos Serviços de Emergência. **Acta paul. Enfer**, vol.28, n.5, p.420-425, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-21002015000500420&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 04 jun. 2020.

MACKWAY-JONES, K.; MARSDEN, J.; WINDLE, J. **Emergency Triage**. Manchester Triage Group. 2ª ed. Oxford: Blackwell; 2006. 178p.

MAGALHÃES, F. J. *et al.* Protocolo de acolhimento com classificação de risco em pediatria: confiabilidade interobservadores. **Acta Paul Enferm**, v. 30, n. 3, p. 262-270, mai-jun. 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-885811>. Acesso em: 10 ago. 2020.

MALFUSSI, L. B. H. *et al.* Concordância de um protocolo institucional de avaliação com classificação de risco. **Texto Contexto Enferm**, v. 27, n. 1, e. 4200016, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-904406>. Acesso em: 10 ago. 2020.

MASSON, N. *et al.* Acolhimento e Vínculo: tecnologias relacionais na produção da saúde. **Revista Bras Pesq Saúde**, v. 17, n. 2, p. 103-110, abr-jun. 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/13194/9244>. Acesso em: 10 ago. 2020.

MENDONÇA, A. R. *et al.* Competências do enfermeiro nos serviços de emergência. **Ver Enferm UFPE**, v. 12, n. 10, p. 2816-2824, out. 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-996990>. Acesso em: 10 ago. 2020.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 11. Ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

NASCIMENTO, E. R. P. *et al.* Acolhimento com avaliação e classificação de risco: Avaliação dos profissionais de enfermagem de um serviço de emergência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.13, n.4, p.597-603, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_05.pdf. Acesso em: 04 jun. 2020.

OLIVEIRA, G. N. *et al.* Acolhimento com avaliação e classificação de risco: concordância entre os enfermeiros e o protocolo institucional. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 500-506, abr. 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-11692013000200500&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 03 jun. 2020.

OLIVEIRA, J. L. C. *et al.* Atuação do enfermeiro no acolhimento com classificação de risco: um estudo de metassíntese. **Rev. Cienc. Cuid. Saúde**, v. 15, n.2, p. 374-382, abr./jun. 2016.

OLIVEIRA, J. L. C. *et al.* Atuação do enfermeiro no acolhimento com classificação de risco: um estudo de metassíntese. **Cienc Cuid Saúde**, v. 15, n. 2, p. 374-382, abr- jun. 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-974843>. Acesso em: Acesso em: 10 ago. 2020.

PAGLIOTTO, L. F. *et al.* Classificação de risco em uma unidade de urgência e emergência do interior paulista. **CuiArte Enfermagem**, v10, n.2, p.148-155, jul./dez. 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/enfermeria/resource/pt/bde-30344>. Acesso em: 04 jun. 2020.

RATES, H. F. *et al.* O (in)visível no cotidiano de trabalho de enfermeiros no acolhimento com classificação de risco. **Rev. Eletr. Enf**, v. 20, 2018. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/48608>. Acesso em: 10 ago. 2020.

RATES, H. F.; ALVES, M.; CAVALCANTE, R. B. **Enferm. Foco**. v.7, n.2, p.52-56, 2016a.

RATES, H. F.; ALVES, M.; CAVALCANTE, R. B. O processo de trabalho do enfermeiro no acolhimento com classificação de risco. **Rev Min Enferm**, v. 20, n. 1,6, e. 969, 2016b. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-835276>. Acesso em: 10 ago. 2020.

RONCALLI, A. A. *et al.* Experiências cotidianas do enfermeiro na classificação de risco em unidade de pronto atendimento. **Revista Enfermagem UFPE**, v.11, n.4, p. 1743-1751, abr. 2017a. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-31223>. Acesso em: 04 jun. 2020.

RONCALLI, A. A. *et al.* Protocolo de Manchester e população usuária na classificação de risco: Visão do enfermeiro. **Rev Baiana Enferm**, v.31, n. 2, e. 16949. 2017. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/16949>. Acesso em: 10 ago. 2020b.

SANTOS, A. A. *et al.* Fatores intervenientes no acolhimento à pessoa com suspeita de doença cerebrovascular. **Rev Baiana Enferm**, v. 33 e. 28018, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1013379>. Acesso em: 10 ago. 2020.

SANTOS, C. M. *et al.* Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência e emergência: limites e possibilidades uma questão para os enfermeiros. **Biológicas & Saúde**, v. 4, n. 15, dez. 2014. Disponível em: https://ojs3.perspectivasonline.com.br/biologicas_e_saude/article/view/566. Acesso em: 04. jun. 2020.

SOUZA, C. C. *et al.* Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 26-33, 2011. Disponível em https://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_05.pdf. Acesso em: 04 jun. 2020.

SOUZA, C. C. *et al.* Percepção do enfermeiro sobre a realização da classificação do risco no serviço de urgências. **Invest. Educ. Enferm**, v.32, n.1. Medellín, jan. 2014. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072014000100009&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 04 jun. 2020.

SOUZA, R. S. S.; BASTOS, M. A. R; Acolhimento com classificação de risco: o processo vivenciado por profissional enfermeiro. **REME Revista Mineira de Enfermagem**, v.12, n.4, p. 581-586, out./ dez.2008. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-17893>. Acesso em: 04 jun.2020.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein.**, v.8, n.1, p. 102-6, 2010.

VERAS, J. E. G. L. F. *et al.* Classificação de risco em pediatria realizada por enfermeiros com enfoque nas condições clínicas. **Rev Rene**, v. 20 e. 40928, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1040982>. Acesso em: 10 ago. 2020.

VIEIRA, A.C. *et al.* Percepção de enfermeiros de emergência no uso de protocolo de avaliação de dor torácica. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.25, n.1, e1830014, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/pt_0104-0707-tce25-01-1830014.pdf. Acesso em: 04 jun. 2020.

WEYKAMP, J. M. *et al.* Acolhimento com classificação de risco nos serviços de urgência e emergência. **Rev Rene**, v. 16, n. 3, p 327-36, 2015. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/2768>. Acesso em:10 ago.

CAPÍTULO 16

ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE PARA FORTALECER PRÁTICAS ASSISTENCIAIS SEGURAS

Data de aceite: 19/03/2021

Suzeline Ferreira

Mestre em Educação, Coordenadora de Enfermagem

Daniela dos Santos Souza

Graduada em Enfermagem, Enfermeira Assistencial

Francielle Schaefer

Especialista em Enfermagem Hospitalista, Enfermeira Assistencial da Unidade de Pronto Atendimento (UPA)

RESUMO: O presente resumo tem como objetivo trazer o relato de experiência de uma instituição de saúde, que utilizou da estrutura do Núcleo de Segurança do Paciente com o propósito de sistematizar o trabalho de diversas classes profissionais de saúde em prol do fortalecimento da cultura de segurança e melhoria do atendimento prestado .

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do Paciente, Enfermagem, Equipe de saúde.

ABSTRACT: The present resume aims to bring the experience report of a health institution, which used the structure of the Patient Safety Nucleus in order to systematize the work of several health professional classes in order to strengthen the culture of safety and improvement care provided.

KEYWORDS: Patient Insurance, Nursing, Health Team.

INTRODUÇÃO

A preocupação com a segurança do paciente vem crescendo entre os estabelecimentos de saúde e neste contexto, os profissionais de enfermagem são identificados nas instituições como pioneiros na divulgação da temática, buscando agregar outros profissionais de saúde para implementar, repensar e principalmente sustentar assistência à saúde segura e de qualidade.

OBJETIVO

Este trabalho trata-se do relato de experiência, de uma instituição de saúde, gestora de cinco estabelecimentos (hospital, unidades de pronto atendimento, residencial terapêutico e residencial de longa permanência) e localizada no interior do estado do Rio Grande do Sul, que utilizou a organização da estrutura do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) com o objetivo de sistematizar o trabalho de diversas classes de profissionais de saúde em prol do fortalecimento da cultura de segurança e melhoria do atendimento prestado¹.

MÉTODO

Estudo descritivo do tipo relato de experiência. Com a reorganização do NSP, foram incorporados outros grupos de trabalho – Núcleo Especializado em Lesões de Pele

(NELP), Grupo de Cateteres, CIHDOTT (Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes), Grupo Pop's e Capacitações e Cuidados Paliativos.

RESULTADOS

Com esta adequação conseguimos ampliar as frentes de trabalho simultâneas abrangendo mais processos e profissionais, além de envolver lideranças de diversas áreas, multiplicar a cultura de segurança entre equipe multidisciplinar, pacientes e familiares².

CONCLUSÃO

Através do engajamento das áreas de enfermagem, psicologia, nutrição, serviço social, hotelaria, radiologia, manutenção e farmácia, atualmente ocorre rotineiramente o fortalecimento de processos internos através da discussão de incidentes e eventos adversos e consequentemente união na busca por estratégias, dividindo responsabilidades com foco nas diretrizes e na sustentação de práticas seguras para uma assistência livre de danos.

REFERÊNCIAS

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: Anvisa, 2016.

Brasil. RDC N° 36, 25 de julho de 2013. Institui ações para a Segurança do Paciente em Serviços de Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. 25 jul 2013.

CAPÍTULO 17

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA: PERSPECTIVAS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Data de aceite: 19/03/2021

Data de submissão: 08/01/2021

Carina Gheno Pinto

Universidade do Vale do Rio dos Sinos
Porto Alegre - Rio Grande do Sul
<http://lattes.cnpq.br/5839869041452174>

Jaqueline Herter Soares Grimm

Universidade Regional do Noroeste do Estado
do Rio Grande do Sul
Ijuí - Rio Grande do Sul
<http://lattes.cnpq.br/5113453476504585>

Marina Calegari da Rosa

Universidade Regional do Noroeste do Estado
do Rio Grande do Sul
Ijuí - Rio Grande do Sul
<http://lattes.cnpq.br/5113453476504585>

Diogo da Rosa Viana

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre - Rio Grande do Sul
<http://lattes.cnpq.br/5377266062797904>

João Nunes Maidana Júnior

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre - Rio Grande do Sul
<http://lattes.cnpq.br/4496855925049792>

RESUMO: A Segurança do Paciente (SP) está relacionada às características das organizações de saúde, e dos profissionais e pacientes. Unidades de terapia intensiva (UTI) são de alto risco para erros por sua complexidade. Objetivos: avaliar a cultura de SP na perspectiva

de profissionais de enfermagem atuantes em UTI de um hospital. Método: Estudo transversal de abordagem quantitativa realizado com profissionais de enfermagem atuantes na UTI de um hospital geral, localizado na região noroeste do RS de junho a setembro de 2014. Para coleta de dados utilizou-se o *Safety Attitudes Questionnaire*, e os dados analisados com recursos da estatística descritiva. Prevalenceram os profissionais do sexo feminino 78,4%, técnicos de enfermagem, 79,4%, na faixa etária de 18 a 30 anos de idade com tempo nas especialidades de 3 a 4 anos. Em relação ao domínio “Clima de Trabalho em Equipe”, 96,9% têm apoio dos membros da equipe para assistir os pacientes; No “Clima de Segurança”, 87,6% conhecem os meios adequados para encaminhar questões relacionadas à SP e 36,1% optaram pela neutralidade relacionado condutas da administração; no domínio “Satisfação no Trabalho” 96,9% afirmaram que gostam do trabalho; Sobre a “Percepção do Estresse”, 79,3% concordam que seu desempenho fica prejudicado com carga de trabalho excessiva; Na “Percepção da Gerência”, 74,7% afirmaram que recebem informações adequadas sobre o trabalho e 71,2% que a administração está fazendo um bom trabalho; A relação “Condições de Trabalho”, 85,6% afirmaram que o hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe. Conhecer a percepção dos profissionais de enfermagem sobre a SP contribuindo para melhoria do cuidado em saúde, a redução dos riscos ao paciente. O estudo demonstrou uma cultura de SP com potencial de melhorias em todas as dimensões, servindo para

o planejamento de estratégias para SP nessa instituição.

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do Paciente, Enfermagem, Unidades de Terapia Intensiva.

CULTURE OF PATIENT SAFETY IN INTENSIVE CARE UNITS: PERSPECTIVES OF THE NURSING TEAM

ABSTRACT: Patient Safety (SP) is related to the characteristics of health organizations, professionals and patients. Intensive care units (ICUs) are at high risk for errors due to their complexity. Objectives: to evaluate the culture of SP from the perspective of nursing professionals working in the ICU of a hospital. Method: Cross-sectional study with a quantitative approach carried out with nursing professionals working in the ICU of a general hospital, located in the northwest region of RS from June to September 2014. For data collection, the Safety Attitudes Questionnaire was used, and the data analyzed with descriptive statistics resources. Female professionals prevailed 78.4%, nursing technicians, 79.4%, aged between 18 and 30 years old, with time in the specialties of 3 to 4 years. Regarding the “Team Work Climate” domain, 96.9% have support from team members to assist patients; In the “Climate of Security”, 87.6% know the adequate means to address issues related to SP and 36.1% opted for neutrality related to management behaviors; in the “Job Satisfaction” domain, 96.9% stated that they like work; Regarding “Perception of Stress”, 79.3% agree that their performance is impaired by excessive workload; In the “Perception of Management”, 74.7% stated that they receive adequate information about the work and 71.2% that the administration is doing a good job; In the “Working Conditions” ratio, 85.6% stated that the hospital does a good job in training new team members. Knowing the perception of nursing professionals about SP contributing to the improvement of health care, the reduction of risks to the patient. The study demonstrated a culture of SP with potential for improvement in all dimensions, serving to plan strategies for SP in this institution.

KEYWORDS: Patient Safety, Nursing, Intensive Care Units.

INTRODUÇÃO

A preocupação em proporcionar uma assistência em saúde segura aos pacientes, tem sido um componente essencial para a qualidade do cuidado. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), segurança do paciente corresponde à redução ao mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (BRASIL, 2013), ou seja, reduzir atos inseguros nos processos assistenciais de forma a alcançar os melhores resultados para o paciente.

A segurança do paciente está relacionada a fatores como fragilidades nas organizações de saúde, comunicação, dimensionamento inadequado entre equipes e profissionais, equipamentos, excesso de tarefas e conhecimento limitado sobre segurança. Além disso, somam-se também as características pessoais dos profissionais de saúde e o próprio paciente (SANTIAGO, TURRINI, 2015).

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) são considerados cenários de alto risco,

extremamente suscetíveis a erros. Diante da complexidade dos procedimentos realizados, do grau de responsabilidade, a tomada de decisão imediata, o número insuficiente de profissionais, a jornada de trabalho extensa e as condições desfavoráveis de trabalho acabam levando os profissionais a ficar expostos a algum tipo de risco (FROTA *et al.*, 2013).

Entende-se não ser possível discorrer sobre segurança do paciente sem transitar pela temática da cultura organizacional das instituições de saúde, que pode ser definida como o somatório de valores, experiências, atitudes e práticas que orientam o comportamento de um grupo. (PAESE, SASSO, 2013). Se a cultura organizacional da instituição em relação ao manejo de eventos adversos estiver baseada na punição e culpa isso poderá causar omissão dos relatos desses eventos, dificultando a construção de uma cultura institucional voltada para a segurança do paciente (FRANÇOLIN, *et al.*, 2015).

Nesse sentido, mensurar o clima de segurança de uma instituição possibilita ter uma noção de como está fundamentada a cultura de segurança, apontando as mudanças que devem ser implementadas com vistas à segurança do paciente. Frente a essas considerações e acreditando na importância da temática segurança do paciente como pressuposto norteador das instituições de saúde, este estudo foi desenvolvido tendo por questão norteadora: qual é a percepção da cultura de segurança do paciente dos profissionais de enfermagem atuantes em Unidades de Terapia Intensiva de um hospital geral de porte IV da região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul? E como objetivo geral: Avaliar descritivamente a cultura de segurança do paciente na perspectiva de profissionais de enfermagem atuantes em Unidades de Terapia Intensiva, de um hospital geral de porte IV.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa. A presente pesquisa é recorte do projeto institucional intitulado “Clima de segurança do paciente na ótica dos profissionais de enfermagem” o qual aborda acerca do clima de segurança de todos os profissionais de enfermagem de um hospital de porte IV da região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul.

O estudo foi desenvolvido em um hospital geral de porte IV, do noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. A população do estudo foi selecionada por conveniência, no período de junho a setembro de 2014. Destaca-se que a instituição hospitalar tinha no período supracitado 599 profissionais de enfermagem, destes 422 integraram a pesquisa. Neste estudo fazem parte 97 profissionais de enfermagem atuantes nas Unidades de Terapia Intensiva.

Crítérios de inclusão: ser profissional enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem que trabalha há pelo menos um mês nas UTI's, com carga horária semanal de pelo menos 20hs. Foram excluídos os profissionais de enfermagem que se encontravam em licença

saúde, e menores de 18 anos de idade.

A coleta de dados foi realizada por meio do Questionário de Atitude de Segurança, Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) desenvolvido por pesquisadores da Universidade do Texas Eric Thomas, John B Sexton e Robert L Helmreich, que o criaram à partir de outras escalas: Intensive Care Unit Managet Attitudes Questionnaire e o Flight Managet Attitudes Questionnaire no ano de 2006. No Brasil a escala foi adaptada no ano de 2012 pelas pesquisadoras Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho e Silvia Helena De Bortoli Cassiani, conforme cultura e realidade dos hospitais do país. O SAQ é um instrumento que mensura o clima de segurança compreendido pelos profissionais. É o mais sensível para avaliar atitudes de segurança individuais. Tem capacidade de fornecer informações referentes a necessidades de implementações na instituição que influenciam no clima de segurança (CARVALHO, CASSIANI, 2012). A coleta foi realizada pelos bolsistas e por auxiliares de pesquisa devidamente capacitados.

O instrumento é composto por duas partes: a primeira contém 41 questões, envolvendo a percepção sobre segurança do paciente. A segunda parte visa coletar dados do profissional: cargo exercido, gênero, atuação principal e tempo de atuação. Tem capacidade de mensurar a percepção de profissionais de saúde através de seis domínios: **Clima de Trabalho em Equipe**: considerado como qualidade do relacionamento e a colaboração entre os membros de uma equipe; **Clima de Segurança**: percepção dos profissionais quanto ao comprometimento organizacional para segurança do paciente; **Satisfação no Trabalho**: visão positiva do local de trabalho; **Percepção do Estresse**: reconhecimento de quanto os fatores estressores podem influenciar na execução do trabalho; **Percepção da Gerência**: aprovação das ações da gerência ou administração, tanto da unidade em que o profissional atua, quanto do hospital como um todo; **Condições de Trabalho**: percepção da qualidade do ambiente de trabalho. (RIGOBELLO *et al.*, 2012).

A resposta de cada questão segue a escala de cinco pontos de Likert: opção (A) discorda totalmente, (B) discorda parcialmente, (C) neutro, (D) concorda parcialmente, (E) concorda totalmente e (X) não se aplica (RIGOBELLO *et al.*, 2012). A análise dos dados, foi realizada pelo programa PASW Statistics® (Predictive Analytics Software, da SPSS Inc., Chicago - USA) 18.0 for windows.

Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUI) sob parecer consubstanciado nº 652.985/2014.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados encontrados neste estudo demonstraram positividade na grande parte dos domínios expressando um potencial de melhorias para qualificar a segurança do paciente e dos trabalhadores. A necessidade do fortalecimento de uma cultura de segurança

no nível organizacional é apontada como medida fundamental ao processo de melhoria da segurança do paciente no contexto hospitalar (REIS, MARTINS, LAGUARDIA, 2013).

Na equipe de enfermagem pesquisada prevaleceu os técnicos e auxiliares de Enfermagem (79,4%). No que se refere às características sociodemográficas, o estudo evidenciou a prevalência de mulheres. Característica que vai ao encontro de estudos nacionais. Tal fato é característico da enfermagem, já que desde os primórdios o cuidado aos enfermos é uma atividade exercida geralmente por mulheres. Em relação a faixa etária de maior concentração dos respondentes é de 18 a 30 anos. Dados do COFEN/2011 apontam que a força de trabalho dos profissionais de enfermagem no Brasil é majoritariamente jovem, com 63,23% na faixa etária entre 26 a 45 anos, no auge na sua força produtiva e reprodutiva. Quanto à escolaridade dos participantes, prevaleceram os profissionais com ensino médio completo (79,4%). Ao que se refere à categoria profissional é evidente a maior prevalência de trabalhadores do nível médio (auxiliares e técnicos de enfermagem). Evidencia-se também que dos 20 enfermeiros pesquisados, (17) 17,5% possuem grau de especialização, o que demonstra a busca pela qualificação profissional. Em relação ao tempo na especialidade, o maior percentual foi de três a quatro anos (29,9%), o que denota que os trabalhadores têm uma boa experiência na unidade.

Ainda, dos participantes do estudo 33% trabalhavam em outra instituição. Considerando que a maioria dos participantes são mulheres, que por vezes, tendo além das responsabilidades exigidas pelo ofício, somam-se as tarefas do lar, representando tripla jornada de trabalho. Em um estudo realizado em um hospital público da região metropolitana de Fortaleza com profissionais da enfermagem, destaca a dupla jornada como fator de estresse dos trabalhadores, acarretando para muitos a redução do período de sono, o que causa incapacidade cognitiva na execução de tarefas, expondo o trabalhador e o paciente a acidentes ou erros (LIMA *et al.*, 2013).

Na referida investigação quando analisados as respostas dos domínios, os resultados apontam que as sugestões dos enfermeiros são bem recebidas na equipe (86,6%) e quando os investigados foram questionados se é fácil fazer perguntas se existe algo que eles não entendem, 92,8% responderam positivamente. Para Fassarella *et al.* (2013) é um aspecto positivo, visto que a comunicação entre as equipes contribui para uma compreensão conjunta, o que favorece a segurança do paciente e diminui as possibilidades de erros.

Ainda os respondentes sinalizam positivamente que os médicos e enfermeiros trabalham juntos com uma equipe de forma coordenada. O trabalho em equipe é a associação de: relação harmoniosa, interação e cooperação entre os indivíduos no mesmo espaço. Para Rodrigues *et al.* (2016) o trabalho em equipe apresenta-se como um fator importante para que se possa oferecer uma assistência qualificada, de responsabilidade compartilhada e de cultura de segurança do paciente.

Os participantes responderam que tem apoio dos outros membros da equipe

para cuidar dos pacientes (96,9%). Estudos voltados para a equipe de enfermagem, em especial, são essenciais, em virtude de esta lidar diretamente com o paciente, devendo todos aqueles que compõe a equipe estarem cientes de sua reponsabilidade (CAMPOS, DAVID, 2011; BARBOSA *et al.*, 2014).

A pesquisa evidencia uma taxa de respostas positivas para as questões do domínio **clima de trabalho em equipe** um aspecto positivo para a instituição hospitalar. A literatura contribui destacando que, o bom relacionamento é utilizado como estrutura de auxílio na resolução de problemas (SOMENSE, DURAN, 2014).

Quando se trata da terapia intensiva, a importância de um clima organizacional que favoreça a segurança do paciente torna-se ainda mais significativa, visto que a UTI é naturalmente um ambiente assistencial de risco e merece uma análise particular. No que tange ao **domínio clima de segurança**, observamos que 80,4% dos participantes da pesquisa, quando questionados se sentir-se-iam seguros se fossem tratados como pacientes nesta unidade, concordaram total ou parcialmente.

Estar em um ambiente receptivo, amigável e agradável gera motivação e melhora o desempenho dos funcionários, pois estarão mais confiantes e seguros pelo clima organizacional favorável, porém se estiverem em um ambiente negativo, adverso e desagradável é provável que estes funcionários se sintam retraídos e tenham mais dificuldade em realizar suas tarefas. (OLIVEIRA, CARVALHO, ROSA 2012). Observando os resultados que o estudo evidenciou, 79,4% responderam que os erros são tratados de modo apropriado e 87,6%, afirmam que conhecem os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente.

Este domínio não depende apenas da gestão ou da proposta de trabalho institucional, pois além das condições e carga de trabalho, este resultado pode variar conforme a subjetividade do ser humano. Ramírez *et al.* (2011) reforça em seu estudo discutindo que o clima de segurança vai variar de pessoa para pessoa, da forma como este trabalhador se vê frente a assistência e o momento de sua vida.

Ainda em relação ao domínio clima de segurança, observamos 67% dos participantes investigados afirmam positivamente que recebem retorno apropriado sobre seu desempenho. Nesta mesma dimensão, 51,6% discordaram que é difícil discutir sobre os erros e ainda, 85,6% respondeu que são encorajados pelos colegas a relatar quaisquer preocupações referentes à segurança do paciente. Para 49,5% a cultura torna fácil aprender com o erro dos outros, o que conforme Ferreira *et al.* (2014) é considerável, pois erros podem repetir-se e praticados por diversos outros membros da equipe. Já 36,1% posicionaram-se nulos referente se as suas sugestões seriam postas em ação se expressadas à administração.

O trabalho desenvolvido na UTI possibilita ao trabalhador ampliar a compreensão sobre a importância de seu fazer e, também, a descoberta da razão pela qual escolheu fazer parte de uma profissão que tem como fim de seu trabalho o cuidado da vida dos seres humanos. Mesmo que exaustivo, cansativo, a clareza em relação à finalidade do trabalho

na UTI requer responsabilidade, compromisso e envolvimento com o paciente (CECERE *et al.*, 2010).

Apesar do estresse constante e da agilidade permanentemente exigida nesse tipo de ambiente, os trabalhadores referem que, ao mesmo tempo em que desenvolvem um trabalho exaustivo, ele é gratificante. A gratificação e a valorização obtidas através do trabalho na UTI podem influenciar a conduta do trabalhador, estimulando-o à satisfação (SIQUEIRA, KURCGANT, 2012).

Estas questões estão implícitas ao domínio **satisfação no trabalho**, onde os participantes sinalizaram positivamente quando questionados “eu gosto do meu trabalho”. Ainda 90,7% afirmam que a unidade é um lugar com para trabalhar e se orgulham em trabalhar nesta área (94,8%). A boa percepção apresentada pelos profissionais é considerada positiva, pois a satisfação relaciona-se diretamente com a qualidade da assistência.

Fatores que predispõe a satisfação no trabalho envolvem gostar da profissão, reconhecimento, possibilidade de ajudar o outro e os relacionamentos no ambiente de trabalho. Como fatores de insatisfação apresentam-se impossibilidade de crescimento, condições de trabalho ruins, políticas administrativas, supervisão e falta de apoio da instituição e ainda, sendo considerado fator de satisfação e insatisfação estão os relacionamentos, reconhecimento e a remuneração (SOMENSE, DURAN, 2014).

A atuação da equipe de enfermagem na terapia intensiva exige dos profissionais uma atuação direta com situações que podem abalá-los tanto fisicamente quanto psicologicamente. Além disso, são locais cada vez mais sofisticados, burocratizados e mecanicistas, tornando o ambiente de trabalho complexo e instável e expondo a equipe a situações de grande tensão por trabalhar com as emoções dos pacientes, dos familiares e com suas próprias emoções (MARTINS *et al.* 2014).

No domínio que avalia a **percepção do estresse**, foi reconhecido pelos investigados do estudo a influência negativa deste no trabalho, com maior probabilidade de comprometimento na segurança do paciente. 79,3% dos participantes relataram que, quando a carga de trabalho é excessiva o desempenho é prejudicado e que são menos eficientes no trabalho quando cansados. A literatura contribui com os achados revelando que o aumento da carga de trabalho e dos fatores de estresse não permite o desenvolvimento adequado do trabalho e gera insatisfação no profissional, porque não consegue desempenhar suas funções de forma satisfatória (RODRIGUES *et al.* 2016).

Outro fator evidenciado de forma negativa, é o reconhecimento dos profissionais de que há uma maior probabilidade de cometer erros em situações tensas e hostis e que o cansaço prejudica no desempenho durante situações de emergência.

A **percepção da gerência**, seja esta do hospital ou de uma unidade, é outro fator determinante para a segurança do paciente. No que se refere às questões que englobam este domínio 60% concordam que administração da unidade apoia os seus esforços diários,

já em relação à administração do hospital, 43,3% preferiram manter-se nulos, igualmente quando questionados se a administração da unidade não compromete conscientemente a segurança do paciente, 39,1% responderam que concordaram total ou parcial e sobre a administração do hospital, 39,2 responderam nulo. Este achado para Rigobello *et al.* (2012) demonstra a lacuna que há da percepção desses profissionais sobre a gerência hospitalar, que pode estar relacionada à falta de diálogo sobre segurança do paciente.

Ainda, os participantes em seu maior percentual sinalizaram que a administração da unidade e do hospital estão realizando um bom trabalho (71,2% e 64%) e concordaram que os profissionais problemáticos são tratados de maneira construtiva pela unidade (50,5%) e pelo hospital (43,3%). Quando questionados se recebem informações adequadas e oportunas da unidade e do hospital, sobre os eventos que podem afetar seu trabalho, responderam que concordam total ou parcialmente. 53,6% dos concordaram total ou parcial que o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes.

Criar um ambiente de trabalho que propicie diálogo aberto sobre os erros, um ambiente não punitivo e treinamento contínuo dos profissionais são algumas das ações da administração do hospital e da unidade que podem causar impacto positivo na segurança do paciente (RIGOBELLO *et al.*, 2012). É o envolvimento da gerencia juntamente com o apoio da equipe que proporciona a realização de ações para a melhoria da assistência, garantindo um cuidado mais seguro.

O ponto de partida para a prática de um sistema de gestão de segurança do paciente nas organizações é conscientização de gestores e líderes, visto que ela representará a mesma um investimento e não uma sobrecarga de custos, pois erros podem custar vidas, mas também impacto econômico as instituições (FIDELIS, 2011).

No domínio **condições no trabalho**, o qual reflete a qualidade do ambiente de trabalho, os resultados obtidos no estudo foram positivos, aspecto positivo para a instituição. 85% concordam que hospital faz um bom trabalho no treinamento de novos membros da equipe, 67% também responderam que todas as informações necessárias para as decisões diagnósticas e terapêuticas estão disponíveis e 61,8% que os estagiários são adequadamente supervisionados.

Estudos mostram que as condições de trabalho estão relacionadas a satisfação dos profissionais (MELO, BARBOSA, SOUZA, 2011) (REGIS, PORTO, 2011) evidenciado ainda, a necessidade de boas condições de infraestrutura, materiais, equipamentos entre outros, além de ambiente agradável e confortável tanto para o paciente quanto para o profissional.

A relação que o profissional tem com a organização do trabalho e com o seu ambiente de atuação influenciará diretamente o estilo de vida e o cuidado destinado aos pacientes, pois um local de trabalho que acarreta a seu trabalhador tensão constante poderá trazer para sua atuação, enquanto profissional, consequências ruins (MARTINS *et al.*, 2014).

Conhecer a cultura segurança nas instituições de saúde torna-se uma ferramenta essencial nas questões referentes à segurança, visto que implica diretamente na melhoria ou implementação de estratégias que visem à qualidade do cuidado. Este estudo contribui de forma positiva, pois seus resultados podem servir de planejamentos de ações, com intuito de qualificar a segurança do paciente, dos trabalhadores e promover consciência coletiva do comprometimento com a segurança em todos os níveis da instituição.

CONCLUSÃO

Conhecer a percepção dos profissionais de enfermagem sobre o clima de segurança contribui para a melhoria do cuidado em saúde e para a redução dos danos ao paciente. Prestar um cuidado seguro é objetivo de qualquer profissional e das instituições de saúde como um todo. Porém, os seres humanos são passíveis de erros, fazendo-se necessário conhecer os fatores organizacionais que influenciam na assistência, para assim estabelecer mecanismos e barreiras que dificultem a ocorrência de erros.

O estudo demonstrou uma cultura de segurança do paciente com potencial de melhorias em todas as dimensões, servindo para instrumentalizar o planejamento de estratégias para segurança do paciente nessa instituição. Nesse sentido, sugere-se o empenho e o comprometimento de todos os membros envolvidos no processo, partindo dos líderes e da gerência o exemplo de adotar a segurança do paciente como prioridade e estendendo aos profissionais da linha de frente, que devem estar igualmente envolvidos na busca de uma assistência segura e de qualidade.

Por fim, há a compreensão de que a formação de uma cultura de segurança do paciente envolve o engajamento de toda a instituição. Partindo-se dos problemas, na busca pelas respectivas soluções, proporcionando um ambiente no qual os profissionais sintam-se empoderados a participar, colaborando com suas sugestões, identificando, assim, a necessidade de rever o processo de trabalho em prol de uma assistência segura e, conseqüentemente, de qualidade.

REFERÊNCIAS

- BARBOSA, Tais Pagliuco *et al.* **Práticas assistenciais para segurança do paciente em unidade de terapia intensiva.** *Acta Paul. Enferm.* 2014; 27(3):243-8. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n3/1982-0194-ape-027-003-0243.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2016;
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 529 de 1º de abril de 2013. **Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).** *Diário Oficial da União* 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em: 01 out. 2016;
- CAMPOS, Juliana Farias; DAVID, Helena Scherlowski Leal. **Avaliação do contexto de trabalho em terapia intensiva sob o olhar da psicodinâmica do trabalho.** *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2011, vol.45, n.2, pp.363-368. ISSN 0080-6234. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000200009>>. Acesso em: 22 nov. 2016;

CARVALHO, Rhanna Emanuela Fontenele Lima de; CASSIANI, Sílvia Helena De Bortoli. **Questionário Atitudes de Segurança: adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 para o Brasil.** Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2012; 20(3):[8 telas]. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a20v20n3.pdf>. Acesso em: 01 out. 2016.

CECERE, Danae Beatriz Barbosa *et al.* **Compromisso ético no trabalho da enfermagem no cenário da internação hospitalar.** Enferm. Foco. 2010; 1 (2): 46-50. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/13>> Acesso em: 01 dez. 2016;

MARTINS, Claudia Cristiane Figueira *et al.* **Agentes estressores na terapia intensiva: visão dos profissionais de enfermagem.** Rev enferm UFPE on line., Recife, 8(10):3386-91, out., 2014. Disponível em: < <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/4678/10460>>. Acesso em: 05 dez. 2016;

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **O Cofen e a Enfermagem na América Latina.** Enfermagem em Foco 2011; 2(4):251-254. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/195>>. Acesso em: 23 nov. 2016;

FASSARELLA, Cíntia Silva *et al.* **Comunicação no contexto hospitalar como estratégia para a Segurança do paciente: revisão integrativa.** Revista Rede de Cuidados em Saúde. V.7 n.1 (2013). Disponível em: <<http://publicacoes.unigranrio.br/index.php/rcs/article/view/1901/905>> Acesso em: 23 nov.2016;

FERREIRA, Patrícia Cabral *et al.* **Evento adverso versus erro de medicação: percepções da equipe de enfermagem atuante em terapia intensiva.** Rev. Pesqui. Cuid. Fundam. (Online); v.6, n. 2, p.725-734, abr./jun. 2014. Disponível em: < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDEFN&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=25450&indexSearch=ID>> Acesso em: 28 nov. 2016;

FIDELIS, Rozeli Emília. **Cultura de segurança: perspectiva da equipe de enfermagem em unidade de emergência do adulto.** [Dissertação de Mestrado];UFSC, Florianópolis, 2011. Disponível em: <<http://www.hu.ufsc.br/setores/enfermagem/wp-content/uploads/sites/10/2014/10/2011-ROZELI-EM%C3%8DIA-FIDELIS.pdf>> Acesso em: 01 de. 2016;

FRANÇOLIN, Lucilena *et al.* **Gerenciamento da segurança do paciente sob a ótica dos enfermeiros.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 49, n. 2, p. 277-283, 2015. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n2/pt_0080-6234-reeusp-49-02-0277.pdf> Acesso em: 01 out. 2016;

FROTA, Natasha Marques *et al.* **Saúde Ocupacional dos Profissionais de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva.** Enferm. Foco 2013; 4(2): 115-118. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/525/208>>. Acesso em: 14 nov. 2016;

LIMA, Marlinir Bezerra de *et al.* **Agentes estressores em trabalhadores de enfermagem com dupla ou mais jornada de trabalho.** R. pesq.: cuid. Fundam. [Online]. Jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDEFN&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=24215&indexSearch=ID>> . Acesso em: 23 nov. 2016;

MELO, Marcia Borges de; BARBOSA, Maria Alves; SOUZA, Paula Regina de. **Satisfação no trabalho da equipe de enfermagem: revisão integrativa.** Rev. Latino-Am. Enfermagem 19(4):[09 telas] jul.-ago. 2011. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt_26.pdf>. Acesso em: 03 de. 2016;

OLIVEIRA, Daniele de; CARVALHO, Roberto José; ROSA, Adriano Carlos Moraes. **Clima Organizacional: Fator de Satisfação no Trabalho e Resultados Eficazes na Organização.** Disponível em: <<http://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos12/37116504.pdf>> Acesso em: 01 dez. 2016;

PAESE, Fernanda; SASSO, Grace Teresinha Marcon Dal. **Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde.** Texto contexto - enferm. Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 302-310, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a05>>. Acesso em: 01 dez. 2016;

REGIS, Lorena Fagundes Lareia Vitória; PORTO, Isaura Setenta. **Necessidades humanas básicas dos profissionais de enfermagem: situações de (in) satisfação no trabalho.** Rev Esc Enferm USP 2011; 45(2):334-41. Disponível em:<>. Acesso em: 08 dez. 2016;

REIS, Claudia Tartaglia; MARTINS, Mônica; LAGUARDIA, Josué. **A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde- um olhar sobre a literatura.** Ciência & Saúde Coletiva. [online]. 2013, vol.18, n.7, pp.2029-2036. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000700018>>. Acesso em: 22 nov. 2016;

RIGOBELLO, Mayara Carvalho Godinho *et al.* **Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem.** Acta paul. enferm. [online]. 2012, vol.25, n.5, pp.728-735. ISSN 1982-0194. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000500013> Acesso em: 01 out. 2016;

RODRIGUES, Isabela Lencina *et al.* **Facilidades e dificuldades do trabalho em terapia intensiva: um olhar da equipe de enfermagem.** Care Online. 2016 jul/set; 8(3):4757-4765. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4757-4765>. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3881/pdf_1>. Acesso em: 25 nov. 2016;

SANTIAGO, Thaina Helena Roma; TURRINI Ruth Natalia Teresa. **Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 49, n. spe, p. 123-130, 2015; Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000700123>. Acesso em: 25 nov. 2016;

SIQUEIRA, Vera Thania Alves; KURCGANT, Paulina. **Satisfação no trabalho: indicador de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem.** Rev Esc Enferm USP 2012; 46(1):151-7 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a21.pdf>>. Acesso em: 01 dez. 2016;

SOMENSE, Carolina Bueno; DURAN, Erika Christiane Marocco. **Fatores higiênicos e motivacionais do trabalho do enfermeiro em enfermaria de cardiologia.** Rev. Gaúcha Enferm. vol.35 no.3 Porto Alegre Set. 2014. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/45772>>. Acesso em: 06 nov. 2016;

RAMIREZ, Olga Gomez *et al.* **Cultura De Seguridad Del Paciente Por Personal De Enfermería En Bogotá, Colombia.** Cienc. enferm. [online]. 2011, vol.17, n.3, pp.97-111. ISSN 0717-9553. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532011000300009>>. Acesso em: 02 dez. 2016.

CAPÍTULO 18

INVESTIGAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS OCORRIDOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE BRASÍLIA

Data de aceite: 19/03/2021

Data de submissão: 08/01/2021

Victor Guimarães Antônio da Silva

Centro Universitário de Brasília (UnICEUB)
Brasília – Distrito Federal
<http://lattes.cnpq.br/4765517528898968>

Filipe Aurélio de Sá Aquino

Centro Universitário de Brasília (UnICEUB)
Brasília – Distrito Federal
<http://lattes.cnpq.br/0740897168283397>

Priscilla Cartaxo Pierri Bouchardet

Universidade de Brasília (UnB)
Brasília – Distrito Federal
<http://lattes.cnpq.br/0035402063718957>

Ana Helena Brito Germoglio

Universidade de Brasília (UnB)
Brasília – Distrito Federal
<http://lattes.cnpq.br/0445570753395467>

Gabriel Cartaxo Barbosa da Silva

Universidade de Brasília (UnB)
Brasília – Distrito Federal
<http://lattes.cnpq.br/9211811085683869>

Janine Araújo Montefusco Vale

Faculdade da Terra de Brasília (FTB)
Brasília – Distrito Federal
<http://lattes.cnpq.br/3371268858014341>

Norberto Barbosa da Silva

Universidade Católica de Brasília (UCB)
Brasília – Distrito Federal
<http://lattes.cnpq.br/3111047844441497>

Fabiana Xavier Cartaxo Salgado

Centro Universitário de Brasília (UnICEUB)
Ciências e Tecnologias em Saúde -
Universidade de Brasília (UnB)
Brasília – Distrito Federal (DF)
<http://lattes.cnpq.br/1737775115488718>

RESUMO: Esta pesquisa teve como objetivo investigar os eventos adversos (EA) do tipo assistenciais ocorridos na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital público de Brasília. Trata-se de um estudo transversal, descritivo, de caráter retrospectivo e prospectivo. A coleta de dados compreendeu os anos de 2018 e 2019 e foi realizada através de exploração do banco de dados do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e por busca ativa, utilizando os diversos buscadores já utilizados em prontuários eletrônicos. Foram investigados o perfil dos pacientes vítimas de eventos adversos na UTI, os tipos de eventos, as causas e consequências e as intervenções efetuadas. A amostra total de eventos adversos encontrados no período investigado foi 109 e o número de pacientes que sofreram estes eventos foi 71, com média de 1,53 eventos por paciente, sendo 61,97% masculino e 38,03% feminino. A idade média das vítimas foi 47,61 anos e a média do período de internação foi de 58,35 dias. Os eventos/incidentes mais encontrados foram relacionados a assistência ao paciente (28,88%), lesões por pressão (24,06%), processo clínico (21,93%) e a infecção hospitalar (21,93%). O grau de danos provocado aos pacientes pelos EA foram: leve (35,29%), nenhum (16,58%), moderado (14,44%) e grave

(3,74%). As causas dos EA ocorridos foram: fatores humanos (79,81%), fatores externos (14,68%) e fatores do sistema operativo (5,50%). As ações e intervenções realizadas pelo NSP para redução de riscos descritas no trabalho, incluem orientação à equipe de assistência, adequação de manuseio de processos, ações de reciclagem e capacitação de profissionais. A presente pesquisa elucida aspectos importantes envolvidos na ocorrência dos EA na UTI. Entretanto, há necessidade de ampliar a divulgação da problemática exposta, seus riscos, morbidade e mortalidade, medidas de prevenção e orientação de modelos cada vez mais eficazes na resolução dos eventos adversos ainda necessitam ser implantadas no país.

PALAVRAS-CHAVE: Eventos adversos. Segurança do paciente. UTI.

INVESTIGATION OF ADVERSE EVENTS OCCURRED IN THE INTENSIVE CARE UNIT OF A PUBLIC HOSPITAL IN BRASILIA

ABSTRACT: This research aimed to investigate the adverse events (AE) of the assistance type that occurred in the Intensive Care Unit (ICU) of a public hospital in Brasília. This is a cross-sectional, descriptive, retrospective and prospective study. The data collection comprised the years 2018 and 2019 and was carried out by exploring the database of the Patient Safety Center (NSP) and by active search, using the various search engines already used in electronic medical records. The profile of patients who were victims of adverse events in the ICU, the types of events, the causes and consequences and the interventions performed were investigated. The total sample of adverse events found in the investigated period was 109 and the number of patients who suffered these events was 71, with an average of 1.53 events per patient, 61.97% male and 38.03% female. The average age of the victims was 47.61 years and the average length of stay was 58.35 days. The most frequent events / incidents were related to patient care (28.88%), pressure injuries (24.06%), clinical process (21.93%) and hospital infection (21.93%). The degree of damage caused to patients by AS was: mild (35.29%), none (16.58%), moderate (14.44%) and severe (3.74%). The causes of the AE that occurred were: human factors (79.81%), external factors (14.68%) and operating system factors (5.50%). The actions and interventions carried out by the NSP to reduce risks described in the work, include guidance to the assistance team, adequacy of handling processes, recycling actions and training of professionals. This research elucidates important aspects involved in the occurrence of AE in the ICU. However, there is a need to expand the dissemination of the exposed problem, its risks, morbidity and mortality, prevention measures and guidance for models that are increasingly effective in resolving adverse events still need to be implemented in the country.

KEYWORDS: Adverse events. Patient safety. ICU.

1 | INTRODUÇÃO

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a expressão evento adverso (EA) é definida como “qualquer efeito inesperado ou indesejável que ocorra com um paciente que tenha recebido um produto farmacêutico e que não necessariamente tenha relação causal estabelecida com este tratamento” (OMS, 2002) e a segurança do paciente é definida como a redução a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado aos cuidados

de saúde (OMS, 2008). No cenário da saúde, a qualidade do cuidado e a segurança do paciente têm ocupado lugar de destaque não somente nos países desenvolvidos economicamente, mas de forma geral em todo mundo, incluindo os diversos tipos de sistemas de saúde (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

Estudos do Institute of Medicine (IOM) e da OMS desencadearam um movimento global acerca das questões que envolvem os riscos decorrentes de erros e/ou falhas com potencial de causar danos ou a morte de pacientes nos sistemas de saúde (KOHN et al., 2000; OMS, 2009). Em 2004, um estudo canadense relatou que eventos adversos ocorriam em mais de 7% das internações hospitalares e estimou que 9.000 a 24.000 canadenses morriam anualmente devido a um erro médico evitável (BAKER, 2004). Relatórios da Nova Zelândia, Dinamarca (SCHIØLER et al., 2001) e países em desenvolvimento (DONALDSON, 2004) levaram a OMS a estimar que uma em cada 10 pessoas recebendo cuidados de saúde sofria danos evitáveis (OMS et al., 2008).

Iniciativas voltadas para a segurança do paciente foram a criação de comitês multidisciplinares nas instituições de saúde que articulam e coordenam programas e atividades de prevenção de eventos adversos, denominados Comitê de Segurança do Paciente. Os hospitais privados lideraram essa iniciativa. Esses comitês foram criados com a finalidade de promover uma cultura hospitalar voltada para a segurança de pacientes por meio de planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação de processos assistenciais (CASSIANI, 2010).

Em uma instituição hospitalar, o despreparo de profissionais de saúde, devido à falta de conhecimento e visão crítica, reduzida experiência e escassos treinamentos, reflete no cuidado prestado e no processo de gerenciamento de risco das instituições de saúde (AMARAL, 2019). De acordo com Stellute et al. (2018) a UTI responde por 52,4% dos EA hospitalares. Deste modo, os profissionais que realizam cuidados assistenciais na UTI são os principais mediadores para rastrear os fatores de risco, notificar o episódio de dano ao Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e executar o plano de ação a fim de oferecer qualidade assistencial e segurança ao paciente.

Os processos de cuidados à saúde devem conseguir reduzir, a um mínimo aceitável, o risco de falhas e, por consequência, reduzir os danos evitáveis associados à assistência garantindo a segurança do paciente (OMS, 2011). Este trabalho investigou os eventos adversos do tipo assistenciais ocorridos na UTI de um hospital público de Brasília.

2 | MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, de caráter retrospectivo e prospectivo, realizado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. O referido hospital possui um Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) funcionando desde 2014 que monitora incidentes/eventos

adversos em todo o hospital, notifica e desenvolve ações de prevenção destes eventos. Este núcleo possui um banco de dados que armazena todos os eventos adversos ocorridos no hospital, oriundos da notificação feita pelos diversos setores e através de busca ativa realizada pela equipe do NSP.

A coleta de dados compreendeu os anos de 2018 e 2019 e foi realizada através de exploração do banco de dados do NSP e por busca ativa, utilizando os diversos buscadores já utilizados em prontuários eletrônicos. Os tipos de incidentes/eventos adversos notificados e investigados pelo NSP são: (a) assistenciais, (b) medicamentos (farmacovigilância), (c) equipamentos, materiais, artigos médico-hospitalares, implantes e produtos para diagnóstico (tecnovigilância). Esta pesquisa buscou investigar os eventos adversos do tipo assistenciais.

As categorias de incidentes/eventos adversos do tipo assistenciais que foram investigados nesta pesquisa são: falhas nos processos clínicos, falhas na identificação dos pacientes, falhas na administração de dietas, falhas ocorridas em laboratórios clínicos ou de patologia, falhas no cuidado/assistência ao paciente, queimaduras, úlcera por pressão, queda de paciente, falha durante procedimento cirúrgico e falhas de medicações/ fluidos endovenosos. Ressaltamos que a escolha das variáveis acima descritas para compor esta pesquisa, foi baseada nas informações do NSP/HRAN que reconhecem estes eventos como os mais prevalentes na unidade hospitalar investigada.

Para compor a amostra foram considerados como critério de inclusão: pacientes de ambos os sexos e sem discriminação de idade, que tenham sido vítimas de incidentes/eventos adversos do tipo assistenciais ocorridos na UTI do hospital e os critérios de exclusão: pacientes vitimados por incidentes/eventos adversos, que não fazem parte das categorias do tipo assistenciais eleitas para a pesquisa. Para a composição do perfil dos pacientes foram investigados: sexo, idade, e tempo de internação dos pacientes.

Para conhecimento das ações/intervenções realizadas pelo NSP para redução de riscos e danos, foi verificada a identificação atenta dos riscos aos quais os pacientes estão sujeitos, mediadas por incorporação de boas práticas na assistência direta e/ou indireta, a identificação das barreiras e oportunidades encontradas para promover a segurança na instituição, a existência de indicadores de qualidade e de sistema de registros e acompanhamentos de eventos adversos, alinhados à política de segurança do paciente na instituição, entre outros.

Os dados quantitativos do estudo foram tabulados no programa Excel e analisados no Statistical Package of Social Science versão 23.0. Os resultados foram apresentados de forma descritiva adotando-se números absolutos e proporções para as variáveis categóricas e medidas de tendência central e dispersão para as variáveis numéricas.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde/FEPECS/SES/DF (CAAE: 17697419.7.3001.5553) e pelo CEP do UniCEUB (CAAEde 17697419.7.0000.0023).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra total de eventos adversos encontrados no período investigado foi 109 e o número de pacientes que sofreram estes eventos foi 71, com média de 1,53 eventos por paciente. Segundo dados do NSP do hospital desta pesquisa, os EA ocorridos na UTI representaram 20,07% de todas as ocorrências investigadas nos anos de 2018 e 2019.

O perfil de sexo, idade e período de internação dos pacientes da pesquisa encontram-se demonstrados na tabela 1.

Variáveis	Pacientes (n=71)	
Sexo	M=61,97% (n=44)	F=38,03% (n=27)
Idade (média e DP)	47,61±22,40 anos	
Período de internação (média e DP)/mediana	58,35±68,77 43 dias	

Tabela 1 – Perfil dos pacientes vítimas de eventos adversos assistenciais na UTI (n=71).

No Brasil, no ano de 2016, a NOTIVISA, boletim que aponta dados sobre segurança do paciente e retrata as notificações de Incidentes Relacionados à Assistência à Saúde e trabalho, apresenta semelhanças no perfil de sexo e idade com o presente trabalho. Esse boletim recebeu 53.997 notificações de incidentes, sendo que os eventos mais frequentemente notificados foram referentes a “falhas do tipo assistenciais” e ocorreram em unidades hospitalares, principalmente em setores de internação (ANVISA, 2017).

Dados do boletim de segurança do paciente identificou a UTI como um dos setores com maior número de eventos adversos (EA) (ANVISA, 2017; FURINI, 2018). Moura (2014) em seu estudo realizado em um hospital público no Sul do Brasil detectou que as unidades de Terapia Intensiva foram as responsáveis pelo maior número de incidentes notificados no ano 2012 seguidas das demais Unidades de Internação. De acordo com De Vries (2008) a maioria dos eventos estão localizados na Unidade de Terapia Intensiva.

As UTIs são reconhecidas como setores muito suscetíveis à ocorrência de incidentes e eventos adversos. Alguns aspectos são essenciais para facilitar a ocorrência de falhas nesses ambientes, como a complexidade dos casos, a necessidade de decisões de alto risco de maneira imediata, a falta de informações prévias a respeito do grau de comprometimento dos pacientes, e a utilização de um arsenal medicamentoso muito mais complexo em função da maior gravidade do quadro clínico inicial, assim como a variabilidade de capacitação da equipe multidisciplinar (NOVARETTI, 2014).

O tempo de internação encontrado nesta pesquisa foi elevado. A utilização do tempo de permanência em uma instituição hospitalar é comumente utilizada como indicador de eficiência. Entretanto, tem sido apontado como um sinal relacionado à qualidade do cuidado prestado (THOMAS, 1997). Considerar a influência do fator tempo no contexto de

desfechos diversos pode fazer toda diferença. A probabilidade de que ocorra um EA, por exemplo, é diretamente proporcional ao tempo de internação (ROQUE, 2011).

De acordo com Roque et al (2011), a probabilidade de sobreviver livre de evento adverso a medicamentos durante a internação de 30, 60 e 100 dias é de 96%, 93% e 73% respectivamente. A tabela 2 apresenta a estratificação da caracterização dos incidentes/eventos adversos do tipo assistenciais, bem como o grau de exposição de dano ao paciente.

Incidentes/eventos adversos do tipo assistenciais	n= 187	%	Grau do dano (consequências)				
			Nenhum (n)	Leve (n)	Moderado (n)	Grave (n)	Não consta (n)
Cuidado/assistência ao paciente	54	28,88	15	13	8	3	15
Lesão por pressão	45	24,06	0	22	5	0	18
Processo clínico	41	21,93	16	7	4	3	11
Infecção hospitalar	41	21,93	0	21	10	0	10
Procedimentos cirúrgicos	2	1,07	0	1	0	1	0
Equipamentos médicos	2	1,07	0	1	0	0	1
Administração de dietas	1	0,53	0	1	0	0	0
Medicações/fluídos endovenosos	1	0,53	0	0	0	0	1
Total	187	100	31	66	27	7	56

Tabela 2 – Caracterização dos Incidentes/eventos adversos do tipo assistenciais e grau de dano.

Cabe esclarecer que um mesmo evento adverso pode ser caracterizado em mais de um tipo, por exemplo: lesão por pressão pode estar classificada também como infecção hospitalar, o que explica a diferença no número de eventos encontrados (n=109). Em adição, o sistema de armazenamento de dados do NSP, ao categorizar esses eventos, assim os estratificam, contabilizando, no entanto, como um evento somente.

Incidentes/eventos envolvendo hemoderivados, administração de gases/O₂, laboratórios clínicos/patologia, queda de pacientes, queimaduras, identificação de paciente, procedimentos de transplante ou enxerto e assistência radiológica não apresentaram nenhum caso.

É necessário muito empenho para garantir uma assistência de qualidade e de segurança, entretanto, o erro humano é um dos fatores que tem sido destaque quando a questão envolve essa temática. Considerando a literatura documentada foi possível identificar quais foram as principais falhas ocasionadas durante a assistência à saúde, dentre elas encontram-se os erros de medicações, falhas de comunicação, erros em procedimentos cirúrgicos, as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde, erros de identificação de pacientes, quedas dos pacientes e uso incorreto de dispositivos para a

saúde (DUARTE, 2015; COSTA, 2017).

Os eventos mais frequentes encontrados neste estudo foram relacionados ao cuidado/assistência ao paciente, lesão por pressão, processo clínico e infecção hospitalar, que juntos totalizaram 96,80% dos eventos. Tais achados são em parte concordantes com a literatura, que reporta com mais frequência os eventos relacionados a falhas durante a assistência ao paciente (24,36%), lesão por pressão (18,37%), quedas (11,26%) e as falhas na identificação do paciente (7,93%) (ANVISA, 2017).

Maia et al. (2018), também encontraram as falhas durante a assistência, como a principal causa dos incidentes, cerca de metade dos eventos, ressaltando ainda, que estes provavelmente sofram subnotificações. No estudo apontado por Barros (2013), às falhas durante a assistência à saúde representam 20,26%, seguidas das lesões por pressão 19,16%, falha na identificação do paciente 9,97%, quedas 9,15%, falhas na administração de dietas 7,82%, falhas nas atividades administrativas 2,50%, seguidas das queimaduras que são 2,05%.

Grau de dano refere-se ao grau de comprometimento, repercussão sobre o estado de saúde do paciente e pode ser classificado em: nenhum dano quando não há consequências ao paciente; dano leve quando o paciente apresenta sintomas leves, danos mínimos ou intermediários de curta duração sem intervenção ou com uma intervenção mínima; dano moderado quando o paciente necessita de intervenção, prolongamento da internação, perda de função, danos permanentes ou em longo prazo; e grave dano quando é necessária intervenção para salvar a vida, grande intervenção médico cirúrgica ou causa grandes danos permanentes ou em longo prazo (OMS, 2011).

Nossos achados demonstram que os eventos ocorridos na UTI expuseram os pacientes a diversos graus de danos, sendo que o mais prevalente foi o leve com 35,29%, seguido de nenhuma exposição de dano 16,58%, moderado grau de dano 14,44% e em 3,74% de exposição grave de dano. Ressaltamos que em 29,95% dos eventos não consta a classificação de dano o que pode comprometer ou enfraquecer as reflexões acerca destas repercussões, haja visto, que este cenário poderia ser alterado, caso constasse estas informações. Entretanto, a literatura que aborda estes tipos de danos tem demonstrado afinidade com nossos resultados.

Estudo realizado por Furini (2018) revelou que 65,12% dos eventos adversos foram classificados como de grau leve, 29,36% de grau moderado e 3,78% como graves. Gottems et al. (2016), encontraram como grau de dano mais predominante, o leve, seguido do moderado e Barros (2013), identificou em sua pesquisa que 44,0% dos casos não houve nenhum dano, 48,28% dos danos foram leves, 6,39% moderados e 1,33% danos graves. O maior consenso entre todos esses resultados é que o grau de dano grave é o mais incomum, embora seja o de maior repercussão sobre o paciente.

As causas dos eventos baseiam-se em três elementos centrais, que, em geral, ocorrem simultaneamente. Os fatores humanos, sendo refletidos pelo comportamento,

desempenho e comunicação entre os profissionais de saúde e no relacionamento da equipe, além dos componentes individuais dos profissionais, dos pacientes e da doença; os fatores externos, que fogem do controle da organização, como o meio ambiente e as políticas legislativas e os fatores do sistema operativo, como o ambiente em torno do trabalho e o nível de preocupação com a segurança do paciente (OMS, 2009). As causas dos eventos encontrados nesse trabalho, estão desse modo caracterizadas e descritas na tabela 3.

Elementos centrais das causas dos eventos	n = 109	%
Fatores humanos	87	79,82
Fatores externos	16	14,68
Fatores do sistema operativo	6	5,50

Tabela 3 – Causas dos incidentes/eventos adversos ocorridos na UTI.

Nossa pesquisa demonstrou que os fatores humanos foram os mais prevalentes nas causas dos eventos investigados. Na área de saúde, o erro humano está atrelado a múltiplos fatores, que variam desde causas específicas ao próprio paciente, institucionais, financeiras, estruturais, e de fatores humanos, como a falta de conhecimento e habilidades. Desta forma, é inevitável concluir que a melhor maneira de prevenção do erro humano é conhecer a possibilidade de sua ocorrência, bem como saber caracterizar, e relacionar suas causas e consequências (GUISE, 2014; PEREIRA, 2014).

A literatura identifica como principais fatores que contribuíram para a ocorrência de eventos adversos o déficit no cumprimento das normas e rotinas institucionais, déficit de supervisão de enfermagem e inexperiência profissional (TOFFOLETTO, 2013). A ação inadequada e a omissão, por parte do profissional de saúde, podem expor o paciente a riscos por negligência, imprudência ou imperícia (FREITAS, 2007).

Utilizando uma abordagem mais abrangente, e, portanto, sistêmica, é entendido que os erros estão frequentemente associados a sistemas defeituosos e processos falhos, o que proporciona sua análise por intermédio de um paradigma o qual reconhece a condição humana como predisposta a cometer falhas e conclui que a segurança depende da criação de sistemas que antecipem esses erros e que os previnam ou que os percebam antes que eles causem danos (WACHTER, 2013; PEREIRA, 2014).

Em trabalho realizado por Duarte, as principais causas citadas para a ocorrência dos eventos adversos foram fatores específicos ao gerenciamento do serviço e da assistência da equipe, como o déficit de pessoal, sobrecarga de trabalho, problemas de relacionamento entre a equipe multiprofissional, falta de liderança e de supervisão adequada (DUARTE, 2015).

Existe ainda, a negligência dos eventos adversos de carácter social devido à cultura punitiva ainda vigente. Sendo grande a dificuldade em aceitar o erro por temer o castigo

e incompreensão social (BEZERRA, 2009; SCHATKOSKI, 2009; TOFFOLETTO, 2013). O processo de prevenção do erro humano é feito com transformações culturais e, dessa forma, com a otimização das ações na identificação dos erros, sendo fundamental que a liderança acredite em uma cultura não punitiva, de modo a aplicar uma abordagem sistêmica ao erro. Os membros da equipe precisam se sentir seguros ao notificar o erro e quando o fizerem devem ser recompensados, não repreendidos e punidos (FASSINI, 2012).

Considerando que muitos dos eventos são evitáveis, sobretudo àqueles relacionados à assistência ao paciente, a adoção de medidas preventivas voltadas para a redução de sua probabilidade de ocorrência pode evitar danos e prejuízos causados a esses pacientes e familiares, além de ter um elevado impacto financeiro para os sistemas de saúde (COUTO; PEDROSA; ROSA, 2016; FURINI, 2018; WATCHER, 2013). Para prevenir e evitar a ocorrência destes eventos, é necessário avaliar as causas, assim como fatores humanos e estruturais envolvidos nesse processo de modo a permitir a implementação de barreiras de prevenção e diminuir os riscos para os pacientes (ANVISA, 2013).

Durante a exploração do banco de dados do NSP e dos prontuários pudemos perceber que existem anotações “padrão” por parte do NSP para documentar as intervenções realizadas nos setores do hospital onde ocorreram os incidentes/eventos adversos. Após o conhecimento da ocorrência do evento adverso por parte da equipe, seja por notificação da equipe de assistência, ou através de busca ativa, o NSP visita o setor apurando o evento ocorrido, entrevistando funcionários envolvidos, investigando os processos e os problemas.

Após a completa apuração do evento e consequente identificação das falhas no processo, a equipe do NSP reúne a equipe/funcionários envolvidos e faz orientações de adequação de manuseio desses processos. Conforme informado pelo NSP a esta equipe de pesquisa, quando ocorre um número exacerbado ou recorrente de determinado evento em um setor, o NSP programa ações de reciclagem e capacitação de profissionais, atores na mitigação de erros e no aprimoramento da qualidade assistencial.

O Ministério da Saúde instituiu em 2013 o Programa Nacional de Segurança do Paciente, de maneira a implantar, de carácter obrigatório, os Núcleos de Segurança do Paciente em todos os estabelecimentos de saúde brasileiros; uma estratégia utilizada a fim de modificar o cenário de insegurança e desperdício na saúde (ALVES, 2013; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

É responsabilidade do NSP a formulação do Plano de Segurança do Paciente de forma a demonstrar comprometimento e planejamento institucional em sistematizar práticas que podem incorrer em riscos aos pacientes (PRATES, 2019). A segurança do paciente é caracterizada como fundamental no que diz respeito a promoção de saúde e prestação da assistência aos pacientes, e uma vez que essa cultura seja menosprezada, a probabilidade de falhas, consequentemente, de eventos adversos, aumenta (SOUZA, 2019).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há milhares de anos, Hipócrates já reconhecia o potencial de lesões que surgem das ações bem-intencionadas dos curadores. Os curandeiros gregos no século IV A.C. redigiram o Juramento de Hipócrates e prometeram “prescrever regimes para o bem de meus pacientes de acordo com minha capacidade de julgamento e nunca prejudicar ninguém”. Desde então, a diretiva *primum non nocere* (primeiro não prejudique) tornou-se um princípio central da medicina contemporânea. Segundo Lima, é necessário que mais estudos sobre o tema de eventos adversos sejam realizados. Conhecer, estudar, gerenciar e controlar os principais fatores de risco dos eventos adversos proporciona à equipe multidisciplinar realizar a implementação de medidas preventivas eficientes e tratamentos direcionados (LIMA, 2015).

Entretanto, há necessidade de ampliar a divulgação da problemática exposta, seus riscos, morbidade e mortalidade, medidas de prevenção e orientação de modelos cada vez mais eficazes na resolução dos eventos adversos ainda necessitam ser implantadas no país. Essas análises corroboram o entendimento de que a investigação das diversas situações que envolvem os eventos adversos e o acurado registro epidemiológico da população vitimada são esforços de reconhecida importância para o enfrentamento desse importante problema de saúde pública.

REFERÊNCIAS

ALVES, Eduardo André Viana. **Segurança do paciente: do erro à prevenção do risco**. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário, v. 2, n. 2, p. 723-733, 2013.

AMARAL, Robson Tostes et al. **Riscos e ocorrências de eventos adversos na percepção de enfermeiros assistenciais**. Rev Rene (Online), p. e41302-e41302, 2019.

ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde nº 15: Incidentes Relacionados à Assistência à Saúde – 2016**. Brasília, 2017.

ANVISA. **Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Série: Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde**. Brasília: ANVISA, 2013. Disponível em: .pdf. Acesso em: 28 dezembro de 2020.

BARROS, Claudia G. **Segurança do paciente como prioridade nas organizações hospitalares**. Apresentação do Hospital Albert Einstein, 2013.

BEZERRA, Ana Lúcia Queiroz et al. **Análise de queixas técnicas e eventos adversos notificados em um hospital sentinela**. 2009.

CASSIANI, Sílvia Helena De Bortoli. **Enfermagem e a pesquisa sobre segurança dos pacientes**. Acta Paulista de Enfermagem, v. 23, n. 6, p. vii-viii, 2010.

COSTA, Eliana Auxiliadora Magalhães; MOREIRA, Lícia Lígia; GUSMÃO, Maria Enoy Neves. **Incidência de eventos adversos cirúrgicos em hospital dia**. Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia, v. 5, n. 2, p. 77-82, 2017.

COUTO, R.C; PEDROSA T.M.G; ROSA, M.B. **Erros acontecem: a força da transparência no enfrentamento dos eventos adversos assistenciais em pacientes hospitalizados - Construindo um Sistema de Saúde mais seguro**. INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR (IESS), Belo Horizonte, 2016.

DE VRIES, Eefje N. et al. **The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review**. BMJ Quality & Safety, v. 17, n. 3, p. 216-223, 2008.

DONALDSON, Liam; PHILIP, Pauline. Patient safety: a global priority. **Bulletin of the World Health Organization**. V. 82, p. 892-892, 2004.

DUARTE, Sabrina da Costa Machado et al. **Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem**. Revista brasileira de enfermagem, v. 68, n. 1, p. 144-154, 2015.

FASSINI, Patricia; HAHN, Giselda Veronice. **Riscos à segurança do paciente em unidade de internação hospitalar: concepções da equipe de enfermagem**. Revista de Enfermagem da UFSM, [S.l.], v. 2, n. 2, p. 290 - 299, ago. 2012.

FREITAS, Genival Fernandes de; OGUISSO, Taka. **Perfil de profissionais de enfermagem e ocorrências éticas**. Acta Paulista de Enfermagem, v. 20, n. 4, p. 489-494, 2007.

FURINI, Aline Cristina Andrade. **Notificação de eventos adversos: caracterização dos eventos ocorridos em um hospital universitário**. 2018. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

GÖTTEMS, Leila Bernarda Donato et al. **Estudio de los casos notificados como incidentes en un hospital público de 2011 a 2014**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 50, n. 5, p. 861-867, 2016.

GUISE, Jeanne-Marie et al. **Agency for Healthcare Research and Quality Evidence-based Practice Center methods for systematically reviewing complex multicomponent health care interventions**. Journal of clinical epidemiology, v. 67, n. 11, p. 1181-1191, 2014.

KOHN, L.T., et al. **To err is human: building a safer health system**. Committee on quality of health care in America, Institute of Medicine. Washington (DC): National Academy Press; 2000.

LIMA, Camila Santos Pires; BARBOSA, Sayonara de Fátima Faria. **Ocorrência de eventos adversos como indicadores de qualidade assistencial em unidade de terapia intensiva** [Occurrence of adverse events as indicators of quality of care in an intensive care unit]. Revista Enfermagem UERJ, v. 23, n. 2, p. 222-228, 2015.

MAIA, Christiane Santiago et al. **Notificações de eventos adversos relacionados com a assistência à saúde que levaram a óbitos no Brasil, 2014-2016**. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 27, p. e2017320, 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**. Diário Oficial da União, 2013.

MOURA, G.M.S. de. Experiência: **Monitoramento dos eventos adversos relacionados à assistência à saúde em Hospital Público no Brasil** – Hospital de Clínicas de Porto Alegre –RS. 2014. Disponível em:< <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/monitoramento-dos-eventos-adversos-relacionados-a-assistencia-a-saude-em-hospitalpublico-no-brasil-2>>. Acesso em: 30 dezembro de 2020.

NOVARETTI, Marcia Cristina Zago et al. **Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 67, n. 5, p. 692-699, 2014.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estrutura conceitual da classificação internacional sobre segurança do doente. Relatório técnico final**. Direção Geral da Saúde. 2011. 142p.

OMS, WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Summary of the evidence on patient safety: implications for research**. 2008.

OMS, WORLD HEALTH ORGANIZATION. DEPT. OF VIOLENCE et al. **Global status report on road safety: time for action**. World Health Organization, 2009.

OMS. Department of essential drugs and medicines. The Uppsala Monitoring Centre. **The importance of pharmacovigilance: safety monitoring of medicinal products**. Genebra: World Health Organization; 2002.

PEREIRA, Francisco Gilberto Fernandes; CAETANO, Joselany Áfio. **O erro humano e a segurança do paciente nos serviços de saúde**. Rev. enferm. UFPI, p. 115-119, 2014.

PRATES, Cassiana Gil et al. **Núcleo de segurança do paciente: o caminho das pedras em um hospital geral**. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 40, n. SPE, 2019.

REIS, C.T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. **A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura**. Ciências Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2029-2036, 2013.

ROQUE, Keroulay Estebanez; MELO, Enirtes Caetano Prates. **Tempo de internação e a ocorrência de eventos adversos a medicamentos: uma questão da enfermagem**. Escola Anna Nery, v. 15, n. 3, p. 595-601, 2011.

SCHATKOSKI, Aline Modelski et al. **Segurança e proteção à criança hospitalizada: revisão de literatura**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 17, n. 3, 2009.

SCHIØLER, T. et al. Incidence of adverse events in hospitals. **A retrospective study of medical records**. Ugeskrift for laeger, v. 163, n. 39, p. 5370-5378, 2001.

SOUZA, Catharine Silva de et al. **Cultura de segurança em unidades de terapia intensiva: perspectiva dos profissionais de saúde**. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 40, n. SPE, 2019.

STELLUTE, Giuliano et al. **Conhecimento de enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva acerca da notificação de eventos adversos/Nurse's knowledge on the notification of adverse events in Intensive Care Unity**. Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, v. 63, n. 2, p. 77-84, 2018.

THOMAS, J. William; GUIRE, Kenneth E.; HORVAT, Gary G. **Is patient length of stay related to quality of care?** Journal of Healthcare Management, v. 42, n. 4, p. 489, 1997.

TOFFOLETTO, María Cecilia; RUIZ, Ximena Ramirez. **Improving patient safety: how and why incidences occur in nursing care.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 47, n. 5, p.1098-1105, 2013.

WACHTER, R.M. **Compreendendo a segurança do paciente.** 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

A IMPORTÂNCIA DA BIOSSEGURANÇA NOS LABORATÓRIOS DE ANÁLISES CLÍNICAS

Data de aceite: 19/03/2021

Danubio Oliveira dos Santos de Matos

Centro Universitário Dr. Leão Sampaio
Juazeiro do Norte – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/4724148656178771>

RESUMO: A biossegurança é um instrumento muito importante nos laboratórios de análises clínicas para garantir a saúde do trabalhador, visto que é um ambiente permeado por diversos riscos, sobretudo os biológicos. Dessa forma, o presente estudo teve como objetivo compreender a importância da biossegurança nos laboratórios de análises clínicas. Nesta revisão da literatura foi realizada uma busca nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), e nas Bases de Dados na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) entre os meses de outubro e novembro de 2020. Os laboratórios de análises clínicas são ambientes dotados de procedimentos e atividades que trazem diversos riscos à saúde do trabalhador, sendo assim, conclui-se que a biossegurança é uma importante nesse processo. Há alguns componentes importantes nesse processo que garantem a segurança da saúde do trabalhador como o EPC e os EPI's, assim como também o processo de separação, acondicionamento, tratamento e descarte adequado.

PALAVRAS-CHAVE: Biossegurança; Análises clínicas; Laboratórios.

THE IMPORTANCE OF BIOSAFETY IN CLINICAL ANALYSIS LABORATORIES

ABSTRACT: Biosafety is a very important tool in clinical analysis laboratories to guarantee the health of workers, since it is an environment permeated by several risks, especially biological ones. Thus, the present study aimed to understand the importance of biosafety in clinical analysis laboratories. In this literature review, a search was performed in the Virtual Health Library (VHL) databases, and in the Databases in Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS) between the months of October and November 2020. Clinical analysis laboratories are environments endowed with procedures and activities that bring various risks to the health of workers, thus, it is concluded that biosafety is an important part of this process. There are some important components in this process that guarantee the safety of the worker's health, such as EPC and PPE's, as well as the process of separation, packaging, treatment and proper disposal.

KEYWORDS: Biosafety; Clinical analysis; Laboratories.

1 | INTRODUÇÃO

Os laboratórios de análises clínicas possuem diversos riscos que variam de acordo com o grau a depender das atividades desempenhadas e o que o local está exposto. Dessa forma, é extremamente importante que sejam seguidas as normas de biossegurança a fim de minimizar a exposição aos riscos e

executar as atividades com segurança (SILVA, 2017).

Os principais riscos no qual estão expostos os profissionais no laboratório de análises clínicas são os biológicos se referem a probabilidade da exposição ocupacional a agentes biológicos (microrganismos, geneticamente modificados ou não; as culturas de células; os parasitas; as toxinas e os príons) (SANTOS, 2016).

Os riscos biológicos podem ser divididos em quatro grupos: o grupo 1 são aqueles que possuem pouca probabilidade de causar doenças, o grupo 2: possuem um risco moderado de contaminação individual e de forma limitada para a comunidade, o grupo 3: possui um alto risco de contaminação individual e um risco limitado para a comunidade e por fim, o grupo 4 se caracteriza por um alto risco individual e para a comunidade, alto poder de transmissibilidade por via respiratória, como por exemplo, o coronavírus (SILVA, 2017).

Dessa forma, é extremamente importante que sejam seguidas normas de biossegurança definidas por ações voltadas a prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes a qualquer atividade que possa comprometer a saúde do homem, dos animais, do meio ambiente ou a qualidade laboral (VELHO, 2017).

Sendo a biossegurança definida por “um conjunto de ações destinadas a prevenir, controlar, mitigar ou eliminar riscos inerentes às atividades que possam interferir ou comprometer a qualidade de vida, a saúde humana e o meio ambiente” (BRASIL, 2010).

Assim, esse estudo justifica a sua importância pois os profissionais estão expostos de forma constante a riscos, sobretudo os biológicos, sendo essencial o conhecimento dos mesmos e o estabelecimento de estratégias para que sejam minimizados nos laboratórios de análises clínicas.

Portando, como objetivo geral foi estabelecido compreender a importância da biossegurança nos laboratórios de análises clínicas.

2 | METODOLOGIA

Nesta revisão da literatura foi realizada uma busca nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), e nas Bases de Dados na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) entre os meses de outubro e novembro de 2020, utilizando os descritores selecionados nos Descritores de Ciências em Saúde (DEC's): biossegurança; análises clínicas, laboratórios.

Os critérios de inclusão utilizados foram trabalhos publicados nos anos de 2010 a 2020 em língua portuguesa, inglesa e espanhola. Como critérios estabelecidos foram excluídos anais de revista, congresso, e livros, além disso, trabalhos publicados foram do idioma e período estabelecido nos critérios de inclusão.

3 I RESULTADOS

Autor/ano	Título	Objetivo	Metodologia	Resultados
SANTOS, et al, 2019	A importância da biossegurança no laboratório clínico de biomedicina	Ampliar os conhecimentos sobre a forma correta da utilização dos equipamentos de EPI e EPC, Normas Regulamentadoras, Leis e diretrizes que normatizam a Biossegurança. Há necessidade de se conhecer as Normas Regulamentadoras (NRs) para o funcionamento de um laboratório.	Revisão da literatura	As normas de Biossegurança procura-se amenizar esses incidentes com a utilização correta dos equipamentos dispostos no laboratório, desta forma garantindo a segurança de todos.
SANTANA et al. 2017	Importância dos níveis de biossegurança em laboratórios de análises clínicas no município de Três Lagoas-MS	Analisar a percepção dos funcionários de dois laboratórios da cidade de Três Lagoas-MS	Estudo transversal	A partir da análise dos questionários aplicados, constatou-se um baixo nível de treinamento em algumas atividades nos laboratórios, deixando os funcionários expostos a diversos riscos.
RIGO, FONTANA, 2018	Educação para a biossegurança em laboratórios de análises clínicas	Investigar os conhecimentos dos trabalhadores de laboratórios de análises clínicas acerca da biossegurança e criar um website para socializar informações e contribuir para a educação em saúde	Estudo transversal	Os resultados demonstraram fragilidades no conhecimento sobre boas práticas em laboratórios e relativos à exposição a riscos ocupacionais, especialmente no que diz respeito à classificação e à prevenção. Diante dos resultados um website foi elaborado no intuito de contribuir para a educação em saúde, que foi avaliado positivamente pelos trabalhadores, pela facilidade no acesso, atualização das informações e como uma ferramenta que pode contribuir para a prevenção de agravos ocupacionais e para a educação em saúde em biossegurança
RODRIGUES, J.A. et al.	Avaliação de contaminação bacteriana de mobiliário de laboratório de microbiologia de uma universidade do Rio Grande do Sul	Avaliar o grau de contaminação em aulas práticas de microbiologia em uma Universidade do Rio Grande do Sul, para ressaltar a importância da biossegurança, aplicando a boa prática laboratorial quando o assunto é desinfecção da bancada do laboratório	Estudo transversal	Das 48 placas coletadas após as aulas, 65% foram positivas para crescimento bacteriano. No meio das 31 placas positivas, 32% foram reconhecidos com bacilo Gram negativo (BGN) e 64% com cocos Gram positivo (CGP). Conclui-se a importância da desinfecção antes e após a aula prática com o objetivo de assegurar a ausência de microrganismos potencialmente infectantes
SANGIONI et al. , 2013	Princípios de biossegurança aplicados aos laboratórios de ensino universitário de microbiologia e parasitologia	Compreender os princípios de biossegurança aplicados aos laboratórios de ensino universitário de microbiologia e parasitologia	Revisão da literatura	Esta revisão compila os principais aspectos da biossegurança relacionados aos princípios e à classificação dos riscos, dos agentes biológicos e dos níveis de contenção laboratorial, bem como aborda as boas práticas laboratoriais nos laboratórios de ensino, pesquisa e extensão em microbiologia e parasitologia.

FERREIRA, BELLIS, 2014	Biossegurança em Laboratório de Análises Clínicas	Apresentar as regras de biossegurança e os riscos existentes em um laboratório de análises clínicas	Revisão da literatura	O manejo e a avaliação de riscos são fundamentais para a definição de critérios e ações, e que existem profissionais que exibem certo grau de indiferença e negligência tanto com o material manipulado como também com os seus próprios cuidados, tornando-se futuras vítimas de acidentes dos riscos biológicos, físicos ou químicos.
SOUZA, et al. 2013	Mapeamento dos riscos ambientais do laboratório de análises clínicas de um hospital de ensino: relato de experiência	Realizar o mapeamento dos riscos ambientais do Laboratório de Análises Clínicas de um Hospital de ensino na cidade de Montes Claros, Minas Gerais – Brasil	Estudo descritivo, do tipo relato de experiência	Notou-se que as áreas de Lavagem e de Realização de exames e testes foram as que apresentaram todos os riscos com intensidade elevada.
ALVES, 2014		Identificar os tipos de riscos presentes em cada setor de um laboratório de análises e diagnóstico veterinário, elaborar os mapas de riscos com representações gráficas da intensidade e tipos de riscos, divulgar estes mapas junto aos trabalhadores, diagnosticar os tipos de resíduos gerados no laboratório e o manejo adotado para elaboração e implementação do Plano de Gestão dos Resíduos		A estrutura física e os recursos materiais e humanos exercem influência direta para o sucesso de um plano de biossegurança, sendo também imprescindível a adoção de um programa de educação continuada para manutenção da adesão às medidas preventivas indicadas para minimização dos riscos existentes no laboratório em estudo

Tabela 1 – Classificação dos resultados por autor, ano, título, objetivo, metodologia e principais resultados

4 | DISCUSSÃO

Os profissionais que atuam em laboratórios de análises clínicas, pois por diversas vezes falta treinamento adequado relacionados a biossegurança para o quadro de funcionários. Ao exercerem suas atividades laborais nesse espaço, esses profissionais estão expostos a diversos riscos devido á exposição constante a materiais contaminantes, pois em seu cotidiano estão em contato com fluídos de origem biológica. Portanto, quanto menor for o contato com treinamentos, esses profissionais estão mais expostos a riscos de contaminação e contração de doenças. Além disso, outro problema importante é a contaminação cruzada de materiais e equipamentos do laboratório, exigindo que o profissional dê uma maior atenção ao descarte adequado desses materiais e cumpram as boas práticas e normas de biossegurança do laboratório (SANTANA, 2017).

Os laboratórios de microbiologia e parasitologia classificam-se de acordo com níveis de segurança biológica. Para receber esta classificação analisa-se os seguintes aspectos: virulência, modo de transmissão, resistência, concentração, volume, dose infecciosa e origem dos agentes biológicos. Além dos fatores inerentes ao indivíduo que trabalha

no laboratório, devem ser considerados o estabelecimento de medidas de prevenção e tratamento nos casos de acidentes baseados em critérios de avaliação dos riscos. Sendo assim, os agentes biológicos em relação aos riscos podem ser divididos em: 1, 2, 3 e 4 níveis (SANGIONI, 2013).

Segundo Ferreira (2014):

Classe de risco 1: inclui os agentes biológicos que apresentam baixo risco para o indivíduo e para a coletividade, com baixa probabilidade de causar doença ao ser humano. Classe de risco 2: nessa classe estão inseridos os agentes biológicos que apresentam risco individual moderado para o indivíduo e com baixa probabilidade de disseminação para a coletividade. Podem causar doenças ao ser humano, entretanto, existem meios eficazes de profilaxia e/ou tratamento. Classe de risco 3: são os agentes biológicos que apresentam risco elevado para o indivíduo e com probabilidade moderada de disseminação para a coletividade. Podem causar doenças e infecções graves ao ser humano, entretanto nem sempre existem meios eficazes de profilaxia e/ou tratamento. Classe de risco 4: nesta estão incluídos os agentes biológicos que apresentam risco elevado para o indivíduo e com probabilidade elevada de disseminação para a coletividade. Apresenta grande poder de transmissibilidade de um indivíduo a outro. Podem causar doenças graves ao ser humano, ainda não existem meios eficazes para a sua profilaxia ou seu tratamento (FERREIRA, 2014, p.3).

Dessa forma, a biossegurança pode ser definida como o uso de conhecimento, tecnologia e tecnologia. Equipamentos para prevenir profissionais, acadêmicos, laboratórios, comunidades e meio ambiente, a agentes biológicos patogênicos. Para isso eles estabeleceram condições seguras estrutura física do laboratório e gestão administrativa para que ocorra o manuseio e controle de agentes biológicos, incluindo, segurança, tecnologia e prática laboratorial (SANTOS, 2019).

Um estudo realizado por Rigo (2018) teve como objetivo investigar os conhecimentos dos trabalhadores de laboratórios de análises clínicas acerca da biossegurança e criar um website para socializar informações e contribuir para a educação em saúde, foi aplicado um questionário em três laboratórios. Os resultados apresentados foi demonstrados que havia uma fragilidade no conhecimento dos funcionários sobre aspectos das boas práticas dos laboratórios e sua exposição a riscos ocupacionais.

Souza (2013) realizou um estudo que teve como objetivo realizar o mapeamento dos riscos ambientais do Laboratório de Análises Clínicas de um Hospital de ensino na cidade de Montes Claros, Minas Gerais – Brasil. O laboratório foi analisado segundo os seguintes riscos amarelo (risco ergonômico), verde (risco físico), vermelho (risco químico), azul (risco de acidentes), marrom (risco biológico). Sendo assim, encontrou em seus resultados que a área de realização de exames e testes possuía todos os riscos com uma intensidade elevada. Ainda, concluiu que o laboratório de análises clínicas é dotado de diversos riscos e torna-se importante a prática de mapeá-los a fim de promover a biossegurança para todos os que encontram-se envolvidos nesse ambiente.

Para que os riscos no laboratório de análises clínicas possam ser reduzidos, é importante estabelecer um plano específico de biossegurança, que deve dotar o laboratório de estrutura física, suporte administrativo e técnico compatível que busque promover as ações preventivas. No entanto, o uso de tecnologia e equipamentos adequados não é suficiente para controlar os riscos e dar a garantia necessária, pois o comportamento de cada profissional é um fator determinante e muito importante para a prevenção de acidentes e contribuir para a biossegurança nesse ambiente (RODRIGUES, 2016).

O uso de equipamento de proteção coletiva (EPC) é uma ferramenta igualmente decisiva para o sucesso de um programa de biossegurança e para gestão da qualidade do laboratório. Como exemplos de EPC, podem ser citados: colírio, chuveiro de emergência, abrigo biológico, usar extintores de incêndio e o símbolo do risco biológico na entrada dos laboratórios que manuseiam os agentes etiológicos (ALVES, 2014).

O uso de EPI é uma ferramenta extremamente importante para prevenir possíveis acidentes, para evitar contaminação profissional que envolvem direta e indiretamente a manipulação de materiais biológicos. Sendo assim, é um recurso indispensável para a autoproteção do trabalhador que atua nos laboratórios de análises clínicas (SILVA, 2016).

Outra etapa muito importante para garantir a biossegurança é o manejo dos resíduos sólidos gerados nos laboratórios, devendo os mesmos serem separados, acondicionados, transporte, tratamento e descarte com a finalidade de reduzir o risco à saúde, preservar o meio ambiente, assim como também a saúde do trabalhador (ALVES, 2014).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os laboratórios de análises clínicas são ambientes dotados de procedimentos e atividades que trazem diversos riscos à saúde do trabalhador, sendo assim, conclui-se que a biossegurança é uma importante ferramenta na minimização destes riscos a fim de preservar a saúde do trabalhador.

Apesar dos laboratórios variarem na quantidade e intensidade dos riscos apresentados nesse ambiente, todos necessitam seguir as normas de biossegurança estabelecidas. Sendo assim, há alguns componentes importantes nesse processo que garantem a segurança da saúde do trabalhador como o EPC e os EPI's, assim como também o processo de separação, acondicionamento, tratamento e descarte adequado.

REFERÊNCIAS

ALVES, C.B. Programa de biossegurança em laboratório oficial de análises e diagnóstico veterinário de Goiânia, Goiás. 2014. 114 f. Tese (Doutorado em Ciência Animal). Universidade Federal de Goiás, Goiás, 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Biossegurança em saúde: prioridades e estratégias de ação. Biossegurança em saúde : prioridades e estratégias de ação / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

FERREIRA, T.G.S.; BELLIS, P.V. Biossegurança em Laboratório de Análises Clínicas. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em análises clínicas). Centro Universidades das Faculdades Metropolitanas Unidas, São Paulo, 2014.

RIGO, A.H.B.; FONATANA, R.T. Educação para a biossegurança em laboratórios de análises clínicas. **Trabalho & Educação**, Belo Horizonte, v.27, n.1, p. 179-193, 2018.

RODRIGUES, J.A. et al. Avaliação de contaminação bacteriana de mobiliário de laboratório de microbiologia de uma universidade do Rio Grande do Sul. **RBAC**.; v.48, n.1, p.68-73, 2016.

SANGIONI, L.A. et al. Princípios de biossegurança aplicados aos laboratórios de ensino universitário de microbiologia e parasitologia. **Ciência Rural**, Santa Maria, v.43, n.1, p.91-99, jan, 2013

SANTANA, J.D. et al. Importância dos níveis de biossegurança em laboratórios de análises clínicas no município de Três Lagoas-MS. Rev. **Conexão Eletrônica – Três Lagoas**, MS, v. 14, n. 1, 2017.

SANTOS, A.F.S. Biossegurança e sua aplicação em laboratórios de análises clínicas. 2016. 11 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em análises clínicas). Atualiza, Salvador, 2016.

SILVA, J.B.N.F. et al. Occupational accidents with biological material among professionals in clinical laboratories in Cajazeiras, Paraíba, Brazil. **Rev Bras Med Trab.**, v.15, n.4, p.333-339, 2017.

SILVA, R.N. Importância da adoção de medidas de biossegurança visando a redução do índice de acidentes com materiais biológicos. **Revista de trabalhos acadêmicos**, v.1, n.5, p.1-12, 2016.

SOUZA, L.P.S. et al. Mapeamento dos riscos ambientais do laboratório de análises clínicas de um hospital de ensino: relato de experiência. Revista Eletrônica Gestão & Saúde, v.4, n. 1, p.1511-1519, 2013.

VELHO, G.C.C. biossegurança: práticas laboratoriais em análises clínicas. 2017. 19 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Educação e do Programa Ambiente e Saúde). Universidade do Planalto Catarinense, Florianópolis, 2017.

CAPÍTULO 20

DEPRESSÃO: FATORES PREDISPOANTES EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Data de aceite: 19/03/2021

Ana Patrícia Fonseca Coelho Galvão

Universidade Ceuma (UNICEUMA)
São Luís (MA)

Diana Alves de Oliveira

Faculdade Gianna Beretta
São Luís (MA)

Fabrcio e Silva Ferreira

Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA)
São Luís (MA)

Fabiana Pereira da Silva

Faculdade Gianna Beretta
São Luís (MA)

Fábio Batista Miranda

Universidade Federal do Estado do Rio de
Janeiro (UNIRIO)
Rio de Janeiro (RJ)

Wochimann de Melo Lima Pinto

Faculdade Pitágoras
São Luís (MA)

Patrick Leonardo Nogueira da Silva

Faculdades Unidas do Norte de Minas
(FUNORTE)
Montes Claros (MG)

Thâmara Silva Ribeiro Ramos

Faculdade Pitágoras
São Luís (MA)

Carolina dos Reis Alves

Faculdades Unidas do Norte de Minas
(FUNORTE)
Montes Claros (MG)

Adélia Dayane Guimarães Fonseca

Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)
Juiz de Fora (MG)

Aurelina Gomes e Martins

Universidade Estadual de Montes Claros
(UNIMONTES)
Montes Claros (MG)

Ana Izabel de Oliveira Neta

Faculdade Santos Agostinho (FASA)
Montes Claros (MG)

RESUMO: O presente estudo tem como objeto compreender a depressão, demonstrar os fatores que influenciam no desenvolvimento da depressão em profissionais de enfermagem e descrever os impactos na assistência de enfermagem por profissionais portadores da depressão. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura. Ao concluir este estudo foi possível perceber que o número de profissionais de enfermagem com depressão cresce cada vez mais, que diversos fatores podem desencadear a depressão, dentre estes as horas exaustivas de trabalho, as horas noturnas, a pressão no próprio ambiente de trabalho, relacionamentos interpessoais, dentre inúmeros outros aspectos. Sendo assim, acreditasse que traçar estratégias de prevenção para conter o desenvolvimento da depressão pode ser uma forma eficaz de prevenir doenças de ordem psicológicas em enfermeiros e demais membros da equipe.

PALAVRAS-CHAVE: Depressão; Profissionais de enfermagem; Causalidade.

ABSTRACT: This study aims to understand depression, demonstrate the factors that influence the development of depression in nursing professionals and describe the impacts on nursing care by professionals with depression. It is a narrative review of the literature. When concluding this study, it was possible to perceive that the number of nursing professionals with depression grows more and more, that several factors can trigger the depression, among these the exhaustive hours of work, the night hours, the pressure in the own work environment, interpersonal relationships, among many other aspects. Therefore, it is believed that tracing prevention strategies to contain the development of depression can be an effective way to prevent psychological diseases in nurses and other team members.

KEYWORDS: Depression; Nursing professionals; Causality.

1 | INTRODUÇÃO

A depressão, conhecida como mal do século, uma patologia considerada como uma das principais doenças incapacitantes no mundo, tendo etiologia multifatorial. A patologia atinge 322 milhões de pessoas no mundo, segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS). O gênero feminino prevalece em relação aos ao masculino. Em território brasileiro, o problema afeta 11,5 milhões de brasileiros, de acordo com o levantamento (BRASIL, 2017).

Etiologicamente, possui causa multifatorial, pode ser por problemas emocionais de procedência variada, alterações do funcionamento do encéfalo ou de algumas partes do mesmo, e ainda, ser secundária a enfermidades clínicas, apresentando tanto mudanças no humor como alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas (FRANÇA, 2014).

E, desde os anos 90, vem sendo considerada um problema de saúde pública, obtendo 4,3% da carga global de doenças, e constituindo 11% das causas de incapacidade mundialmente e sendo também umas das doenças economicamente mais importantes no país, justamente por deixar o indivíduo incapaz de realizar suas atividades cotidianas, além de interferir cotidianamente em todas as suas atividades (BRASIL, 2017).

Dentre as demais patologias existentes, a depressão se classifica em leve, quando o indivíduo apresenta humor deprimido, desinteresse e sensação de desprazer para realizar suas ocupações cotidianas, cansaço; moderada, quando o indivíduo apresenta os sintomas leves por pelo menos duas semanas e, grave quando a pessoa vem apresentando uma autoestima baixa, sentimento de culpa e inutilidade, vontade de não viver, além de agitação, inquietação, surtos psicóticos como delírios e alucinações. Vale mencionar, que por ser o estado mais grave, o indivíduo poderá estar suscetível a cometer suicídio (VARGAS, 2013).

Nessa perspectiva, o ambiente hospitalar se constitui em uma importante fonte geradora de estresse para os profissionais, principalmente pelo sofrimento vivenciado nesse local. As diferentes situações de trabalho, associadas aos conflitos e aos sentimentos dos trabalhadores, comprometem não só o desempenho produtivo, mas também o equilíbrio físico e emocional desses trabalhadores. Portanto, representa consenso para muitos pesquisadores que a enfermagem é uma profissão estressante (FRANÇA, 2014).

E, geralmente os aspectos físicos e psíquicos dos profissionais são pontos críticos que levam os mesmos a processos depressivos. Relação que também expõe os profissionais de enfermagem fisicamente a riscos químicos, às radiações, as contaminações biológicas, ao excesso de calor, aos sistemas de plantões, à excessiva carga horária de trabalho e a organização do trabalho de enfermagem, e psiquicamente, a convivência diuturna com sofrimentos, dores e perdas de pacientes, nas quais trabalham em circunstâncias paralelas aos seus problemas de ordem emocional (BARBOSA, 2015).

Desta forma, sendo frequente em profissionais de saúde a ocorrência de transtornos mentais como a ansiedade e a depressão, sendo suas prováveis causas as difíceis condições de trabalho e de vida. Onde, estudos realizados, destacam que os motivos que levavam os profissionais da saúde a procurarem apoio psicológico, tiveram como resultados que a natureza do trabalho realizado e a preocupação com a instituição geravam sentimentos de ansiedade nos trabalhadores (NOVAES, 2014).

Diante deste contexto, a enfermagem, uma profissão responsável pelo cuidado ao ser humano, busca o bem-estar físico, mental, social e espiritual dos pacientes, atua na promoção, prevenção e reabilitação da saúde do homem. É uma profissão que o processo do cuidado ocorre quando o exercício é realizado de forma humanizada e holística, levando o indivíduo a se livrar de danos que decorrem de negligência, imprudência e imperícia. Contudo, tem um tempo que é perceptível que os profissionais de enfermagem estão deixando de cumprir seu real papel devido as outras inúmeras atribuições que vem sendo impostas pela profissão.

2 | OBJETIVOS

Compreender a depressão, demonstrar os fatores que influenciam no desenvolvimento da depressão em profissionais de enfermagem e descrever os impactos na assistência de enfermagem por profissionais portadores da depressão.

3 | METODOLOGIA

O presente estudo realizou-se através de uma revisão narrativa da literatura de corte retrospectivo, onde se buscou levantar informações a respeito de uma realidade para posteriormente discuti-la. Segundo Rother (2007), os artigos de revisão narrativa são publicações amplas apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento, são textos que constituem a análise da literatura científica na interpretação e análise crítica do autor.

A coleta foi realizada de forma não sistemática no período de março a junho de 2020. Sendo pesquisadas nas bases de dados científicas, tais como: Scielo, Medline, Lilacs e Pubmed. Onde o banco de dados foi sendo complementado com materiais indicados por especialistas na temática. Por fim, estes materiais foram lidos na íntegra, categorizados e

analisados criticamente.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A depressão, uma doença que não somente causa sofrimento para o profissional de enfermagem, mas em todo seu cotidiano. Enfermeiros acometidos, podem ter diversos impactos negativos em especial no que se refere a assistência de enfermagem, aspectos que impactam na entidade na qual exercem sua função (SILVA, 2009). Além disso, existem outras consequências, tais como atendimento péssimo, baixo rendimento, desgastes, insatisfação profissional, desarmonia no ambiente de trabalho, prejuízos na qualidade assistencial, dentre outros.

Destacamos que, muitas das alterações no contexto da saúde mental, como as psicossomáticas, emocionais e comportamentos defensivos são consequências da Síndrome de Burnout, que se refere ao esgotamento profissional e é considerado um distúrbio de ordem emocional que apresenta episódios de exaustão extrema, estresse e esgotamento físico, que na maior parte das vezes resulta de atividades laborais desgastantes e excesso de trabalho, contexto relacionado ao dos profissionais de enfermagem (MININEL, 2013).

Seus impactos, podem trazer consequências não somente para instituição de saúde, mas também para os pacientes, pois se o enfermeiro não está bem de saúde, ele não poderá atender bem os clientes e conseqüentemente causará transtornos a entidade de saúde. Para tanto, é necessário que sejam desenvolvidas estratégias para o enfrentamento desses problemas, objetivando atenuar os problemas e dificuldades que existem no ambiente laboral, reduzindo as dificuldades, dando suporte aos enfermeiros, bem como melhorando sua qualidade de vida (MORENO, 2013).

Muitos profissionais faltam ou se afastam por conta de doenças como a depressão aumenta cada vez mais, e resulta em transtornos de uma forma geral para todos os envolvidos, pois ocorre um desequilíbrio na saúde do enfermeiro e conseqüentemente leva a ausência, licença por problema de saúde, ocasionando também na rotatividade de funcionários, novas contratações, treinamentos, bem como outras despesas inesperadas (TRIGO, 2015). Desta forma, nota-se que, muitos não conseguem lidar com a depressão, na maioria das vezes esta passa imperceptível, por vezes é necessário que o próprio indivíduo reconheça que está com depressão, principalmente por muitos deste recorrerem ao suicídio.

Para alguns, o suicídio é uma das melhores saídas para lidar não somente com a depressão, mas também com as pressões do ambiente de trabalho que são cada vez mais evidentes. A partir desse contexto, ressalta-se a importância da equipe de saúde no atendimento direcionado aos profissionais que atuam no âmbito hospitalar investirem na saúde mental dos seus colaboradores, através de palestras, avaliações psicológicas que possam identificar possíveis transtornos. Somente assim, poderão ser detectadas patologias

mentais como a depressão, bem como a prevenção da mesma e consequentemente do suicídio entre profissionais de enfermagem (FRANÇA, 2014).

Lidar com situações desta magnitude é um tanto difícil, tendo em vista que os enfermeiros não passam por preparo psicológico ainda no treinamento profissional, é algo que deve ser investigado minuciosamente para driblar o número de ocorrência de depressão e óbitos que ocorrem todos os anos.

Destaca-se que a maior parte dos enfermeiros que chegam a tirar a própria vida, agem em momento de desespero. É um dos aspectos que deve ser trabalhado frequentemente também com os indivíduos que pretendem ingressar no setor de saúde, ter preparo psicológico é um dos pontos cruciais desta profissão, e assim sendo, torna-se importante que estes passem periodicamente por uma rigorosa avaliação do seu estado psicológico (TRIGO, 2015). E, para driblar o desenvolvimento da depressão em profissionais de enfermagem, bem como amenizar os impactos desta na assistência de enfermagem, é de suma importância que os próprios profissionais de enfermagem se policiem.

Nesse ponto, cabe ressaltar que além das estratégias possam ser realizadas palestras que evidenciem a importância da vida, das pessoas estarem atentas aos sinais da depressão, doença que atinge ambos os gêneros e fase da vida e em qualquer condição social, é uma patologia que decorre principalmente nas pressões no trabalho, do estresse pós-traumático, da ansiedade e do medo em relação aos problemas que não parecem ter solução.

5 | CONCLUSÃO

A enfermagem é a profissão que atua diretamente nos cuidados à saúde humana, de forma holística e humanizada, prevenindo, promovendo e recuperando a saúde do ser humano. E nesse sentido, frequentemente estão sujeitos em suas atividades cotidianas a riscos para o desenvolvimento de doenças dependendo da sua magnitude. Tendo em vista sua singularidade profissional, na qual este é considerado um dos responsáveis por milhares de vidas humanas.

Fato que ocorre em especial quando este se encontra em horas de trabalhos e sobrecargas excessivas, sujeitos a desordens psíquicas como a depressão, além de hipertensão arterial de cunho emocional, dentre outras patologias, bem como os problemas familiares e sociais que norteiam sua vida.

A qualidade de vida destes profissionais não é das melhores, pois muitos enfrentam jornadas de trabalho cansativas, perdem noites de sono, enfrentam situações estressantes que decorrem na maioria das vezes pelas responsabilidades da própria carreira, das pressões cotidianas aos enfrentarem situações que jamais pensariam passar, e além de tudo a ansiedade que norteia muitos destes, o que pode ocasionar problemas na saúde mental adquirida no próprio ambiente de trabalho.

Deste modo, se torna essencial que estes profissionais possam ser avaliados periodicamente, e que seus chefes junto à equipe de saúde possam traçar estratégias de enfrentamento deste tipo de situação, não somente para combater a depressão e o suicídio.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, D.A. Avaliação de qualidade de vida e depressão de técnicos e auxiliares de enfermagem. 2015. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Disponível em:<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/950/pdf_159>. Acesso em: 22/06/2020.

BRASIL. OPAS. Organização Mundial de Saúde. Relatório global sobre a depressão. 2017. Disponível em:<http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5354:aumentando-o-numero-de-pessoas-com-depressao-no-mundo&Itemid=575>. Acesso em: 18/06/2020.

FRANÇA, T. L. B. Síndrome de Burnout: características, diagnóstico, fatores de risco e prevenção. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, v. 8, n. 10, p. 3539-46, out., 2014. Disponível em: <www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/.../10570>. Acesso em: 22/06/2020.

MININEL, V.A., Cargas de trabalho, processos de desgaste e absenteísmo doença em enfermagem. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*, v.21, n.º 6, pg. 1290- 1297, 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281429401014>>. Acesso em: 18/06/2020.

MORENO, C.R.C. A saúde do trabalhador na sociedade 24 horas. *São Paulo Perspec.* v.17, nº1, p.34-46, 2013. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/spp/v17n1/v17n1a04.pdf>>. Acesso em: 21/06/2020.

NOVAES, V. L. A relação entre trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de Enfermagem de um hospital escola. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*, v. 14, n. 4, 517-525, 2014. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692006000400008&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 22/06/2020.

SILVA, T.A. Burnout na clínica psiquiátrica: relato de um caso. *Rev. De Psiquiatr. RS.* v. 28, nº3, p. 352-356, 2009. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v28n3/en_v28n3a15.pdf>. Acesso em: 20/06/2020.

TRIGO, M.O.S. Trabalho e síndrome da estafa profissional (Síndrome de Burnout) em médicos intensivistas de Salvador. *Rev. Assoc. Med. Bras.* São Paulo, v. 55, n. 6, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v55n6/09.pdf>> Acesso em: 13/06/2020.

VARGAS, D. Prevalência de depressão em trabalhadores de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva: estudo em hospitais de uma cidade do noroeste do Estado São Paulo. São Paulo, *Rev. Usp.* 2013.

Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta paul. Enferm* 2007; 20(2):v-vi.

CAPÍTULO 21

ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS, LABORAIS E DE SAÚDE DE TRABALHADORES DE ENFERMAGEM INSERIDOS EM UMA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

Data de aceite: 19/03/2021

Silvio Arcanjo Matos Filho

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Jequié - BA
<http://lattes.cnpq.br/3033402006748341>

Ninalva de Andrade Santos

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Jequié - Ba
<http://lattes.cnpq.br/3482281799822788>

Bárbara Santos Figueiredo Novato

Hospital Geral Prado Valadares
Jequié - Ba
<https://orcid.org/0000-0002-4653-840X>

Eloá Carneiro Carvalho

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro - Rj
<http://lattes.cnpq.br/4855993214185994>

Karla Biancha Silva de Andrade

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro - RJ
<http://lattes.cnpq.br/8981588528468134>

Sandra Regina Maciqueira Pereira

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro -RJ
<http://lattes.cnpq.br/1516871169441828>

Thereza Christina Mó Y Mó Loureiro Varela

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro-RJ
<http://lattes.cnpq.br/0164568840384041>

Jane Marcia Progiante

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro - RJ
<http://lattes.cnpq.br/4859733823910398>

Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro-RJ
<http://lattes.cnpq.br/1202954878696472>

RESUMO: Introdução: O objetivo deste estudo é caracterizar os aspectos sociodemográficos, laborais e de saúde dos trabalhadores de enfermagem de um hospital público. **Método:** Trata-se de recorte de tese com natureza qualitativa e descritiva, com apoio quantitativo, cujo campo foi um hospital público, da Bahia. Na parte quantitativa, participaram 210 trabalhadores de enfermagem. As informações sociodemográficas, laborais e de saúde emergiram de questionário cujos dados foram tratados por estatística simples e apresentados por tabelas e quadros. O Comitê de Ética em Pesquisa aprovou o estudo (protocolo 2.414.553). **Resultados:** Houve predominância de profissionais do sexo feminino (30 a 49 anos), casadas, pardas e/ou negras. A maioria dos enfermeiros possui pós-graduação lato sensu. Alguns funcionários lotados como técnicos de enfermagem (19,0%) possuem graduação e pós-graduação lato sensu fato que evidencia a inexistência de reclassificação funcional na unidade. A maioria dos trabalhadores 155 (73,8%) é estatutária, 55 (26,2%) possuem vínculo temporário, 184 (87,6%) referiu inexistência de doença antes da admissão no hospital; 98 (46,7%) se ausentaram do trabalho por adoecimento nos últimos 12 meses sendo que, destes, 53 (70,7%) referiram haver relação entre adoecimento e ambiente de trabalho. Constatou-

se também que 133 (63,3%) dos participantes não descansam durante a jornada de trabalho noturna. **Conclusão:** Considera-se importante, implementar ações para promoção da saúde e prevenção de agravos físicos e psíquicos, e adequar a configuração da organização do trabalho no âmbito hospitalar, possibilitando a utilização de estratégias de enfrentamento, para proporcionar maior visibilidade à questão e gerar políticas que protejam a saúde psicofísica desses trabalhadores.

PALAVRAS - CHAVE: Profissionais de enfermagem. Organização. Hospital público. Trabalho.

SOCIODEMOGRAPHIC, LABOR AND HEALTH ASPECTS OF NURSING WORKERS INSERTED IN A HOSPITAL ORGANIZATION

ABSTRACT: Introduction: The aim of this study is to characterize the sociodemographic, work and health aspects of nursing workers in a public hospital. **Method:** This is a qualitative and descriptive thesis, with quantitative support, whose field was a public hospital in Bahia. In the quantitative part, 210 nursing workers participated. Sociodemographic, labor and health information emerged from a questionnaire whose data were treated by simple statistics and presented by tables and tables. The Research Ethics Committee approved the study (protocol 2,414,553). **Results:** There was a predominance of female (30 to 49 years old), married, brown and/or black professionals. Most nurses have lato sensu graduate studies. Some employees as nursing technicians (19.0%) have a degree and post-graduation lato sensu fact that evidences the lack of functional reclassification in the unit. The majority of workers 155 (73.8%) is statutory, 55 (26.2%) have temporary employment, 184 (87.6%) reported no disease before admission to the hospital; 98 (46,7%) were absent from work due to illness in the last 12 months, of which 53 (70.7%) reported a relationship between illness and the work environment. It was also found that 133 (63.3%) participants do not rest during the nightworkday. **Conclusion:** It is considered important to implement actions to promote health and prevent physical and psychological problems, and adapt the configuration of work organization in the hospital environment, enabling the use of coping strategies, to provide greater visibility to the issue and generate policies that protect the psychophysical health of these workers.

KEYWORDS: Nursing professionals. Organization. Public hospital. Work

1 | INTRODUÇÃO

O trabalho constitui estratégia que permite que as pessoas se relacionem de forma que possam edificar e transformar sua história, estabelecendo interposições fundamentais ao processo de modificação inerentes a ambos (o trabalho modifica o homem ao tempo em que é modificado pela sua ação). Essa assertiva se faz presente em toda e qualquer sociedade, independentemente do lugar e/ou momento, dado que, os indivíduos sejam estes do sexo masculino ou feminino, desenvolvem ações socialmente planejadas e adequadas para prover os elementos materiais para a sustentação da vida (MATOS FILHO, 2019). Neste sentido, nos aquiescemos com Pumariega e Paganini (2015, p.1) ao afirmarem que “o trabalho na atualidade não diferente da nossa antiguidade é fonte de sobrevivência,

de prazer e de sofrimento. Este faz parte da construção da identidade e subjetividade do homem”.

Averiguar a relação entre o modo como o trabalho nas unidades de saúde é estruturado se faz necessário vista a percepção de que o processo saúde-doença desses trabalhadores “sofrem influência do contexto macroestrutural, em especial do fenômeno da globalização e do desenvolvimento do pensamento de caráter neoliberalista”. Destarte que, o neoliberalismo necessita ser compreendido não somente sobre a égide do ponto de vista econômico, mas, sobretudo, como “um modo de viver social, que influencia valores culturais e psicoemocionais e vem transformado a vida na sociedade e as relações de trabalho” (SOUZA et al, 2017, p. 962).

Neste sentido nos aquiescemos com Rocha et al (2016, p. 819) ao considerarem que o indivíduo “produz e reproduz a si mesmo e sua subjetividade por meio do trabalho”, fato que torna condescendente um olhar criterioso acerca da “resiliência no contexto laboral”, bem como dos fatores que aumentam a vulnerabilidade dos trabalhadores ao adoecimento, “no sentido de capacitar os indivíduos para adoção de determinados comportamentos durante períodos de adversidade”.

Essas adversidades que demarcam as organizações e os processos de trabalho guardam estrita relação com a influência do capitalismo sobre o mundo do trabalho na contemporaneidade caracterizado pela crescente evolução tecnológica e modernas formas de gestão comuns no mundo globalizado. Assim, desfechos negativos a exemplo de “carga horária excessiva, ritmo intenso de trabalho, controle rigoroso das atividades, pressão temporal e necessidade de profissionais polivalentes e multifuncionais” que se tornaram comuns no cotidiano dos trabalhadores da saúde terão desdobramentos sobre o seu bem-estar, bem como, na qualidade dos serviços disponibilizados pelas instituições (SOUZA et al, 2017, p. 962).

Além disso, historicamente o modelo de organização e gestão do trabalho presente na maioria dos hospitais públicos do Brasil é norteado pelo modelo da administração clássica Taylorista/Fordista, caracterizada pela verticalização, hierarquização e centralização de poder que contribui para a desvalorização das competências profissionais e autonomia do trabalhador (ROCHA et al, 2016).

Nesta perspectiva Silva Júnior e Merino (2017) destacam a prevalência do adoecimento e dos acidentes de trabalho os quais constituem eventos de alta complexidade, resultantes de causas diversas, que podem comprometer a produtividade laboral de forma temporária ou permanente, sendo estas comumente relacionadas com o absenteísmo, o qual é considerado alto na área de saúde.

Estas considerações alicerçaram a realização deste estudo o qual buscou caracterizar os aspectos sociodemográficos, laborais e de saúde dos trabalhadores de enfermagem de um hospital público.

Conhecer essa caracterização possibilita identificar especificidades do processo

saúde-doença dos trabalhadores e compreender aspectos vulneráveis para o desenvolvimento de patologias ocupacionais. Desse modo, entende-se que é possível contribuir para a elaboração de estratégias com o fito de promover a saúde e prevenir agravos no coletivo profissional.

2 | METODOLOGIA

O estudo teve como questão norteadora: “Quais aspectos sociodemográficos, laborais e de saúde caracterizam os trabalhadores de enfermagem de um hospital público?”

O estudo constitui recorte de tese intitulada “Organização do trabalho hospitalar e as repercussões para o prazer e sofrimento de trabalhadores de enfermagem”.

A pesquisa teve natureza quantitativa e descritiva, cujo campo de coleta de dados foi um hospital de médio porte (capacidade atual de 275 leitos), vinculado à rede pública estadual, localizado na cidade de Jequié-Bahia. Em média, são realizados 210 atendimentos/dia no setor de urgência e emergência com, aproximadamente 600 internamentos no decorrer do mês.

O atendimento é feito, exclusivamente, através do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de unidade de saúde classificada como hospital geral que disponibiliza a população da macrorregião serviços médico-hospitalar nas áreas de: clínicas médicas e cirúrgicas, urgência e emergência, pediatria, neurologia, traumato-ortopedia, Unidade de terapia intensiva e psiquiatria. Destaca-se a atuação do Serviço Integrado de Atenção a Saúde do Trabalhador (SIAST). O hospital constitui campo de aulas práticas e estágio para cursos de nível superior (graduação e pós-graduação) de diversas áreas a exemplo de enfermagem, medicina, fisioterapia, nutrição, biomedicina, psicologia e serviço social, bem como de cursos técnicos de diversas áreas.

No período em que os dados foram coletados a equipe de enfermagem era composta de 366 profissionais (125 enfermeiros e 241 técnicos/auxiliares de enfermagem). Destes, 210 (57,4%) participaram do estudo sendo 108 (86,4%) enfermeiros e 102 (42,3%) técnicos/auxiliares de enfermagem, independentemente do vínculo empregatício (efetivo, fundação estatal e regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas e cargo comissionado).

A amostra abrangeu os trabalhadores da equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem), lotados em setores assistenciais e/ou de gerenciamento, desde que estivessem em atividade laboral durante o período de coleta de dados. Constituíram critérios de inclusão na coleta de dados: tempo de serviço (mínimo de 01 ano) e estar em atividade laboral ativa na ocasião da coleta de dados.

As informações sociodemográficas, laborais e de saúde foram coletadas através de questionários, os quais estão entre os “instrumentos de coleta de dados, constituído por uma série ordenada de perguntas, que devem ser respondidas por escrito e sem a presença do entrevistador”. Constituem algumas características dos questionários: grande número

de participantes pode ser respondido na ocasião de maior disponibilidade do participante, a aplicação pode envolver extensa área geográfica, respostas podem ser limitadas, retorno de quantidade menor de instrumentos em relação ao inicialmente previsto, necessita que o participante seja alfabetizado (MARCONI, LAKATOS, 2003, p. 201).

Os dados oriundos dos questionários foram tratados por estatística descritiva simples e apresentados por tabelas e quadros. Esse tipo de recurso da estatística é usado frequentemente quando nos deparamos com instrumentos que geram alto número de informações que necessitam ser sintetizadas de forma a facilitar o processo de análise. Assim, comumente se lança mão do desvio padrão, da média, da mediana ou da moda no intuito de alcançar os objetivos propostos (PEREIRA, 2019).

Buscando atender as determinações da Resolução 466/2012 que normatiza os estudos relacionados com seres humanos, após o cadastramento através da Plataforma Brasil, o projeto foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) vinculado a Uesb, sob parecer 2.414.553. Ademais, as coletas de dados foram precedidas da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e da carta de anuência expedida pela direção da unidade hospitalar dando a concordância para que a unidade hospitalar pudesse ser local de coleta de dados.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise das características sociodemográficas, laborais e de saúde constitui importante ferramenta para conhecimento do perfil dos trabalhadores que compuseram a amostra desse estudo. Constituíram variáveis pesquisadas: categoria profissional, escolaridade, sexo, faixa etária, raça/cor autodeclarada, estado civil, tempo de formação profissional, regime de trabalho e renda (per capita e familiar), dentre outras.

Verificou-se no estudo predominância dos participantes do sexo feminino 174 (82,8%), fato que permite inferir correlação com o perfil predominante dos profissionais que integram a equipe de enfermagem, historicamente, composto por mulheres. Essa representação esta atrelada aos aspectos históricos de o cuidado de enfermagem, desde os primórdios terem sido exercido, predominantemente, por mulheres conforme relatos da atuação de Florence Nightingale percussora da enfermagem moderna que defendeu a enfermagem como a profissão para as “Damas”. Na percepção de Florence as mãos dos homens eram inadequadas para o cuidado efetivo (SALES et al, 2018).

Com relação à idade, identificou-se que 156 (74,2%) dos profissionais estão na faixa etária entre 30 e 49 anos, ou seja, em plena fase produtiva. Essa característica tem se configurado nas pesquisas sobre o perfil da enfermagem, evidenciando que a profissão tem rejuvenescido (AQUINO; ARAGÃO, 2017; MACHADO, 2017).

A identificação da variável raça/cor demonstrou haver um contingente maior de trabalhadores que se autodeclararam pardos ou negros 173 (82,4%). Esse achado,

provavelmente, reflete o histórico do processo de colonização do Brasil até a atualidade, onde se constata que “pessoas de cor ou raça preta ou parda constituem, também, a maior parte da força de trabalho no País. Em 2018, tal contingente correspondeu a 57,7 milhões de pessoas, ou seja, 25,2% a mais do que a população de cor ou raça branca na força de trabalho, que totalizava 46,1 milhões” (IBGE, 2018, p.2).

Outro dado que chamou atenção foi o predomínio do estado civil casado totalizando 123 (58,6%) trabalhadores coadunando com o Relatório final da Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil - FIOCRUZ/COFEN (2017) que indica a maioria (40,7%) dos profissionais de enfermagem são casados. Essa constatação pode estar atrelada a necessidade da formação de uma base familiar a qual contribui de certa forma, para o equilíbrio econômico. Outra interface que pode estar associada a predominância dessa variável diz respeito a influência cultural do patriarcado onde existe um direcionamento velado para que as mulheres se casem e constituam famílias. Todavia, há de se ponderar que “se por um lado, a família pode surtir o efeito de base emocional para o enfermeiro, por outro, a ausência de tempo para desfrutar com a família pode ser motivo para o descontentamento no local de trabalho” (ARAUJO et al, 2017, p. 4721).

No tocante à escolaridade, verificou-se que os técnicos de enfermagem têm procurado se qualificar visto que, 40 (19,0%) possuem curso superior completo e 27 (12,8%) são graduandos em cursos de enfermagem. Destaca-se, que 15 (7,1%) dos técnicos concluíram pós-graduação lato sensu. Na mesma perspectiva, se observa por parte dos enfermeiros, o interesse em melhor qualificação. Assim, destes, 85 (40,5%) possuem curso de pós-graduação lato sensu e 12 (5,7%) stricto sensu (mestrado acadêmico).

Sabe-se que a qualificação profissional se torna um desafio social inerente à formação para o trabalho seja pelo seu nível macro, por meio de políticas públicas relacionadas à promoção da formação inicial do profissional, bem como no seu nível micro, relativo à percepção do indivíduo quando busca aprimorar seus conhecimentos pela via da formação continuada, visando alcançar a valorização profissional e melhoria econômica (WERMELINGER et al, 2020).

No que diz respeito à remuneração se constata que a maioria 87 (41,4) recebe, mensalmente, entre 1,5 a 3 salários mínimos valor que não corresponde às demandas e responsabilidade dos trabalhos destes profissionais. Assim, o “risco da frustração com os proventos e/ou defasagem remuneratória contribuirão naturalmente para níveis baixos de satisfação profissional”. Nesse sentido, vale discorrer que “a remuneração financeira digna e compatível com as atividades desempenhadas, além de responder às necessidades básicas, atribui um papel de reconhecimento pelas ações desenvolvidas” (PASSOS, 2017, p. 61).

Quanto ao tempo de formação, de forma expressiva, se verifica que a maioria 157 (74,8%) possui entre 6 a 20 anos de tempo de serviço. Paula, Gusmão e Maia (2017) lembram que a experiência profissional é um fator positivo para a melhor qualificação do

trabalhador de enfermagem. Todavia, os autores chamam atenção para a possibilidade de desgaste laboral dos trabalhadores a depender do setor em que estejam atuando.

Coadunando com estas considerações Carvalho et al (2018, p. 39) salientam que

o tempo de atuação profissional pode ser um fator de proteção para a qualidade de vida no trabalho, quando a organização oferece subsídios, como melhores salários, salubridade e respeito, pois o profissional se sente útil e valorizado. Todavia, nos cenários em que o serviço não se preocupa com a saúde do trabalhador, o aumento do tempo de serviço só gera desgaste, estresse e adoecimento.

A qualidade de vida, apesar de envolver aspectos subjetivos, certamente abarca questões relacionadas com a organização do processo de trabalho e a satisfação dos trabalhadores no ambiente laboral.

Quanto ao regime de trabalho se observou que a maioria, 138 (65,7%), trabalha 30 horas semanais. Os demais 72 (34,3) possui vínculo de 40 horas. A Lei do Exercício Profissional regulamenta que a jornada de trabalho da enfermagem seja, no máximo, 30 horas semanais (6 horas diárias), pois, a especificidade das atividades laborais realizadas por estes profissionais requer condições adequadas para que a práxis cuidadora seja eficaz. Nesse contexto reitera-se que jornada de trabalho semanal superior a citada trará impacto negativo para a saúde dos profissionais, na qualidade da assistência proporcionada, redução da habilidade laboral, absenteísmo (BARDAQUIM et al, 2019).

Discutir a jornada de trabalho na unidade de saúde pesquisada remete a necessidade de lembrar que muitos profissionais possuem outros vínculos laborais em locais diferentes. Essa consideração é salutar vista que carga horária extensa guarda forte relação com aumento da morbimortalidade, aumento da utilização de bebidas alcoólicas, alterações no sono e na fisiologia (abaixamento da atividade do sistema imunológico), maiores vulnerabilidades para aumento do peso, síndrome metabólica, doenças cardiovasculares e transtornos depressivos (FERNANDES et al, 2017).

Em relação às características laborais constatou-se que a maioria dos trabalhadores 155 (73,8%) é estatutária, sendo os demais 55 (26,2%) com vínculo temporário em regime celetista (terceirizados / fundação / reda / comissionado). Salienta-se ainda que o maior quantitativo 187 (89,0%) trabalhava na assistência em regime de 30 horas semanais. O estudo mostrou que apesar de ser a maioria dos trabalhadores estatutários, atuando dentro da carga horária desejada (30h/semanal), evidenciou-se frequente sobrecarga de atividades, oriunda do subdimensionamento de pessoal, atrelado à superlotação da unidade hospitalar, que repercutem no adoecimento do trabalhador.

Essa realidade requer considerar o antagonismo entre a política de saúde estatal e o proposto pelo modelo neoliberal, que nos últimos anos tem contribuído para o processo de precarização do trabalho com repercussões negativas na saúde do trabalhador. As questões que envolvem a saúde do trabalhador “sofrem influencia do contexto macroestrutural, em

especial do fenômeno da globalização e do desenvolvimento do pensamento de caráter neoliberalista” (SOUZA et al, 2017, p. 962).

No tocante a dupla jornada constatou-se que, da amostra pesquisada, 120 (57,1%) possuem outro vínculo, cuja carga horária, em sua maioria 38 (42,2%) é de 30 horas semanais, seguido de 28 (31,1%) com 40 horas semanais, atividades estas exercidas, predominantemente, em instituições de saúde da rede pública. Salienta-se que parte considerável dos profissionais que possuem duplo vínculo moram em cidades distintas dos ambientes laborais, de modo que em conversas informais antes ou após aplicação dos questionários, expressavam momentos de ansiedade e angústia, pela frequente distância dos familiares e o deslocamento longo entre a casa e o trabalho.

Verificou-se ser o tempo de atuação na enfermagem da maioria dos trabalhadores pesquisados, entre 6 e 10 anos, totalizando 83 (39,5%). Esse fato está associado à realização do último concurso público para trabalhadores de saúde da rede estadual o qual ocorreu no ano de 2012. No entanto, destaca-se considerável número de profissionais com formação há mais de 10 anos, sendo 103 (49,1%), caracterizando assim uma equipe experiente no processo de cuidar no ambiente hospitalar, próximo do percentual (50,6%) encontrado na pesquisa perfil da enfermagem no Brasil realizada através da parceria FIOCRUZ/Cofen. (2017).

Em relação ao tempo de atuação no hospital, os dados seguiram o mesmo parâmetro do resultado anterior que mostra o maior quantitativo de trabalhadores atuando na unidade entre 5 e 10 anos com 112 (53,3%) e, principalmente, no turno diurno onde normalmente têm-se maior demanda de procedimentos de enfermagem e, conseqüentemente, maior distribuição de pessoal no período de modo a atender as demandas rotineiramente esperadas. O setor de trabalho com maior número de participantes no estudo foi o da urgência/emergência.

No que concerne ao processo saúde-doença, a maioria dos trabalhadores 184 (87,6%) referiu inexistência de doença antes da admissão no hospital. Todavia, 98 (46,7%) se ausentaram do trabalho por adoecimento nos últimos 12 meses, sendo que 43 (43,8%), se afastou apenas 1 vez, seguido de 29 (29,6%) que afastaram-se, neste mesmo período, entre 3 a 5 vezes.

A comparação entre a inexistência de doença prévia à época da admissão em unidade hospitalar e o número de afastamento por motivo de adoecimento no decorrer das atividades laborais permite supor a intrínseca relação entre processo de trabalho relacionado às dimensões organizacional, interpessoal ou individual e processo saúde-doença dos trabalhadores de enfermagem.

Pesquisa semelhante realizada por Rosado, Russo e Maia (2015), com 240 profissionais de saúde de nível superior mostrou que a maioria 132 (55,5%) referiu que o trabalho constitui um dos fatores que debilita a saúde. Para os referidos autores prevalece o entendimento do trabalho como fonte de desgaste da saúde, em função de atributos

inerentes à própria atividade profissional e ao ambiente em que ela se realiza.

Observou-se que, quando questionados se possuíam problema crônico de saúde, 75 (35,7%) participantes informaram que sim, citando como principais problemas a DORT, doenças vasculares, rinite/faringite e transtorno de ansiedade. Outro dado importante a ser analisado é o fato de 53 (70,7%) associarem haver relação direta entre o adoecimento e o ambiente de trabalho.

Reforçando esse achado, um estudo de revisão identificou que o absenteísmo sofre a influência de variáveis independentes que têm origem “nas dimensões macro (organizacional) e micro (interpessoal, individual ou local), como a rotatividade de pessoal, estresse, *Burnout*, sobrecarga de trabalho, assédio, satisfação no trabalho e ambiente laboral” (SILVA JUNIOR, MERINO, 2017, p.552). Como fator desencadeante causador do absenteísmo (28,21%) dos estudos identificou a organização do trabalho como origem.

Quando perguntados sobre a prática de atividade física, os participantes em sua maioria 115 (54,8%), responderam que não realizavam tal prática. Os 90 (42,8%) que informaram praticar atividade física, elencaram frequentarem academias, caminhadas, corrida e esporadicamente alguns fazem dança, yoga, natação e ciclismo.

Acredita-se que a ausência da prática de atividade física deve-se principalmente por trabalharem em regime de plantão, o duplo emprego ou por questões econômicas. Muitas vezes a inatividade é justificada pelas transformações no mundo do trabalho, porque “È fato que o mundo do trabalho sofreu transformações estruturais, principalmente, com os avanços tecnológicos que, embora tenham produzido benefícios para a população, têm causado a redução da qualidade de vida e da saúde dos trabalhadores” (SILVA et al, 2018, p. 953).

4 | CONCLUSÃO

A partir das informações coletadas e analisadas, em relação às características sociodemográficas, laborais e de saúde dos participantes, constatou-se a predominância do sexo feminino, faixa etária entre 30 a 49 anos, estado civil casado e pardos/negros autodeclarados. Quanto à escolaridade, a maioria dos enfermeiros possuía pós-graduação lato sensu, 40 (19,0%) dos técnicos de enfermagem eram graduados e cursaram especializações, apresentavam tempo médio de formação entre 11 e 20 anos.

Do ponto de vista laboral, esses trabalhadores apresentaram uma baixa remuneração, com renda mensal média entre 1 a 3 salários-mínimos, embora seja superior à renda média de um trabalhador da iniciativa privada da região Nordeste.

Predominou o regime de trabalho de 30 horas semanais, e quanto ao tempo de atuação na enfermagem e no hospital, 5 e 10 anos foi a média predominante, denotando ser um grupo em plena fase produtiva.

No que concerne ao processo saúde-doença, constatou-se que a maioria dos

trabalhadores referiu inexistência de doença antes da admissão no hospital, mas 98 (46,7%) profissionais se ausentaram do trabalho por motivo de doença nos últimos 12 meses, embora a maioria não se recorde por quanto tempo deu-se o afastamento.

Diante desses dados, especialmente em relação ao absenteísmo decorrente de adoecimento, considera-se que a organização do trabalho necessita implementar medidas que minimizem esses afastamentos e que promova estratégias que assegurem saúde. Sobretudo, incentive e viabilize a adoção de hábitos mais saudáveis de vida, com destaque para a prática de atividade física e de alimentação saudável.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, Marcos Antonio Nunes de et al. **Perfil sociodemográfico dos enfermeiros da rede hospitalar**. Rev enferm UFPE online., Recife, 11 (Supl. 11): 4716 - 25, nov., 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/Nina/AppData/Local/Temp/231214-75339-1-PB.pdf>. Acesso em: 01 jan 2021

AQUINO, Rafael Lemes de; ARAGÃO, Ailton de Souza. **Impacto do trabalho noturno na vida do profissional de enfermagem do sexo masculino**. Rev. Enf. UFPE online. v.11, n.10, p.3725-31, out. 2017.

BARDAQUIM, Vanessa Augusto. **Reflexões sobre as condições de trabalho de a enfermagem: subsídio às 30 horas de trabalho**. Rev. Enferm. Contemp., Salvador, 2019, outubro; 8 (2): 171 - 181 . Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/2466/2688>. Acesso em: 2 jan 2021

CARVALHO, Arethuzia de Melo Brito. **Qualidade de vida no trabalho da equipe de enfermagem do centro cirúrgico**. Enferm. Foco 2018; 9 (3): 35-41. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/02/Qualidade-De-Vida-No-Trabalho-Da-Equipe-De-Enfermagem-Do-Centro-Cir%C3%BArgico-1.pdf>

FERNANDES, Juliana da Costa et al. **Jornada de trabalho e saúde em enfermeiros de hospitais públicos segundo o gênero**. Rev Saude Publica. 2017;51:63. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006808.pdf. Acesso em: 02 jan 2021

IBGE. Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica. n. 41. 2018. **Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil**. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf. Acesso em: 01 jan 2021

MACHADO, Maria Helena (Coord.). **Perfil da enfermagem no Brasil: relatório final: Brasil** / coordenado por Maria Helena Machado. — Rio de Janeiro: NERHUS -DAPS -ENSP/Fiocruz, 2017.748p.: il.color. ; graf. ; tab. (Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil -Brasil, v.01)

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MATOS FILHO, Silvio Arcanjo. **Organização do trabalho hospitalar e as repercussões para o prazer e sofrimento de trabalhadores de enfermagem**. Tese (Doutorado interinstitucional). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem. 2019. Rio de Janeiro.

PASSOS, Joanir Pereira. **O papel da satisfação profissional na qualidade de vida do enfermeiro**. 97 f. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM. 2017. Disponível em: <http://www.repositorio-bc.unirio.br:8080/xmlui/bitstream/handle/unirio/11441/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20GIOVANAvers%C3%A3o%20final.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

PAULA, Alessandra André de, GUSMÃO, Andressa Martins, MAIA, Luís Faustino dos Santos. **Avaliação do perfil dos trabalhadores da enfermagem em pronto socorro**. Revista Recien. 2017; 7(19):28-38. Disponível em: https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/180/pdf_1. Acesso em: 02 jan 2020

PEREIRA, Maytê. **Estatística Descritiva Básica: o que é e para que serve**. 2019. <https://www.voitto.com.br/blog/artigo/estatistica-descritiva>. Acesso em: 31 dez 2010

PUMARIEGA, Yesica Núñez; PAGANINI, Shirlei da Silva. **Trabalho: entre o prazer e o sofrimento**. EAD. EFDeportes.com, Revista Digital. Año 19. N.202. Buenos Aires, marzo de 2015. Lecturas: Educación Física y Deportes. INSS 1514-3465. 1997-2015. Derechos reservados. Disponível em: <https://www.efdeportes.com/efd202/trabalho-entre-o-prazer-e-o-sofrimento.htm>. Acesso: 28 dez 2020

ROCHA, Fernanda Ludmilla Rossi et al. **Cultura organizacional de um hospital psiquiátrico e resiliência dos trabalhadores de enfermagem**. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016 set-out; 69 (5) : 817-24. . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690501>.

ROSADO, Iana Vasconcelos Moreira; RUSSO, Gláucia Helena Araújo; MAIA, Eulália Maria Chaves. **Produzir saúde suscita adoecimento? As contradições do trabalho em hospitais públicos de urgência e emergência**. Ciências e saúde coletiva, v. 20, n. 10, p. 3021-3032, out, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2015.v20n10/3021-3032/>. Acesso em: 2 dez 2018

SALES, Orcélia Pereira et al. **Gênero masculino na enfermagem: estudo de revisão integrativa**. Revista humanidades e inovação v.5, n. 11 – 2018.

SILVA JUNIOR Francisco Felipe da; MERINO, Eugenia André Díaz. **Proposta de gestão do absenteísmo da enfermagem hospitalar: uma revisão sistemática**. Acta Paul Enferm. 2017; 30(5): 546-53.

SILVA, Ana Maria Rodrigues da et al. **Fatores associados à prática de atividade física entre trabalhadores brasileiros**. Saúde debate I Rio de Janeiro, v. 42, n. 119, p. 952-964, out-dez 2018. doi: 10.1590/0103-1104201811913.

SOUZA, Norma Valéria Dantas de Oliveira et al. **Influência do neoliberalismo na organização e processo de trabalho hospitalar de enfermagem**. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017;70(5):912-9. [Edição Temática “Boas práticas e fundamentos da Enfermagem trabalham na construção de uma sociedade democrática”] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0092>.

WERMELINGER, Mônica Carvalho de Mesquita Werner et al. **A formação do técnico em enfermagem: perfil de qualificação**. Ciência & Saúde coletiva, 25 (1) 67-78, 2020.

CAPÍTULO 22

COMPREENDENDO OS DESAFIOS A EQUIPE DE ENFERMAGEM NAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANENCIA SOBRE ATENDIMENTO EM PRIMEIROS SOCORROS

Data de aceite: 19/03/2021

Data de submissão: 04/01/2021

Irani Ferreira de Souza

Universidade Vale do Rio Verde-UNINCOR
Três Corações - Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/5951559805266376>

João Paulo Soares Fonseca

Universidade Vale do Sapucaí -UNINCOR
Três Corações - Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/0975646131943837>

RESUMO: As instituições de longa permanência são instituições que abrigam idosos acima dos 60 anos, de forma coletiva oferecendo uma qualidade de vida no envelhecimento. Contudo esses idosos estão susceptíveis a atendimentos imediatos como nos casos de trauma e alterações clínicas necessitando da equipe multiprofissional. O objetivo deste trabalho foi levantar dados que comprovem a importância do conhecimento dos primeiros socorros, em instituições de longa permanência e avaliar o conhecimento dos profissionais de enfermagem dessas instituições em casos de primeiros socorros. A metodologia adotada tratou-se de um estudo de natureza exploratória, descritiva e transversal, envolvendo seres humanos, com aplicação de questionário aos profissionais de enfermagem. Os locais de estudo foram três instituições de longa permanência para idosos nas cidades de: Careagu, São Gonçalo do Sapucaí e Três Corações. A amostra foi de 12 profissionais

com idade média de 37,5 anos. 83,3% dos entrevistados são técnicos de enfermagem e 16,7 % enfermeiros. Dos funcionários entrevistados 75% não receberam nenhum outro tipo de treinamento após concluírem seus cursos ou faculdade e 16,7% nunca passaram por treinamento, sendo que 91,7% já presenciaram algum tipo de situação de emergência. Todos os funcionários entrevistados concordaram ser importante passar por treinamentos periódicos sobre primeiros socorros e estar sempre atualizados. Com base nos resultados obtidos, verifica-se que os profissionais da enfermagem de ILPIS possuem conhecimentos a respeito de atendimento às vítimas em situações de emergência, porém, são incompletos ou incorretos, comprometendo o socorro, contudo conclui-se que é importante que o profissional esteja sempre atualizado.

PALAVRAS-CHAVE: Instituições de Longa Permanência; Enfermagem; Primeiros Socorros.

UNDERSTANDING THE CHALLENGES THE NURSING TEAM IN LONG STAY INSTITUTIONS ON SERVICE FIRST AID MEASURES

ABSTRACT: Long-term institutions are institutions that house the elderly over 60 years, collectively offering a quality of life in aging. However, these elderly people are likely to receive immediate care, such as in cases of trauma and clinical alterations necessitating the multiprofessional team. The objective of this study was to collect data to prove the importance of first aid knowledge in long-term care facilities and to evaluate the nursing professionals' knowledge of

these institutions in cases of first aid. This was an exploratory, descriptive and cross-sectional study involving human subjects, with questionnaire application to nursing professionals. The study sites were three long-term institutions for the elderly in the cities of: Careaçu, São Gonçalo do Sapucaí and Três Corações. The sample was 12 professionals with a mean age of 37.5 years. 83.3% of the interviewees are nursing technicians and 16.7% are nurses. Of the employees interviewed, 75% did not receive any other training after completing their courses or college and 16.7% never went through training, and 91.7% already witnessed some kind of emergency situation. All staff interviewed agreed that it was important to undergo periodic first aid training and be up to date. Based on the results obtained, it is verified that the ILPIS nursing professionals have knowledge about attending to victims in emergency situations, however, they are incomplete or incorrect, compromising the rescue, however it is concluded that it is important that the professional is always up to date.

KEYWORDS: Long-Term Institutions; Nursing; First aid.

INTRODUÇÃO

Segundo a Anvisa (2005), Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), são instituições governamentais ou não-governamentais, de caráter residencial, destinadas ao domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania. Essa resolução se embasou na lei nº 8.842/94, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (PNI).

O termo instituição de longa permanência para idosos (ILPI), foi proposto pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia e foi criado para ser usado no lugar de “asilo”, que é um termo bastante marcado por preconceitos. As instituições de longa permanência no Brasil começaram a crescer a partir das últimas décadas do século XX devido ao aumento da expectativa de vida e diminuição de recursos familiares para o cuidado dos idosos em consequência disso foram criadas normas e leis que regulamentam esse tipo de atividade. O envelhecimento da população e o aumento da sobrevivência de pessoas, com redução da capacidade física e cognitiva, estão exigindo que as ILPIs ofereçam, além de apoio social, serviços de assistência à saúde (CAMARANO e KANSO, 2010).

Segundo Santos *et. al.* (2008) o dimensionamento dos profissionais dentro de uma ILPI é feito de acordo com as características do público atendido, ou seja, de acordo com o grau de dependência do idoso e suas necessidades. A equipe multidisciplinar é composta por: Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, cuidadores de Idosos, Fisioterapeuta, Nutricionista, Cozinheira e Serviços Gerais, esses profissionais são distribuídos de acordo com o número de pacientes e a modalidade em que a instituição se encaixa. O Enfermeiro realiza cuidados de maior complexidade e que exige maior conhecimento científico. A atuação do enfermeiro apresenta-se em cinco funções: administrativa, educação, nos cuidados, ensino e pesquisa. A função do enfermeiro é garantir aos idosos residentes, um cuidado qualificado, deixando seus familiares tranquilos e garantindo à equipe de

Enfermagem segurança nas ações desenvolvidas por esta equipe e oferecendo um serviço com competência.

Devido ao aumento da expectativa de sobrevida e avanços da medicina, o grupo de idosos é considerado o subgrupo de crescimento mais rápido. Com o avanço dessa faixa etária, as mudanças provocadas pelas patologias associadas que afetam os múltiplos sistemas do organismo, acredita-se que entre as principais causas de morte dos pacientes acima de 60 anos são as complicações de doenças cardiovasculares e fatores externos como quedas, alimentação e hábitos de vida, são os fatores que mais atingem os idosos (GONSAGA *et. al.* 2012).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2015), a maioria das mortes por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) ocorre nas primeiras horas de manifestação da doença e a maior parte das mortes por IAM acontece fora do ambiente hospitalar e, geralmente, sem assistência médica. Por este motivo a partir da década de 1960 houve um maior interesse no atendimento pré-hospitalar do IAM. O atendimento pré-hospitalar tem como principal objetivo reduzir o tempo entre o início do evento isquêmico muscular até o tratamento, restaurando a perfusão miocárdica.

No entanto, para os que apresentam parada cardíaca antes de receber qualquer abordagem, a medida mais importante e de maior impacto seria o conhecimento sobre atendimento básico da parada cardíaca, o atendimento inicial deve obedecer aos protocolos definidos pela American Heart Association (AHA) atualizada, e adotados pela Sociedade Brasileira de Cardiologia quanto ao Suporte Básico de Vida, priorizando a solicitação de socorro, manobras iniciais de permeabilização das vias aéreas, ventilação pulmonar, circulação e desfibrilação, assim, a continuidade do atendimento baseado no protocolo do Suporte Avançado de Vida (SAV) será mais satisfatória (LEITÃO *et.al.*, 2008).

Primeiros socorros é o primeiro cuidado prestado a alguém ferido ou doente, com o objetivo de preservar, promover e recuperar a vida ou prevenir complicações, realizando tais cuidados para manter as suas funções vitais e reduzindo seus agravos até que a vítima receba atendimento de emergência da equipe especializada. Este pré-atendimento é crucial e pode salvar vidas, deve ser realizado por um socorrista, treinado, e realizar o atendimento em condições seguras para a prestação de socorro (CARDOSO, 2003).

Apesar de ser um assunto muito importante, a quantidade de agravos à saúde e óbitos que acontecem direto no nosso dia a dia vem aumentando cada dia mais, e o ensino de primeiros socorros ainda é pouco divulgado e evolui para o desconhecimento e o despreparo de profissionais e da população em geral sobre o assunto, por esse motivo é muito importante que as pessoas em especial os profissionais da enfermagem que trabalham em instituições de longa permanência para idosos tenham conhecimento sobre os primeiros socorros para assim diminuir os agravos e óbitos. (PERGOLA; ARAÚJO, 2009).

Nesse contexto, as principais questões são: Quais conhecimentos e cuidados

esse profissional tem pelos idosos em situações de emergência? Estes profissionais são preparados para atender uma vítima acometida por acidente ou incidente? Esta pesquisa tem como objetivo avaliar o conhecimento dos profissionais de enfermagem funcionários de ILPIs em situações de emergência.

REVISÃO DE LITERATURA

No Brasil, não há um acordo sobre a definição de uma ILPIs, sabe-se que sua procedência está ligada aos asilos, inicialmente voltados à população carente que necessitava de abrigo, originados da caridade cristã através de serviços filantrópicos por ausência de políticas públicas. Isso justifica que a carência financeira e a falta de moradia estejam entre os motivos mais importantes para a busca, estudos revelam que 62,2% das instituições de longa permanência para idosos são filantrópicas. É comum associar ILPIs a instituições de saúde, mas elas não são estabelecimentos voltados a clínica ou à terapêutica, apesar de os residentes receberem: moradia, alimentação, vestuário, serviços médicos e medicamentos (CAMARANO; KANSO, 2010).

Ainda segundo os mesmos autores, devido ao o envelhecimento da população e o aumento da sobrevivência de pessoas com redução da capacidade física, cognitiva e mental surge a necessidade de que os asilos deixem de fazer parte apenas da rede de assistência social e integrem a rede de assistência à saúde, sendo assim a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia sugeriu a adoção da denominação Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPIs).

Com o objetivo de facilitar e padronizar a fiscalização nas Instituições de longa permanência para idosos, a diretoria colegiada da Agência Nacional de Vigilância (ANVISA) publicou, em 2005, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n° 283, que regulamenta e define normas de funcionamento para as Instituições de longa permanência para idosos de caráter residencial e determina que as secretarias de saúde, estadual, municipal e do Distrito Federal devem implantar procedimentos para adoção do regulamento técnico, podendo adotar normas de caráter suplementar, com a finalidade de adequá-las às especificidades locais (ANVISA, 2005).

A RDC n° 283/05 da Anvisa, abrange todas as Instituições de longa permanência para idosos governamentais ou não governamentais e se destina a normatizar a moradia coletiva de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos que possuem ou não suporte familiar, que estabelece normas para a garantia dos direitos das pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, no que diz respeito à qualidade dos serviços prestados pelas Instituições de longa permanência para idosos (ANVISA, 2005).

Ainda de acordo com a Anvisa (2005), as Instituições de longa permanência devem seguir alguns critérios para o seu funcionamento, dentre eles é importante garantir a população idosa os direitos assegurados na legislação em vigor, prevenir e reduzir

os riscos à saúde aos quais ficam expostos os idosos residentes nessas instituições. É importante definir os critérios mínimos para o funcionamento e avaliação, assim como os seus mecanismos de monitoramento das Instituições e qualificar a prestação de serviços públicos e privados de qualidade.

No Art. 18 do Decreto 1.948/96, que regulamentou a Política Nacional do Idoso, é estabelecida a proibição da permanência de pessoas idosas em ILPIs, quando acometidos por doenças que necessitem de assistência médica constante ou de cuidado de enfermagem intensiva cuja falta possa agravar ou por em risco sua vida ou a vida de terceiros, porém de acordo com o artigo 37 do Estatuto do Idoso, definido pela lei 10.741 de outubro de 2003 a ILPI é a residência da pessoa idosa e é recomendado que ela continue sendo cuidada na própria instituição, até quando seja possível (BRASIL, 1996).

Segundo Santos *et. al.*(2008), a ILPI pode oferecer uma ou mais modalidades assistenciais, descritas a seguir:

Modalidade I: destinada a idosos independentes, mesmo que fazem uso de equipamentos de auto ajuda. Deve ter o seguinte dimensionamento de pessoal para atender as necessidades das pessoas idosas:

- a) Um cuidador para cada 20 pessoas idosas, com carga horária de 40 horas semanais.
- b) Dois trabalhadores para serviços gerais com carga horária de 40 horas semanais.
- c) Dois cozinheiros com carga horária de 40 horas semanais.

Modalidade II: destinada a idosos com dependência em qualquer atividade de autocuidado como alimentação, mobilidade, higiene e que necessitem de auxílios e cuidados específicos. Deve ter o seguinte dimensionamento de pessoal para atender as necessidades das pessoas idosas:

- a) Um médico com carga horária de 08 horas semanais.
- b) Um enfermeiro com carga horária de 12 horas semanais.
- c) Um nutricionista com carga horária de 04 horas semanais.
- d) Um fisioterapeuta com carga horária de 04 horas semanais.
- e) Um técnico de enfermagem para cada 15 pessoas idosas, ou fração, por turno.
- f) Um cuidador para cada 10 pessoas idosas, por turno.
- g) Dois trabalhadores para serviços gerais com carga horária de 40 horas semanais.
- h) Dois cozinheiros com carga horária de 40 horas semanais.

Modalidade III: destinada a idosos com dependência que requeiram assistência total, nas atividades de vida diária. Deve ter o seguinte dimensionamento de pessoal para atender as necessidades das pessoas idosas:

- a) Um médico com carga horária de 12 horas semanais.

- b) Um enfermeiro com carga horária de 20 horas semanais.
- c) Um nutricionista com carga horária de 08 horas semanais.
- d) Um fisioterapeuta com carga horária de 20 horas semanais.
- e) Um técnico de enfermagem para cada 10 idosos, por turno.
- f) Um cuidador para cada 08 idosos, por turno.
- g) Dois trabalhadores para serviços gerais com carga horária de 40 horas semanais.
- h) Duas cozinheiras com carga horária de 40 horas semanais.

De acordo com a Lei 7498/86, que regulamenta o exercício profissional, no artigo 11, inciso I, encontra-se como atividade privativa do enfermeiro o planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação do serviço de Enfermagem, ou seja, onde houver trabalhador de Enfermagem de nível médio/técnico e outros profissionais que realizam o cuidado, há necessidade de um enfermeiro, para liderar e direcionar esses trabalhadores (COFEN, 1986).

O enfermeiro que trabalha em ILPI deve conhecer o processo de envelhecimento para: determinar ações como a SAE (Sistematização do atendimento de Enfermagem) que possam atender integralmente as necessidades do idoso residente, tentando manter ao máximo os princípios de autonomia e independência; capacitar a equipe de enfermagem a fim de habilitá-los a executar as ações do cuidado à pessoa idosa com sensibilidade, segurança, maturidade e responsabilidade (COFEN, 2002).

Segundo Santos *et. al.* (2008), a equipe que presta cuidados diretos a idosos em Instituições de Longa Permanência é composta por: enfermeiro, técnicos/auxiliares de enfermagem e cuidadores de idosos.

Cuidadores: cuidam de pessoas idosas que apresentam diferentes níveis de dependência associada a incapacidades funcionais e a doenças. Os cuidadores realizam cuidados simples, planejadas pelo enfermeiro, como: cuidados de higiene, alimentação por via oral, prestar companhia ao idoso, promover movimentação e conforto, todos sob a supervisão do enfermeiro.

Técnico/Auxiliar de enfermagem: são profissionais que observam, reconhecem e descrevem sinais e sintomas; prestam e promovem cuidados de higiene e conforto; aferem sinais vitais; administram medicação e realizar a alimentação via enteral, dentre outras. De acordo com o Decreto nº 94.406/87 que regulamenta a Lei do Exercício Profissional nº 7.498/86, o técnico assiste ao enfermeiro no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência técnica. Na ILPI, o técnico de enfermagem tem um importante papel na supervisão dos cuidadores, principalmente naquelas ILPIs onde o enfermeiro tem carga horária reduzida.

Enfermeiro: Realiza cuidados de maior complexidade e que exige maior conhecimento científico. A atuação do enfermeiro apresenta-se em quatro funções: administrativa/

gerenciamento, cuidativa, educativa e ensino, pesquisa.

Nos idosos, grande parte das mortes ocorre devido a agravos de doenças crônicas degenerativas, os dados do ministério da saúde revelam que a principal causa de morte dos pacientes acima de 60 anos são as doenças cardiovasculares, seguidas pelas neoplásicas, estando as causas externas na terceira posição (DATASUS, 2018). Os idosos, vítimas de trauma chegam mais graves ao hospital devido suas condições físicas e consomem mais recursos no tratamento (GONSAGA *et. al.*, 2013).

Devido ao grande número de óbitos e agravos a saúde antes da chegada da vítima ao tratamento, foi necessário, criar uma linguagem comum para os profissionais de saúde, no atendimento da parada cardiorrespiratória (PCR). Foram desenvolvidos protocolos, como o suporte básico de vida (SBV), em que o profissional de saúde além de ter o conhecimento para si, também é capacitado para passar esse conhecimento para leigos, orientando-os para o reconhecimento e ação rápida diante de uma urgência. Para garantir o atendimento avançado, e na tentativa de prevenir agravos à vítima de PCR, é necessário empregar o SBV, o mais rápido possível, através de uma abordagem rápida e precisa associado a uma técnica segura e eficiente (BRASIL, 2016).

Parada cardiorrespiratória (PCR) é interrupção da circulação sanguínea, em consequência da parada dos batimentos cardíacos que são responsáveis pela manutenção do débito cardíaco. Podem ocorrer devido a problemas cardíacos, intoxicações, traumas, Obstrução de vias aéreas (OVACE) dentre outros fatores. Após a ocorrência deste fenômeno, o indivíduo perde a consciência dentro de 10 a 15 segundos, em decorrência da ausência de circulação sanguínea no cérebro. Com o objetivo de organizar o atendimento da PCR de forma lógica e mais efetiva possível, as principais ações foram dispostas pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (2015), na sequência conhecida como corrente da sobrevivência. Esta sequência consiste em quatro elos:

1º Elo: Acesso Precoce- Para o funcionamento adequado deste elo é fundamental que quem presencia uma determinada ocorrência seja capaz de reconhecer a gravidade da situação e saiba ativar o sistema, ligando adequadamente para um serviço de urgência/emergência. **2º Elo:** Suporte básico de vida (SBV) precoce- para que uma vítima em perigo de vida tenha maior hipótese de sobrevivência é fundamental que sejam iniciadas, de imediato e no local onde ocorreu a situação, manobras de SBV, ou seja, reanimação cardiopulmonar, lembrando que mesmo que não haja suporte para ventilar o paciente é importante manter as compressões para assim garantir a perfusão sanguínea nos tecidos cerebrais e cardíacos evitando complicações. **3º Elo:** Desfibrilação Precoce-A maioria das PCR no adulto ocorrem devido a uma perturbação do ritmo cardíaco a que se chama Fibrilação Ventricular (FV). Esta perturbação do ritmo cardíaco caracteriza-se por uma atividade elétrica desordenada de todo o coração, em que não há contração do músculo cardíaco e, com isso, não é bombeado sangue para o organismo. O único tratamento eficaz para esta arritmia é a desfibrilação que é a aplicação de um choque elétrico, externamente

em nível do tórax da vítima, para que a passagem da corrente elétrica pelo coração volte ao ritmo normal. A desfibrilação eficaz é determinante na sobrevivência de uma PCR e a probabilidade de conseguir tratar a FV com sucesso depende do fator tempo. **4ºElo:** Suporte Avançado de Vida (SAV) Precoce- Este elo da cadeia de sobrevivência é o crucial. Nem sempre a desfibrilação é eficaz, por si só, para recuperar a vítima. Outras vezes a desfibrilação pode não ser sequer indicada. O SAV permite conseguir uma ventilação mais eficaz (através da intubação endotraqueal) e uma circulação também mais eficaz (através da administração de fármacos). Idealmente, o SAV deverá ser iniciado ainda na fase pré-hospitalar e continuado no hospital, permitindo a estabilização das vítimas recuperadas de PCR. Integram também este elo os cuidados pós-reanimação, que têm o objetivo de preservar as funções do cérebro e coração.

Todos os elos da cadeia são igualmente importantes: de nada serve ter o melhor SAV se quem presencia a PCR não souber ligar para o 192. Em muitos casos os profissionais de IPLIs irão agir até o 2º Elo e se caso a instituição tiver o Desfibrilador Externo Automático (DEA) esses profissionais poderão agir até o 3º Elo até que chegue o Suporte avançado de vida (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2015).

Outro fator importante que leva a morte ou causam agravos na saúde dos idosos são as causas externas, elas estão em terceiro lugar nas causas de morte em idosos, sendo elas, traumatismos, lesões ou quaisquer outros agravos à saúde, podem ser intencionais ou não, de início súbito e como consequência imediata de violência ou outra causa exógena. Os idosos devido às modificações fisiológicas sofridas com o tempo estão vulneráveis a certos acidentes, como as lesões provocadas por quedas e engasgo, a prevenção deve ser dirigida principalmente às suas causas mais freqüentes, como as quedas em pisos derrapantes, irregulares ou revestidos com tapetes escorregadios, a falta de corrimão nas escadas e banheiros, e o uso de calçados inadequados, comumente responsáveis por quedas em idosos (GONSAGA *et. al.*, 2012).

Segundo Nascimento e Tavares (2016), as quedas são consideradas uma das síndromes geriátricas mais incapacitantes e preocupantes, pois um único evento pode ter repercussões no âmbito social, econômico e de saúde ao idoso.

Em caso de queda com suspeita de fratura: Identificar se o local é seguro, visualizar o local da lesão, identificar que tipo de fratura ocorreu se é fratura fechada ou exposta. Pedir ajuda retirar sapato, meia, jóias, pulseira, relógio, qualquer adorno do local, e causará danos. Cuidado ao manusear áreas contendo sangue, utilize luvas de procedimento, se não tive. Não movimentar o membro fraturado sem necessidade, isso só irá piorar a lesão. Imobilize o local, utilize algum objeto que seja rígido, a imobilização deve ser realizada pelo menos por duas pessoas. É importante que se avalie o estado neurovascular do membro após a utilização de talas ou o realinhamento de fraturas (ATLS, 2012).

Outro aspecto a considerar é a obstrução de vias aéreas por corpos estranhos

(OVACE), conseqüente a volume excessivo de alimento, objetos colocados na boca, ao enriquecimento da musculatura acessória do aparelho digestório, redução da produção de saliva que são alterações fisiológicas devido ao envelhecimento, neste caso é utilizado as manobras de desobstrução (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Manobras de desobstrução: Incentivar a vítima a tossir, tapas interescapulares, compressões abdominais, chamar o serviço de emergência, pedir para a vítima tossir. Caso a vítima apresente tosse ineficaz e incapaz de falar ou de respirar realizar a manobra de Heimlich. Se mesmo com a manobra não for possível desobstruir as vias aéreas da vítima e evoluir para a perda da consciência é recomendado que inicie a manobra de reanimação cardiopulmonar até que chegue o SAV (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

De acordo com o Código Penal Brasileiro (CPB) instituído pelo Decreto lei nº 2.848/1940, deixar de prestar socorro é considerado crime, pois qualquer pessoa mesmo leiga de conhecimentos e habilidades na área de saúde tem dever ajudar ao próximo quando for necessário.

Art. 135 - Deixar de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, à criança abandonada ou extraviada, ou à pessoa inválida ou ferida, ao desamparo ou em grave e iminente perigo; ou não pedir, nesses casos, o socorro da autoridade pública: Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa. Parágrafo único - A pena é aumentada de metade, se da omissão resulta lesão corporal de natureza grave, e triplicada, se resulta a morte (BRASIL, 1940).

MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo tratou de uma pesquisa de natureza exploratória, descritiva e transversal envolvendo seres humanos. Os locais de estudo foram três instituições de longa permanência para idosos nas cidades de: Careaçú, São Gonçalo do Sapucaí e Três Corações. Essas instituições são conhecidas como Ancianato ou Lar São Vicente de Paula. Para classificação dos participantes foram utilizados os seguintes critérios de inclusão:

- a) Ser servidor da instituição acima descrita.
- b) Estar lotado na escala de serviço no mês da aplicação do questionário.
- c) Estar registrado no Conselho regional de enfermagem (COREN-MG).

Como critério de não inclusão os funcionários que estavam de férias ou que recusaram participar do estudo. Profissionais em de licença a saúde/maternidade no ato aplicação do questionário não participaram da pesquisa.

Os dados foram coletados pela própria autora após aprovação do comitê de Ética e Pesquisa (CEP), da Unincor, emitido pelo parecer consubstanciado nº 2.885.000. O instrumento de coleta de dados foi elaborado mediante leitura e análise prévia da bibliografia revisada, a qual aborda, basicamente, a cadeia de sobrevivência e a seqüência do SBV

e, foi dividido em identificação e abordagem da vítima, composto de questões fechadas (múltipla escolha) e abertas.

A técnica para análise dos dados coletados se constituiu na análise de conteúdo/ análise estatística, e houve a ordenação e organização das respostas encontradas, que foram analisadas e interpretadas pela autora da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A amostra foi constituída por 12 entrevistados com média de idade de 37,5 (23 a 56) anos, sendo todos do sexo feminino com formação em Técnico em enfermagem 10/12 (83,3%), e Enfermeiros 2/12 (16,7%). A enfermagem é uma profissão onde predomina o gênero feminino. Segundo Donoso (2000) considera-se que há uma relação histórica entre esse predomínio e o cuidado, a divisão social de trabalho, na estrutura familiar dos grupos primitivos levou a mulher como responsável pelo cuidado de crianças, velhos e doentes, porém, acreditamos que o predomínio da mulher na enfermagem merece maior atenção, porque a profissão repercute em questões que vão além da relação do feminino com a prestação do cuidado.

Em relação à realização de treinamento de primeiros socorros 10/12 (83,3%) dos respondentes realizaram este tipo de treinamento e 2/12 (16,7%) não realizaram. A distribuição dos locais de treinamento encontra-se na Tabela 1, e o curso/faculdade foram os mais citados sendo 75%. De acordo com a NR-7 (1994), o Treinamento de Primeiros Socorros é exigido pelo Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) e todas as empresas, privadas ou públicas, independente do ramo de atuação devem estar equipadas com o material necessário à prestação dos primeiros socorros, manter esse material guardado em local adequado e aos cuidados de uma pessoa treinada e certificada como socorrista.

LOCAIS	n	%
FACULDADE OU CURSO	9	75
BOMBEIROS E SAMU	1	8,3
NUNCA FEZ	2	16,7
TOTAL	12	100

Tabela 1 - Distribuição dos locais de treinamento de primeiros socorros, realizados pelos entrevistados.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2018.

Dos entrevistados, 1/12 (8,3%) nunca presenciaram situação com vítima desacordada e 11/12 (91,7%) já presenciaram este tipo de situação. A Tabela 2 apresenta

as situações relatadas sendo as três mais citadas são: Desmaio (33,3%), PCR (25%) e convulsão (25%).

SITUAÇÃO	n	%
PCR	3	25
DESMAIO	4	33,3
CONVULSÃO	3	25
HIPOGLICEMIA	2	16,6
HIPOTENSÃO	2	16,6

Tabela 2- Apresentação das situações, com vítimas desacordadas por profissionais da área da enfermagem em ILPs.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2018.

Na Tabela 3 estão às atitudes tomadas pelos profissionais na situação vivenciada, ou seja, 41,6% chamaram socorro especializado, 33,3% relataram que verificaram Sinais vitais. De acordo com Pergola, (2008), o sucesso da recuperação da vítima em qualquer situação de emergência é a presença de alguém capacitado para iniciar as manobras de RCP ou prestar os primeiros atendimentos, logo que seja constatada a sua ocorrência.

RESPOSTAS	n	%
VERIFICOU FC E REALIZOU RCP NA PCR	3	25
VERIFICOU SSVV EM CASO DE DESMAIO	4	33,3
COLOCOU EM DECÚBITO LATERAL EM CASO DE CONVULSÃO	3	25
ACIONOU SAMU EM CASO DE HIPOGLICEMIA E PCR	5	41,6
ELEVOU MMII EM CASO DE HIPOTENSÃO	2	16,6

Tabela 3- Distribuição das atitudes tomadas em relação às situações com vítimas desacordadas

Fonte: Elaborado pelo autor, 2018.

Quanto à verificação de sinais de vida afirmaram que reconhecem a presença de sinais de vida. Dos 12 respondentes que disseram reconhecer os sinais de vida, 6/12(50 %) responderam corretamente, a tabela 4 apresenta as respostas citadas. Segundo Teixeira

et.al; (2015), os sinais vitais (SSVV) são indicadores do estado de saúde e da garantia das funções circulatórias, respiratória, neural e endócrina do corpo, parece simples, mas pode interferir na evolução e desfecho do quadro clínico dos pacientes.

ALTERNATIVAS	n	%
PRESSÃO ARTERIAL, PULSO, RESPIRAÇÃO, TEMPERATURA	6	50
SATURAÇÃO OXIGÊNIO	3	25
ABERTURA OCULAR	1	8,3
PUPILA	1	8,3
REFLEXOS	1	8,4
TOTAL	12	100

Tabela 4- Distribuição das respostas dos quanto ao conhecimento dos sinais de vida

Fonte: Elaborado pelo autor, 2018.

Em relação ao conhecimento do número do serviço de emergência que deve ser solicitado, 2/12 (16,6%) não o conhecem e 10/12 (83,3%) conhecem. Entre os serviços mais citados está o SAMU, entretanto, nem sempre o nome estava associado ao número. Sobre as informações passadas ao serviço de emergência, 9/12 (75%) responderam corretamente, 3/12 (25%) parcialmente correto. A alternativa se tem sinais de vida obteve a maior porcentagem, 10/12 (83,3%). De acordo com Filho *et. Al;* (2015), cada uma das fases do SBV segue uma seqüência de procedimentos que se não for realizada adequadamente diminui as chances de recuperação da vítima e uma delas é acionar o serviço de urgência e emergência porque mesmo que a vítima receba os primeiros socorros não descarta a necessidade de receber cuidados médicos.

Sobre o conhecimento em verificar se a vítima está respirando 12/12 (100%) responderam corretamente. Quanto à primeira medida a ser tomada em caso de vítima desacordada 10/12(83,3%) responderam corretamente, 2/12 (16,7%) responderam parcialmente correto. Em relação às respostas sobre o procedimento prévio à solicitação de socorro, 10/12 (83,3%) responderam corretamente, 2/12 (16,7%) parcialmente correto. Quanto à necessidade da realização dos primeiros socorros em curto espaço de tempo e com precisão 9/12 (75%) responderam corretamente, 3/12 (25%) parcialmente correto. Entre as alternativas mais respondidas estão: para evitar sequelas, garantir continuidade do tratamento e diminuir o desconforto.

Em relação à atitude a ser tomada quando houver suspeita de fratura na coluna vertebral, obteve- se 12/12 (100%) respostas corretas, responderam não mexer na vítima ou mobilizá-la em bloco, se necessário.

Entretanto, quando indagados sobre a descrição da mobilização em bloco, das respostas obtidas 11/12 (91,6%) estavam corretas, 1/12 (8,4%) incorretas. Quanto às respostas sobre o posicionamento da vítima desacordada sem suspeita de fratura na coluna vertebral a posição correta para manter a vítima, 4/12 (33,4%) estavam corretas e 8/12 (66,6 %) incorretas conforma mostra a tabela 5:

RESPOSTA	n	%
DE LADO	4	33,4%
DE COSTAS	8	66,6%
TOTAL	12	100%

Tabela 5- Distribuição das justificativas para facilitar a respiração em casos que não haja suspeita de fratura de coluna vertebral.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2018.

Quanto à realização de manobra para facilitar a respiração 7/12 (58,33%) responderam corretamente, 5/12 (41,66%) incorretamente. Sobre a realização isolada da massagem cardíaca 5/12 (41,67%) responderam que não faria e 7/12 (58,33%) responderam que fariam. As justificativas para as respostas estão na tabelas 6.

JUSTIFICATIVAS	n	%
FARIA MASSAGEM CARDÍACA MESMO SEM VENTILAÇÃO.	7	58,33
NÃO FARIA MASSAGEM CARDÍACA SEM VENTILAÇÃO.	5	41,67
TOTAL	12	100

Tabela 6- Distribuição das justificativas para realização da massagem cardíaca isoladamente.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2018.

Quando questionados porque não realizariam a massagem cardíaca sem ventilação apenas 3/12 (25%) responderam corretamente e 9/12 (75%) responderam incorretamente. Quando questionados sobre a finalidade da massagem cardíaca 33,34% responderam que é para manter oxigenação dos órgãos, 41,66% responderam que é para reanimar o coração e 25% responderam que serve para ressuscitar a vítima.

Sobre o posicionamento da vítima para realizar as compressões torácicas

11/12 (91,6%) responderam corretamente e 1/12 (8,4%) responderam incorretamente. Considerando a região do corpo onde se realiza a compressão 11/12 (91,6%) responderam corretamente e 1/12 (8,4%) incorretamente. Em relação ao número de compressões realizadas por minuto 100% afirmaram saber, porém 9/12 (75%) responderam corretamente e 3/12 (25%) incorretamente. De acordo com o ATLS (2012), a posição da vítima para realizar as compressões torácicas é deitada de costas em superfície plana e dura, com a cabeça pouco inclinada para trás e o número de compressões são 30 por 2 ventilações.

Quando questionados se já presenciaram uma situação de OVACE 7/12 (58,3%) responderam que sim e 5/12 (41,66%) responderam que não. Dos que responderam que sim informaram que a conduta tomada foi à manobra de Heimlich. Em relação à posição da vítima consciente para realização da manobra de Heimlich 10/12 (83,4%) responderam corretamente e 2/12 (16,6%) incorretamente. Segundo o Ministério da saúde (2014) a manobra de Heimlich é o melhor método pré-hospitalar de desobstrução das vias aéreas superiores por corpo estranho ela induz uma tosse artificial, que deve expelir o objeto da traquéia da vítima, para realizar a manobra na vítima consciente deverá ficar de pé.

Sobre a opinião dos entrevistados em relação à importância dos primeiros socorros todos afirmaram que é importante passar por treinamentos de primeiros socorros, o que reforça que em situações de emergência o atendimento tem que ser eficaz, permitindo o aumento da sobrevivência e a redução de sequelas. O aumento da sobrevivência está relacionado com a instalação das etapas de suporte básico precocemente e, estas incluem: ativação do sistema médico de emergência, reconhecimento da vítima com perda súbita da consciência e realização de manobras de abertura das vias aéreas, respiração e circulação (PERGOLA; ARAÚJO, 2009).

Foram evidenciados que os profissionais possuem conhecimento sobre os primeiros socorros, porém há alguns procedimentos que eles desconhecem ou estão desatualizados. A maioria dos funcionários entrevistados não recebeu nenhum outro tipo de treinamento após concluírem seus cursos ou faculdade, sendo que no ACLS/BLS, esta reformulação ocorre a cada 5 anos e sempre ocorre atualizações importantes que influenciam num bom atendimento (PITONI; BORGES, 2011).

Um dado relevante é que 91,7% dos entrevistados já presenciaram algum tipo de situação de emergência e souberam como atuar para atender as vítimas. As três situações de emergência mais citadas foram: Desmaio (33,3%), PCR (25 %) e convulsão (25%). Todos os entrevistados responderam que sabem quais são os sinais vitais, porém apenas 50% responderam corretamente. Quanto às respostas sobre o posicionamento da vítima desacordada sem suspeita de fratura na coluna vertebral a posição correta para manter a vítima 33,4% responderam que a vítima deve ser posicionada de lado e 66,6 % responderam que a vítima deve ser posicionada de costas sendo que a resposta correta de acordo com Pérpola e Araújo (2008) é posicionar a vítima em decúbito lateral ou lateralizar a cabeça devido ao risco de broncoaspiração caso a vítima apresente vômito.

Quando questionados sobre a possibilidade de realizar a massagem cardíaca isoladamente sem a ventilação 58,33% dos entrevistados fariam a massagem mesmo sem ventilação e 41,67% disseram que não fariam a massagem sem a ventilação ou respiração boca a boca quando questionados porque não realizariam a massagem cardíaca sem ventilação apenas 25% responderam que a compressão é eficaz para manter a oxigenação dos órgãos, mesmo sem a ventilação, 75% desconhecem ou não responderam e associam a compressão cardíaca com as ventilações. De acordo com Sociedade brasileira de cardiologia (2015), tem-se dado grande ênfase na manutenção das compressões torácicas em detrimento da ventilação para se aumentarem as chances de retorno da circulação espontânea. Alguns estudos sugerem que uma estratégia de RCP que use apenas compressão torácica é tão eficaz quanto uma que associe ventilações. De acordo com projeto em destaque, das atualizações focadas em recomendações de 2018 da American Heart Association, as compressões devem ser realizadas e trocadas caso o indivíduo apresente exaustão antes dos dois minutos (DUFF,2018).

O sucesso da recuperação da vítima em qualquer situação de emergência é a presença de alguém capacitado e atualizado para iniciar as manobras de SBV, com ênfase nas compressões cardíacas, tão logo seja constatada a sua ocorrência. É, portanto, fundamental a participação do profissional devidamente capacitado no atendimento a situações de emergência, proporcionando a redução do tempo entre a ocorrência e o início das intervenções. Justifica-se, assim, a importância da educação continuada e permanente sobre primeiros socorros para os profissionais da saúde com foco no profissionais de enfermagem que prestam serviços em ILPS (NETO *et. al*; 2016).

CONCLUSÃO

Com base nos resultados obtidos, verifica-se que os profissionais da enfermagem de ILPIs possuem conhecimentos a respeito de atendimento às vítimas em situações de emergência, porém, são incompletos ou incorretos, comprometendo o socorro. Uma das abordagens do estudo foi verificar apenas o conhecimento teórico e não ter avaliado as habilidades práticas, contudo conclui-se que é muito importante que profissional esteja sempre atualizado para estar prestando um atendimento com precisão e de qualidade, aumentando assim as chances de vida e evitando complicações.

Cabe ao enfermeiro responsável pela equipe promover ações de educação continuada mantendo a equipe sempre atualizada e apta a atender em situações de emergência. A participação do enfermeiro é essencial, porque eles mantêm contato direto e permanente com a equipe de enfermagem, o que possibilita perceber a realidade e avaliar suas necessidades.

REFERÊNCIAS

ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária). **Rdc nº 283**, de setembro de 2005. Ministério da Saúde: Brasília/Brasil, 2005. Disponível em: www.portalsaude.gov.br. Acesso em: 15/04/2018.

ATLS. Suporte avançado de vida no trauma. **Colégio Americano de Cirurgiões Comitê do trauma**. Nona Edição. Saint Clair Street Chicago, 2012.

BRASIL. **Decreto-lei no 2.848, de sete de dezembro de 1940**: Código Penal. Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm. Acesso em: 03/04/2018.

BRASIL. **Decreto Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Estatuto do idoso. Brasília; 2003. 82 p.

BRASIL. Decreto Lei nº 1.948, de 03 de Julho de 1996. Estatuto do idoso. Brasília; 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos de Intervenção para o SAMU 192** - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2016.

CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Revista brasileira de estudos de população**. São Paulo, vol.27, n.1, 2010.

CARDOSO, Telma Abdala. Manual de Primeiros Socorros. **Fundação Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/manuais/biosseguranca/manualdeprimeirosocorros.pdf>. Acesso em: 18/04/2018

COFEN (Conselho Federal de Enfermagem). **Decreto nº 94.406/87, Lei 749886 de 25 de Junho de 1986**. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html. Acesso em: 04/04/2018.

COFEN (Conselho Federal de Enfermagem). **Resolução COFEN-272/2002, regulamenta a Sistematização da Assistência de Enfermagem**. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 05/04/2018.

DATASUS. **Mortalidade proporcional por grupo de causas**. Departamento de Informática do SUS. Acesso. Disponível em: tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?idb2012/c04.de. Acesso em: 03/04/2018

DUFF, Jonathan P. et. al. **Destaque**: atualizações focadas em recomendações de 2018 da American Heart Association para RCP. AHA : EUA. Versão traduzida para Brasil, projeto destaque das atualizações focadas em recomendações, 2018.

NETO, José Antonio Chehuen; BRUM, Igor Vilela; PEREIRA, Débora Rodrigues; SANTOS, Leticia Gomes; MORAES, Silvia Lopes de; FERREIRA, Renato Erothildes. Suporte básico de vida. **International Journal of Cardiovascular Sciences**. Juiz de Fora,; vol. 29, n.6, 2016.

GONSAGA, Ricardo Alessandro Teixeira; RIMOLI, Caroline Fernandes; PIRES, Eduardo Araújo; ZOGHEIB, Fernando Scaramucci; FUJINO, Marcos Vinicius Tadao, e CUNHA, Milena Bolini. Avaliação da mortalidade por causas externas. **Revista do colégio Brasileiro de cirurgiões**. Rio de Janeiro. Vol.39, n.4, 2012.

LEITAO, Fernando Bueno Pereira; SOUSA, Mônica Caetano de; BIROLINI, Dario e VIEIRA, Joaquim Edson. Prevenção e atendimento inicial do trauma e doenças cardiovasculares: um programa de ensino. Revista brasileira de educação médica [online]. **São Paulo**. Vol.32, n. 4, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Departamento de Atenção Básica – **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**. Brasília, 2014.

NASCIMENTO, Janaina Santos; TAVARES, Darlene Mara dos Santos. Prevalência e fatores associados a quedas em idosos. **Texto contexto - enfermagem**. Florianópolis, vol. 25, n. 2, 2016.

NR-7, **Norma Regulamentadora Ministério do Trabalho e Emprego**. Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional. Item 7.5.1 da Portaria nº 24 do MTE, de 29/12/1994.

PERGOLA, Aline Maino; ARAUJO, Izilda Esmenia Muglia. O leigo em situação de emergência. **Revista da escola de enfermagem da USP**. São Paulo, vol. 42, n.4, 2008.

PITONI, Michel Fernando e BORGES, Claudio. O conhecimento do cuidador de idosos sobre o suporte básico de vida frente à parada cardiorrespiratória. **Revista F@pciência**. Apucarana, vol. 8, n.12, 2011.

SANTOS, Silvana Sidney Costa; SILVA, Bárbara Tarouco da; BARLEM, Edilson Luiz Devos; LOPES, Russilene da Silva. O papel do Enfermeiro na Instituição de Longa Permanência para Idosos. **Revista de enfermagem UFPE on line**. Rio Grande do Sul, vol.23, n.6, 2008.

Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBV). V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre tratamento do infarto agudo do miocárdio com supradesnível do segmento ST. Arquivos Brasileiros de cardiologia. Rio de Janeiro. Vol. 105, n. 2. Agosto 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=0066782X&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 25/02/2018.

TEIXEIRA, Cristiane Chagas; BOAVENTURA, Rafaela Peres; SOUZA, Adrielle Cristina Silva; PARANAGUÁ, Thatianny Tanferri de Brito; BEZERRA, Ana Lúcia Queiroz; BACHION, Maria Márcia, e BRASIL, Virginia Visconde. Aferição de sinais vitais: um indicador do cuidado seguro em idosos. **Texto contexto - enferm**. Florianópolis, v. 24, n. 4, p. 1071-1078, dez. 2015.

FILHO, Alvaro Ragadali; PEREIRA, Nerdilei Aparecida; LEAL, Ivonilde; ANJOS, Quesia da Silva dos; LOOSE, Janaina Teodosio Travassos. A Importância do Treinamento de Primeiros Socorros no Trabalho. **Revista Saberes**. São Paulo, vol. 3, n. 2, 2015.

Donoso, Miguir Terezinha Vieccelli. O gênero e suas possíveis repercussões na gerência de enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**. Belo Horizonte, vol. 4, 2000.

CAPÍTULO 23

AValiação DO CONHECIMENTO ACERCA DA BIOSSEGURANÇA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 19/03/2021

Data de submissão: 04/01/2021

Mayra Costa Rosa Farias de Lima

Universidade Paulista (UNIP)
Manaus – Amazonas
<http://lattes.cnpq.br/6291946957661456>

Rayana Gonçalves de Brito

Universidade Paulista (UNIP)
Manaus – Amazonas
<http://lattes.cnpq.br/2374808116003764>

Camila Paes Torres

Universidade Paulista (UNIP)
Manaus – Amazonas
<http://lattes.cnpq.br/6103143780142091>

Beatriz Gomes de Vasconcelos

Universidade Paulista (UNIP)
Manaus – Amazonas
<http://lattes.cnpq.br/8276895504176873>

Erasmus Greyck Oliveira Xavier

Universidade Paulista (UNIP)
Manaus – Amazonas
<http://lattes.cnpq.br/8924113650573156>

Anderson Araújo Corrêa

Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas
Manaus – Amazonas
<http://lattes.cnpq.br/1466507244608560>

Francisca Natalia Alves Pinheiro

Secretaria Municipal de Saúde de Colinas
Colinas – Maranhão
<http://lattes.cnpq.br/3608672438922611>

Loren Rebeca Anselmo do Nascimento

Universidade Paulista (UNIP)
Manaus – Amazonas
<http://lattes.cnpq.br/6333984153134331>

Ingrid da Silva Leite

Universidade da Amazônia (UNAMA)
Santarém – Pará
<http://lattes.cnpq.br/0739644807927839>

Isadora Ferreira Barbosa

Centro Universitário Planalto do Distrito Federal
(UNIPLAN)
Altamira – Pará
<http://lattes.cnpq.br/7025008112923659>

Otoniel Damasceno Sousa

Secretaria de Estado de Saúde do Maranhão
Colinas – Maranhão
<http://lattes.cnpq.br/1358949827679628>

Sávio José da Silva Batista

Faculdade Estácio do Amazonas
Manaus – Amazonas
<http://lattes.cnpq.br/6981138586975493>

RESUMO: Em Unidades de Terapia Intensiva, a biossegurança passou a ser um foco devido as recomendações da Organização Mundial da Saúde, pelo fato de pacientes de alta complexidade demandarem de cuidados mais específicos e por tomarem mais tempo. Diante desta realidade, elegemos como objeto deste estudo ter o conhecimento das medidas de biossegurança dos profissionais de enfermagem, atuantes em uma unidade de terapia intensiva.

Metodologia: A presente pesquisa constitui-

se de um estudo bibliográfico, tipo Revisão Integrativa de Literatura. Foram avaliadas publicações científicas nos anos de 2015 até 2019. Buscaram-se publicações nas bases de dados de BDNF; MEDLINE; LILACS e Scielo. **Resultados:** Ao analisarmos os artigos selecionados, notou-se que 52% tem a área de atuação em enfermagem. Verificou-se a abordagem dos artigos com sendo a maioria de Revisão Integrativa de Literatura (50%), quantitativa (31%), qualitativa (13%), descritiva (6%). **Discussão:** O estudo apresenta como conclusão a importância do conhecimento a respeito da epidemiologia dos acidentes com material biológico, as circunstâncias em que ocorrem, a categoria profissional exposta e os fatores determinantes que são relevantes, pois podem subsidiar a implementação de uma política de segurança e programas de capacitação. **Considerações finais:** Os profissionais da enfermagem, mesmo sabendo das consequências do alto risco ao optar em não utilizar ou utilizar de forma incorreta o EPI, se expõem consideravelmente ao risco de acidentes de trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: Biossegurança; Unidade de Terapia Intensiva; Equipamento de Proteção Individual.

ASSESSMENT OF KNOWLEDGE ABOUT THE NURSING TEAM BIOSAFETY IN THE INTENSIVE CARE UNIT: INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: In Intensive Care Units, biosafety has become a focus due to the recommendations of the World Health Organization, due the fact that highly complex patients demand more specific care and because they take more time. In view of this reality, we chose as an object of this study to have the knowledge of the biosafety measures of nursing professionals, working in an intensive care unit. **Methodology:** The present research consists of a bibliographic study, type Integrative Literature Review. Scientific publications were evaluated in the years 2015 to 2019. Publications were sought in the data bases BDNF; MEDLINE; LILACS e Scielo. **Results:** When analyzing the selected articles, it was noted that 52% have the area of expertise in nursing. The approach of the articles was verified, with the majority being Integrative Literature Review (50%), quantitative (31%), qualitative (13%), descriptive (6%). **Discussion:** The study presents as conclusion the importance of knowledge about the epidemiology of accidents with biological material, the circumstances in which they occur, the professional category exposed and the determining factors that are relevant, as they can support the implementation of a safety policy and training programs. **Final Considerations:** Nursing professionals, even knowing the consequences of high risk when choosing not to use or use PPE incorrectly, are considerably exposed to the risk of accidents at work. **KEYWORDS:** Biosafety; Intensive Care Unit; Individual Protection Equipment.

1 | INTRODUÇÃO

A infecção hospitalar atualmente denominada como, infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), é caracterizada como qualquer infecção adquirida após a admissão do paciente e manifestada durante a hospitalização ou após a liberação do paciente em até 72 horas, o meio de disseminação de infecções depende de vários fatores

ambientais, com isso atualmente, a biossegurança tem se tornado o foco da comunidade científica brasileira (SOUSA *et al.*, 2018).

A biossegurança, entre todas as suas definições e significados, encontra desafios que comprove a eficiência das ações de prevenções a agentes biológicos, de todo modo, é evidente a preocupação relacionada às condições de manipulação de agentes biológicos, os profissionais de saúde, quando expostos a agentes biológicos, podem também se infectar (MOLENTO, 2017).

Em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), a biossegurança passou a ser um foco devido as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), pelo fato de pacientes de alta complexidade demandarem de cuidados mais específicos e que tomam mais tempo, e o enfermeiro é o que se torna mais susceptível a contrair as doenças decorrentes de procedimentos que envolvem riscos biológicos, químicos, físicos, ergonômicos e psicossociais. Ressaltando assim, importância também da adesão dos profissionais de saúde na utilização de equipamentos de proteção individual (EPI) somada a não adoção das medidas de precaução (LLAPA-RODRIGUEZ *et al.*, 2018).

Diante desta realidade, elencou-se como meta deste estudo avaliar o conhecimento das medidas de biossegurança dos profissionais de enfermagem, atuantes em uma unidade de terapia intensiva, frente à exposição aos riscos biológicos nesse ambiente de trabalho a percepção da equipe de enfermagem acerca da importância de adotar e implementar medidas de biossegurança em uma unidade de terapia intensiva. Os objetivos específicos foram: Analisar os principais fatores que levam o profissional de saúde a realização das práticas de biossegurança fazendo o uso de EPIs no ambiente da UTI, demonstrar quais são os principais fatores que levam a equipe de enfermagem a não fazer o uso correto dos EPIs e identificar o grau de conhecimento da equipe de enfermagem em relação a importância do uso dos equipamentos de proteção individual.

Pode-se dizer, desta forma, que os profissionais de enfermagem que trabalham em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) estão cientes da exposição aos riscos biológicos estão tomando alguma medida de precaução?

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo bibliográfico, tipo Revisão Integrativa de Literatura (RIL). Este método de pesquisa permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo (MENDES *et al.*, 2008). A escolha deste método foi por oportunizar um embasamento científico que permitisse através de pesquisas já realizadas, compreender a importância do conhecimento sobre a exposição aos riscos biológicos e a persistência ao uso dos EPI'S pela equipe de enfermagem possibilitando assim, um saber fundamentado e uniforme para o conhecimento.

Adotou-se o método da RIL de Laurence Ganoung, que propõe um processo de

sistematização e análise dos dados com o objetivo de compreensão do tema em estudo. Objetiva-se, por este método, agrupar e sintetizar os resultados de pesquisas primárias a fim de analisar os dados e desenvolver uma explicação mais ampla de um fenômeno específico. A Literatura de Laurence Ganong sistematiza-se o método em seis etapas: 1) definição da pergunta de pesquisa; 2) definição dos critérios de inclusão de estudos e seleção da amostra; 3) representação dos estudos selecionados em formato de tabelas, considerando todas as características em comum; 4) análise crítica dos achados, identificando diferenças e conflitos; 5) interpretação dos resultados e 6) reportar, de forma clara, a evidência encontrada (SCHEK *et al.*, 2019).

Buscaram-se publicações indexadas na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) em três bases de dados: Base de Dados de Enfermagem (BDENF); Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Realizaram-se as buscas no mês de Setembro de 2020 para a seleção e identificação de publicações. Deve-se a escolha por essas bases de dados ao fato de elas englobarem publicações nacionais e internacionais. O levantamento dos descritores realizou-se no banco de dados DECS e, para a busca dos periódicos, utilizou-se os seguintes descritores: “Biossegurança”, “Unidade de Terapia Intensiva” e “Equipamento de Proteção Individual”. Empregou-se, para a combinação destes descritores nas bases, o operador booleano “AND”.

A elaboração desta pesquisa teve como ferramenta embasadora, materiais já publicados em artigos científicos com períodos de publicações entre 2015 a 2019. Adotaram-se, para a escolha dos estudos, os seguintes critérios de inclusão: artigos científicos completos na íntegra e disponível para análise; publicados entre os anos de 2015 a 2019 e que estivessem em Português. Excluiu-se 05 artigos que estavam repetidos em uma ou mais bases de dados. Obtiveram-se após a busca dos estudos em cada base de dados, 25 artigos científicos que atendem aos filtros da pesquisa. Selecionaram-se, em seguida, artigos que enquadrassem, em seus títulos ou resumos, os seguintes termos: “Biossegurança”, “Unidade de Terapia Intensiva” e “Equipamento de Proteção Individual” (Figura 1).



Figura 1: Fluxograma da seleção dos estudos nas bases de dados.

Selecionou-se, desta forma, um total de 18 artigos (Quadro 1) para a análise, os quais foram organizados em forma de tabela no software Microsoft Excel 2016, contendo: título; autor; local; ano; abordagem metodológica; tipo de estudo; objetivo e resultados. Analisaram-se os artigos com a ajuda desta ferramenta, comparando-os entre as suas semelhanças e diferenças, possibilitando-se a extração dos dados de cada artigo que atendessem ao objetivo desta revisão integrativa da literatura.

AUTORES	ANO DE PUBLICAÇÃO	TÍTULO DO ARTIGO	ÁREA DE CONHECIMENTO	OBJETIVOS
MENDONÇA, D. G. et al.	2015	Perfil de acidentes de trabalho envolvendo profissionais de enfermagem no ambiente da Terapia Intensiva.	Enfermagem	Identificar as Características sociodemográficas e o perfil dos acidentes de trabalho entre os 45 profissionais de enfermagem de uma UTI.
FIGUEIREDO, D.; AQUINO, B.; PISCOPO, H.	2016	Gestão de suprimentos de uma unidade de terapia intensiva: percepção dos profissionais de saúde sobre a ocorrência de infecções hospitalares associadas às falhas de abastecimento.	Saúde	Compreender a percepção de profissionais da área de saúde de um hospital público terciário, identificando os riscos associados à falta de materiais essenciais na assistência ao paciente e ocorrência de infecções hospitalares ou infecções relacionadas à saúde.
SOUSA et al.	2016	Representações sociais da Enfermagem sobre biossegurança: saúde ocupacional e o cuidar prevencionista.	Enfermagem	Apreender as representações sociais da biossegurança por profissionais de Enfermagem na Atenção Primária e analisar como elas se articulam com a qualidade da assistência prestada.
SOUSA, S. L. et al.	2016	Exposição ocupacional a material biológico em unidade de terapia intensiva: uma revisão integrativa da literatura	Saúde - UTI	Identificar o perfil dos acidentes com exposição a material Biológico ocorridos em unidades de terapia intensiva.

MORENO-ARROYO, A. et al.	2016	Qual a percepção do risco biológico tem os estudantes da Licenciatura em Enfermagem?	Enfermagem	Analisar a percepção do risco biológico nos estudantes da Licenciatura de Enfermagem e a sua ligação com a formação prática previa.
SILVA, K.L. et al.	2017	Riscos ocupacionais entre trabalhadores de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva.	Enfermagem	Identificar os principais riscos ocupacionais aos quais estão expostos os trabalhadores de enfermagem de uma UTI, segundo sua percepção.
RIBEIRO, A. V. et al.	2017	Biossegurança na unidade de terapia intensiva: uma revisão bibliográfica.	Saúde - UTI	Verificar a importância da adoção e implementação de medidas de biossegurança pela equipe de enfermagem na UTI.
SOUZA; A. C. CORTEZ; C. B. CARMO, C	2017	Medidas educativas para minimizar os riscos ocupacionais na equipe de enfermagem da UTI.	Enfermagem	Identificar os riscos ocupacionais associados aos trabalhadores da UTI, assim como seus fatores de risco; e propor medidas educativas aos riscos encontrados.
LAPA, M.A. et al.	2017	Manuseio e descarte de perfurocortantes por profissionais de enfermagem de unidade de terapia intensiva.	Enfermagem	Identificar os fatores que expõem os trabalhadores de enfermagem de UTI aos acidentes por pênfuro- cortantes durante a sua manipulação e descarte
BELELA-ANACLETO et al.	2017	Higienização das mãos Como prática do cuidar: reflexão acerca da responsabilidade profissional.	Enfermagem	Reflexões acerca da responsabilidade Profissional ao não aderir às práticas de hm e de aspectos éticos relacionados a essa conduta.
MOLENTO, F. H. B et al.	2017	Biossegurança e a prática baseada em evidências.	Enfermagem	Biossegurança baseada em evidências deve ser utilizada tanto para sustentar uma ação já conhecida como para modificar hábitos.
ILAPA-RODRÍGUEZ, E. O	2018	Medidas para adesão às recomendações de biossegurança pela equipe de enfermagem.	Enfermagem	Avaliar o conhecimento as recomendações de biossegurança junto aos profissionais de Enfermagem em UTIs.
SOUSA, F. F.; SOUSA, I. A.; OLIVEIRA, L. M.	2018	A utilização de equipamentos de proteção individual e coletiva por profissionais de saúde: revisão integrativa.	Enfermagem	Investigar através de uma revisão de literatura a utilização de epi e epc por profissionais de saúde.
FARIA, L.B. et al.	2019	Conhecimento e adesão do enfermeiro às precauções padrão em unidades críticas.	Enfermagem	Identificar o conhecimento e a adesão de enfermeiros às precauções padrão em unidades de atendimento a pacientes críticos.
CARDOSO, D. C. et al.	2019	O impacto do excesso de trabalho e turno na unidade de terapia intensiva.	Saúde - UTI	Identificar o impacto e a influência do excesso de trabalho e turno na UTI.
PIRES, Y. M. et al.	2019	Saúde do trabalhador em ambiente hospitalar: mapeando riscos e principais medidas de biossegurança.	Saúde do Trabalhador	Analisar medidas de biossegurança no ambiente hospitalar, evidenciando os principais riscos aos quais os profissionais estão sujeitos e verificar potenciais soluções

LOURENÇO, M. P. et al.	2019	Adesão aos equipamentos de proteção individual entre trabalhadores de saúde que sofreram acidentes com material biológico.	Saúde do Trabalhador	Avaliar a adesão e o conhecimento das manicures/pedicures acerca do uso dos EPIs.
SALLES, L. L.; ANJOS, J. M.	2019	Equipamento de proteção individual no contexto laboral da enfermagem.	Enfermagem	Diminuição da exposição à esse tipo de risco através da prevenção.

Quadro 1. Características dos artigos selecionados de acordo com os objetivos do estudo.

Para o desenvolvimento da pesquisa e melhor compreensão do tema, este trabalho de conclusão de curso foi elaborado a partir dos registros, análises e organização dos dados bibliográficos, instrumentos que permitem uma maior compreensão e interpretação crítica das fontes obtidas que norteou na verificação dos artigos referente ao tema.

3 | RESULTADOS

Foram selecionados 18 artigos científicos nessa temática, observou-se o quantitativo de publicações por ano, sendo que das 18 publicações encontradas, 06 publicações, que equivalem a 33%, foram publicações do ano de 2017; 05 publicações que equivalem a 28% foram publicações de 2019; 04 publicações no ano de 2016, que equivalem à 22%, 02 publicações no ano de 2018, que equivalem à 11% e 1 publicação no ano de 2015, que equivale à 6%. Observou-se que os anos de maior índice de publicações foram os de 2017 com 6 publicações e 2019 com 5, conforme observa-se no Gráfico 1 a seguir:

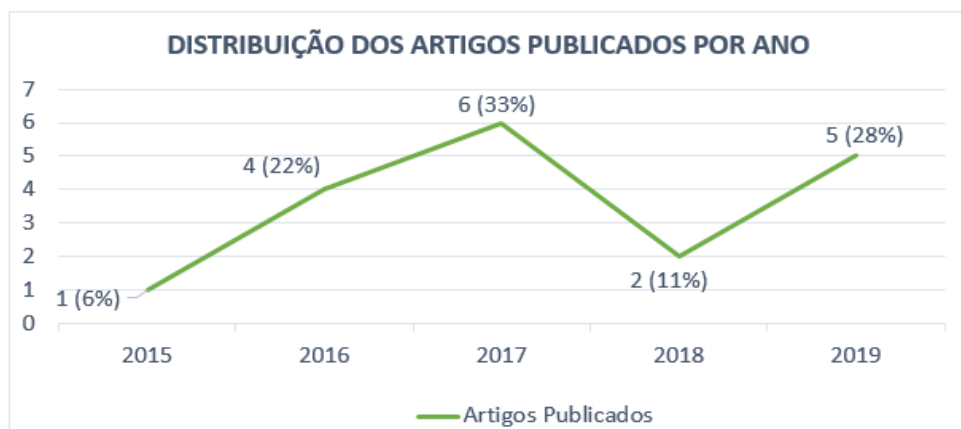


Gráfico 1. Distribuição dos artigos selecionados por ano de publicação.

Ao analisarmos os artigos selecionados, notou-se que 52% tem a área de atuação em enfermagem. Verificou-se a abordagem dos artigos com sendo a maioria de Revisão

Integrativa de Literatura (50%), quantitativa (31%), qualitativa (13%), descritiva (6%).

Dentre os 18 artigos selecionados foi possível correlacionar objetivos propostos e conclusões obtidas; no que se refere à temática que buscou identificar avaliação do conhecimento acerca da biossegurança da equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva, 7 (37%) dos autores mencionaram a respeito da relação da falta de adesão dos profissionais as medidas de biossegurança com os acidentes de trabalho, assim como 9 (53%) dos autores demonstraram a necessidade de maior conhecimento sobre o contexto, interesse e ausência de capacitação para os profissionais de saúde acerca da importância da biossegurança no ambiente hospitalar. E outros 2 (10%) (Gráfico 2) artigos referem-se ao uso de material de proteção individual, onde percebeu-se o uso inadequado de EPIS pelos profissionais de enfermagem.

ABORDAGEM DOS ARTIGOS SOBRE A BIOSSEGURANÇA

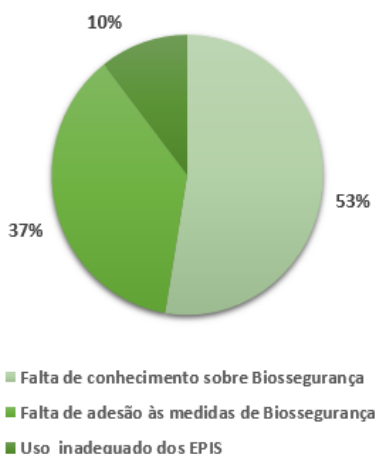


Gráfico 2. Abordagem dos artigos selecionados de acordo com as falhas ocorridas nas medidas de Biossegurança por parte da Equipe de Enfermagem.

Observou-se também a jornada de trabalho extensa e cansativa dos profissionais de enfermagem e a necessidade de agir rapidamente em situações de emergência, por lidarem com pacientes que requerem cuidados intensivos, isso facilita erros e acidentes na UTI.

Por isso dos 18 artigos 89,9% concluíram que as instituições hospitalares devem desenvolver estratégias educativas para que os profissionais tenham conhecimento dos riscos e utilizem às normas de biossegurança corretamente, fazendo com que os riscos diminuam.

4 | DISCUSSÃO

Apesar de a equipe de enfermagem sendo a mais envolvida em acidentes, os autores procuram destacar sobre a importância de se estabelecer medidas preventivas que devem ser estendidas a todos os trabalhadores da área da saúde. A sensibilização desses profissionais sobre a consideração de condutas e precauções padrão, ou de biossegurança no trabalho, onde a adesão deve ser avaliada constantemente, pode-se corroborar para que os acidentes sejam minimizados ou evitados (LLAPA-RODRIGUEZ *et al.*, 2018).

Este estudo possibilitou identificar e avaliar os riscos ocupacionais a que estão expostos os trabalhadores de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva durante sua jornada de trabalho, bem como identificar a utilização do EPI entre os trabalhadores.

A realização desta pesquisa deixou evidente, que o uso de equipamentos de proteção individual é de extrema importância para proteger os trabalhadores dos riscos que ameaçam sua segurança e saúde. O enfermeiro do trabalho é um profissional de grande valia dentro da instituição, para promover uma educação continuada entre estes profissionais, despertando, assim, a conscientização destes para o uso constante dos EPIs, indispensáveis ao setor no qual atuam.

Os acidentes de trabalho não estão relacionados apenas com a inexperiência, mas sim com o desuso dos EPI's por profissionais treinados e experientes e que apesar de se tratar de evidências consideradas relevantes, poucos artigos com o foco em acidentes de trabalho nos profissionais de terapia intensiva, foram publicados e por isso acredita-se que em razão disso, ainda há necessidade de buscar novas pesquisas (LOURENÇO, 2019).

Dentre suas funções, destaca-se o treinamento dos trabalhadores, para instruí-los sobre o uso de roupas e material de proteção adequado ao tipo de trabalho, para evitar a lesão ou para até mesmo atenuar sua gravidade, além de proteger o corpo e o organismo contra os efeitos que um acidente pode causar, e que no futuro pode gerar uma doença ocupacional. Com isto, vai preservar ainda mais a integridade mental do trabalhador, que tem que está não só bem fisicamente, mas também psicologicamente para desenvolver bem o seu serviço.

A importância da orientação quanto ao uso correto dos equipamentos de proteção individual, torna-se necessário, já que se concluiu que os trabalhadores 17 fazem, sim, o uso dos equipamentos de proteção individual. Porém, há uma certa resistência devido ao ritmo acelerado destes profissionais, os quais pensam que estes acidentes de trabalho nunca irão acontecer com eles.

O estudo reforça que é necessário considerar que os trabalhadores e as instituições de saúde necessitam voltar maior atenção ao problema e adoção de medidas preventivas para redução do número deste tipo de acidente (RIBEIRO, 2017).

Talvez por terem certa experiência na sua atividade diária e destreza manual, devido, na maioria das vezes, pelo tempo de serviço que possuem. Compreende-se,

portanto, que a saúde dos profissionais de enfermagem é constituída a partir de uma dinâmica de trabalho, por vezes danosa, resultante de um contexto organizacional que carrega marcas de um sistema público de saúde com muitas lacunas, mas que permite, de algumas maneiras, que eles encontrem caminhos originais para dar conta das exigências do trabalho e de suas próprias necessidades, sem adoecerem. É importante ressaltar, que uma orientação frequente na empresa sobre o uso de equipamentos de proteção individual, é uma atitude fundamental na saúde dos trabalhadores, pois eles tendo um conhecimento mais aprofundado do assunto, irão superar todas as barreiras contra o uso dos EPIs. Como responsabilidade desta orientação, tem o enfermeiro do trabalho, com a sua equipe, dever de manter sempre os trabalhadores capacitados sobre este assunto.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do desenvolvimento deste trabalho, a ideia central era analisar em periódicos *online* a fim de avaliar o conhecimento das medidas de biossegurança dos profissionais de enfermagem, atuantes em uma unidade de terapia intensiva, frente à exposição aos riscos biológicos nesse ambiente de trabalho.

A premissa foi atendida até certo ponto, pois quando se trata da utilização dos EPI's por profissionais de enfermagem atuantes em unidade de terapia intensiva apontar os principais problemas que levam aos acidentes de trabalho dentro deste setor, os autores foram unânimes ao ratificar que a rotina desses profissionais, quase sempre é permeada de muitos obstáculos que propiciam ou os deixam vulneráveis ao acidente.

Numa análise inicial, os autores, descrevem os acidentes de trabalho como causa primária de baixa adesão no correto uso de EPI's, falta de interesse dos profissionais de enfermagem nos treinamentos internos de sensibilização ao acidente de trabalho, fragilidade no ciclo de educação da parte da instituição, instrumentos de baixa qualidade e pouca garantia de funcionalidade, e, principalmente, a falta de suporte durante o acidente.

Ressaltamos que faz-se necessário mais estudos acerca do tema, devido sua importância para o sistema de saúde. É fundamental ainda que haja dentro das unidades de terapia intensiva mais educação continuada para os profissionais de enfermagem e outros profissionais de saúde bem como a implementação de precauções padrão dentro das unidades, para que haja uma diminuição no número de acidentes.

REFERÊNCIAS

CARDOSO, Daniela de Campos *et al.* O impacto do excesso de trabalho e turno na unidade de terapia intensiva. **Revista Eletrônica Acervo de Saúde**, vol 35, 2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/1394#:~:text=Resultados%3A%20A%20imposi%C3%A7%C3%A3o%20da%20sociedade,auxiliar%20para%20o%20acontecimento%20de>. Acesso em: 5 outubro 2020.

FARIA, Luise Brunelli Gonçalves *et al.* Conhecimento e adesão do enfermeiro às preocupações padrão em unidades críticas. **Texto e Contexto Enfermagem**, vol 28, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072019000100353>. Acesso em: 2 novembro 2020.

FIGUEIREDO, Walquiria Barcelos *et al.* Gestão de Suprimentos de uma unidade de terapia intensiva: percepção dos profissionais de saúde sobre a ocorrência de infecções hospitalares associadas às falhas de abastecimento. **Revista Raunp**, vol 8, núm 2, p 66-84, 2016. Disponível em: <<http://www.spell.org.br/documentos/ver/42666/gestao-de-suprimentos-de-uma-unidade-de-terapia-intensiva--percepcao-dos-profissionais-de-saude-sobre-a-ocorrencia-de-infecoes-hospitalares-associadas-as-falhas-de-abastecimento->>>. Acesso em: 1 outubro 2020.

FURASTÉ, Pedro Augusto. **Normas técnicas para o trabalho científico**. Explicitação das Normas da ABNT, 2009. Disponível em: <<https://www.doccity.com/pt/81736214-furaste-pedro-augusto-normas-tecnicas-para-o-trabalho-cientifico-15ed-abnt-2009/4855394/>>. Acesso em: 16 nov 2020.

HORIUCHI, Alice; ANGLISKAS, Rodrigo da Costa. **Guia de normalização para apresentação de trabalhos acadêmicos da Universidade Paulista**: ABNT, 2019. Disponível em: <https://www.unip.br/presencial/servicos/biblioteca/download/manual_de_normalizacao_abnt_2019.pdf>. Acesso em: 16 nov 2020.

LAPA, Alessandra da Terra *et al.* Manuseio e descarte de perfurocortantes por profissionais de enfermagem de unidade de terapia intensiva. **Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, vol 9, p. 387-392, 2017. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5039>>. Acesso em: 17 outubro de 2020.

LLAPA-RODRIGUEZ, Eliana Ofelia *et al.* Medidas para adesão às recomendações de biossegurança pela equipe de enfermagem. **Enferm. Glob, Murcia**, v. 17, n. 49, p. 36-67, 2018. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n49/pt_1695-6141-eg-17-49-00036.pdf. Acesso em: 27 abr 2020.

LOURENÇO, Mariana Pissoli *et al.* Adesão aos equipamentos de proteção individual entre trabalhadores de saúde que sofreram acidentes com material biológico. **Ciência, Cuidado e Saúde**, vol 18, núm 3, 2019. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/45889>>. Acesso em: 5 outubro 2020.

MENDONÇA, Ana Elza Oliveira *et al.* Perfil de acidentes de trabalho envolvendo profissionais de enfermagem no ambiente da terapia intensiva. **Revista Eletrônica Trimestral de Enfermagem**, vol 39, p. 202-210, 2015. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n39/pt_administracion1.pdf>. Acesso em: 1 outubro 2020.

MENDES, Karina Dal Sasso *et al.* Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, p. 758-764. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>>. Acesso em: 16 nov 2020.

MOLENTO, Fernando Henrique Brandão. Biossegurança e a prática baseada em evidências. **Rev Pan-Amaz Saude, Ananindeua**, v. 8, n. 1, p. 7-8, mar. 2017. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/rpas/v8n1/2176-6223-rpas-8-01-00007.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2020.

MORENO-ARROYO, M. Carmen *et al.* Qual a percepção do risco biológico tem os estudantes da Licenciatura em Enfermagem? **Rev. Latino-Am. Enferm**, Ribeirão Preto, v. 24, e2715, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02715.pdf. Acesso em: 28 abr 2020.

PIRES, Yara Maria da Silva *et al.* Saúde do trabalhador em ambiente hospitalar: mapeando riscos e principais medidas de biossegurança. **Revista UNINGÁ**, vol 56, núm 2, p. 115-123, 2019. Disponível em: <<http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/2334>>. Acesso em: 1 outubro 2020.

RIBEIRO, Ítalo Arão Pereira *et al.* Biossegurança na unidade de terapia intensiva: uma revisão bibliográfica. **Revista UNINGÁ**, vol 54, núm 1, p. 20-28, 2017. Disponível em: <<http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/20>>. Acesso em: 1 outubro 2020.

SALLES, Leovander Lago *et al.* Equipamento de proteção individual no contexto laboral da enfermagem. **Revista UNINGÁ**, vol 56, 2019. Disponível em: <<http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/2543>>. Acesso em: 2 novembro 2020.

SILVA, Raiana Soares de Sousa *et al.* Riscos ocupacionais entre trabalhadores de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, vol 15, p. 267-275, 2017. Disponível em: <<http://www.rbmt.org.br/details/258/pt-R#:~:text=Nos%20ambientes%20hospitalares%2C%20a%20Unidade,a%20raios%20X%2C%20acidentes%20com>>. Acesso em: 17 outubro 2020.

SOUSA, Álvaro Francisco Lopes *et al.* Representações sociais da Enfermagem sobre biossegurança: saúde ocupacional e o cuidar prevencionista. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol 69, núm 5, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000500864>. Acesso em: 5 outubro 2020.

SOUSA, Fernanda Ferreira de; SOUSA, Isabele Alves de; OLIVEIRA, Luciane Marta Neiva de. A utilização de equipamentos de proteção individual e Coletiva por profissionais de saúde: revisão integrativa. **Rev. Aten. Saúde**, São Caetano do Sul, v. 16, n. 58, p. 102-108, dez, 2018. Disponível em: https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/5667/pdf. Acesso em: 28 abr 2020.

SOUZA, Karla Geovana Xavier *et al.* Exposição ocupacional a material biológico em unidade de terapia intensiva: uma revisão integrativa da literatura. **Revista de Saúde e Biologia**, vol 11, núm 3, p. 76-84, 2016. Disponível em: <<http://revista2.grupointegrado.br/revista/index.php/sabios2/article/view/1907/916>>. Acesso em: 17 outubro 2020.

SOUZA, Vanessa *et al.* Medidas educativas para minimizar os riscos ocupacionais na equipe de enfermagem da UTI. **Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, vol 9, p. 583-591, 2017. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4407>>. Acesso em: 17 outubro 2020.

CAPÍTULO 24

LESÕES POR PRESSÃO OCORRIDAS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE BRASÍLIA

Data de aceite: 19/03/2021

Data de submissão: 08/01/2021

Filipe Aurélio de Sá Aquino

Centro Universitário de Brasília (UnICEUB)
Brasília – Distrito Federal (DF)
<http://lattes.cnpq.br/0740897168283397>

Victor Guimarães Antônio da Silva

Centro Universitário de Brasília (UnICEUB)
Brasília – Distrito Federal (DF)
<http://lattes.cnpq.br/4765517528898968>

Priscilla Cartaxo Pierri Bouchardet

Universidade de Brasília (UnB)
Brasília – Distrito Federal (DF)
<http://lattes.cnpq.br/0035402063718957>

Janine Araújo Montefusco Vale

Faculdade da Terra de Brasília (FTB)
Brasília – Distrito Federal (DF)
<http://lattes.cnpq.br/3371268858014341>

Gabriel Cartaxo Barbosa da Silva

Universidade de Brasília (UnB)
Brasília – Distrito Federal (DF)
<http://lattes.cnpq.br/9211811085683869>

Norberto Barbosa da Silva

Universidade Católica de Brasília (UCB)
Brasília – Distrito Federal (DF)
<http://lattes.cnpq.br/3111047844441497>

Joana D'arc Gonçalves da Silva

Instituto de Ciências Médicas de La Habana
Calixto García – Cuba
Universidade de Brasília (UnB)
Brasília – Distrito Federal (DF)
<http://lattes.cnpq.br/7670101212213089>

Fabiana Xavier Cartaxo Salgado

Centro universitário de Brasília (UnICEUB)
Universidade de Brasília (UnB)
Brasília – Distrito Federal (DF)
<http://lattes.cnpq.br/1737775115488718>

RESUMO: Este trabalho investigou a ocorrência de lesões por pressão em um hospital público de Brasília. Estudo transversal, descritivo, de caráter retrospectivo e prospectivo, realizado no Hospital Regional da Asa Norte da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. A coleta de dados compreendeu os anos de 2018 e 2019 e foi realizada através de exploração do banco de dados do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e por busca ativa, utilizando os diversos buscadores já utilizados pela equipe, em prontuários eletrônicos. Para a composição do perfil dos pacientes foram investigados: sexo, idade, tempo de internação. A amostra total de pacientes foi 104 e o total de lesões por pressão encontrados foi 133, o que representa 1,28 eventos por paciente. O sexo masculino representou 62,50% e o feminino 37,50%. A idade média dos pacientes foi 56,93 anos e a média do período de internação foi de 67,66 dias. Os setores com mais ocorrências de lesões por pressão foram: UTI (34,59%), Clínica médica masculina (21,05%), Box de Emergência 14,29(%) e Pronto Socorro (12,78%). O grau de danos provocados aos pacientes foram: leve (48,87%) e moderado (9,02%). As ações e intervenções realizadas por parte da enfermagem nos pacientes que evoluíram para LPP, foram: curativo para proteção do membro/local afetado;

troca do colchão; intensificação da mudança de decúbito. A presente pesquisa aponta para a importância de medidas de intervenção para prevenção das lesões por pressão em unidades hospitalares, com ações educativas promovidas dentro das instituições, que visam capacitar o profissional e aprimorar seu desempenho. Para prevenir e evitar a ocorrência destes eventos, é necessário avaliar as causas, assim como fatores humanos e estruturais envolvidos nesse processo de modo a permitir a implementação de barreiras de prevenção e diminuir os riscos para os pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Lesão por pressão. Segurança do paciente. Hospital público.

PRESSURE INJURIES OCCURRED IN A PUBLIC HOSPITAL IN BRASÍLIA

ABSTRACT: This study investigated the occurrence of pressure injuries in a public hospital in Brasília. Cross-sectional, descriptive, retrospective and prospective study, carried out at the Regional Hospital of Asa Norte of the State Health Department of the Federal District. The data collection comprised the years 2018 and 2019 and was carried out by exploring the database of the Patient Safety Center (NSP) and by active search, using the various search engines already used by the team, in electronic medical records. The composition of the patients' profile was investigated: sex, age, length of stay. The total sample of patients was 104 and the total pressure lesions found was 133, which represents 1.28 events per patient. Males represented 62.50% and females 37.50%. The mean age of the patients was 56.93 years and the average length of stay was 67.66 days. The sectors with the highest incidence of pressure injuries were: ICU (34.59%), Male medical clinic (21.05%), Emergency Box 14.29 (%) and Emergency Room (12.78%). The degree of damage caused to patients was: mild (48.87%) and moderate (9.02%). The actions and interventions performed by nursing in patients who evolved to LPP were: dressing to protect the affected limb / location; changing the mattress; intensification of the decubitus change. This research points to the importance of intervention measures for the prevention of pressure injuries in hospital units, with educational actions promoted within the institutions, which aim to train professionals and improve their performance. To prevent and prevent the occurrence of these events, it is necessary to assess the causes, as well as the human and structural factors involved in this process in order to allow the implementation of prevention barriers and to reduce the risks for patients.

KEYWORDS: Pressure injury. Patient safety. Public hospital.

1 | INTRODUÇÃO

Lesão por pressão é definida como uma lesão na pele, tecidos e/ou estruturas subjacentes e provocada pela incidência de uma pressão isolada de um tecido mole entre uma proeminência óssea e uma superfície dura por um período, ou combinada com fricção e/ou cisalhamento (MS; FOC, 2014). A National Pressure Ulcer Advisory Panel sugeriu mudança da terminologia para lesão por pressão, por descrever de maneira mais precisa a lesão (STUQUE, 2016; DA SILVA, 2017). Os fatores de risco para as lesões por pressão são: grau de mobilidade alterado; incontinência urinária e/ou fecal; alterações da sensibilidade cutânea; alterações do estado de consciência; presença de doença vascular;

estado nutricional alterado (MS; FOC, 2014).

A prevalência de lesões por pressão (LPP) tem aumentado no decorrer dos anos devido ao aumento da expectativa de vida da população, associada aos avanços da medicina moderna, proporcionando a sobrevivência de pacientes com doenças graves e anteriormente letais, as quais foram transformadas em doenças crônicas e lentamente debilitantes. A despeito desses avanços nos cuidados em saúde, a lesão por pressão continua a ser uma importante causa de morbidade e mortalidade, com impacto direto na qualidade de vida do paciente e de seus familiares (PINHO, 2014).

As lesões por pressão são, na maioria das vezes, eventos evitáveis. Portanto, é imprescindível adotar métodos e práticas que reforcem a prevenção, a qual é iniciada por uma avaliação de risco individualizada. Lesões por pressão afligem e desencorajam os pacientes, assim como estabelecem um possível foco de infecção, dificultam a recuperação e prolongam o tempo de internação e, conseqüentemente, os custos (YASHCHUK, 2019).

Para Borghardt alguns fatores de risco, tanto os intrínsecos como os extrínsecos, empregam-se como conteúdo pertinente para a gestão do cuidado e do serviço. Esse dado direciona à características importantes na análise do fenômeno, tais como a magnitude das condições clínicas que esses pacientes apresentaram, o tempo de permanência em unidade de internação, em dieta zero, perfil hematológico, metabólico e comorbidades, entre outras causas que potencializam os riscos e que podem ou não estar relacionados à presença de lesões por pressão. Observou-se que os pacientes com lesões por pressão, em sua maioria, evoluíram a óbito. (BORGHARDT, 2016).

Este trabalho investigou a ocorrência de lesões por pressão em um hospital público de Brasília.

2 | MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, de caráter retrospectivo e prospectivo, realizado em todos os setores de internação do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. É um dos maiores hospitais públicos da capital do Brasil, com um total de 399 leitos e que atende pacientes nas seguintes especialidades: Cirurgia Geral, Cirurgia plástica, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria, Clínica Médica, Unidade de Queimados, Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais, Unidade de Terapia Intensiva Adulto, Unidade de Cirurgia Geral, Unidade de Cirurgia Vascolar.

O referido hospital possui um Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) funcionando desde 2014 que monitora eventos adversos/incidentes em todo o hospital, notifica e desenvolve ações de prevenção destes eventos. Este núcleo possui um banco de dados que armazena todos estes eventos ocorridos no hospital, oriundos da notificação feita pelos diversos setores e através de busca ativa realizada pela equipe do NSP.

A coleta de dados compreendeu os anos de 2018 e 2019 e foi realizada através de exploração do banco de dados do NSP e por busca ativa, utilizando os diversos buscadores já utilizados pela equipe em prontuários eletrônicos. Para compor a amostra foram considerados como critério de inclusão: pacientes de ambos os sexos e sem discriminação de idade, que tenham evoluído com lesões por pressão ou evolução de grau de lesão pré existente, ocorridos nos setores de internação do hospital. Os critérios de exclusão: pacientes portadores de lesões por pressão não desenvolvidas no referido hospital. -Para a composição do perfil dos pacientes foram investigados: sexo, idade, tempo de internação.

Os dados quantitativos do estudo foram tabulados no programa Excel e analisados no Statistical Package of Social Science versão 23.0. Os resultados foram apresentados de forma descritiva adotando-se números absolutos e proporções para as variáveis categóricas e medidas de tendência central e dispersão para as variáveis numéricas.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde/FEPECS/SES/DF (CAAE: 17697419.7.3001.5553) e pelo CEP do UniCEUB (CAAE: 17697419.7.0000.0023).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra total de pacientes que sofreram lesões por pressão foi 104 e o total de lesões por pressão encontrados foi 133, o que representa 1,28 eventos por paciente.

Estudo multicêntrico conduzido em unidades de internação no Brasil demonstrou frequência de 17% de pacientes com LPP, sendo a maioria portadora de mais de uma lesão, principalmente nas regiões sacral, trocantérica, do calcâneo, costas e cotovelo (BRITO, 2013). Em unidades de terapia intensiva, essa proporção pode variar de 29 a 53% (COSTA, 2015 & BEZERRA, 2014). As taxas internacionais de prevalência de LPP indicam variações entre 3,5% a 41,0% e incidência entre 10,2 e 26,7%. No Brasil a incidência de LPP está entre 19,1% a 39,8% (BREM et al, 2010; SILVA AJ et al, 2013). Nas UTI estes dados variam de 22,2% a 41,2% devido ao grau de complexidade desta população (ROGENSKI & KURCGANT, 2012).

Embora esta pesquisa não tenha investigado o grau de lesão tecidual das LPP, cabe ressaltar que as mesmas são classificadas de acordo com o comprometimento tecidual em quatro categorias principais: categoria I apresenta-se como eritema não branqueável, alterações na coloração da pele, dor, edema e calor; categoria II é a perda parcial da espessura da pele; categoria III consiste na perda total da espessura da pele; e categoria IV como perda total da espessura dos tecidos, com exposição óssea, tendínea e muscular. Ressaltando ainda a existência de duas categorias adicionais que incluem a presença de uma lesão inclassificável; além de uma suspeita de lesão nos tecidos profundos, ambas com profundidade indeterminada (NPUAP, 2014).

O perfil de sexo, idade e período de internação dos pacientes da pesquisa encontram-

se demonstrados na tabela 1.

Variáveis	Pacientes (n=104)	
Sexo	M= 62,50% (n=65)	F= 37,50% (n=39)
Idade (média e DP)	56,93±21,32 anos	
Período de internação (média e DP)/mediana	67,66±53,40 53,5 dias	

Tabela 1 – Perfil dos pacientes vítimas de lesões por pressão (n=104).

O tempo de internação encontrado mostrou-se elevado, ressaltando que a presente pesquisa investigou todos os setores de internação do hospital, enquanto outros trabalhos apresentam investigação em um único setor (BRANDÃO; BRITO; BARROS, 2018; ORTEGA et al., 2017).

Uma associação entre o tempo prolongado de internação e a ocorrência de lesão por pressão foi reportada por Rocha, após observar que a média do tempo de internação para os pacientes com LPP (30,2%) foi maior quando comparado aos pacientes que não desenvolveram este tipo de lesão (17,8%) (ROCHA, 2010). Outro estudo demonstrou que a média de internação dos pacientes com LPP foi de 11,8 dias, sendo que 40,0% das lesões se desenvolveram no quarto dia de internação e 90,4% nos primeiros 15 dias de internação, concluindo que o tempo prolongado de internação está relacionado com o desenvolvimento destas lesões (ROGENSKI & KURCGANT, 2012).

Souza afirma que o tempo de internação, assim como diminuição da mobilidade, utilização de cateter vesical de demora, ventilação mecânica, uso de drogas vasoativas, umidade, fricção e cisalhamento, doenças cardiovasculares ou do sistema nervoso central são fatores de risco direto para o aparecimento de LPP, tendo o tempo de internação apresentado uma diferença significativa no aparecimento de LPP em região sacrococcígea, maleolar e calcâneos (SOUSA, 2016).

A utilização do tempo de permanência em uma instituição hospitalar é comumente utilizada como medida substitutiva de custos e indicador de eficiência. (THOMAS, 1997). No Brasil, no ano de 2016, a NOTIVISA, boletim que aponta dados sobre segurança do paciente e retrata as notificações de Incidentes Relacionados à Assistência à Saúde e trabalho, incluindo as LPP, apresenta semelhanças no perfil de sexo e idade com o presente estudo. (ANVISA, 2017). Alguns autores afirmam que a faixa etária superior a 60 anos é fator de risco para o desenvolvimento de LPP, devido às mudanças na pele e em tecido subcutâneo, inerentes ao envelhecimento (HORN et al, 2015; GOULD et al, 2015). O envelhecimento retarda o processo cicatricial e vascularização, bem como diminui a função do colágeno (OLIVEIRA, 2013). Essas lesões independentemente de outros fatores de risco, podem ser consideradas preditoras de mortalidade em indivíduos de idades avançadas (GENÉ, 2013).

A tabela 2 apresenta a estratificação dos setores onde foram identificadas as ocorrências dos eventos de lesão por pressão.

Setor de internação	n= 133	%
Unidade de Terapia Intensiva	46	34,59
Clínica Médica Masculina	28	21,05
Box de Emergência	19	14,29
Pronto Socorro	17	12,78
Clínica Médica Feminina e Ginecologia	16	12,03
Unidade de Cirurgia Plástica	5	3,76
Unidade de Cirurgia Geral	2	1,50
Total	133	100

Tabela 2 – Estratificação das lesões por pressão por setores de ocorrência.

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e a unidade de Clínica Médica Masculina representaram 55,64% dos setores onde foram registradas lesões por pressão. Estes achados são condizentes com dados do boletim de segurança do paciente que identificou a UTI, setor de Urgência/Emergência e setores de internação como os setores com maior número de eventos adversos, principalmente as lesões por pressão (ANVISA, 2017; FURINI, 2018).

Na UTI os pacientes estão mais expostos e vulneráveis a alterações no processo de manutenção da integridade da pele, favorecendo o desenvolvimento de Lesão por Pressão (CAMPANILI et al, 2015; IRION, 2012). A internação na UTI compromete a perfusão tissular da pele, com redução da pressão sanguínea, síndrome da resposta inflamatória sistêmica, choque séptico, choque hemorrágico, uso de fármacos e instabilidade hemodinâmica (CAMPANILI et al, 2015; LOUDET, 2017).

Estudos demonstram que os índices de incidência de LPP nas unidades de cuidado de longa permanência, como unidades de clínica médica, chegam a 6,6% (MOORE et al, 2015 ; MOORE et al, 2013). As lesões por pressão são de etiologia multifatorial, apresentando causas indiretas, como a longa permanência em setores de internação; a idade avançada; a presença de distúrbios neurológicos, câncer e outras comorbidades; o uso de drogas vasoativas, além da desnutrição e causas diretas, como a pressão e a fricção nos tecidos; perda de sensibilidade ou imobilidade (BHATTACHARYA & MISHRA, 2015; PERRONE et al, 2011). Esses fatores são mais encontrados nos setores de internação.

Nossos achados demonstram que as lesões por pressão ocorridas (n=133) neste hospital expuseram 48,87% dos pacientes a leve grau de dano, seguido de moderado grau de exposição de dano 9,02%. Cabe ressaltar que em 42,10% dos eventos não foi encontrada a classificação de dano. Grau de dano refere-se ao grau de comprometimento, repercussão sobre o estado de saúde do paciente e pode ser classificado em: nenhum dano quando não há consequências ao paciente; dano leve quando o paciente apresenta

sintomas leves, danos mínimos ou intermediários de curta duração sem intervenção ou com uma intervenção mínima; dano moderado quando o paciente necessita de intervenção, prolongamento da internação, perda de função, danos permanentes ou em longo prazo; e grave dano quando é necessária intervenção para salvar a vida, grande intervenção médico cirúrgica ou quando causa grandes danos permanentes ou a longo prazo (OMS, 2011).

A prevenção de LPP está entre as prioridades do Programa de Segurança do Paciente, alavancado pela Organização Mundial da Saúde, em busca de qualidade da assistência e a segurança do paciente. Os cuidados com a integridade da pele e tecidos são elementos da prática do enfermeiro, o que inclui a prevenção da LPP (PEREIRA, 2014). Embora existam diretrizes internacionais de prevenção e tratamento da LPP que orientam a prática clínica, o desconhecimento, e/ou insuficiência de materiais e equipamentos necessários para essa prática, inviabilizam a adequada prevenção por parte dos enfermeiros (LIU, 2013).

Segundo Medeiros, os cuidados de enfermagem incluem intervenções relacionadas a integralidade do paciente em risco de adquirir a lesão, por meio do conhecimento dos fatores de risco, da utilização de escalas de predição de risco e da realidade das Unidades de Saúde (MEDEIROS et al, 2017). Pesquisas realizadas em âmbito nacional e internacional sobre o conhecimento de profissionais de enfermagem referentes à prevenção e ao tratamento de LPP, tem preocupado os especialistas, pois a maioria desses estudos revelou um desconhecimento das medidas de prevenção de LPP pela equipe de enfermagem (BEECKMAN et al, 2011; MAURICIO et al, 2014).

No que tange ao tratamento dessas lesões podemos citar: o desbridamento (retirada de tecidos não-viáveis do local da lesão), limpeza da ferida, uso de papaína a 2% na reparação tecidual, revestimentos semi-oclusivos, tratamento cirúrgico e os recursos fisioterapêuticos. Em adição, os avanços tecnológicos atuais e os recursos eletrotermofototerapêuticos disponíveis, contribuem significativamente para a redução e cicatrização total dessas lesões (MATOS & MELLO, 2016).

Na presente pesquisa foi encontrado algumas ações/intervenções por parte da enfermagem nos pacientes que evoluíram para LPP, são elas: curativo para proteção do membro/local afetado; troca do colchão; intensificação da mudança de decúbito.

As LPP's promovem danos físicos e emocionais ao paciente, maior tempo de recuperação, suscetibilidade a infecções, diminuição da qualidade de vida, gera um alto custo no tratamento, além do risco de sepse e morte (PEREIRA DE JESUS, 2020). No Brasil, a Política Nacional de Segurança do Paciente, instituiu medidas, relacionadas aos protocolos de prevenção e tratamento, no entanto ainda são bastante incipientes e começam a ser impulsionadas em função dos credenciamentos institucionais para a qualidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A segurança do paciente é caracterizada como fundamental no que diz respeito a promoção de saúde e prestação da assistência aos pacientes, e uma vez que essa cultura seja menosprezada, a probabilidade de falhas, conseqüentemente, de eventos adversos,

aumenta (SOUZA, 2019).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando que muitos dos eventos adversos são evitáveis, sobretudo àqueles relacionados à assistência ao paciente, a adoção de medidas preventivas voltadas para a redução de sua probabilidade de ocorrência pode evitar danos e prejuízos causados a esses pacientes e familiares, além de reduzir o impacto financeiro para os sistemas de saúde (COUTO; PEDROSA; ROSA, 2016; FURINI, 2018; WATCHER, 2013). Segundo Stuque, o acesso à informação científica atualmente facilitado pelos meios de comunicação, possibilita a elaboração de protocolos de lesões por pressão, com maior rigor na seleção das diferentes recomendações. assim como o conhecimento de novas tecnologias e capacitação de profissionais. (STUQUE et al, 2017).

Nesse sentido, uma das medidas de intervenção para prevenção das LPP em unidades hospitalares são as ações educativas promovidas dentro das instituições, que visam capacitar o profissional e aprimorar seu desempenho individual e coletivo. Estudos de incidência e prevalência também permitem identificar as características e suscetibilidade dos indivíduos em diferentes ambientes de cuidados. Para prevenir e evitar a ocorrência destes eventos, é necessário avaliar as causas, assim como fatores humanos e estruturais envolvidos nesse processo de modo a permitir a implementação de barreiras de prevenção e diminuir os riscos para os pacientes.

REFERÊNCIAS

ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde nº 15: Incidentes Relacionados à Assistência à Saúde** – 2016. Brasília; 2017.

BEECKMAN D, Defloor T, Schoonhoven L, Vanderwee K. **Knowledge and attitudes of nurses on pressure ulcer prevention: a cross-sectional multicenter study in Belgian hospitals**. Worldviews Evid Based Nurs[Internet]. 2011;8(3):166-76. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1741-6787.2011.00217.x/epdf>.

BEZERRA SMG, Pereira LC, Luz MHBA, Santana WS. **Incidência de úlceras por pressão em uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital público**. Rev Enferm UFPI. 2014;2(4):21-7.

BHATTACHARYA S, Mishra RK. **Pressure ulcers: current understanding and newer modalities of treatment**. Indian J Plast Surg. 2015;48(1):4-16.

BRANDÃO, Maria Girlane Sousa Albuquerque; BRITO, Odézio Damasceno; BARROS, Livia Moreira. **Gestão de riscos e segurança do paciente: mapeamento dos riscos de eventos adversos na emergência de um hospital de ensino**. Revista de Administração em Saúde, v. 18, n. 70, 2018.

BREM H, Maggi J, Nierman D, Rolnitzky L, Bell D, Rennert R, et al. **High cost of stage IV pressure ulcers**. Am J Surg. [Internet]. 2010; 200(4):473-7. Available from: <http://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2009.12.021>.

BRITO PA, Generoso SV, Correia MITD. **Prevalence of pressure ulcers in hospitals in Brazil and association with nutritional status: a multicenter, cross-sectional study.** Nutrition. 2013;29(4):646-9.

BORGHARDT, Andressa Tomazini et al. **Úlcera por pressão em pacientes críticos: incidência e fatores associados.** Revista brasileira de enfermagem, v. 69, n. 3, p. 460-467, 2016.

CAMPANILI TCGF, Santos VLCG, Pulido KCS, Thomaz PBM, Nogueira PC. **Incidência de úlceras por pressão em pacientes de Unidade de Terapia Intensiva Cardiopneumológica.** Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2015; 4º (Esp): 7-14. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext;pid=S0080-62342015000700007.

COSTA ACO, Pinho CPS, Santos ADA, Nascimento ACS. **Pressure ulcer: incidence and demographic, clinical and nutrition factors associated in intensive care unit patients.** Nutr Hosp. 2015;32(5):2242-52.

COUTO, R.C; PEDROSA T.M.G; ROSA, M.B. **Erros acontecem: a força da transparência no enfrentamento dos eventos adversos assistenciais em pacientes hospitalizados** - Construindo um Sistema de Saúde mais seguro. Instituto de estudos de saúde suplementar (IESS), Belo Horizonte, 2016.

DA SILVA, Patrick Leonardo Nogueira; DE AGUIAR, André Luís Cardoso; GONÇALVES, Renata Patrícia Fonseca. **Relação de custo-benefício na prevenção e no controle das infecções relacionadas à assistência à saúde em uma unidade de terapia intensiva neonatal.** Journal of Health ; Biological Sciences, v. 5, n. 2, p. 142-149, 2017.

FURINI, Aline Cristina Andrade. **Notificação de eventos adversos: caracterização dos eventos ocorridos em um hospital universitário.** 2018. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

GENÉ BJ, Borràs SA, Contel SJC, Terén CA, González LC, Ramírez EL, et al. **Predictors of mortality among elderly dependent home care patients.** BMC Health Serv Res. 2013; 13:316.

GOULD L, Abadir P, Brem H, Carter M, Conner-Kerr T, Davidson J, et al. **Chronic wound repair and healing in older adults: current status and future research.** J Am Geriatr Soc. 2015;63(3):427-38.

HORN SD, Barrett RS, Fife CE, Thomson B. **A predictive model for pressure ulcer outcome: the Wound Healing Index.** Adv Skin Wound Care. 2015;28(12):560-72.

IRION G. **Feridas: novas abordagens, manejo clínico e atlas em cores.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012.

LIU M, Chen W, Liao Q, Gu Q, Hsu M, Poon A. **Validation of two pressure ulcer risk assessment scales among Chinese ICU patients.** Rev Enf Ref [Internet]. 2013;serIII(9):145-50. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn9/serIIIIn9a15.pdf>.

LOUDET CI, Marchena MC, Maradeo MR, Fernández SL, Romero MV, Valenzuela GE, et al. **Diminuição das úlceras por pressão em pacientes com ventilação mecânica aguda prolongada: um estudo quasiexperimental.** Rev Bras Ter Intensiva. [Internet]. 2017; 29 (1): 39-46. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/ v29n1/0103-507X-rbti-29-01-0039.pdf>.

MATOS, E. A.; MELLO, B. **Úlceras por pressão: uma revisão de literatura**. Interfísio, 2016. Disponível em: <https://interfísio.com.br/ulceras-de-pressao-uma-revisao-de-literatura>.

MAURICIO AB, Lemos DS, Crosewski NI, Roehrs H. **Conhecimentos dos profissionais de enfermagem relacionados às úlceras por pressão**. Rev Enferm UFSM [Internet]. 2014;4(4):751-60. Available from: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/download/11707/pdf>.

MEDEIROS, Luan Nogueira Bezerra, Deyvisson Ribeiro da Silva, Cintia Danielle Faustino da Silva Guedes, Thuanne Karla Carvalho de Souza, Belisana Pinto de Abreu Araújo Neta. **Prevalência de úlceras por pressão em Unidades de Terapia Intensiva**. Rev enferm UFPE on line., Recife, 11(7):2697-703, jul., 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR); FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Ministério da Saúde, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o **Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**. Diário Oficial da União, 2013.

MOORE ZE, Webster J, Samuriwo R. **Wound-care teams for preventing and treating pressure ulcers**. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(9):CD011011.

MOORE Z, Johanssen E, Van Etten M. **A review of PU prevalence and incidence across Scandinavia, Iceland and Ireland (Part I)**. J Wound Care. 2013;22(7):361-8.

NPUAP - National Pressure Ulcer Advisory Panel. **Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide** [Internet]. 2014. Available from: <http://www.npuap.org/wpcontent/uploads/2014/08/Updated-10-16-14-Quick-Reference-Guide-DIGITAL-NPUAP-EPUAPPPPIA-16Oct2014.pdf>.

OLIVEIRA N, Reis LA. **Caracterização das úlceras de pressão em idosos hospitalizados**. Revista Enfermagem Contemporânea [Internet]. 2013 Dez;2(1):146-156. Available from: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/289/224>.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estrutura conceitual da classificação internacional sobre segurança do doente**. Relatório técnico final. Direção Geral da Saúde. 2011. 142p.

ORTEGA, Daniela Benevides et al. **Análise de eventos adversos em pacientes internados em unidade de terapia intensiva**. Acta Paulista de Enfermagem, v. 30, n. 2, p. 168-173, 2017.

PEREIRA AGS, Santos CT, Menegon DB, Mello BS, Azambuja F, Lucena AF. **Mapping the nursing care with the NIC for patients in risk for pressure ulcer**. Rev Esc Enferm USP. [Internet]. 2014; 48(3):454-61. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext;pid=S0080-62342014000300454;lng=e n;nrm=iso.

PEREIRA DE JESUS, Mayara Amaral et al. **Incidência de lesão por pressão em pacientes internados e fatores de risco associados**. Revista Baiana de Enfermagem, v. 34, 2020.

PERRONE F, Paiva AA, Souza LMI, Faria CS, Paese MCS, Aguiar-Nascimento JE, et al. **Estado nutricional e capacidade funcional na úlcera por pressão em pacientes hospitalizados**. Rev Nutr (Campinas). 2011;24(3):431-8.

PINHO, C. M. et al. **Use of the air mattress in the reduction of pressure ulcers: efficacy and perceptions of nursing.** Rev Enferm UFPE On Line [Internet], v. 8, n. 8, p. 2729-35, 2014.

ROCHA AF, Guariente MHDM, Barros SKSA, Morooka M, Mouro DL. **Pressure ulcers: incidence and associated risk factors in patients of a university hospital.** Rev Enferm UFPE on line [Internet]. 2010; 4(3):1506- 14. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/1148>.

ROGENSKI NMB, Kurcgant P. **The incidence of pressure ulcers after the implementation of a prevention protocol.** Rev Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2012 (20):333-39. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext;pid=S0104-11692012000200016.

SILVA AJ, Pereira SM, Rodrigues A, Rocha AP, Varela J, Gomes LM et al. **Economic cost of treating pressure ulcers: a theoretical approach.** Rev Esc Enferm USP. [Internet]. 2013; 47(4):971-6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext;pid=S0080-62342013000400971;lng=en;nrm=iso.

SOUSA, Brendo Vitor Nogueira; FRANÇA, Jeisa Riane Guedes; DE JESUS, Viviane Silva. **Cuidados de enfermagem na prevenção de úlceras por pressão em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão sistemática.** Revista brasileira de saúde funcional, v. 1, n. 2, p. 16-16, 2016.

SOUZA, Catharine Silva de et al. **Cultura de segurança em unidades de terapia intensiva: perspectiva dos profissionais de saúde.** Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 40, n. SPE, 2019.

STUQUE, Alyne Gonçalves; Sasaki, Vanessa Damiana Menis , André Aparecido da Silva Teles , Mary Elizabeth de Santana , Soraia Assad Nasbine Rabeh , Helena Megumi Sonobe. **Protocolo para prevenção de úlcera por pressão.** Rev Rene. 2017 mar-abr; 18(2):272-82.

STUQUE, Alyne Gonçalves. **Proposição de protocolo de prevenção para úlcera por pressão para pacientes clínicos no contexto hospitalar.** 2016. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

THOMAS, J. William; GUIRE, Kenneth E.; HORVAT, Gary G. **Is patient length of stay related to quality of care?** Journal of Healthcare Management, v. 42, n. 4, p. 489, 1997.

WATCHER, R.M. **Compreendendo a segurança do paciente.** 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

YASHCHUK, Sava. **Estratégia na prevenção de úlceras por pressão: revisão integrativa da literatura.** Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. 2019. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/126560/2/388052.pdf>.

CAPÍTULO 25

SISTEMAS DE CUIDADO NO MEIO RURAL: PERSPECTIVAS PARA A ENFERMAGEM

Data de aceite: 19/03/2021

Data de submissão: 07/01/2020

Rita Maria Heck

Professora titular da Faculdade de
Enfermagem, UFPel
Pelotas-RS

<http://lattes.cnpq.br/7657863585902722>

Josué Barbosa Sousa

Acad. de Enfermagem, UFPel
Pelotas-RS

<http://lattes.cnpq.br/6088576467505261>

Luani Burkert Lopes

Enfermeira
Pelotas-RS

<http://lattes.cnpq.br/1299688549587818>

Janine Kutz

Acad. de Enfermagem, UFPel
Pelotas-RS

<http://lattes.cnpq.br/9983032292363522>

Vitória Peres Treptow

Acad. de Enfermagem, UFPel
Pelotas-RS

<http://lattes.cnpq.br/3922855060226013>

Nivea Shayane Costa Vargas

Enfermeira Mestranda do PPG-Enf, UFPel
Pelotas-RS

<http://lattes.cnpq.br/1718026562371876>

Camila Timm Bonow

Enfermeira Doutoranda do PPG-Enf, UFPel
Pelotas-RS

<http://lattes.cnpq.br/6370827739036609>

Angela Roberta Alves Lima

Enfermeira da Secretaria de Saúde de Pelotas
Pelotas-RS

<http://lattes.cnpq.br/3294209025607616>

RESUMO: O sistema familiar de cuidado, apresenta peculiaridades culturais diversas no espaço rural, interfaces que valorizam a sociabilidade e também recursos vegetais do bioma, de modo que seu resgate é parte fundamental da aproximação e fundamentação com os saberes e práticas técnico-científicas. Este trabalho objetiva discutir características do autocuidado realizado por agricultores e seus familiares, complementando o cuidado do enfermeiro no meio rural. Trata-se de um recorte de um estudo qualitativo, descritivo, desenvolvido pelo “Laboratório de Cuidado e Uso de Plantas Bioativas”, da Faculdade de Enfermagem na Universidade Federal de Pelotas, em parceria com a Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária - Clima Temperado, entre Janeiro de 2012 e Dezembro de 2017. Foram entrevistadas 57 famílias, na zona rural de 25 municípios da zona sul do Rio Grande do Sul. O uso de plantas medicinais faz parte das práticas desenvolvidas por vários sistemas de saúde, que remontam a história da humanidade, e seus esforços para lidar com as diversas afecções de saúde a que fomos submetidos nesse percurso.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da População Rural, Atenção Primária à Saúde, Enfermagem Rural

CARE SYSTEMS IN RURAL AREAS: PERSPECTIVES FOR NURSING

ABSTRACT: The familiar care system, historically developed at countryside, is one between many others developed by human kind, so your rescue is a fundamental part of his approximation to technical-scientific knowledge and practices. This research aims to discuss characteristics of selfcare by farmers and their families, complementing the nurse care in the countryside. The methodology was qualitative, descriptive, developed by “Care and Use of Bioactive Plants Lab”, of Nurse college in Federal University of Pelotas, in partnership with Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária - Clima Temperado, between January of 2012 and December of 2017. Were interviewed 57 countryside families, of 25 cities countryside of Rio Grande do Sul. The use of medicinal plants is part of practices developed by many health care systems, that goes back to the history of humanity and their effort to deal with different illnesses, that we had been submitted in this route.

KEYWORDS: Rural Health, Care Systems, Primary Health Care, Rural Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

Sistemas de Cuidado

Os diferentes sistemas de cuidado buscam produzir como resultado o bem-estar e a recuperação da saúde, invariavelmente sobre os conceitos de saúde adotados, nesse sentido, o sistema familiar de cuidado, historicamente praticado no meio rural, é um entre tantos desenvolvidos pela humanidade, de modo que seu resgate é parte fundamental da aproximação com os saberes e práticas técnico-científicas. Essa proposta entende que também é possível fazer saúde fora dos espaços clínicos oficiais, onde a saúde e a doença são constituídas de um vasto conjunto de signos e valores, que podem ser individuais ou compartilhados em uma comunidade. É importante destacar que o sistema familiar, caracteriza-se justamente por esse movimento contínuo de significados e práticas de cuidado, realizadas pelos membros do núcleo familiar, entre si e com sua comunidade, a partir do qual se evidenciam transversalidades com as crenças, valores e vínculos que essas famílias têm com seus ancestrais, com seus membros em várias aproximações e com os diversos espaços de troca na sociedade (LUZ, 2006; HERNANDES, 2013; HECK et al, 2017).

Saúde Rural

A saúde é rodeada de determinantes que precisam ser considerados diante da proposição de intervenções de promoção e recuperação da saúde e prevenção de doenças e agravos, conforme previsto pela lei orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS), que visa atender a população de maneira universal, integral e equânime, discutindo continuamente as necessidades, possibilidades e desafios para melhorar a qualidade de vida da população. A Saúde Rural, surge como desafio para essa proposta por suas particularidades sociais, históricas, geográficas e políticas que a distinguem da realidade conhecida nos centros

urbanos. Nesse sentido, em vista da difusão de práticas não oficiais nos sistemas de cuidado desenvolvidos no contexto rural, no qual se destaca o uso de plantas medicinais, a aproximação entre os sistemas de cuidado oficial e informal torna-se não apenas uma curiosidade extensionista universitária, mas uma necessidade urgente para a expansão do alcance do SUS e conseqüente melhora nos indicadores de saúde adotados (CECÍLIO, 2006; HOHENBERGER, 2014; HERNANDES, 2015)

Enfermagem na Atenção Primária

O Cuidado Integral da Lei 8080 e previsto na Portaria 2.436, de 21 de setembro de 2017, que estabelece a Política Nacional de Atenção Básica, inclui diversas intervenções e propõe dispositivos de incentivo que não consideram as particularidade das múltiplas realidades vividas por profissionais da saúde, podendo haver prejuízos à assistência ofertada, o que dificulta um rastreamento das práticas de saúde desenvolvidas no território e por tanto de diálogo com os saberes, valores e crenças envolvidos nas mesmas. O profissional de enfermagem assume nessas situações desafios para além dos limites da biomedicina, que incluem o diálogo com um sistema não oficial de saúde, que não é único e está em constante movimento, a gestão dos recursos tecnológicos e humanos disponíveis, além de aspectos geográficos muito comuns; um papel estratégico na equipe, pois responsabiliza-se por desenvolver ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como de prevenção de doenças e agravos, tendo em vista a integralidade do cuidado, valorizando a autoatenção. Esse profissional pode ainda, ser identificado como interlocutor entre o saber científico e popular, mas para isso precisa conhecer o território em que se insere, os vínculos e formas de cuidar presentes no território (HERNANDES *et al*, 2013; DOS SANTOS; CHOER, 2015; BRASIL, 2017; LOPES *et al*, 2018; SOUSA *et al*, 2019).

2 | METODOLOGIA

Este trabalho é um recorte de um estudo qualitativo, descritivo (MINAYO, 2010), vinculado ao projeto: “Autoatenção e uso de plantas medicinais no bioma pampa: perspectivas para o cuidado de enfermagem rural” financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e desenvolvido pelo “Laboratório de Cuidado e Uso de Plantas Bioativas”, da Faculdade de Enfermagem na Universidade Federal de Pelotas (UFPel), em parceria com a Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (EMBRAPA) Clima Temperado, entre Janeiro de 2012 e Dezembro de 2017.

Participaram dessa pesquisa 57 famílias da área rural de 25 municípios da zona sul do Rio Grande do Sul, contatadas com o auxílio da EMATER e dos municípios onde residiam; todas as informações foram coletadas entre dezembro de 2014 a outubro de 2016, após aprovação do Comitê de Ética da Faculdade de Enfermagem da UFPel, sob o número de protocolo 076/2012, e assinatura dos termos de consentimento livre esclarecido,

por parte dos informantes, conforme resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

O trabalho foi apresentado no XXIX Congresso de Iniciação Científica da Universidade Federal de Pelotas, e pretende descrever características do sistema de cuidado realizado por agricultores familiares para complementar o cuidado do enfermeiro, no contexto da saúde rural.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil da Pesquisa

Foram entrevistadas 57 famílias, na zona rural de 25 municípios da zona sul do Rio Grande do Sul. Este estudo se caracterizou pela forte presença de mulheres (73,7%), pessoas de pele branca (91,2%), idosas (64,9%) aposentadas com educação fundamental (77,2%). Este é um perfil comum no meio rural, caracterizado principalmente pela maior presença feminina, o que pode ser associado a valores culturais, onde as mulheres estão fortemente responsáveis aos serviços domésticos, o cuidado familiar, cultivando e disseminando o conhecimento popular sobre saúde e plantas medicinais (CEOLIN et al, 2011; FREITAS et al, 2012).

Resultados Correlatos

A primeira atitude frente ao adoecimento para 92% dos respondentes é fazer uso de plantas medicinais, sendo esta a prática mais comum de autocuidado. Quando perguntadas sobre os recursos de saúde que tinham a disposição e que constituíam a própria autoatenção, foram citados 120 recursos, onde destacam-se principalmente o uso de plantas medicinais, além da frequência em atividades da comunidade e do labor, sendo a EMATER o principal espaço de discussão e aprendizado de novos conhecimentos (SOUSA et al, 2017, 2018).

Ainda que pouco citada, a estratégia “Saúde da Família”, programa da Atenção Primária (APS) do Sistema Único de Saúde (SUS), que objetiva aproximar os cuidados em saúde das comunidades, por meio de diversas ações de prevenção e promoção da saúde, destaca-se pelo incentivo a realização de atividades de educação em saúde, como uma das principais ferramentas de interlocução com as sociedade, pois permite um diálogo com os conhecimentos do território, otimizando cuidados no cotidiano (BRASIL, 2017; LOPES et al, 2018).

Desenvolvimentos Importantes

O uso de plantas medicinais faz parte das práticas desenvolvidas por vários sistemas saúde, que remontam a história da humanidade, e seus esforços para lidar com as diversas afecções de saúde a que fomos submetidos nesse percurso; desde a declaração de Alma-Ata em 1978, tem-se incentivado a investigação científica sobre as

plantas utilizadas, valorizando-se a perspectiva do saber popular sobre formas de uso e objetivo terapêutico, a fim de promover a integralização do mesmo aos sistemas oficiais de saúde. Apesar do tempo transcorrido desde Alma-Ata, ainda se evidencia uma fragilidade dos profissionais diante dessas práticas, um problema causado pela falta de tradução dos estudos científicos desenvolvidos sobre o tema, em políticas de saúde e formação de profissionais com as competências para desenvolvê-las na sua prática assistencial (PEREIRA; OLIVEIRA, 2017; SOUSA, 2018). A autoatenção desta maneira, diz respeito a um conjunto de práticas comuns a um grupo, essas práticas são uma resposta à percepção que este território possui sobre a saúde, a doença e o cuidado, de maneira dinâmica, contínua e ampla, podendo ou não sofrer ação direta dos mecanismos oficiais de saúde, como no modelo biomédico (MENÉNDEZ, 2003). Esse modelo de cuidado é observado no território rural, onde a organização das famílias, e a influência destas sobre seus membros, sintetiza uma percepção ímpar e diferente dos processos de saúde-doença, realizando assim práticas de autocuidado, ditas populares, que nem sempre são consideradas por parte dos profissionais de saúde que atuam nesses espaços (SOUSA *et al*, 2018; LOPES *et al*, 2018).

Para atender a especificidades da saúde rural foi aprovada em 2011, na 14ª Conferência Nacional de Saúde, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), que objetiva garantir o direito constitucional à saúde, em consideração dos determinantes característicos dessa população. Nesse contexto, existe um percurso de validação do saber popular como complementar ao saber técnico científico evidenciado pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), que se torna precursora de outras resoluções e diretrizes sobre o uso de plantas medicinais. Nesse percurso de validação e prática, a enfermagem representante de grande parte da força de trabalho na área da saúde, em consideração ao crescente alcance do SUS, por meio da APS, precisa ser capacitada para dialogar com as formas de cuidado desenvolvidas pela população, podendo identificar recursos, espaços e possibilidades de promoção da saúde no território, respeitando os processos envolvidos na autoatenção dos mesmos (BRASIL, 2013; DE OLIVEIRA, WERMELINGER e FREIRE, 2016; LIMA e HECK, 2017; SOUSA *et al*, 2019).

4 | CONCLUSÕES

Este trabalho permitiu identificar o cuidado em saúde no meio rural como multifacetado, fundamentado em práticas que se sobrepõem ao sistema oficial de saúde, sendo portanto necessário que os profissionais de enfermagem se envolvam nos processos desenvolvidos no seu território, a fim de realizar trocas e criar vínculos que viabilizem o diálogo entre o sistema oficial de saúde e o popular no território, na perspectiva de fortalecer a qualidade de vida da população. É importante que o profissional enfermeiro

se aproprie das normativas referentes ao contexto da saúde rural, assim como busque se atualizar sobre possibilidades terapêuticas que já são cientificamente reconhecidas, a fim de interagir com a identidade do território com que trabalham, ocupando um espaço de referência e diálogo entre os saberes existentes.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. 1. ed.; 1. reimp. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. 48 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017.

CECÍLIO, L. C. de O. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In DE MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R. **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde** / Roseni Pinheiro e Ruben Araújo de Mattos. organizadores. Rio de Janeiro: UERJ. IMS: ABRASCO, 2006

CEOLIN, T.; HECK, R.M.; BARBIERI, R.L.; SCHWARTZ, E.; MUNIZ, R.M.; PILLON, C.N. Plantas medicinais: transmissão do conhecimento nas famílias de agricultores de base ecológica no Sul do RS. **Revista Esc Enfermagem USP**, v. 45, n.1, p. 47-54, 2011.

CHOER, S.M; DE LIMA, C.A.B; RIBEIRO, M.V; HECK, R.M. Uso de Plantas Mediciniais: práticas de Famílias Rurais no Cuidado à Saúde. In: SEMANA INTEGRADA DE INOVAÇÃO, ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO, 1. 2015. Pelotas; CONGRESSO DE INOVAÇÃO CINÉTICA, 24., 2015. Pelotas. **Anais [...]** Pelotas, 2015

DE OLIVEIRA, E. dos S.; WERMELINGER, M.; FREIRE, N. P. Introdução de Edição Especial. **Divulgação em saúde para debate**. Rio de Janeiro, n. 56, p. 8-13, DEZ 2016

DOS SANTOS, G.V; CEOLIN, S; RIBEIRO, M.V; HECK, R.M. Saberes e Práticas de Cuidado com Plantas Mediciniais entre Escolares da Região Sul do Brasil. In: SEMANA INTEGRADA DE INOVAÇÃO, ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO, 1, 2015. Pelotas; CONGRESSO DE INOVAÇÃO CINÉTICA, 24., 2015. Pelotas. **Anais [...]** Pelotas, 2015

FREITAS, A.V.L.; COELHO, M.F.B.; AZEVEDO, R.A.B.; MAIA, S.S.S. Os raizeiros e a comercialização de plantas medicinais em São Miguel, Rio Grande do Norte, Brasil. **Revista Brasileira de Biociências**, v. 10, n. 2, p. 147-156, 2012.

HECK, Rita Maria. **Plantas Mediciniais do Bioma Pampa no Cuidado em Saúde** / Rita Maria Heck, Marcia Vaz Ribeiro, Rosa Lia Barbieri, editoras técnicas - Brasília, DF: Embrapa, 2017. 156p.

HERNANDES, A. R. H.; HOHENBERGER, G. F.; KRANN, R.; PIRIZ, M. A.; BADKE, M. R.; HECK, R. M. Sistema Informal de Saúde e as Plantas Mediciniais Utilizadas em uma Comunidade Rura do Sul do Rio Grande do Sul. In: CONGRESSO DE INOVAÇÃO CIENTÍFICA, 22. 2013, Pelotas. **Anais [...]** Pelotas, 2013.

HERNANDES, A.R.H; LOPES, A.C.P; MINUTO, J do C; KRANN, R; HECK, R.M; PIRIZ, M. A. Articulação da Enfermagem com as Práticas de Autoatenção e Cuidado de Famílias da Zona Rural de Pelotas, RS. In: SEMANA INTEGRADA DE INOVAÇÃO ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO, 1. 2015, Pelotas; CONGRESSO DE INOVAÇÃO CIENTÍFICA, 24., 2015, Pelotas. **Anais [...]** Pelotas, 2015

HOHENBERGER, G. F; PIRIZ, M.A; GROSSELLI, F; BORN, M.C; BADKE, M.R; HECK, R.M. Rede Social e o Cuidado Rural de Agricultoras. In: CONGRESSO DE INOVAÇÃO CIENTÍFICA, 23. 2014, Pelotas. **Anais [...]** Pelotas, 2014

LOPES, L. B.; LIMA, A. R. A.; SOUSA, J. B.; DIAS, N. S.; FARIAS, C. S. V. B.; HECK, R. M. Expectativa das famílias rurais em relação às ações dos profissionais de saúde. In: 70º Congresso Brasileiro de Enfermagem, 2018, Curitiba-PR. **Anais [...]**, 2018.

LUZ, M. T. Políticas de Descentralização e Cidadania: novas práticas de saúde no Brasil atual. In DE MATTOS, R. A; PINHEIRO, R. **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde /** Roseni Pinheiro e Ruben Araújo de Mattos. organizadores. Rio de Janeiro: UERJ. IMS: ABRASCO, 2006

MENENDEZ, E. L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciência e saúde coletiva**. 2003. v.8, n.1, p. 185-207.

OLIVEIRA, C. dos S; DE LIMA, C.A.B; PEREIRA, G.M; ESCOBAR, L de S; DIAS, N. da S; HECK, R.M. Práticas de Utilização das Plantas Medicinais Frente aos Distúrbios Digestórios de uma Comunidade Rural do Sul - RS. In: SEMANA INTEGRADA DE INOVAÇÃO, ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO, 3. 2017, Pelotas; CONGRESSO DE INOVAÇÃO CIENTÍFICA, 26., 2017, Pelotas. **Anais [...]** Pelotas, 2017

PEREIRA, G.M; RIBEIRO, M.V; DE LIMA, C.A.B; ESCOBAR, L de S; DIAS, N. de S. HECK, R.M. Plantas Utilizadas como Medicinais no Município de Santa Vitória do Palmar. In: SEMANA INTEGRADA DE INOVAÇÃO, ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO, 3. 2017, Pelotas; CONGRESSO DE INOVAÇÃO CIENTÍFICA, 26., 2017, Pelotas. **Anais [...]** Pelotas, 2017

SOUSA, J. B.; LOPES, L. B.; DIAS, N. S.; PEREIRA, G. M.; LIMA, C. A. B.; HECK, R. M. Auto-atenção e processo de saúde-doença de famílias rurais do bioma pampa. In: 70º Congresso Brasileiro de Enfermagem, 2018, Curitiba-PR. **Anais [...]** 2018

SOUSA, J. B.; BUSS, E; LOPES, L. B.; HECK, R. M. Práticas de Autocuidado de Famílias Rurais do Sul Gaúcho. In: SEMANA INTEGRADA DE INOVAÇÃO, ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO, 4. 2018, Pelotas; CONGRESSO DE INOVAÇÃO CIENTÍFICA, 27., 2018, Pelotas. **Anais [...]** Pelotas, 2018

SOUSA, J. B.; LOPES, L. B.; VARGAS, N. S. C.; LIMA, C. A. B.; HECK, R. M. Autoatenção: perspectivas sobre recursos e práticas de famílias rurais do sul gaúcho. In: SEMANA INTEGRADA DE INOVAÇÃO, ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO, 5. 2019, Pelotas; CONGRESSO DE INOVAÇÃO CIENTÍFICA, 28., 2019, Pelotas. **Anais [...]** Pelotas, 2019

CAPÍTULO 26

LESÃO DE PELE, O NOVO CONCEITO

Data de aceite: 19/03/2021

Data de submissão: 05/01/2021

Daiane Maria Iachombeck

Universidade do Contestado, UnC
Mafra, SC

<http://lattes.cnpq.br/6838491778511237>

Fernanda Vandresen

Universidade do Contestado
Mafra, SC

Membro do NUPESC

<http://lattes.cnpq.br/2905432132157657>

Trabalho de Conclusão de Curso.

RESUMO: A lesão de pele é listada nos protocolos internacionais como meta de segurança do paciente, ou seja, é um indicador dos atendimentos prestados em um hospital, o que pode refletir a qualidade da assistência prestada. Considerando a problemática, e desafios para manter a integridade da pele de pacientes hospitalizados, traçou-se como objetivo geral de pesquisa avaliar o conhecimento da equipe de enfermagem sobre os fatores contribuintes para a ocorrência de lesão por pressão em pacientes internados. A presente pesquisa teve abordagem qualiquantitativa, com caráter descritiva, bibliográfica, exploratória e de campo. Foi realizada em municípios do Planalto Norte Catarinense, Sul do Paraná e no Nordeste

de Pernambuco. O universo da pesquisa compreendeu os profissionais da equipe de enfermagem que atuam na área hospitalar. A coleta de dados foi realizada mediante aplicação de um questionário semiestruturado contendo questões objetivas e questões descritivas. Tendo 34 profissionais como amostra, com adesão por conveniência ao acessar o *link*. Quanto a apontar os fatores que colaboram para a ocorrência de lesão por pressão na visão dos profissionais de enfermagem, em sua maioria os profissionais entendem alguns desses fatores, havendo ainda dificuldade na relação entre os fatores intrínsecos e extrínsecos. Os resultados obtidos nesta pesquisa mostraram que os profissionais da saúde apesar do vasto conhecimento sobre as LPP, encontram muita dificuldade na avaliação e na utilização de escalas para prever os estágios e quais cuidados devem ser realizados.

PALAVRAS-CHAVE: Lesão por pressão. Assistência à saúde. Integridade da pele.

SKIN INJURY, THE NEW CONCEPT

ABSTRACT: Skin lesions are listed in international protocols as a goal of patient safety, that is, they are an indicator of care provided at a hospital, which may reflect the quality of care provided. Considering the problem, and challenges to maintain the skin integrity of hospitalized patients, the general objective of the research was to evaluate the knowledge of the nursing team about the factors that contribute to the occurrence of pressure injury in hospitalized patients. The present research had a qualitative and quantitative approach, with a descriptive,

bibliographic, exploratory and field character. It was carried out in the municipalities of Planalto Norte Santa Catarina, Southern Paraná and in the Northeast of Pernambuco. The research universe comprised the nursing team professionals who work in the hospital area. Data collection was carried out by applying a semi-structured questionnaire containing objective and descriptive questions. With 34 professionals as a sample, with adherence for convenience when accessing the link. As for pointing out the factors that contribute to the occurrence of pressure injuries in the view of nursing professionals, most professionals understand some of these factors, and there is still difficulty in the relationship between intrinsic and extrinsic factors. The results obtained in this research showed that health professionals, despite their vast knowledge about LPP, find it very difficult to evaluate and use scales to predict stages and which care should be performed.

KEYWORDS: Pressure injury. Health care. Skin integrity.

1 | INTRODUÇÃO

Com os avanços tecnológicos tem-se hoje um aumento da sobrevivência da população, pois as doenças crônicas que antes tinham uma taxa de mortalidade alta, hoje decaíram bastante. O avanço tecnológico tem seu lado bom, mas por outro lado faz com que a população não tenha tanto medo das doenças, adotando um estilo de vida sedentário e uma alimentação nada balanceada. Sendo assim, não há preocupação em cuidar da saúde, levando ao aumento progressivo da busca por atendimento desde a criança, o jovem-adulto ao idoso (BORGES; FERNANDES, 2012).

Em consequência ao aumento do número de internamentos, nota-se também um aumento na ocorrência de lesão por pressão (LPP), gerada pelos procedimentos frequentes da equipe de enfermagem ou por sua aplicabilidade inadequada, causando danos teciduais leves, moderados ou graves, ocasionando o agravamento do quadro clínico do paciente que pode vir a óbito. Pode-se citar ainda, os transtornos para o paciente e familiares com o aumento no tempo de internação, e os custos gerados para a instituição que na maioria das vezes são altos (CATANIA *et al.*, 2007).

Sabe-se que a lesão de pele é listada nas metas internacionais como essencial nos protocolos de segurança do paciente, ou seja, é um indicador da qualidade dos atendimentos prestados em um hospital. Não apenas a instituição, mas a enfermagem é avaliada por estes requisitos também, pois são cuidados que devem ser prestados e avaliados pelo enfermeiro (MORAES *et al.*, 2016).

O conceito de lesão por pressão foi atualizado pelas evidências encontradas de que não só a falta de mudança de decúbito pode gerar uma lesão, mas objetos como a tampa da agulha que foi utilizada para fazer a medicação e foi deixada no leito, como também um leito mal arrumado ou úmido, e que a administração de medicamentos erroneamente pode gerar agravos no quadro do paciente. Desta maneira há o reconhecimento de que estes artigos esquecidos no leito podem acarretar na piora do quadro clínico do paciente (WADA;

TEIXEIRA NETO; FERREIRA, 2010).

Diante da temática, levanta-se a seguinte questão: Quais os fatores exógenos que contribuem para a ocorrência de lesão por pressão em pacientes internados?

Para responder ao questionamento da pesquisa foi estabelecido como objetivo geral avaliar o conhecimento da equipe de enfermagem sobre os fatores contribuintes para a ocorrência de lesão por pressão associada à fatores exógenos; e como objetivos específicos identificar o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre a alteração do conceito da lesão por pressão; apontar quais os fatores que colaboram para a ocorrência de lesão por pressão na visão dos profissionais de enfermagem; e relatar a visão dos profissionais quanto à prevenção de lesão por pressão associada à fatores exógenos.

2 | MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualiquantitativa, de caráter descritiva, exploratória e de campo. A pesquisa teve alcance de 9 municípios, conforme adesão por conveniência dos participantes, sendo 5 municípios de Santa Catarina, 3 do estado do Paraná e 1 de Pernambuco.

Tendo como critério de inclusão profissionais enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem ou estagiários de enfermagem, devendo estar vinculado à instituição hospitalar atuando na área assistencial, sem distinção de sexo, e que aceitaram participar da pesquisa. Foram excluídos os profissionais que não trabalham na área hospitalar, se recusaram a participar da pesquisa ou não se encaixaram nos critérios de inclusão da pesquisa.

Devido a pandemia, a coleta de dados foi realizada por meio de aplicação de questionário em formulário online, no mês de setembro/2020. O link de acesso ao formulário foi divulgado por profissionais que atuam na região dos municípios que contemplaram a amostra, com adesão por conveniência dos respondentes.

Esta pesquisa obedeceu aos critérios da Resolução 466/12 do MS, e obteve a aprovação do CEP/UnC, por meio do parecer consubstanciado nº 3920587.

Os participantes tiveram acesso aos objetivos da pesquisa, sendo direcionados após acesso ao link ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) convidando a participar.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os dados foram coletados durante o mês de setembro de 2020, ao total 41 pessoas acessaram o link da pesquisa, mas somente 34 destes contemplaram os requisitos para responder ao questionário.

3.1 Caracterização da Amostra

Na análise descritiva, os participantes do estudo serão representados da seguinte forma: enfermeiro pelas letras EF, os técnicos de enfermagem pela letra T, os estágios pela letra E, e os auxiliares de enfermagem pela letra A.

A amostra da pesquisa foi composta por 34 profissionais da área hospitalar, no que se refere ao gênero o gênero feminino com 29 (85,3%) teve uma maior participação do que o gênero masculino 5 (14,7%).

Nota-se essa predominância do gênero feminino desde os primórdios da enfermagem, tendo em vista que desde o início da humanidade, a função titulada como da mulher é a de cuidadora, atribuída ao gênero masculino posteriormente com o início das guerras (GUEDES; DAROS, 2009). Apesar de que atualmente temos muitos homens trabalhando na área, ainda é perceptível essa desigualdade.

Quanto ao município de residência, a adesão por conveniência da pesquisa conseguiu abranger 5 municípios do Estado de Santa Catarina, representadas pelas letras A com 19 (55,8%), B com 3 (9,0%), C com 1 (3,0%), D com 1 (3,0%) e E com 1 (3,0%) e 3 municípios do Estado do Paraná, representadas pelas letras F com 2 (6,0%), H com 5 (14,0%) e I com 1 (3,0%) e um município do Estado de Pernambuco representada pela letra G com 1 (3,0%).

Quanto ao tempo de atuação profissional, há uma predominância de 2-5 anos (38%), posteriormente com 6-10 anos (21%) e >10 anos (21%) com uma porcentagem igual, sendo que com <1 ano (20%).

Diante disso, Vasconcelos (2017) diz que a enfermagem deve atuar com embasamento científico, sendo que a maioria advém geralmente com o decorrer dos anos de profissão, e uma pequena parcela na formação acadêmica, que já os proporciona a base para a prevenção dos eventos adversos.

Analisando os dados vê-se que a maioria já tem uma certa experiência na área, ou seja, tem subsídios para avaliar os riscos de desenvolvimento de LPP.

Com relação ao tempo de atuação no mesmo hospital, podemos pontuar que o conhecimento das rotinas do hospital, a existência de protocolos e as ações preventivas que são realizadas antes do desenvolvimento da lesão, auxilia na tomada de decisões e contribui para a melhora da assistência prestada.

3.2 Conhecimento da Equipe de Enfermagem sobre LPP

Ao serem questionados, sobre o conceito de lesão por pressão, encontra-se as seguintes afirmações:

“Acontecem por mecanismos externos como: mesma posição por horas consecutivas, lençóis dobrados, restos de comida no leito, desnutrição, entre outros” (T1).

“LPP ferida na pele causada por ir fatores externos e está relacionado diretamente à assistência e cuidado como falta de mudança de decúbito, atrito, hidratação de pele, umidade, fralda e até mesmo conhecimento e orientação de quem cuida” (EF2).

“Lesões cutâneas associadas a diversos fatores, bem como, debilidade motora do paciente, falta de cuidados como mudança de decúbito, falta de higienização do leito, podendo ser considerado como fatores externos a falta de cuidado para com o paciente por parte dos familiares, como descuido com hidratação da pele, déficit alimentar, podendo ser por carência, ou deficiências decorrentes de doenças, entre outros” (T2).

Analisando as definições fornecidas nota-se que não há elucidação sobre uma LPP por fatores exógenos, tanto pelo enfermeiro como pelos técnicos, mas sim o reconhecimento da lesão do decúbito, sendo esta citada por quase todos os profissionais durante toda a pesquisa.

Alguns profissionais falaram sobre o surgimento da LP como um descuido e citam várias vezes a responsabilidade da enfermagem, conforme ilustrado pelos seguintes relatos:

“Descuido dos profissionais de enfermagem” (E1).

“Lesões que ocorreram por descuidos na assistência” (E2).

“É uma falta de cuidado ao paciente, quando acontece a lesão” (T3).

Isto nos leva a observar que a enfermagem é de certa forma relacionada com o surgimento das LPP, e julgada pelos próprios profissionais de enfermagem como ineficiente. Nota-se também que já na formação isso é intitulado para o acadêmico visto que dois dos relatos são de estagiários.

Sobre esse assunto Alves *et al.* (2008), afirma que apesar da enfermagem até os dias atuais ser subjuogada como descuidada quanto ao surgimento das LPP, outros fatores devem ser levados em consideração, tais como o quadro clínico do paciente e principalmente de que este é atendido por uma equipe multiprofissional a qual deve ter subsídios para prevenir e tratar estas lesões de forma adequada.

Três conceitos, descritos pelos participantes mais se aproximam do que a literatura traz como lesão por pressão relacionada aos fatores exógenos:

“Lesões causadas por dispositivos médicos, as quais causam danos aos pacientes internados, como exemplo: micropore que causa lesão na pele, cateter venoso mal posicionado deixando marcações na pele, objetos deixados no leito do paciente e entre outros” (E3).

“São lesões cutâneas causadas por atrito, tanto sobre objetos (lençol, colchão, equipos, sondas) e entre membros (atrito entre joelhos, por exemplo); além disso, os fatores fisiológicos e anatômicos do paciente interferem muito (nutrição, hidratação)” (E4).

“Dano localizado na pele e ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea relacionado ao uso de dispositivos médicos ou a

outro artefato. Ocorre como resultado da pressão intensa e ou prolongada em combinação com o cisalhamento, fricção” (EF4).

Para Alves *et al.* (2008), as LPP são definidas como uma lesão na pele, tecido, músculo e até osso, causada por pressão intensa e/ou contínua, acarretando na redução da circulação sanguínea e gerando a apoptose celular e podendo evoluir para a perda da espessura total da pele.

A tabela 1, aponta o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre a alteração feita no conceito de lesão por pressão no ano de 2016 pela National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP, 2016), que substituiu o conceito “úlceras de pressão” por “lesão por pressão”.

O termo lesão por pressão foi substituído por úlcera de pressão	11,80%
O termo lesão por pressão foi substituído por escara de pressão	2,90%
O termo úlcera de pressão foi substituído por lesão por pressão	85,30%
O termo úlcera de pressão foi substituído por escara de pressão	0%

Tabela 1- Conhecimento sobre a nova terminologia

Fonte: Dados da pesquisa (2020)

Ao observar a tabela 1, podemos identificar que 29 pessoas (85,30%) tem conhecimento sobre a mudança da terminologia de lesão por pressão, o que condiz que mais da metade dos profissionais participantes estão se atualizando de forma adequada, apenas uma pequena parcela de 5 pessoas (14,70%) não sabiam da atualização do termo.

Esta colocação de Moraes *et al.* (2016) vem ao encontro de Vasconcelos (2017), afirmando que os profissionais da saúde, devem apoderar-se de novos conhecimentos e trazer para o seu cotidiano afim de se comprovar a melhorias geradas.

Em relação a equipe e à adesão a medidas de prevenção à lesão por pressão associada à fatores externos, 23 pessoas (67,3%) responderam que sim tem uma boa adesão e 11 pessoas (32,4%) responderam que não há uma boa adesão às medidas preventivas em sua prática.

Dado preocupante tendo em vista que a assistência prestada é por uma equipe multiprofissional e com rotatividade de funcionários. Pois conforme Paiva (2009) afirma, todos os profissionais que atuam na assistência devem seguir a mesma linha de tratamento ou pelo menos parecida, adotando medidas preventivas e corroborando para a melhora do quadro clínico do paciente.

3.3 Fatores contribuintes para a ocorrência de LPP associada à fatores exógenos

Na tabela 2 são apresentados os fatores que corroboram para o surgimento da

lesão por pressão associada à fatores externos, na visão dos participantes do estudo cada respondente poderia assinalar mais de uma alternativa:

Tolerância tecidual, drogas, dor, diminuição do nível de consciência;	26,50%
Umidade, pressão, fricção e cisalhamento;	85,30%
Mobilidade reduzida, idade, hipotensão e peso corpóreo	52,90%
Alteração cutânea, déficit nutricional, sensibilidade reduzida e dor	61,80%
Pressão, mobilidade reduzida, tolerância tecidual e idade	64,70%
Adesivos, equipos e materiais esquecidos no leito	73,50%
Leito úmido ou desarrumado, sondas e cateteres	88,20%

Tabela 2- Fatores que corroboram para o surgimento da lesão

Fonte: Dados da pesquisa (2020)

Na questão ilustrada pela tabela 2, foram apresentadas alternativas com todos os fatores contribuintes para a ocorrência de LPP distribuídos de forma desordenada, era possível assinalar quantos fatores considerassem contribuinte.

Na visão dos profissionais, os três principais fatores que corroboram para o surgimento da lesão por pressão associada à fatores externos são: para 30 pessoas (88,20%) o leito úmido ou desarrumado, sondas, cateteres e para 29 pessoas (85,30%) a umidade, pressão, fricção e cisalhamento, os adesivos, equipos e os materiais esquecidos no leito para 25 pessoas (73,50%).

Os extrínsecos estão relacionados, como já mencionado anteriormente, ao ambiente onde o paciente se encontra, sendo eles: pressão de um objeto que provoca a oclusão dos capilares podendo gerar uma isquemia local, a diminuição do aporte nutricional das células, o acúmulo de detritos metabólicos e a morte celular, a fricção da superfície da pele do paciente em contato com um objeto movimentando-se um sobre o outro, o cisalhamento que exerce uma força simultânea à pele e provém da própria gravidade que empurra o paciente para baixo, a umidade que modifica o pH da pele e a resistência da pele para forças externas (PERISSE *et al.*, 2011).

3.4 Prevenção de lesão por pressão associada à fatores externos na visão dos profissionais

Quanto à existência de protocolos na instituição de trabalho para evitar a lesão pressão 21 pessoas (62%) disseram que a instituição tem um protocolo e 13 pessoas (38%) disseram que a instituição não possui.

Sobre a adoção de protocolos, Rocha e Barros (2007) consideram que a implementação de protocolos de avaliação de risco para o desenvolvimento de LPP e

planejamento da terapêutica, tendem a aprimorar a assistência prestada e otimizar o tempo de trabalho.

A tabela 3, demonstra, na visão os profissionais, quais medidas são utilizados para a prevenção da lesão por pressão, os respondentes poderiam assinalar mais de uma opção:

Materiais utilizados na prevenção da lesão	Porcentagem
Colchão piramidal	79,40%
Hidratação da pele	85,30%
Manter paciente seco e limpo	88,20%
Manter leito seco e limpo	85,30%
Realiza movimentação no leito, e quando possível colocar paciente sentado em poltronas	82,40%
Diminuir pressão em proeminências ósseas	88,20%
Mudança de decúbito 2/2 horas	94,10%
Inspecionar a pele várias vezes ao dia	54,90%
Fixar equipo com fita adesiva hipoalergênica	61,80%
Fixar equipo sem dobrá-lo	52,90%
Ao realizar procedimentos, fica atento na organização do material para que não haja objetos “esquecidos” no leito do paciente	79,40%
Avaliar paciente antes de realizar procedimentos, visando a escolha correta dos materiais	67,60%
Reposicionamento dos dispositivos	67,60%
Aplicar curativos que promovam a redistribuição de pressão e absorvam a umidade	52,90%
Aplicar curativos abaixo dos dispositivos	50,00%
Retirar fitas adesivas com cuidado para evitar lesão	79,40%
Utiliza coberturas de pele protetoras (hidrocoloide)	70,60%

Tabela 3- Materiais utilizados na prevenção da lesão

Fonte: Dados da pesquisa (2020)

Com relação aos materiais utilizados na prevenção da LPP, destacam-se por ordem de pontuação: a mudança de decúbito 2/2 horas adotada por 32 profissionais (94,10%); manter paciente seco e limpo com 30 pessoas (88,20%); diminuir pressão em proeminências ósseas com 30 pessoas (88,20%); manter leito seco e limpo com 29 pessoas (85,30%); hidratação da pele com 29 pessoas (85,30%); realizar movimentação no leito.

Nesse sentido, Moraes *et al.* (2016), consideram que, os cuidados primordiais são primeiramente a avaliação do paciente antes de realizar algum tipo de procedimento, para planejar os materiais que vão ser utilizados. Nessa avaliação será verificado tipo de

fixação, se a fita adesiva é hipoalergênica, onde vai fixar e como vai fixar, pois os adesivos não podem ser dobrados ou fazer pregas cutâneas, porque aumentam o risco para o desenvolvimento das LPP, lembrando sempre de utilizar uma cobertura na pele abaixo do adesivo, e na hora de retirar também é essencial ter cuidado para não lesionar a pele.

Em consonância a pesquisa realizada por Vasconcelos (2017), afim de descobrir qual era a aplicabilidade dos protocolos, demonstra que a criação e implantação de novos protocolos devem ser estimulados tanto pelas instituições como pelo próprios profissionais, realizando educação continuada com toda a equipe multiprofissional, para que um complemente o cuidado do outro.

No seu estudo fez análise dos prontuários, e constatou um aumento nas anotações no prontuário sobre medidas preventivas de LPP antes da implementação do protocolo com 22 (57,9%) dos 38 pacientes, para após com 34 (77,3%) dos 44 pacientes (VASCONCELOS, 2017).

Ou seja, a utilização de instrumentos tanto de avaliação como de cuidado quando bem implementado apresenta bons resultados para a instituição, profissional e principalmente para os pacientes.

3.5 Avaliação de fatores contribuintes e cuidados da LPP

Os profissionais foram questionados sobre quais escalas são apropriadas para avaliar o risco de lesão por pressão, a questão possuía 07 nomes de escalas, sendo obrigatório assinalar 03 alternativas correspondentes, e destas apenas 03 estavam corretas, os respondentes poderiam assinalar mais de uma opção.

No momento atual existem cerca de 40 tipos de escalas de avaliação de risco, e seus estudos na maioria delas são revisões bibliográficas, teorias de especialistas ou adaptações das já existentes. As escalas de Norton, Waterlow e de Braden são as únicas que tem valores preditivos testados (SCHOONHOVEN *et al.*, 2002).

Analisando os resultados, os participantes demonstram não ter conhecimento da indicação de outros instrumentos de avaliação, como a escala de Fugulin, que é utilizada para classificação de grau de dependência de pacientes, apontada por 15 pessoas (15%), Maddox, que é uma escala para avaliação de flebite, apontada por 7 pessoas (7%), Glasgow, que é uma escala para avaliação neurológica, escolhida por 4 pessoas (4%), Bristol que é recomendada para avaliação de eliminações intestinais, citada por 2 pessoas (2%).

Isso reflete o mesmo apontado por 38% (13), quando afirmam que a instituição não possui protocolo de prevenção de LPP.

Percebemos que, assim como traz na literatura, Braden citada por 32 pessoas (31%) é a escala mais utilizada pelos profissionais, para avaliar o risco de desenvolver uma LPP, a de Norton em segundo com 26 pessoas (25%) e a de Waterlow com 16 pessoas (16%) em terceiro. Os dados encontrados, seguem a mesma ordem cita por Schoonhoven *et al.* (2002) sobre sua aplicabilidade.

Salienta-se que a escala de Braden foi desenvolvida sob a escala de Norton, sendo esta a primeira a predizer o risco para o aparecimento das LPP.

Embora 28% tenham apontado escalas que não fazem parte da avaliação de risco para a temática, em sua maioria assinalaram pelo menos uma das três escalas utilizadas para avaliar o risco de desenvolvimento de LP.

Sobre os cuidados realizados após o surgimento da lesão, a tabela 4 representa as respostas dos profissionais de enfermagem, que tinham a possibilidade de assinalar várias alternativas correspondentes à assistência prestada:

Cuidados realizados após o surgimento da lesão	Porcentagem
Aguardar a cicatrização naturalmente	2,90%
Curativo diário	94,10%
Melhora do estado nutricional	61,80%
Limpeza cirúrgica	11,80%
Limpeza da lesão	91,20%
Coberturas como AGE, colagenase, sulfato de neomicina, sulfadiazina de prata entre outros...	76,50%
Terapias coadjuvantes	44,10%
Não precisa realizar nada	0%
Notificar como evento adverso	52,90%

Tabela 4- Cuidados realizados após o surgimento da lesão

Fonte: Dados da pesquisa (2020)

A respeito dos cuidados realizados após o surgimento da lesão, tem-se a realização do curativo diário como principal ação da amostra, com 32 pessoas (94,10%), em segundo a limpeza da lesão 31 pessoas (91,20%), em terceiro o uso de coberturas como AGE, colagenase, sulfato de neomicina, sulfadiazina de prata entre outros, com 26 pessoas (76,50%).

Nesse sentido, Moraes *et al.* (2016) considera que, para planejar o cuidado é necessário avaliar e classificar em qual estágio a lesão se encontra, considerando que há diferentes fases no processo de reparação tecidual e que cada nível requer uma forma diferente de tratamento.

4 | CONCLUSÃO

Conclui-se que todos os objetivos propostos foram alcançados. Na avaliação sobre o conhecimento da equipe de enfermagem sobre os fatores contribuintes para a ocorrência

de lesão por pressão associada à fatores exógenos, foi percebido que os profissionais da área da saúde possuem um vasto conhecimento sobre as lesões por pressão, porém durante toda a pesquisa percebe-se que há necessidade de atualização sobre a diferenciação entre os fatores intrínsecos e extrínsecos e a consolidação sobre o mesmo afim de planejar ações eficientes.

Espera-se através deste estudo contribuir, para o entendimento de forma correta sobre os fatores intrínsecos e extrínsecos para o surgimento de uma LPP, como avaliar corretamente e quais ferramentas podem auxiliar no planejamento de suas ações para o tratamento.

Nesse âmbito, é necessário que os profissionais da saúde, sendo estes não só a equipe de enfermagem, mas também médicos, fonoaudiólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, entre outros, busquem melhorar o seu conhecimento sobre os eventos adversos relacionados à assistência à saúde, tendo conhecimento sobre métodos novos que auxiliam tanto na prevenção quanto no tratamento que resultam na qualidade da assistência prestada.

AGRADECIMENTO

Primeiramente a Deus que me deu forças para ultrapassar cada obstáculo que surgiu durante toda a minha trajetória, me amparando nos momentos mais difíceis. A minha mãe Maria Bilik, que apesar de estar distante nunca medir esforços para me ajudar, sendo não só a minha base, mas minha inspiração para continuar seguindo em frente. A minha professora orientadora Fernanda Vandresen, por ser uma constante fonte de motivação e incentivo ao longo de todo o projeto, ajudando-me a atingir meus objetivos independente das dificuldades encontradas no percurso.

REFERÊNCIAS

ALVES, A. R.; BELAZ, K.; RODRIGUES, R. M.; RIBEIRO, R. M.; KATO, T. M. T.; MEDINA, N. J. V. **A importância da Assistência de enfermagem na prevenção de úlceras por pressão no paciente hospitalizados.** *Revista Inst. Cienc Saúde*, v. 26, n.4, p. 397 - 402, 2008. Disponível em: <https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2008/04_out_dez/V26_N4_p397-402.pdf>. Acesso em: 23 set. 2019.

BORGES, E.L., FERNANDES F.P. Úlcera por pressão. In: Domansky RC. Borges E. L. **Manual para prevenção de lesões de pele.** Rio de Janeiro: Ed. Rubio; 2012. P.79-88. Disponível em: <<https://issuu.com/editorarubio/docs/issuumanualparaprevenodele>>. Acesso em: 10 set. 2019.

CATANIA, K. *et al.* **Ferida: PUPPI: o Protocolo de Prevenção de Úlceras por Pressão.** *Am J Nurs*. 2007;107(4):44-52. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17413732>>. Acesso em: 05 set. 2019.

GUEDES, O. S.; DAROS, M. A. **O cuidado como atribuição feminina: contribuições para um debate ético**, SERV. SOC. Rev. Londrina, V. 12, N.1, P. 122-134, jul/dez. 2009. Disponível em: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwj689_AhYjsAhVbHbkGHfApAL4QFjAAegQIBhAB&url=http%3A%2F%2Fwww.uel.br%2Frevistas%2Ffuel%2Findex.php%2Fssrevista%2Farticle%2Fdownload%2F10053%2F8779&usg=AOvVaw03Yz0VpiHi81hMuhyapWS6>. Acesso em: 26 set. 2020.

MORAES, J. T., *et al.* **Conceito e classificação de lesão por pressão: atualização do National Pressure Ulcer Advisory Panel**. *Revista de Enfermagem do Centro-oeste Mineiro*, [s.l.], v. 6, n. 2, p.2292-2306, 29 jun. 2016. RECOM (Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro). <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v6i2.1423>. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1423>>. Acesso em: 15 ago. 2019.

NPUAP, **National Pressure Ulcer Advisory Panel**. *Pressure Ulcer Stages Revised*. Washington, 2016; Disponível em:<<http://www.npuap.org/about-us/>>. Acesso em: 21 ago. 2019.

PAIVA, M, C. M. da S. de; PAIVA, S. A. R. de; BERTI, H. W. **Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem**. *Revista da Escola de Enfermagem da Usp*, [S.L.], v. 44, n. 2, p. 287-294, jun. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342010000200007>. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342010000200007&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 05 set. 2020.

PERISSE, V. et al. **Manual de lesões da Divisão de Enfermagem do Hospital Federal da Lagoa**. Rio de Janeiro: Hospital Federal da Lagoa, 2011.

RIBAS J. D. *Prevalência de úlcera por pressão: um estudo epidemiológico da enfermagem [dissertação]*. Curitiba-PR: Universidade Federal do Paraná; 2011. Disponível em: <<https://www.acervodigital.ufpr.br/handle/1884/27106>>. Acesso em: 06 set. 2020.

ROCHA, A. B. L; BARROS, S. M. O. **Avaliação de risco de úlcera por pressão: propriedades de medida da versão em português da escala de waterlow**. *Acta Paulista de Enfermagem*, [S.L.], v. 20, n. 2, p. 143-150, jun. 2007. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s010321002007000200006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002007000200006>. Acesso em: 06 set. 2020.

SCHOONHOVEN, L; HAALBOOM J.R; BOUSEMA M.T; ALGRA, A; GROBBEE D.E; GRYPDONCK, M.H; BUSKENS E. **Estudo de coorte prospectivo sobre o uso rotineiro de escalas de avaliação de risco para predição de úlceras por pressão**. *BMJ*. 2002, 325(7368):797. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12376437>>. Acesso em: 05 set. 2019.

VASCONCELOS, J. de M. B.; CALIRI, M. H. L. **Nursing actions before and after a protocol for preventing pressure injury in intensive care**. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, [S.L.], v. 21, n. 1, p. 01-09, 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20170001>. Disponível em: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjInvApdfrAhXblrkGHWgSCt0QFjAAegQIAxAB&url=https%3A%2F%2Fwww.scielo.br%2FsciELO.php%3Fpid%3DS141481452017000100201%26script%3Dsci_abstract%26tling%3Dpt&usg=AOvVaw3LXKDIH2Kpwam6h_vowP4x>. Acesso em: 07 set. 2020.

WADA, A.; TEIXEIRA NETO, N.; FERREIRA, M. C. **Úlceras por pressão**. *Rev. med. Hosp. Univ*, 2010 jul/dez; 89(3/4):170-. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/download/46293/49949>>. Acesso em: 20 ago. 2019.

CUIDADOS DA ENFERMAGEM AOS PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA (IRC) EM TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE (HD)

Data de aceite: 19/03/2021

Data de submissão: 03/01/2021

Bruno Borges do Carmo

Centro Universitário São José de Itaperuna –
UNIFSJ
Itaperuna – Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/7258190235369158>

Ruth Verdan Lima Araujo

Centro Universitário São José de Itaperuna –
UNIFSJ
Itaperuna – Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/5836189158790307>

Adriene Aparecida Silva Nascimento da Cunha

Centro Universitário São José de Itaperuna –
UNIFSJ
Itaperuna - Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/9717056833655364>

RESUMO: Objetivou-se no presente estudo descrever os cuidados de enfermagem ao paciente durante a terapia hemodialítica. Trata-se de uma revisão literária sobre a insuficiência renal crônica através de artigos científicos, livros com publicações entre os anos de 2005 e 2018 e Portarias do Ministério da Saúde. A Insuficiência Renal Crônica leva o paciente a um grande sofrimento, uma vez que o tratamento de hemodiálise exige muito do paciente, motivando esse estudo na busca de diversos tratamentos, para uma maior orientação à população. O presente trabalho relata a morfologia renal,

apresentando a hemodinâmica e fisiopatologia renal, bem como o tratamento do paciente com Insuficiência Renal Crônica pela hemodiálise. A Sistematização de Assistência de Enfermagem (SAE) é de fundamental importância, cabendo ao Enfermeiro realizar os diagnósticos de enfermagem e elaborar as intervenções necessárias, o que é objeto de estudo desse trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Insuficiência Renal Crônica (IRC); Hemodiálise (HD).

NURSING CARE FOR PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY INSUFFICIENCY (CRF) UNDER TREATMENT OF HEMODIALYSIS (HD)

ABSTRACT: The objective of this study was to describe the nursing care of the patient during hemodialysis therapy. It is a literary review about chronic renal failure through scientific articles, books with publications between 2005 and 2018 and Ordinances of the Ministry of Health. Chronic Renal Failure leads the patient to great suffering, since the hemodialysis treatment demands a lot from the patient, motivating this study in the search of several treatments, for a greater orientation to the population. The present work reports the renal morphology, presenting the hemodynamics and renal physiopathology, as well as the treatment of the patient with Chronic Renal Failure by hemodialysis. The Systematization of Nursing Assistance (SAE) is of fundamental importance, being the Nurse responsible for making the nursing diagnoses and elaborate the necessary interventions, which is the object of study of this work.

KEYWORDS: Nursing; Chronic Renal Failure; Hemodialysis.

O presente estudo tem como objetivo divulgar os principais cuidados da enfermagem com pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise. Os objetivos específicos buscam descrever a insuficiência renal crônica e o tratamento de hemodiálise; descrever a morfologia renal, o funcionamento renal e seu estado fisiopatológico; destacar as complicações da hemodiálise e mostrar os aspectos emocionais e clínicos envolvidos dos pacientes.

A problemática é focada no tratamento da hemodiálise no paciente com insuficiência renal crônica, que é a terapia renal substitutiva mais utilizada em pacientes renais crônicos, e é um tratamento paliativo por não recuperar de forma integral a saúde, o que leva a um desgaste físico e emocional do paciente e seus familiares.

As complicações do tratamento podem ocorrer e são resultantes da circulação extracorpórea e da remoção de grande volume de líquidos em um espaço de tempo muito curto e os óbitos são causados principalmente por complicações cardiovasculares, uma vez que, a IRC acarreta falência em demais órgãos, o que torna ainda mais relevante o estudo em questão, sendo um grande problema de saúde pública, devido as altas taxas de morbidade e mortalidade.. Exposto isso, pode-se perguntar até que ponto, os cuidados da enfermagem, durante a terapia hemodialítica, são essenciais?

A metodologia utilizada tem base em estudos de revisão literária, com finalidade de reunir aspectos relacionados a doença renal crônica e os cuidados da enfermagem no durante o tratamento do paciente.

Os principais autores abordados nesse estudo foram Guyton (2011); Amorim e Cheregatti (2015); Freitas e Mendonça (2016); Boita e Telles (2015); Barros (2018); Becker (2015); Aires (2012); Danski (2017); Freitas (2011); Koeppen (2009); Marques (2010); Pereira (2017); Nascimento e Marques (2005); Miniz (2015); Roso (2013); Stanfield (2013); Silva (2016); Sleutjes (2008); e Silva (2015).

1 | MORFOLOGIA DO SISTEMA URINÁRIO

1.1 Órgãos do sistema urinário e anatomia Renal

A formação do sistema urinário humano compreende órgãos que trabalham a fim de proporcionar um equilíbrio homeostático (GUYTON E HALL 2011). Os órgãos que trabalham nesse processo são dois rins, dois ureteres, uma bexiga urinária e a uretra (STANFIELD, 2013).

Os rins são os órgãos responsáveis pela manutenção do volume e da composição do fluido extracelular do indivíduo dentro dos limites fisiológicos compatíveis com a vida. A quantidade de urina eliminada são consequência do papel regulador do rim (AIRES, 2012, p.680).

Os rins se localizam na parede abdominal, fora da cavidade do peritônio, pesando cerca de 150 gramas. O lado medial do rim é nomeado como hilo renal, onde podemos encontrar veias e artérias renais, nervo e a parte superior do ureter. A região externa do rim é chamada de cortical e a interna de medular (GUYTON E HALL, 2011).

Para que a função renal seja bem realizada é preciso da atuação dos néfrons, que são unidades funcionais dos rins, formado pelo corpúsculo renal, túbulo proximal, alça de Henle, túbulo distal e por fim o sistema do ducto coletor, sendo o corpúsculo formado pelos capilares glomerulares e pela cápsula de Bowman (STANTON E KOEPPEN, 2009). Cada rim apresenta aproximadamente 1 milhão de néfrons (AMORIM E CHEREGATTI, 2015).

A artéria renal dá origem às artérias interlobares, que seguem entre as pirâmides, as artérias interlobares apresentam ramos em forma de arco, formando as chamadas artérias arqueadas, que se distribuem em artérias interlobulares, que levam o surgimento das arteríolas aferentes e posteriormente das arteríolas eferentes (AIRES, 2012).

1.2 Hemodinâmica renal, função tubular e hormonal

O fluxo sanguíneo renal realiza várias funções importantes, sendo elas: Determinar a taxa de filtração glomerular; fornece oxigênio, hormônios e nutrientes para os néfrons e devolver gás carbônico, bem como o líquido e os solutos reabsorvidos à circulação geral; realizar transporte de substratos que serão excretados na urina participando da concentração e da diluição da mesma (STANTON E KOEPPEN, 2009).

A cada minuto, entram cerca de 1.200ml de sangue nos rins, o que corresponde a 600 ml de plasma, no entanto, são filtrados nos glomérulos apenas 120 ml de plasma, ou seja, cerca de 20% do total que chega aos rins. Os 80% restantes de plasma que não são filtrados atingem a arteríola eferente, seguindo para a circulação sistêmica (AIRES, 2012). Os túbulos renais e os glomérulos participam de muitas atividades, como a filtração glomerular, reabsorção tubular e a secreção tubular (SLEUTJES, 2008).

A eritropoietina é estimuladora para produção de eritrócitos através da medula óssea, a renina é produzida e secretada pelos rins, através das células justa glomerulares localizadas na arteríola aferente e trabalha na ativação do sistema renina angiotensina aldosterona que participa do controle da pressão arterial e do equilíbrio de sódio e potássio (STANTON E KOEPPEN, 2009).

Os rins são importantes também para ativação de vitamina D que regula os níveis de cálcio (Ca⁺⁺) e fósforo (P) (STANFIELD, 2013). Sendo assim, o cálcio está envolvido nas principais reações do organismo, porém para sua absorção ser eficaz é essencial a atuação da vitamina D (BOITA E TELLES, 2015).

1.3 Estado fisiopatológico da função renal

De acordo com Boita e Telles (2015) a perda da função renal leva a uma série de distúrbios resultantes do acúmulo de substâncias tóxicas não eliminadas pela urina e na deficiência na produção de hormônios específicos. A incapacidade dos rins de produzir o

calcitriol, leva a redução dos níveis desse hormônio, reduzindo logo a absorção de Cálcio pelo intestino, a eritropoietina em diminuição provoca o surgimento de anemia (STANTON E KOEPPEN, 2009).

O cálcio e o fósforo atuam em conjunto mantendo os ossos, dentes, coração e vasos sanguíneos em boas condições, porém, com a insuficiência renal crônica o fósforo se acumula no sangue e organismo não usa o cálcio de forma eficaz pelo fato do cálcio estar diminuído. O organismo tenta equilibrar retirando cálcio dos ossos para o sangue podendo assim causar doenças ósseas (BOITA E TELLES, 2015).

A falta de aldosterona resulta na perda renal de sódio extracelular o que proporciona na diminuição da pressão sanguínea, por outro lado a retenção de sódio e água causa hipertensão, assim como a carência na produção de prostaglandinas vasodilatadoras também leva ao desenvolvimento da hipertensão arterial (SILBERNAGL E LANG, 2006).

O sistema renina angiotensina adosterona corresponde a uma complexa rede hormonal com papel crucial nos mecanismos que regulam tanto a pressão arterial como o balanço hidroeletrólítico do organismo. (AIRES, 2012, p.755).

É denominada IFG a soma das intensidades da filtração de todos os néfrons em funcionamento, sendo, portanto, o índice da função renal. Para que possamos analisar a gravidade e o desenvolvimento da doença renal é fundamental conhecer a IFG do paciente. A filtração glomerular é a primeira etapa na formação de urina. Nos adultos, a IFG varia de 90 a 140 ml/min levando os glomérulos a filtrarem até 180 l de plasma a cada 24 horas (STANTON E KOEPPEN, 2009).

A nova Resolução na Portaria N^o1.675 de 7 de junho de 2018 em seu Art. 62 relata que, *a classificação do estágio clínico da DRC, segundo a TFG, observará aos seguintes parâmetros:* I - DRC estágio 1: TFG \geq 90 mL/min/1,73m² na presença de proteinúria e/ou hematúria ou alteração no exame de imagem; II - DRC estágio 2: TFG \geq 60 a 89 mL/min/1,73m²; III - DRC estágio 3a: TFG \geq 45 a 59 mL/min/1,73m²; IV - DRC estágio 3b: TFG \geq 30 a 44 mL/min/1,73m²; V - DRC estágio 4: TFG \geq 15 a 29 mL/min/1,73m²; e VI - DRC estágio 5: TFG < 15 mL/min/1,73m².

O comprometimento da motilidade renal quando atinge outros órgãos, a IFG atinge valores menores que 15 ml/min 1,73m², estabelecendo-se a falência funcional renal (FFR) e a perda funcional continua observado na doença renal terminal (DRT). Portanto, a queda da IFG pode ser o primeiro e único alerta de doença renal, sendo importante avaliar a FG sempre que houver suspeita de doença renal pois a perda de 50% dos néfrons reduz a IFG em apenas 25% (STANTON E KOEPPEN, 2009).

A queda só não é de 50% da IFG porque os néfrons restantes compensam a perda (STANTON E KOEPPEN, 2009). O acúmulo de ureia e creatinina no sangue são chamados de azotemia, as quais são responsáveis por causar efeitos na maioria dos órgãos do corpo, de modo que quanto maior for o acúmulo, maior serão os sintomas (FREITAS E

21 TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE NO PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA (IRC)

2.1 Conceito da Insuficiência Renal Crônica (IRC) e da Hemodiálise (HD)

A insuficiência renal crônica (IRC) é a perda lenta, progressiva e irreversível das funções renais (tubular, glomerular e endócrina). Tal perda tem como resultado processos adaptativos que até certo ponto mantém o paciente sem sintomas da doença até que tenham perdido cerca de 50% de sua função (REIS *et al*, 2016). As principais causalidades dessa insuficiência são a Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e as Glomerulonefrites (FREITAS E MENDONÇA, 2016).

A IRC é classificada segundo a Intensidade de filtração glomerular (IFG) menor que 90ml/min/1,73m² em um período de três meses ou mais pela inutilidade dos rins em conservarem o equilíbrio metabólico e hidroeletrolítico ocorrendo assim a uremia (ROSO *et al*, 2013).

A hemodiálise (HD) é uma técnica comum, cujo sangue é bombeado através de um acesso vascular para um filtro extracorpóreo conceituado dialisador, composto por uma membrana semipermeável, que remove as substâncias do metabolismo e a água em excesso devolvendo em seguida o sangue já filtrado ao paciente (REIS *et al*, 2016).

A hemodiálise é o uso de uma máquina que substitui a função do rim para remover as substâncias tóxicas do sangue, com o objetivo de ajudar a restaurar os nutrientes e metabólitos aos níveis normais. Para preparar um paciente para hemodiálise é preciso haver um acesso criado para levar o sangue para fora e para dentro do corpo (BOITA e TELLES, 2015, p.147).

Existem três tipos de acesso vascular: a fístula arteriovenosa (FAV), cateter venoso central e o enxerto AV (BOITA E TELLES, 2015). O acesso vascular mais indicado é a fístula arteriovenosa (FAV), por apresentar menor risco de complicações, porém na impossibilidade de confecção de uma FAV ou em situações de emergência, o cateter venoso central (CVC) é indicado (DANSKI *et al*, 2017).

De acordo com Freitas *et al* (2011), o CVC permite o tratamento dialítico imediato, mas só devem ser utilizados em último recurso, uma vez que se associam a um aumento da mortalidade por eventos cardiovasculares e infecciosos, já a FAV fornece o acesso vascular mais próximo do ideal, com capacidade de manter uma via desobstruída, menor custo de construção e manutenção e menor número de complicações.

2.2 O tratamento hemodialítico

De acordo com a Portaria 1.675 de 7 de junho de 2018, no seu Art. 84 diz que, durante o procedimento dialítico, o paciente não poderá ficar sem a disponibilidade dos

profissionais médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem.

A Instituição de saúde habilitada como “Atenção Especializada em DRC com hemodiálise - código 15.04” terá a seguinte equipe mínima: dois médicos, sendo 1 (um) o responsável técnico, ambos com especialização em nefrologia, comprovada por título e registrada pelo Conselho Regional Medicina - CRM; dois enfermeiros, sendo 1 (um) o responsável técnico, ambos com especialização em nefrologia, comprovada por título e registrada pelo Conselho Regional de Enfermagem - COREN; assistente social; psicólogo; nutricionista; e técnico de enfermagem. “(Resolução de DRC-Hemodiálise, Portaria nº 1675 de 7 de junho de 2018).

Os pacientes com IRC necessitam semanalmente de três a duas sessões de hemodiálise cujo tempo é estimado em aproximadamente entre 3 a 4 horas diárias (BOITA E TELLES, 2015). A fístula arteriovenosa é o principal acesso vascular do paciente em tratamento hemodialítico e sua preservação depende do cuidado tanto da enfermagem como do paciente (MUNIZ *et al*, 2015).

2.3 Condições clínicas, psicológicas e sociais do paciente com IRC

Conforme o avanço da insuficiência renal, os pacientes podem apresentar sintomas que mudam a sua vida. (FREITAS E MENDONÇA, 2016). Quando o paciente chega para o tratamento dialítico, 80% dos casos apresentam pressão arterial elevada. (MIYAHIRA *et al*, 2016). O fósforo é pouco retirado na hemodiálise, o que leva a hiperfosfatemia que é considerada bastante frequente, além dela surge também a hipocalcemia e a hiperpotassemia (BOITA E TELLES, 2015).

Diversos estudos demonstram que pacientes com doença renal crônica em hemodiálise, apresentam hipocalcemia, hiperfosfatemia pelo descontrole do balanço cálcio- fósforo e hiperpotassemia, os quais necessitam de cuidados especiais e nutricionais (BOITA E TELLES, 2015, p.145).

O paciente pode apresentar anemia decorrente da produção renal insuficiente de eritropoietina agravando para o surgimento de infecções (MUNIZ, 2015) pois ocorre diminuição da condição física e também da qualidade de vida que é comum em pacientes renais crônicos, com ou sem tratamento hemodialítico (MIYAHIRA *et al*, 2016).

De acordo com Freitas e Mendonça (2016), logo no início do tratamento existe um predomínio de sentimentos depressivos, dificultando a adaptação ao tratamento. Os pacientes ainda apresentam palavras negativas, medo de dependência econômica e de mudança visual de si, sendo que o estresse, angústia e a depressão pelos quais muitos pacientes passam são decorrentes de carência de informações sobre a doença, seu tratamento e sua possibilidade de vida.

O enfermeiro tem o papel imprescindível no que se refere às intervenções assistenciais do cuidado ao paciente, pois está à frente do planejamento e execução desses cuidados. O enfermeiro deve ainda estar atento e sensível as

fragilidades e sentimentos do paciente como: negação, frustração, depressão, entre outros (FREITAS E MENDONÇA, 2015, p.24).

A doença reflete prejuízo corporal e limitações (físicas envolve correr, andar, levantar peso, subir escadas entre outras), por que em geral, há afastamento do paciente de seu grupo social, de seu lazer e, às vezes, da própria família. (RIBEIRO, 2016). Nestes pacientes, a diminuição da capacidade funcional pode ser atribuída à uremia, às doenças cardiovasculares, à anemia, à fraqueza muscular, ao sedentarismo e à desnutrição (MUNIZ *et al*, 2015).

2.4 Principais complicações do tratamento de Hemodiálise no paciente com IRC

Durante o tratamento de hemodiálise as complicações podem ser eventuais, e extremamente graves e fatais. (NASCIMENTO E MARQUES, 2005). Os riscos que os pacientes estão expostos durante a hemodiálise podem ser diversos, dentre os quais estão à infecção em cateter duplo lúmen, hipotensão e hipertensão arterial, febre, calafrios, arritmias cardíacas, hipoxemia, prurido, cefaleia, dor torácica e lombar, náuseas, vômitos, hipotermia e câimbras musculares (FREITAS E MENDONÇA, 2016). Segundo MIYAHIRA (2016), alguns pacientes chegam a falecer.

O excedente acúmulo de líquidos nos pacientes com a insuficiência renal em tratamento hemodialítico pode ocasionar intercorrências como hipotensão e câimbras devido a retirada de líquidos e eletrólitos. Assim podem surgir alterações cardiovasculares que poderão ser severas e irreversíveis (FREITAS E MENDONÇA, 2016, p.29).

A hipotensão é a complicação mais frequente (62%) causada pela remoção do volume plasmático, os sintomas são tontura, náusea, câimbras musculares e taquicardia. As câimbras musculares são decorrentes quando os líquidos e eletrólitos deixam de forma rápida o espaço extracelular por motivos de hipotensão e hipovolemia. (SILVA; MARINI; SILVA, 2016). As náuseas e vômitos podem surgir devido à própria hipotensão ou eventualmente pela síndrome do desequilíbrio (NASCIMENTO E MARQUES, 2005).

Já a febre e os calafrios são presentes por consequência da imunidade rebaixada e suscetibilidade de infecções recorrentes, na grande maioria causadas por infecções bacterianas devido à punção na fístula arteriovenosa para a realização de hemodiálise, a mesma passa a ser uma porta de entrada para microrganismos causadores de infecção (SILVA; MARINI; SILVA, 2016).

Entre os fatores de risco para o surgimento de infecções, destaca-se o tempo de permanência do cateter, o local de inserção e a manipulação do cateter pelos profissionais de saúde, sendo o principal microrganismo envolvido nessas infecções o *Staphylococcus Aureus* (DANSKI *et al*, 2017). A ansiedade, aumento de sódio e sobrecarga de líquidos podem causar hipertensão ainda durante a sessão de hemodiálise (SILVA; MARINI; SILVA, 2016).

Sendo assim, o plano de cuidado desses pacientes inicialmente destaca-se a avaliação e o diagnóstico de enfermagem considerando a forma execução do processo de atuação da Enfermagem (BECKER E SELOW, 2015).

3 I ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM AOS PACIENTES COM IRC

3.1 Autocuidado e qualidade de vida do paciente renal crônico

O autocuidado é demonstrado por atos que vão da renúncia de bebidas e comidas, habitualmente consumidas e incorporadas ao modo de viver socialmente, bem como pelo abandono de hábitos que podem estar relacionados ao prazer, como o fumo e a ingestão de bebida alcoólica. (ROSO *et al*, 2013).

O ato de planejar o cuidado próprio por meio de ações que garantem o bem-estar e a saúde da pessoa não pode somente ser respaldado em prescrição médica (ROSO *et al*, 2013, p.740). Por exemplo, para prevenir a hipocalcemia é preciso equilibrar os níveis de cálcio e fósforo na alimentação e pode ser usado carbonato de cálcio para corrigir essa deficiência (BOITA E TELLES, 2015).

Os pacientes precisam de orientações para o autocuidado, pois muitas vezes algumas complicações são evitadas pela simples adesão a dieta (SILVA; MARINI; SILVA, 2016).

3.2 Utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)

A SAE vem se tornando cada vez mais reconhecida e incorporada dentro das instituições de saúde por se tratar de um processo que segue cinco fases para seu funcionamento: a anamnese, diagnóstico de enfermagem, plano de ação, implementação e evolução de enfermagem (SILVA; MARINI; SILVA, 2016).

A Identificação dos diagnósticos de enfermagem é uma etapa importante, pois ela contribui para estabelecimento de metas e plano de cuidados mais eficientes (MUNIZ *et al* 2015).

A SAE nesse contexto como instrumento essencial que pode subsidiar e/ou guiar a assistência de enfermagem, com foco na integralidade das dimensões do ser cuidado e garantindo ao enfermeiro autonomia e segurança, além de atendimento humanizado e individual (RIBEIRO, 2016, p.31).

Ressalta-se que a equipe multiprofissional deve estar capacitada e preparada cientificamente e tecnicamente para exercer uma assistência de forma eficaz, ou seja, uma assistência que precisa ter início na Atenção Básica, tendo como finalidade a prevenção através da identificação de patologia de bases que possam favorecer o desenvolvimento da doença, dentre elas a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (ML) (REIS *et al*, 2016).

Segundo Barros (2018), dentre os diagnósticos de enfermagem de NANDA, no

paciente com insuficiência renal crônica submetido ao tratamento de hemodiálise podemos considerar os seguintes: Risco de infecção; Proteção ineficaz; Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais; Risco de desequilíbrio eletrolítico; Risco de motilidade gastrointestinal disfuncional; Risco de pressão arterial instável; Interação social prejudicada; Dor aguda e crônica; Diarreia; Risco de solidão, entre outros.

Diante disso, Ribeiro (2016) diz que a SAE atua como instrumento essencial que pode subsidiar e /ou guiar a assistência de enfermagem, com foco na integralidade das dimensões do ser cuidado e garantindo ao enfermeiro, autonomia e segurança, além de atendimento humanizado e individual.

3.3 Cuidados da enfermagem aos pacientes com insuficiência renal crônica (IRC) em tratamento de hemodiálise

Cabe ao enfermeiro delegar apenas ao profissional treinado e capacitado para realizar o procedimento dialítico, devendo o mesmo checar solução, preparo e programação da máquina; Pesar o paciente registrando o seu peso antes e após o término da hemodiálise; realizar a antissepsia da pele, avaliando o local e realizar a punção, exercendo cuidados com o membro que está a fistula arteriovenosa, como não verificar pressão arterial, não garotear e não puncionar nesse membro para introdução de medicamentos ou soluções (AMORIM E CHEREGATTI, 2015).

Apesar de não ter como evitar as múltiplas punções que aumentam o risco de infecções, na fístula arteriovenosa, o enfermeiro deve monitorar a instalação de possíveis complicações como infecções, estenose, trombose, aneurisma e isquemia distal e preservar as condições de um acesso ideal como fluxo sanguíneo adequado para a prescrição da diálise, vida útil longa e baixo índice de complicações (MUNIZ *et al*, 2015).

Além disso, é importante o uso de barreira máxima de precaução, como uso de gorro, máscara, avental estéril, luvas estéreis e amplos campos estéreis (DANSKI *et al*, 2017).

Em casos de febre e calafrios no período em que o paciente permanecer vinculado a máquina apresentando picos febris à equipe deve monitorar a temperatura e administrar antitérmicos e antibióticos conforme prescrição médica no intuito de corrigir tal distúrbio e solicitar que hemocultura seja realizada para que o antibiótico utilizado seja o correto (SILVA; MARINI; SILVA, 2016).

O paciente com episódios de hipotensão deve ser colocado em posição de Trendelenburg, deve ser administrado para expansão de volume de 100 ml de Soro Fisiológico 0,9% ou mais se preciso conforme ordem médica e a velocidade de ultra filtração deve ser reduzida. Em casos de câimbras musculares é realizada administração de soro fisiológico hipertônico ou gluconato de cálcio. (SILVA; MARINI; SILVA, 2016).

Nos casos de hipertensão durante a HD é função da enfermagem administrar anti-hipertensivo de acordo com a prescrição médica e após monitorar a pressão arterial em um intervalo de 15 min em 15 min. Para náuseas e vômitos deve controlar a hipotensão,

porém se as mesmas continuarem pode ser administrado antiemético (SILVA; MARINI; SILVA, 2016).

Quanto a anticoagulação, é importante observar a existência de sinais de sangramento, coagulação do sistema, hemólise (cor rósea ou vinho do sistema linfa venosa e presença de dor lombar, pressão peitoral, dispnéia, cianose periférica, mal estar) tendo atenção para alarmes de pressão (AMORIM E CHEREGATTI, 2015).

As estratégias que contribuem para o controle do fósforo são a diálise adequada, restrição dietético de fósforo e utilização de quelantes de fósforo (BOITA E TELLES, 2015).

Portanto a monitorização de sinais vitais a cada trinta minutos, adotar medidas para controlar infecções, monitorar sinais flogísticos, realizar controle da dor através de analgésicos prescritos e proporcionar suporte emocional são cuidados prioritários durante o tratamento hemodialítico (FREITAS E MENDONÇA, 2016).

É dever do enfermeiro trabalhar a gestão desse ambiente com treinamento e educação continuada para manter a sincronia e organização da equipe que gere. É preciso avançar na assistência, sensibilizando os profissionais para trabalharem de forma que proporcionem melhor qualidade de vida aos pacientes e familiares, antes, durante e após o tratamento realizado (BECKER E SELOW, 2015).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos dados bibliográficos analisados na literatura científica pode-se perceber que o tratamento através da hemodiálise provoca diversas complicações, sendo a hipotensão a mais frequente, levando o paciente a ter náuseas e vômitos seguidos. Diante dessa terapia que é essencial à vida do paciente, fica claro que o trabalho do Enfermeiro é indispensável e essencial, juntamente com toda a equipe, devido as essas complicações poderem ser minimizadas durante o tratamento, visto que as mesmas giram em torno as alterações hemodinâmicas durante todo o tratamento.

A SAE torna o trabalho do Enfermeiro muito mais organizado, pois evidencia diagnósticos de enfermagem e direciona para as intervenções necessárias, com o paciente mantendo o autocuidado através de uma alimentação adequada evitando assim sobrecarga de líquidos que podem contribuir para maiores complicações durante a sessão de hemodiálise.

Portanto, é evidente através desse estudo, que o Enfermeiro proporciona uma maior precisão no tratamento do paciente com insuficiência renal crônica tratado por hemodiálise, além de tornar o tratamento mais seguro.

É de se esperar que outros profissionais da saúde como enfermeiros, médicos, farmacêuticos, biomédicos, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, técnicos em enfermagem dentre outros continuem a exploração desse estudo e que esses dados reforcem a necessidade da melhoria do tratamento da hemodiálise para pacientes com

IRC e também para pacientes em geral.

REFERÊNCIAS

AMORIM, P. C E CHEREGATTI, L. A. **Enfermagem em Terapia Intensiva**. 2ª Edição, São Paulo: Marlinari, 2015.

AIRES. Margarida de Mello. **Fisiologia**. 4ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

BARROS, L. B. L. Alba. **Diagnósticos de enfermagem/NANDA 2018-2021**. 11ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2018.

BECKER, Ari; SELOW, Dra. Marcela Lima. Gestão da qualidade na assistência do paciente hemodialítico. **Vitrine produção acadêmica**. Vol. 3, n. 2. p. 175-185, Curitiba - PR ,2015.

BOITA, F. R. Elis E TELLES, Cristina. Importância da terapia nutricional com ênfase no cálcio, fósforo e potássio no tratamento da doença renal crônica. **Revista Perspectiva**. Vol.39.n.145, p. 143-154. Erechim/ Rio Grande do Sul, 2015.

BRASIL. Portaria nº 1.675, de 7 de junho de 2018 **altera a Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica - DRC no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS**. Diário oficial da União do Ministério da saúde. Disponível: <http://www.impresanacional.gov.br/materia.>> Acesso: outubro de 2018.

DANSKI *et al.* Infecção da corrente sanguínea relacionada a cateter venoso central para hemodiálise: **Revisão integrativa. Revista Baiana de Enfermagem** Vol.31 n.1. Curitiba, 2017.

FREITAS *et al.* Consulta de acessos vasculares para hemodiálise – experiência de um centro. **Revista Angiologia e Cirurgia vascular**. Vol 7.n. 1. p. 35-42 ,2011.

FREITAS, Rafaela Lúcia Da Silva E MENDONÇA, Ana Elza Oliveira. Cuidados de enfermagem ao paciente renal crônico em hemodiálise. **Revista cultural e científica do Unifacex**. Vol. 14. n. 2.p. 22-25, São Paulo, 2016.

HALL, J. GUYTON. **Tratado de Fisiologia Médica**. 12ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

KOEPPEN. M. Bruce E. STANTON. A. **Bruce. Berne & Levy: Fisiologia**. 6ª edição. Rio de Janeiro:Elsevier, 2009.

MARQUES R. Isaac E BISCA M. Mariane. Perfil de diagnósticos de enfermagem antes de iniciar o tratamento hemodialítico. **Revista Brasileira de enfermagem – REBEN**, Vol. 63. n. 3. p. 435-439. Brasília, 2010.

MINIZ *et al.* Diagnósticos de enfermagem em pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico. **Revista de pesquisa em saúde**, Maranhão, vol. 16. n. 1. p. 34-40. 2015.

MIYAHIRA *et al.* Avaliação da dor torácica, sono e qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica. **Revista Arquivo ciência saúde**, Ribeirão preto SP, vol. 23, n. 4, p. 61-66. 2016.

NASCIMENTO, D. Cristiano E MARQUES R. Isaac. Intervenções de enfermagem nas complicações mais frequentes durante a sessão de hemodiálise: revisão da literatura. **Revista brasileira de enfermagem** - REBEN, Santo amaro - RJ, vol. 58. n. 6, p. 719-722. 2005.

PEREIRA, G. do N. et al. Relação entre sistematização da assistência de enfermagem e segurança do paciente. **Arquivo ciência saúde**, Fortaleza - CE, Vol. 8. n. 2, p. 21-25, 2017.

REIS, *et al.* Qualidade de vida e autocuidado do paciente em diálise peritoneal comparado com a hemodiálise: revisão de literatura. **Revista Eletrônica Estácio saúde**, Maceió- al, Vol. 5. n. 2. p. 91-106.2016.

RIBEIRO, Kaiomax Renato Assunção. Cuidados de enfermagem aos pacientes com insuficiência renal crônica em ambiente hospitalar. **Revista científica de enfermagem**, São Paulo, Vol. 6. n. 18. p. 26-35. 2016.

ROSO, C. *et al.* O cuidado de si de pessoas em tratamento conservador da insuficiência renal crônica. **Revista Redalyc**. Florianópolis. Vol. 22. n. 3. p. 739-745.2013.

SLEUTJES, Lúcio. **Guia deAnatomia Humana**. 2ªEdição, São Caetano do Sul, São Paulo: Yendis, 2008.

SILBERNAGL. Stefan; LANG.Florian. **Fisiopatologia: Texto e Atlas**. 2ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2006

SILVA, Cecília Teixeira Da; CHRISTOVAM, Bárbara Pompeu. As ações de gerência do cuidado em serviço em hemodiálise: revisão integrativa. **Revista de enfermagem UFPE**, Recife, Vol. 9. n. 8. p. 8890-8898, 2015.

SILVA, S. Mayara; MARINI, O.S. Thais; SILVA, B. F. Cristiana. Enfermagem e Suas Intervenções Nas Principais Complicações Ocorridas Durante a Sessão de Hemodiálise. **Revista Enfermagem e Saúde Coletiva**, Faculdade São Paulo – FSP, Vol. 1. n. 2. p. 45-60 São Paulo, 2016

STANFIELD, C. L. **Fisiologia Humana**- Pearson Education do Brasil, 5ª edição. São Paulo-SP, 2013.

SOBRE A ORGANIZADORA

SAMIRA SILVA SANTOS SOARES - Possui graduação em Enfermagem pela Faculdade de Tecnologia e Ciências (2009), especialização em Enfermagem do Trabalho (2009) e Saúde Pública com ênfase em Saúde da Família (2012) pelo Centro Universitário Internacional Uninter. Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery – Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ, 2020). Atualmente é doutoranda em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem (ENF/UERJ), vinculada a linha de pesquisa denominada Trabalho, Educação e Formação profissional em Saúde e Enfermagem; também cursa a especialização de Auditoria em Saúde. Palestrante, professora e pesquisadora realiza pesquisas qualitativas utilizando o software Iramuteq®. É autora de livros preparatórios para concurso e residência em Enfermagem. Tem experiência como Enfermeira do Trabalho e como docente em cursos de nível técnico profissionalizante (técnico de enfermagem e técnico em segurança do trabalho); na graduação em cursos de Enfermagem e na pós-graduação em cursos de Saúde e de Engenharia de Segurança do Trabalho. É integrante do NUPENST - Núcleo de Pesquisa em Saúde do trabalhador (EEAN/UFRJ) e do grupo de pesquisa: O mundo do trabalho como espaço de produção de subjetividade, tecnologias e formação profissional em saúde e enfermagem (ENF/UERJ).

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acolhimento 29, 88, 89, 90, 91, 92, 94, 95, 97, 98, 131, 165, 166, 167, 168, 170, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182

Angústia psicológica 65

Ansiedade 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 46, 64, 65, 66, 69, 101, 105, 106, 107, 118, 119, 142, 149, 218, 220, 229, 230, 298

Auriculoterapia 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31

B

Biossegurança 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 257, 258, 259, 260, 261

C

Cateter venoso central 32, 33, 34, 38, 39, 40, 71, 296, 302

Classificação de risco 165, 166, 167, 168, 169, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182

Condições de trabalho 67, 69, 71, 126, 127, 132, 134, 135, 136, 137, 149, 152, 169, 178, 185, 188, 191, 192, 218, 231

Covid-19 64, 65, 66, 67, 70, 71, 72, 73

Cultura de segurança 183, 184, 185, 187, 188, 189, 193, 194, 207, 272

Currículo 125, 128, 130, 137

D

Depressão 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 46, 66, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 297, 298

Diabetes mellitus 24, 25, 27, 30, 43, 296, 299

Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho 154, 156, 160, 163, 164

E

Educação 12, 15, 37, 44, 53, 54, 55, 77, 78, 92, 94, 97, 125, 126, 130, 137, 141, 144, 153, 162, 173, 179, 183, 211, 212, 213, 215, 234, 247, 249, 258, 259, 276, 288, 301, 304

Equipamento de proteção individual 251, 253, 256, 261

Estratégia saúde da família 41, 42, 44, 46, 47, 48, 49, 53, 54

Estresse 24, 25, 26, 28, 29, 30, 31, 46, 47, 51, 64, 65, 66, 67, 69, 70, 71, 72, 73, 79, 131, 153, 162, 173, 185, 188, 189, 191, 217, 219, 220, 228, 230, 297

Eventos adversos 184, 187, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 264, 267, 268, 269, 270, 271, 283, 290, 291

H

Hemodiálise 292, 293, 296, 297, 298, 300, 301, 302, 303

Hipertensão 9, 24, 27, 28, 30, 31, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 110, 121, 220, 295, 296, 298, 299, 300

I

Idoso 56, 114, 234, 237, 238, 240, 248, 281

Iluminação 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 114, 135

Infecções por coronavírus 65

Instituições de longa permanência 233, 234, 235, 236, 241, 248

Insuficiência renal 43, 49, 292, 293, 295, 296, 297, 298, 300, 302, 303

Intoxicação 57, 59, 60, 61, 62, 63

L

Lesões por pressão 196, 202, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 269, 290

O

Organização do trabalho 127, 134, 183, 192, 218, 223, 225, 230, 231

P

Pandemia 64, 65, 70, 71, 73, 282

Pneumonia 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17

Primeiros socorros 78, 85, 86, 233, 235, 242, 244, 246, 247, 248, 249

R

Relato de experiência 24, 26, 31, 54, 73, 179, 183, 212, 215

Repouso 77, 99, 101, 110, 112, 114, 116, 122, 123

Risco 3, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 13, 15, 16, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 49, 50, 51, 52, 55, 56, 58, 66, 69, 70, 71, 76, 82, 83, 88, 89, 91, 92, 93, 97, 118, 119, 121, 135, 148, 153, 159, 162, 165, 166, 167, 168, 169, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 185, 186, 187, 190, 197, 198, 200, 205, 210, 213, 214, 221, 227, 237, 241, 246, 251, 255, 256, 260, 263, 264, 266, 268, 271, 286, 288, 289, 291, 296, 298, 300

Risco biológico 213, 214, 255, 260

Ritmo circadiano 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 117, 118

Ruído 99, 105, 109, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123

S

SARS-CoV-2 64, 65

Saúde do trabalhador 125, 129, 130, 132, 137, 139, 155, 160, 161, 162, 163, 209, 214, 221, 225, 228, 255, 256, 261, 304

Saúde pública 18, 20, 22, 34, 49, 55, 56, 58, 60, 63, 76, 111, 123, 132, 162, 179, 205, 217, 293, 304

Segurança do paciente 36, 170, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 262, 263, 264, 266, 267, 268, 269, 271, 272, 280, 281, 303

Sepsis 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 268

Sofrimento 31, 96, 133, 134, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 217, 219, 224, 225, 231, 232, 292

Sono 29, 30, 46, 99, 100, 101, 102, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 189, 220, 228, 303

Suicídio 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 217, 219, 220, 221

T

Trauma 74, 75, 78, 80, 81, 82, 84, 85, 86, 87, 233, 239, 248, 249

U

Unidade de terapia intensiva 1, 15, 16, 32, 33, 34, 39, 40, 65, 66, 102, 153, 193, 194, 196, 198, 200, 206, 221, 225, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 257, 258, 259, 260, 261, 264, 267, 269, 270, 271

V

Ventilação mecânica 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 37, 105, 107, 108, 118, 119, 121, 266, 270

Enfermagem:

Processos, Práticas e Recursos

3

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 

 **Atena**
Editora

Ano 2021

Enfermagem:

Processos, Práticas e Recursos

3

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 

 **Atena**
Editora

Ano 2021