

ENFERMAGEM:

Assistência, gestão e políticas públicas em saúde

2

Carolina Carbonell Demori
(Organizadora)

Atena
Editora

Ano 2021

ENFERMAGEM:

Assistência, gestão e políticas públicas em saúde

2

Carolina Carbonell Demori
(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

iStock

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.

Open access publication by Atena Editora



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

Profª Drª Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa

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. Arnaldo Oliveira Souza Júnior – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Crisóstomo Lima do Nascimento – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Daniel Richard Sant’Ana – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Dilma Antunes Silva – Universidade Federal de São Paulo
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Elson Ferreira Costa – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros
Prof. Dr. Humberto Costa – Universidade Federal do Paraná
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. José Luis Montesillo-Cedillo – Universidad Autónoma del Estado de México
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Profª Drª Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Miguel Rodrigues Netto – Universidade do Estado de Mato Grosso
Prof. Dr. Pablo Ricardo de Lima Falcão – Universidade de Pernambuco
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Vanessa Ribeiro Simon Cavalcanti – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof. Dr. Arinaldo Pereira da Silva – Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Profª Drª Carla Cristina Bauermann Brasil – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jael Soares Batista – Universidade Federal do Semi-Árido
Prof. Dr. Jayme Augusto Peres – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília
Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª 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
Profª Drª Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. 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
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federacl 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
Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Profª Drª Ana Grasielle Dionísio Corrêa – Universidade Presbiteriana Mackenzie
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª 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
Profª Drª Érica de Melo Azevedo – Instituto Federal do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Profª Dra. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Marco Aurélio Kistemann Junior – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Priscila Tessmer Scaglioni – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Sidney Gonçalo de Lima – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Linguística, Letras e Artes

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

Conselho Técnico científico

Prof. Me. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Me. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí
Profª Ma. Adriana Regina Vettorazzi Schmitt – Instituto Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Alex Luis dos Santos – Universidade Federal de Minas Gerais
Prof. Me. Alexandre Teixeira Ribeiro – Centro Universitário Internacional
Profª Ma. Aline Ferreira Antunes – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Amanda Vasconcelos Guimarães – Universidade Federal de Lavras
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Andrezza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Profª Drª Andrezza Miguel da Silva – Faculdade da Amazônia
Profª Ma. Anelisa Mota Gregoleti – Universidade Estadual de Maringá
Profª Ma. Anne Karynne da Silva Barbosa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais
Prof. Me. Armando Dias Duarte – Universidade Federal de Pernambuco
Profª Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar
Profª Ma. Carolina Shimomura Nanya – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Me. Carlos Augusto Zilli – Instituto Federal de Santa Catarina
Prof. Me. Christopher Smith Bignardi Neves – Universidade Federal do Paraná
Profª Drª 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. Edson Ribeiro de Brito de Almeida Junior – Universidade Estadual de Maringá
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
Prof. Me. Francisco Sérgio Lopes Vasconcelos Filho – Universidade Federal do Cariri
Profª Drª Germana Ponce de Leon Ramirez – 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/UFGA
Prof. Dr. Kárpio Márcio de Siqueira – Universidade do Estado da Bahia
Profª Drª Karina de Araújo Dias – Prefeitura Municipal de Florianópolis
Prof. Dr. Lázaro Castro Silva Nascimento – Laboratório de Fenomenologia & Subjetividade/UFPR
Prof. Me. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Ma. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
Profª Ma. Lilian de Souza – Faculdade de Tecnologia de Itu
Profª Ma. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
Profª Drª 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
Profª Ma. Luana Ferreira dos Santos – Universidade Estadual de Santa Cruz
Profª Ma. Luana Vieira Toledo – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Me. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
Prof. Me. Luiz Renato da Silva Rocha – Faculdade de Música do Espírito Santo
Profª 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. Me. Marcos Roberto Gregolin – Agência de Desenvolvimento Regional do Extremo Oeste do Paraná
Profª Ma. Maria Elanny Damasceno Silva – Universidade Federal do Ceará
Profª Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof. Dr. Pedro Henrique Abreu Moura – Empresa de Pesquisa Agropecuária de Minas Gerais
Prof. Me. Pedro Panhoca da Silva – Universidade Presbiteriana Mackenzie
Profª Drª Poliana Arruda Fajardo – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Rafael Cunha Ferro – Universidade Anhembi Morumbi
Prof. Me. Ricardo Sérgio da Silva – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Renan Monteiro do Nascimento – Universidade de Brasília
Prof. Me. Renato Faria da Gama – Instituto Gama – Medicina Personalizada e Integrativa
Profª Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
Prof. Me. Robson Lucas Soares da Silva – Universidade Federal da Paraíba
Prof. Me. Sebastião André Barbosa Junior – Universidade Federal Rural de Pernambuco
Profª Ma. Silene Ribeiro Miranda Barbosa – Consultoria Brasileira de Ensino, Pesquisa e Extensão
Profª Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo
Prof. Dr. Sullivan Pereira Dantas – Prefeitura Municipal de Fortaleza
Profª Ma. Taiane Aparecida Ribeiro Nepomoceno – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Universidade Estadual do Ceará
Profª Ma. Thatianny Jasmine Castro Martins de Carvalho – Universidade Federal do Piauí
Prof. Me. Tiago Silvio Dedoné – Colégio ECEL Positivo
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Enfermagem: assistência, gestão e políticas públicas em saúde 2

Bibliotecária: Janaina Ramos
Diagramação: Maria Alice Pinheiro
Correção: Maiara Ferreira
Edição de Arte: Luiza Alves Batista
Revisão: Os autores
Organizadora: Carolina Carbonell Demori

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

E56	Enfermagem: assistência, gestão e políticas públicas em saúde 2 / Organizadora Carolina Carbonell Demori. - Ponta Grossa - PR: Atena, 2021. Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-65-5983-297-2 DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.972211607 1. Enfermagem. 2. Saúde. I. Demori, Carolina Carbonell (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; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, desta forma não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

APRESENTAÇÃO

A coleção “Enfermagem: Assistência, Gestão e Políticas Públicas em saúde” é uma obra dividida em quatro volumes que têm como enfoque afirmar a enfermagem enquanto ciência do cuidado, por intermédio de diversos trabalhos científicos que abrilhantam os volumes da obra.

Os capítulos são apresentados por estudantes de enfermagem, enfermeiros, pós-graduandos e pós-graduados de inúmeras instituições do Brasil, que firmam a pesquisa e a ciência como ferramenta de aprimoramento e qualificação da enfermagem. A coleção é composta por estudos reflexivos, pesquisas de campo, relatos de experiência e revisões literárias que perpassam nos diversos cenários da assistência de enfermagem.

O objetivo central foi apresentar de forma categorizada e clara estudos desenvolvidos em diversas instituições de ensino e pesquisa do país. Em todos esses trabalhos, as linhas condutoras foram a assistência de enfermagem em diferentes cenários de atuação, a gestão de enfermagem e a gestão do cuidado nos serviços de saúde, a saúde do trabalhador de enfermagem e a pesquisa e inovação na enfermagem.

O primeiro volume elenca capítulos que evidenciam os profissionais de enfermagem responsáveis por boa parte das ações assistenciais e, portanto, encontram-se em posição privilegiada para reduzir a possibilidade de incidentes que atingem o paciente, além de detectar as complicações precocemente e realizar as condutas necessárias para minimizar os danos. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), é referida por proporcionar cuidados individualizados, garantindo ao enfermeiro qualidade na execução de suas tarefas e ao paciente um tratamento diferenciado possibilitando o planejamento, a execução e avaliação dos cuidados realizados nos diferentes cenários de assistências.

O segundo volume traz ênfase às questões de gestão de enfermagem e gestão do cuidado de enfermagem, que podem ser definidos como um conjunto de processos utilizados para planejar, construir, equipar, avaliar e manter a confiabilidade dos cenários de atuação da enfermagem. Para garantir que a enfermagem, em qualquer nível de atuação, promova ações baseadas no conhecimento científico, torna-se imprescindível a aquisição de conhecimentos e habilidades técnicas, de gerenciamento, liderança e planejamento do cuidado no desenvolvimento de suas atividades laborais.

O terceiro volume elenca os capítulos relacionados a Saúde do trabalhador de enfermagem o qual enfrenta situações de risco no dia a dia, tais como sobreposição de funções, jornada de trabalho prolongada, conflitos interpessoais decorrentes do trabalho em equipe, deficiência de recursos materiais e humanos. Os autores trazem à tona a discussão de ordem física, organizacional e interpessoal envolvendo a saúde dos trabalhadores de enfermagem.

No último volume, os capítulos trazem a pesquisa e a inovação na enfermagem como elemento impulsionador da prática e a interface entre o cuidar e o pesquisar no

contexto hospitalar e da atenção primária. A produção do cuidado busca ampliar a qualidade das ações, estratégias de gerenciamento e da assistência de Enfermagem uma vez que a assistência prestada está voltada para a resolução imediata dos problemas de enfermagem levantados.

Temos como premissa a enfermagem como prática social. Não é possível termos enfermagem de qualidade apartada do trabalho em saúde de qualidade e eticamente comprometida com a vida das pessoas. A pesquisa em enfermagem começou a ser valorizada no Brasil a partir de 1972 com a implantação dos cursos de pós-graduação *stricto sensu*, depois disso, houve crescimento expressivo nas publicações de enfermeiros e estudantes da área, como consta nestes volumes, com diversos capítulos das mais diversas áreas de enfermagem. A partir destas publicações de resultados de estudos, podemos visar a qualificação de profissionais e pesquisadores no campo da ciência enfermagem.

Carolina Carbonell Demori

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

FATORES INTERVENIENTES PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM HOSPITAL DO INTERIOR DO ESTADO DO PARÁ: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Nayara Fernanda Alves Moreira
Michele Pinheiro Ferreira
Lauany Silva de Medeiros
José Benedito dos Santos Batista Neto
Karen Silva de Castro
Carlos André de Souza Reis
Amanda Ouriques de Gouveia
Carmen Lúcia de Araújo Paes
Wanessa Nobre do Carmo Glória
Aline Ouriques de Gouveia
Laís Araújo Tavares Silva
Valeria Regina Cavalcante dos Santos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9722116071>

CAPÍTULO 2..... 11

AUDITORIA E GESTÃO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Shane Layra Araújo dos Santos
Rosane da Silva Santana
Antônio Sérgio Vieira dos Santos
Reynan Pereira Costa
Jordana Valéria Araújo de Carvalho
Jardânia Sousa da Costa
Kacilia Bastos de Castro Rodrigues
Thaís de Fátima Gomes Oliveira de Carvalho
Ingrid Rodrigues da Silva
Werllania Stheffannye Veloso Santos
Paula Cruz Fernandes de Sousa
Francisca de Aquino Vieira Costa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9722116072>

CAPÍTULO 3..... 22

GESTÃO DA QUALIDADE EM ENFERMAGEM: SAÚDE E SEGURANÇA DO PACIENTE

Ana Luiza Mateus Pereira
Carla Jordânia Gonçalves de Souza
Sabrina Arthuso Garcias
Sayone Gonçalves Santos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9722116073>

CAPÍTULO 4.....29

ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO COMO GESTOR EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE ALTA COMPLEXIDADE EM TERESINA – PI

Rosane da Silva Santana
Angélica Linhares Silva Lima
Ellen Cristina de Alcântara Chaves
Maria Eliane Andrade da Costa
Viviany de Sousa Araújo
Verônica Maria de Sena Rosal
Maria do Socorro Rego de Amorim
Fábio Soares Lima Silva
Ravena de Sousa Alencar Ferreira
Samara Maria da Silva
Gabriela Oliveira Parentes Da Costa
Aclênia Maria Nascimento Ribeiro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9722116074>

CAPÍTULO 5.....40

O EXERCÍCIO DA LIDERANÇA PELO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Leonardo Pereira de Sousa
Jorge Cleber Pereira da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9722116075>

CAPÍTULO 6.....51

GERENCIAMENTO DE CONFLITO: INTERFACE ENFERMEIRO E SUA EQUIPE EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Valdjane Nogueira Noletto Nobre
Pamela Nery do Lago
Luciana Moreira Batista
Maria Fernanda Silveira Scarcella
Glauber Marcelo Dantas Seixas
Samara Oliveira Lopes
Manuela Amaral Almeida Costa
Aline Francielly Rezende Fróes
Adriano Ferreira de Oliveira
Milenny Andreotti e Silva
Jéssica de Oliveira dos Anjos
Milena Vaz Sampaio Santos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9722116076>

CAPÍTULO 7.....59

CONHECIMENTOS SOBRE LEGISLAÇÃO EM SAÚDE: UMA FERRAMENTA DA AUDITORIA DE ENFERMAGEM

Rozemy Magda Vieira Gonçalves
Terezinha de Fátima Gorreis

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9722116077>

CAPÍTULO 8..... 72

CONFLITOS E DILEMAS ÉTICOS VIVENCIADOS PELOS ENFERMEIROS NA TOMADA DE DECISÃO PARA O GERENCIAMENTO NO CENTRO CIRÚRGICO

Elaine Guedes Fontoura
Déborah de Oliveira Souza
Marluce Alves Nunes Oliveira
Ayla Melo Cerqueira
Íris Cristy da Silva e Silva
Analu Sousa de Oliveira
Vanessa Sena da Silva
Queuam Ferreira Silva de Oliveira
Ceci Figuerêdo da Silva
Thamara Arianny Ventin Amorim Oliveira de Assis

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9722116078>

CAPÍTULO 9..... 86

O PAPEL DO ENFERMEIRO NO GERENCIAMENTO DOS RESÍDUOS DE SAÚDE

Francinete de Aguiar Lima
Gabriela Cristina Souza Virgílio
Lustarllone Bento de Oliveira
Nayara Castro de Oliveira
Catharina da Costa Miranda
Sabrina Araújo de Sousa
Raphael da Silva Affonso
Larissa Leite Barbosa
Breno Piovezana Rinco
Nathália Carvalho de Araújo
Virginia Vilhena
Eleuza Rodrigues Machado

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9722116079>

CAPÍTULO 10..... 99

DESAFIOS DA GESTÃO DE UMA UNIDADE DE ATENDIMENTO À PANDEMIA DA COVID-19

Pamela Nery do Lago
Marlene Simões e Silva
Regina de Oliveira Benedito
Andreia Aparecida Martins de Carvalho
Gisela Pereira Xavier Albuquerque
Lana Rose Cortez Farias
Andréa Paula Dourado Vasconcelos
Ana Luiza Menezes Santos
Rosiana Lima Prado
Daiane Medina de Oliveira
Antônia Gomes de Olinda
Francisco Rodrigues Martins

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.97221160710>

CAPÍTULO 11..... 104

AVALIAÇÃO DA DOR COMO PRÉ-REQUISITO PARA ACREDITAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Sandra Regina Lins Prado Tardelli da Silva

Thais Almeida de Luna

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.97221160711>

CAPÍTULO 12..... 113

TELENFERMAGEM: UMA FERRAMENTA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NOS MUNICÍPIOS DO INTERIOR DO ESTADO DO AMAZONAS

Jacqueline de Almeida Gonçalves Sachett

Waldeyde O. Magalhães

Jáira Mariana Ramos Da Silva

Débora Oliveira Marques

Ingrid dos Santos Ferreira

Gisele dos Santos Rocha

Mailma Costa de Almeida

Sibila Lilian Osis

Isabela Cristina de Miranda Gonçalves

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.97221160712>

CAPÍTULO 13..... 123

ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO INTERIOR PAULISTA CONFORME LEGISLAÇÃO

Aline Biondo Alcantara

Maria José Caetano Ferreira Damaceno

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.97221160713>

CAPÍTULO 14..... 137

QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA EM UM HOSPITAL DE ALTA COMPLEXIDADE DE TERESINA

Rosane da Silva Santana

Jardânia Sousa da Costa

Andiara Machado Araújo

Kamyla Sávia Mendes de Moraes

Rosana Araújo Paz

Reynan Pereira Costa

Sthephanine Mourão Freitas

Ana Patrícia Rodrigues da Silva

Francisca de Aquino Vieira Costa

Jassia Kaline Silva Oliveira

Jordana Valéria Araújo de Carvalho

Danila Barros Bezerra Leal

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.97221160714>

CAPÍTULO 15..... 149

COMPETÊNCIA DO ENFERMEIRO PARA ATUAR EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Pamela Nery do Lago
Marlene Simões e Silva
Regina de Oliveira Benedito
Roseane Pereira Sousa
Maria Ivanilde de Andrade
Edma Nogueira da Silva
Lilian Maria Santos Silva
Veridiana de Oliveira Ursi Scotton
Márcia Rosa de Oliveira
Fabiana Nascimento Silva
Martapolyana Torres Menezes da Silva
Diélig Teixeira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.97221160715>

CAPÍTULO 16..... 158

O PAPEL DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CÂNCER DE PULMÃO

Elizabete Alves Rodrigues Mohn

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.97221160716>

CAPÍTULO 17..... 168

CUIDADOS DE ENFERMAGEM À CRIANÇA PORTADORA DE SÍNDROME CONGÊNITA PELO VÍRUS ZIKA

Claudia Claudiceia da Silva
Gabriela Cunha Schechtman Sette
Ana Paula Esmeraldo Lima

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.97221160717>

CAPÍTULO 18..... 181

TRAJETÓRIAS DO CUIDADO A MULHER EM SITUAÇÕES DE ABORTAMENTO: RELATOS DE UM PERCURSO NA ATENÇÃO BÁSICA

Yárita Crys Alexandre Hissa Medeiros
Katherine Jeronimo Lima

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.97221160718>

CAPÍTULO 19..... 188

OS DESAFIOS DA ENFERMAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Jovana Correa Meneguelli
Lorena Silveira Cardoso
Maria Clara Cunha Pinheiro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.97221160719>

CAPÍTULO 20.....201

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO AUTOCUIDADO DOS DOENTES RENAIIS COM FÍSTULA ARTERIOVENOSA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Gabriela Aparecida Paz de Castro Barreto
Thaís Millena Cardoso de Lima
Thainá França Oliveira
Marcela Milrea Araújo Barros

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.97221160720>

CAPÍTULO 21.....209

TECNOLOGIAS DE CUIDADO UTILIZADAS POR ENFERMEIROS OBSTETRAS NA ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO

Orácio Carvalho Ribeiro Junior
Tayane Moura Martins
Rosane Silva dos Santos
Janete de Oliveira Briana
Aline Verçosa de Figueiredo
William Cardoso da Cunha
Patrícia Resende Barbosa
Higor Barbosa da Silva
Natália Miranda Monteiro
Josephine Muelas
Fabrício Miranda de Souza
Marcos Rafael Campos Lopes
Antônio Victor Souza Cordeiro
Rodolfo Martins Magalhães Neto
Eliane Magalhães Farias
Murilo Henrique Nascimento Araújo
Michele Lima Albuquerque dos Santos
Tatiane Silva de Araújo
Suzana Maria da Silva Ferreira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.97221160721>

CAPÍTULO 22.....222

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTES EM DIÁLISE PERITONEAL: UM CUIDADO ESSENCIAL

Tábata de Cavatá Souza
Angélica Kreling
Lisiane Nunes Aldabe
Aline dos Santos Duarte

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.97221160722>

CAPÍTULO 23.....230

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PERÍODO PRÉ-NATAL EM GESTANTES HIPERTENSAS: REVISÃO INTEGRATIVA

Joanderson Nunes Cardoso
Patrícia Silva Mota

Cicera Nathalya Da Silva Dias
Davi Pedro Soares Macêdo
Maria Jeanne Alencar Tavares
Shady Maria Furtado Moreira
Uilna Natércia Soares Feitosa
Izadora Soares Pedro Macêdo
Edglê Pedro de Sousa Filho
Kamila Oliveira Cardoso Morais
Igor de Alencar Tavares Ribeiro
Maria Solange Cruz Sales de Oliveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.97221160723>

CAPÍTULO 24..... 242

INTERVENÇÃO PERCUTÂNEA CORONÁRIA E CURATIVOS POR LESÕES DE PELE EM SITIO DE PUNÇÃO: REVISÃO INTEGRATIVA

Vitor Latorre Souza

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.97221160724>

CAPÍTULO 25..... 251

PERFIL CLÍNICO DE INTERNAÇÃO DOS ADOLESCENTES ATENDIDOS EM UMA ENFERMARIA ESPECIALIZADA

Ellen Marcia Peres
Jayne Gleyce dos Santos Silva
Bruna Maiara Ferreira Barreto Pires
Helena Ferraz Gomes
Priscila Cristina da Silva Thiengo de Andrade
Dayana Carvalho Leite
Juliana Almeida de Oliveira
Aline de Assis Góes
Inez Silva de Almeida
Pâmela Sousa Monteiro
Andréia Jorge da Costa
Carolina Cabral Pereira da Costa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.97221160725>

SOBRE O ORGANIZADORA 262

ÍNDICE REMISSIVO 263

CAPÍTULO 1

FATORES INTERVENIENTES PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM HOSPITAL DO INTERIOR DO ESTADO DO PARÁ: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 01/07/2021

Nayara Fernanda Alves Moreira

Universidade do Estado do Pará
Tucuruí-PARÁ
<http://lattes.cnpq.br/0528398760641641>

Michele Pinheiro Ferreira

Universidade do Estado do Pará
Tucuruí-PARÁ
<http://lattes.cnpq.br/1526705604660819>

Lauany Silva de Medeiros

Universidade do Estado do Pará
Tucuruí-PARÁ
<http://lattes.cnpq.br/1997921019751995>

José Benedito dos Santos Batista Neto

Universidade do Estado do Pará
Tucuruí-PARÁ
<http://lattes.cnpq.br/3330303838815853>

Karen Silva de Castro

Universidade do Estado do Pará
Tucuruí-PARÁ
<http://lattes.cnpq.br/1789819841097653>

Carlos André de Souza Reis

Hospital Regional de Tucuruí
Tucuruí-PARÁ
<http://lattes.cnpq.br/8360914690652881>

Amanda Ouriques de Gouveia

Fundação Santa Casa de Misericórdia/
Programa de Pós-graduação em Gestão e
Saúde na Amazônia
Belém-PARÁ
<http://lattes.cnpq.br/9381804070335131>

Carmen Lúcia de Araújo Paes

Fundação Santa Casa de Misericórdia/
Programa de Pós-graduação em Gestão e
Saúde na Amazônia
Belém-PARÁ
<http://lattes.cnpq.br/9176325832817417>

Wanessa Nobre do Carmo Glória

Fundação Santa Casa de Misericórdia/
Programa de Pós-graduação em Gestão e
Saúde na Amazônia
Belém-PARÁ
<http://lattes.cnpq.br/8933999336849979>

Aline Ouriques de Gouveia

Faculdade de Teologia, Filosofia e Ciências
Humanas Gamaliel
Tucuruí-PARÁ
<http://lattes.cnpq.br/4197950245845450>

Laís Araújo Tavares Silva

Fundação Oswaldo Cruz
Tucuruí-PARÁ
<http://lattes.cnpq.br/1642482764521187>

Valeria Regina Cavalcante dos Santos

Fundação Santa Casa de Misericórdia/
Programa de Pós-graduação em Gestão e
Saúde na Amazônia
Belém-PARÁ
<http://lattes.cnpq.br/0213999310674716>

RESUMO: **Introdução:** O Ministério da Saúde instituiu, a RDC nº 36 que criou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNPS), tendo por objetivo fundar ações de segurança da população a todos os serviços de saúde. **Objetivo:** Relatar a experiência de acadêmicos

de enfermagem frente as dificuldades encontradas para a implantação de estratégias de segurança do paciente. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência de cunho descritivo, originado a partir da vivência de acadêmicos de enfermagem durante um Estágio Extracurricular em Segurança do Paciente. A pesquisa utilizou o método da problematização com a aplicação das etapas do Arco de Maguerez. **Resultados:** No estágio foram reconhecidos os pontos cruciais sobre as dificuldades do hospital frente a cultura de segurança do paciente. Sendo assim, contruiu-se um cronograma para o estabelecimento das metas do programa. Contudo, após a execução deste, verificou-se déficit na adesão dos profissionais às estratégias, assim como falta de apoio institucional ao setor, acarretando no retardo do cumprimento das metas. **Conclusão:** Infere-se que o desenvolvimento de estratégias voltadas a implantação da segurança do paciente é essencial. Logo, faz-se necessário sensibilizar e envolver desde a alta gestão aos colaboradores da linha de frente com intuito de oferecer atenção segura e de qualidade.

PALAVRAS - CHAVE: Educação Permanente. Equipe de Assistência ao Paciente. Medicina Hospitalar. Segurança do Paciente.

INTERVENING FACTORS FOR THE IMPLEMENTATION OF PATIENT SAFETY IN A HOSPITAL IN THE INTERIOR OF THE STATE OF PARÁ: AN EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: Introduction: The Ministry of Health instituted, RDC No. 36, which created the National Patient Safety Program (PNPS), with the objective of founding population safety actions for all health services. **Objective:** To report the experience of nursing students in view of the difficulties encountered in implementing patient safety strategies. **Methodology:** This is a report of an experience of a descriptive nature, originated from the experience of nursing students during an Extracurricular Internship in Patient Safety. The research used the method of problematization with the application of the steps of the Arco de Maguerez. **Results:** During the internship, the crucial points about the hospital's difficulties in the face of the patient safety culture were recognized. Therefore, a schedule was built for the establishment of the program's goals. However, after the execution of this, there was a deficit in the professionals' adherence to the strategies, as well as a lack of institutional support to the sector, resulting in the delay in meeting the goals. **Conclusion:** It is inferred that the development of strategies aimed at implementing patient safety is essential. Therefore, it is necessary to raise awareness and involve from the top management to frontline employees in order to offer safe and quality care. **KEYWORDS:** Permanent Education. Patient Assistance Team. Hospital Medicine. Patient safety.

1 | INTRODUÇÃO

Na formação acadêmica do enfermeiro diversas são as etapas a serem cumpridas, o estágio extracurricular é uma das experiências primordiais ao longo desse processo, visto que é durante a sua realização que surgem as oportunidades para o aprendizado a partir de situações reais. Assim como, é percebido o valor de uso de todos os conhecimentos

teórico-práticos já adquiridos pelo estudante universitário (OLIVEIRA, 2016).

O Programa de Estágio Extracurricular do Hospital Regional de Tucuruí (HRT), no Estado do Pará, disponibiliza aos estudantes contrato com duração de um ano, contemplando atividades previstas no plano de estágio, que contribuem para o desenvolvimento pessoal e profissional dos participantes. A partir disso, torna-se possível inserir e avaliar os aspectos que envolvem a segurança do paciente, como forma de alcançar saberes e habilidades específicos.

O público-alvo do programa é composto pelos universitários regularmente matriculados em cursos superiores na modalidade presencial, pela avaliação curricular e entrevista semiestruturada com cada candidato. Dentre os setores ofertados pelo hospital em que o estudante atuará, o universitário faz a escolha pelo setor que deseja, sendo que um dos ofertados é Núcleo de Segurança do Paciente (NSP).

De acordo, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n°. 36/2013 (ANVISA, 2013), o “Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) é a instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente”, indicando ser um componente importante na busca pela qualidade das atividades desenvolvidas nos serviços de saúde. À vista disso, uma das finalidades específicas do NSP é estabelecer, apoiar e prover suporte para a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde (ANVISA, 2016).

Desse modo, o NSP desenvolve a promoção de uma cultura hospitalar voltada para a segurança dos pacientes, por intermédio de um planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação de processos assistenciais, buscando garantir a qualidade dos mesmos em cada centro de saúde. Além disso, o núcleo busca avaliar o grau de adesão da instituição de saúde para as práticas e recomendações emitidas por ele ou pelos órgãos, como Anvisa e Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2017).

Para sistematização das atividades dos NSP, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu metas para melhorias na segurança do paciente, apresentando soluções baseadas em evidências para esses problemas. São elas: (Meta 1) Identificar corretamente o paciente; (Meta 2) Melhorar a comunicação entre profissionais de saúde; (Meta 3) Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos; (Meta 4) Assegurar cirurgias com local de intervenção, procedimento e paciente corretos; (Meta 5) Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde, por meio da higienização das mãos; (Meta 6) Reduzir o risco de queda e prevenir lesões por pressão (WHO, 2017).

Portanto, houve uma inquietação inicial das discentes por existir poucos estudos relatando as vivências de universitários em estágios extracurriculares em segurança do paciente. Com isso, o presente estudo assume como objetivo geral relatar experiências vivenciadas no estágio extracurricular no NSP em um hospital de grande porte em um município do interior da Amazônia brasileira. Especificamente, descrever as estratégias

de educação em saúde estabelecidas; tecnologias criadas para assistência do cuidado; e esclarecimento da satisfação do cliente com as atividades.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência com caráter crítico-reflexivo. O estudo fora baseado nas vivências de acadêmicos do curso de Enfermagem em um Estágio Extracurricular no Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) em um hospital do interior da Amazônia Brasileira, serviço de saúde de média e alta complexidade localizado no interior do estado do Pará.

A prática ocorreu no período de agosto de 2019 a julho de 2020, quando fora interrompido em virtude da atual pandemia de COVID-19, e contabilizou uma carga horária total de 480 horas. Ainda, todas as atividades desenvolvidas pelos estagiários aconteceram sob orientação e supervisão direta de um enfermeiro especialista em Segurança do Paciente.

Por conseguinte, tem-se que a experiência no estágio fora toda baseada no Método da Problematização, com a aplicação do Arco de Maguerez. Segundo Reibnitz e Prado (2006) esta metodologia fora apresentada pela primeira vez em 1982, sendo amplamente utilizada para a realização de ações educativas com o intuito de solucionar problemas presentes em determinadas realidades. O Arco de Maguerez compreende cinco etapas, sendo elas:

1) Observação da realidade: Assim que o estágio fora iniciado, o enfermeiro supervisor delegou a primeira atividade aos estagiários, a qual consistiu na realização de visitas técnicas a todos os setores e clínicas do hospital. O intuito desta ação fora o de traçar um diagnóstico situacional geral da instituição, levantado as principais necessidades dela perante a Segurança do Paciente.

2) Identificação de Pontos-Chave: Com a observação da realidade vivenciada pelo hospital, levantaram-se as principais problemáticas enfrentadas (pontos-chave), as quais foram: descaso com a identificação correta dos pacientes, utilização de adornos por parte dos funcionários, desorganização dos setores, casos de quedas entre os pacientes, desconhecimento das metas estipuladas pelo Ministério da Saúde para a garantia da Segurança do Paciente em serviços de Saúde.

3) Teorização: Após possuírem consciência dos principais impasses enfrentados pelo hospital, os acadêmicos realizaram um levantamento bibliográfico em bancos de dados eletrônicos, como a *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e em protocolos oficiais do Ministério da Saúde. Tal etapa fora imprescindível para o aprofundamento do conhecimento teórico dos acadêmicos frente as problemáticas.

4) Hipóteses de Solução: Após o estudo científico, foram marcadas reuniões com supervisor do estágio e com os coordenadores dos outros setores e clínicas do HRT.

Nestes momentos, por meio do diálogo, foram discutidas as possíveis medidas a serem realizadas para a atenuação ou solução das problemáticas levantadas. Com isso, chegaram a conclusão de que era necessário implementar atividades educativas continuadas para os funcionários do HRT. Segundo o Ministério da Saúde (2019) é fundamental que os serviços de saúde implementem a educação continuada para os seus funcionários, uma vez que ela é, comprovadamente, associada ao crescimento profissional e qualidade do atendimento ofertado.

5) Aplicação à Realidade: Com as hipóteses de solução levantadas, os acadêmicos construíram um cronograma com os assuntos a serem debatidos a cada semana, todas as temáticas envolviam as metas estipuladas pelo Ministério da Saúde para a garantia da Segurança do Paciente em serviços de Saúde. A partir disso, semanalmente, foram realizadas capacitações com os funcionários. Infelizmente, em virtude do apoio institucional e da atual pandemia de COVID-19, houve o retardo do cumprimento do cronograma estabelecido inicialmente.

Por fim, respeitaram-se todos os preceitos éticos propostos pelas resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Neste sentido, por tratar-se de um relato de experiência dos próprios autores, no qual não houve a manipulação de dados de seres humanos, não se fez necessário a submissão e apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa.

3 | RESULTADOS

Durante o período do estágio no NSP foram investigados as principais demandas e falhas, que corroboravam para a implementação das 6 metas definidas pela OMS. Dessa forma, para isso, utilizou-se da conversação em períodos oportunos, em duas clínicas do hospital, a Clínica Médica (CM) e Clínica Cirúrgica (CC), em que respeitasse a troca de funcionários e demanda de serviços à equipe de saúde, para ouvi-los e elencar quais eram as suas opiniões, e a sua percepção frente a principal dificuldade com relação a segurança do paciente, evidenciando se eles conheciam as metas do NSP e em que setores ocorriam mais falhas durante a rotina de serviço.

A partir disso, foi possível observar que grande parte da equipe desconhecia as metas do NSP e que encontravam-se um tanto quanto desatualizada em relação a temática, além disso, foi relatado que um dos maiores impasses é identificação correta do paciente, pois ocorrem diversas situações em que a equipe confunde o número de prontuário ou nome do paciente, quando há mais de um nome semelhante, e apenas se dá conta ao abordar o cliente e/ou família. Ademais, alguns enfermeiros destacaram que a equipe não demonstra interesse em buscar novos métodos de trabalho, pois não é muito apta a mudanças devido estar vinculada a uma zona de conforto, em que qualquer pequena modificação é rejeitado usando por válvula de escape o argumento de que irá dificultar

o atendimento e que a demanda de pacientes é sobrecarregada ao nível de profissionais dispostos para cada clínica.

Diante disso, o enfermeiro coordenador encarregado pela implementação do núcleo no hospital em questão, juntamente com os estagiários, organizou estratégias para que essa instalação ocorresse de forma prática e aceitável pela equipe de saúde. Desse modo, primeiramente, realizou-se a campanha denominada de Política Institucional de Adorno Zero do Hospital Regional de Tucuruí, que foi apresentada e aprovada pela diretoria do hospital, para ser realizada em um dia da semana, chamado de DIA D, uma mini roda de conversa durante a entrada dos funcionários explicando a importância dessa ação. Além disso, foi entregue uma mini nécessaire plástica para que os mesmos colocassem seus pertences, com espaço para escrever seu nome, além de entregarmos um folder conscientizador e realizarmos uma campanha assídua nas redes sociais, para ratificar e promover maior aceitabilidade pela equipe do hospital.

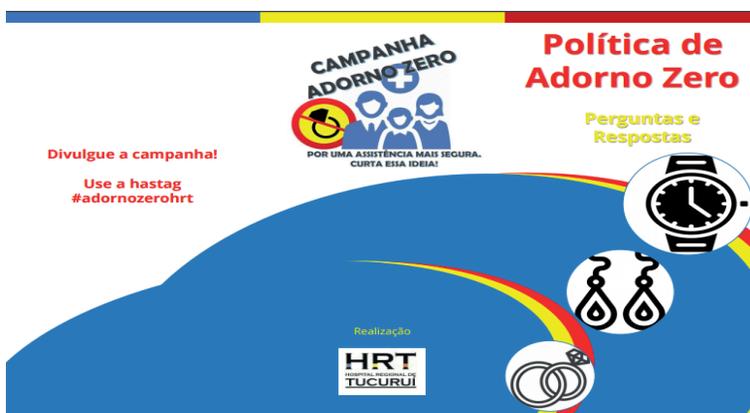


Imagem I: Folder utilizado no dia D, do adorno zero.

Fonte: Arquivo próprio.

Posteriormente, foi passível de ser observada a aceitação e eficácia da campanha do adorno zero por toda a equipe de funcionários, pois, após mês de sua realização todos utilizavam os saquinhos entregues para guardar seus pertences. E, em função desse feedback positivo, demos início a elaboração da primeira etapa de implementação do núcleo de segurança do paciente, com a primeira meta: identificação correta do paciente.

Á princípio é necessário frisar que desde o início do projeto não obtivemos total apoio financeiro da diretoria do hospital, visto que existiam outras demandas que precisavam de maior atenção e urgência. Nesse sentido, projetamos, primeiramente, a utilização da placa de identificação que seria colocada em cima de cada leito, na qual deveria conter: nome do paciente, nome da mãe do paciente, número do leito, médico responsável, dia da admissão na clínica, assim como também espaço para a avaliação de quais os riscos para o quadro

clínico do paciente e uma lacuna destinada a possíveis observações dos profissionais de saúde responsáveis.

Além disso, esses dados precisariam ser preenchidos em um programa de computador, em que já foi salvo o modelo pelos idealizadores do projeto para facilitar a rotina da equipe e não atrapalhar o desempenho de seus serviços, assim como, obter maior aceitabilidade. Com isso, depois de preenchido, o material deveria ser impresso pela equipe, sendo realizada atualização sempre que necessário. Em consonância, foi utilizada para colocar a ficha na parede uma placa transparente, dupla face, de plástico que foi posta na parede de cada leito, em que para modificar as informações bastava remover o papel contido em seu interior e por o outro atualizado, além de ser fácil para a limpeza, pois era composto por uma superfície lisa e suscetível a manipulação de substâncias a base de água.

Nesse viés, durante a aplicação das placas nos leitos da CM, que foi a clínica escolhida para testar legitimidade dessas ações, uma vez que o hospital não continha recursos suficientes para a implementação nas demais clínicas, foi explicitado aos funcionários como deveria ser feito o preenchimento no computador e impresso, da mesma forma que orientamos os pacientes presentes naquele dia sobre o porquê daquele material, para que servia e como essa medida poderia melhorar a sua assistência.

Ao final, após alguns meses obteve-se uma resposta otimista da equipe de saúde da CM, com boa aceitação e melhora na qualidade de serviço, contudo, até o fim do presente estágio não foi possível a abrangência das demais clínicas pelo projeto e nem prosseguir com a segunda meta de segurança do paciente na CM, por conta de investimentos insuficiente para a realização das propostas do NSP e devido a pandemia de Covid-19, a qual corroborou para a reclusão do hospital e afastamento dos estagiários no setor em função da elevada transmissibilidade da patologia. É válido destacar, ainda, que o material utilizado para a ficha de identificação é de única e exclusivamente utilização do hospital e, logo, não podemos mais ter acesso, sendo apenas representado o modelo piloto, que foi concedido pela diretoria a nós estagiários.

NOME DO PACIENTE:

NOME DA MÃE:

Nº DO LEITO:

MEDICO RESPONSÁVEL:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

HRT
HOSPITAL REGIONAL DE
TUCURUI

RISCO

QUEDA LPP FLEBITE DISFAGIA ALERGIAS NIC ITU IRA

● ● ● ● ● ● ● ●

DATA DE ADMISSÃO NA CM:

Tão importante quanto obedecer a legislação é exercer nossa missão no hospital com foco no paciente.

O que a Norma Regulamentadora Nº 32 (NR 32) diz sobre o uso de adornos em ambiente hospitalar?
Segundo a NR 32, todo trabalhador do serviço de saúde, bem como aquele que exerce atividades de promoção e assistência à saúde exposto a agente biológico, independentemente da sua função, deve evitar o uso de adornos no ambiente de trabalho.

Que objetos de uso pessoal são considerados adornos?
Alianças, anéis, pulseiras, relógios de uso pessoal, colares, correntes, brinços (de qualquer tamanho), broches, presilhas, piercings expostos, cordões usados em crachás, gravatas e cílios e unhas postiças. Objetos de uso ocasional como fones de ouvido também são proibidos.

Para quem vale a regra?
Para servidores efetivos, presta serviços, terceirizados (p. ex. lin) alunos em estágio no hospital.

Quais os riscos para a saúde do colaborador e do paciente que o uso de adornos na assistência traz?
Diversos estudos científicos mostram que os adornos usados nos setores assistenciais abrigam agentes patogênicos, aumentando o risco de infecção e comprometendo a segurança do paciente.

Em quais áreas do hospital os servidores devem evitar o uso de adornos?
Em qualquer área interna do hospital, exceto áreas administrativas. Os servidores das áreas administrativas deverão retirar e todos os adornos ao acessar as outras áreas do hospital.

Então já preciso sair sem adorno de casa para ir trabalhar?
Isto fica a critério do servidor. No entanto, ao adentrar o hospital deverão ser retirados todos os adornos.

Como posso ajudar a divulgar a campanha do Adorno Zero?
Solicite o material da campanha elaborado pelo Núcleo de Segurança do Paciente para compartilhar nas suas redes sociais. Instruções na Gerência de Enfermagem.



Fonte: Arquivo próprio.

Imagem II: Modelo piloto da ficha de identificação do paciente no leito.

4 | DISCUSSÃO

Nesse sentido, a segurança do paciente é definida como a redução de riscos potenciais que podem ocasionar danos desnecessários ao paciente durante sua assistência e cuidado. Dessa forma, o estabelecimento das metas em sua constituição tem o objetivo de atender as necessidades integrais do paciente e de sua família de forma mais segura e de qualidade durante a realização de todos os procedimentos (HERR et al., 2015).

Sendo assim, conforme Sousa et al. (2012), as questões sobre segurança do paciente devem ser discutidas e aprofundadas, principalmente no que se refere a sua importância e contribuição na formação acadêmica dos indivíduos e aperfeiçoamento profissional. Nesse viés, a vivência dos estudantes no Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), permitiu a aquisição de novos conhecimentos, atitudes e habilidades técnicas, durante a realização

das etapas e fomentação do setor.

Nesse princípio, considera-se que as estratégias implementadas pelos estagiários, bem como os métodos de informatização sobre os conceitos e importância do NSP a todos os profissionais do hospital, favoreceram a comunicação e possibilitaram a compreensão de possíveis ocorrências, além de reduzir os eventos adversos. Por conseguinte, segundo Yoshikawa et al. (2013), “muitas vezes durante sua formação, os profissionais não são apresentados ao tema segurança do paciente, gerando situações de crise, tanto nas universidades como nos cenários de atendimento à saúde”, desse modo, o estágio permitiu aos mesmos uma avaliação sobre a questão de segurança do paciente e aperfeiçoamento de seus saberes.

Outrossim, as medidas implementadas são imprescindíveis para a organização dos setores clínicos do hospital, uma vez que para o estabelecimento de uma assistência segura, torna-se necessário a efetuação de métodos que visem a eficiência e qualidade do serviço, por isso, a execução da primeira meta do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNPS) promovida pelo grupo e coordenação do hospital significou um avanço na qualidade da realização do trabalho nos setores (ALMEIDA et al., 2017).

Consoante a isso, a implementação do NSP no local, bem com a elaboração das metas propostas promoveu a melhoria na assistência prestada pela instituição, entretanto, reconhece-se que a execução dos objetivos é complexa, haja vista a mudança no comportamento, atendimento e assistência que todos os profissionais da instituição devem proceder. Além disso, segundo estudos, a aceitação das instituições de saúde aos protocolos de segurança do paciente é defasada e normalmente, difícil de serem trabalhadas, logo, a estruturação realizada nos serviços do hospital em questão foi essencial para o avanço na cultura de segurança do paciente na região (SANTOS et al., 2019).

Nessa perspectiva, mesmo com as dificuldades e intempéries associadas durante a implementação do NSP no hospital, o seu desenvolvimento permitiu aos profissionais do local e aos acadêmicos estagiários, a visualização da mudança no cenário de insegurança em saúde, por meio das estratégias empregadas de diminuição de danos adversos. Além disso, a cultura de segurança do paciente fomenta bases para a organização e qualificação dos setores e serviços prestados (PRATES et al., 2019).

5 | CONCLUSÃO

Infere-se que, o desenvolvimento de estratégias voltadas a implantação da segurança do paciente é essencial, haja vista que trata-se de uma problemática estruturada nos serviços de saúde nacionais, logo, faz-se necessário sensibilizar e envolver desde a alta gestão aos colaboradores da linha de frente com intuito de oferecer atenção segura e de qualidade.

Por esse motivo, conclui-se que o a implementação do Núcleo de Segurança

do Paciente (NSP) na instituição em questão, permitiu a elaboração de novas práticas de segurança do paciente. Dessa forma, notou-se que as ações e protocolos utilizados proporcionaram melhor efetivação das atividades e assistências prestadas, ampliando as técnicas, além de aperfeiçoar o conhecimento dos envolvidos tanto academicamente quanto profissionalmente, ampliando a visão de cada indivíduo.

Além disso, mesmo com as dificuldades envolvidas as alterações do processo de trabalho e organização dos setores, foi possível verificar a mudança na percepção e técnicas dos profissionais, fator esse essencial para a observação da importância dos conceitos e metas do NSP. Ademais, essas estratégias foram imprescindíveis para minimizar e prevenir possíveis eventos adversos que causem danos aos pacientes. Logo, a assistência e cuidado destinados aos pacientes se tornaram mais efetivas.

REFERÊNCIAS

ANVISA. Resolução de Diretoria Colegiada - RDC Nº 36, de 25 de Julho de 2013. Ministério da Saúde – MS. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária** – ANVISA, 2013.

ALMEIDA, E.C.B. et al. Ações de educação em higienização das mãos como estratégia à segurança do paciente: Relato de experiência. **Revista Brasileira de Educação em Saúde**, v. 7, n. 2, p. 68-71, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, 2007.

BRASIL. Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Portal do Ministério da Saúde**, 2017.

HERR, Gerli Elenise Gehrke; AOZANE, Fabiele; KOLANKIEWICZ, Adriane Cristina Bernat. Segurança do paciente: uma discussão necessária. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, n. 3, p. 2300-2310, 2015.

OLIVEIRA, I.L.S. A importância do estágio na formação profissional. **Portal da educação**, 2016.

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.

REIBNITZ, K. S.; PRADO, M. L. **Inovação e educação em enfermagem**. Forianópolis: Cidade Futura, 2006.

SANTOS, Reginaldo Passoni dos et al. Avaliação da implantação de um núcleo de segurança do paciente. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 532-537, 2019.

SOUSA, E.F.R., et al. Relato de experiência do trabalho com educadores como estratégia de cuidado à saúde da criança. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermagem Pediátrica**. São Paulo, v.12, n.1, p. 49-53, 2012.

WHO. Patient Safety Solutions Preamble. **World Health Organization**, 2017.

Yoshikawa JM, et al. Comprehension of undergraduate students in nursing and medicine on patient safety. *Acta Paul Enferm.* 2013; 26(1): 21-9.

CAPÍTULO 2

AUDITORIA E GESTÃO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Data de aceite: 01/07/2021

Data de submissão: 11/06/2021

Shane Layra Araújo dos Santos

Faculdade Mauricio de Nassau, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-9734-6168>

Rosane da Silva Santana

Universidade Federal do Ceará – (UFC), Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-0601-8223>

Antônio Sérgio Vieira dos Santos

Faculdade Mauricio de Nassau, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-2434-6909>

Reynan Pereira Costa

Centro Universitário UNINOVAFAPI, Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-0494-0975>

Jordana Valéria Araújo de Carvalho

Faculdade Mauricio de Nassau, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-0084-5447>

Jardânia Sousa da Costa

Centro Universitário Maurício de Nassau –
UNINASSAU, Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-1752-4292>

Kacilia Bastos de Castro Rodrigues

Hospital Regional Senador Cândido Ferraz,
Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-0068-2390>

Thaís de Fátima Gomes Oliveira de Carvalho

Instituto de Ensino Superior Múltiplo – IESM,
Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-1984-9878>

Ingrid Rodrigues da Silva

Secretaria Municipal de Saúde de Olho D'água
do Piauí - Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-9701-2432>

Werllania Stheffannye Veloso Santos

Faculdade Maurício de Nassau, Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-4995-1758>

Paula Cruz Fernandes de Sousa

Faculdade Estácio de Teresina, Brasil
<http://attes.cnpq.br/2637481600859038>

Francisca de Aquino Vieira Costa

Centro Universitário Maurício de Nassau –
Uninassau, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-0260-9720>

RESUMO: Introdução: O trabalho gerencial do enfermeiro na Atenção Primária deve utilizar instrumentos técnicos como dimensionamento de pessoal, planejamento, educação continuada e permanente, supervisão, avaliação de desempenho, emissão de relatórios, os quais são empregados com o intuito de elaborar e concretizar condições adequadas à produção do cuidado e de desempenho da equipe de enfermagem. **Objetivo:** analisar as ações de auditoria e de gestão do enfermeiro na Atenção Primária baseada nas produções científicas. **Metodologia:** Pesquisa de Revisão Integrativa da Literatura realizada nos meses de maio de 2019 a agosto de 2020, por meio de consultas ao acervo da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) nas bases de dados Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS); Banco de Dados

da Enfermagem (BDENF) e *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO). **Resultados:** O estudo foi constituído por uma amostra variada de seis artigos. Os dados foram organizados em um quadro e discutidos em duas categorias analíticas: O enfermeiro na auditoria e gestão de qualidade na Atenção Primária e Atuação do enfermeiro gestor nos serviços de Atenção Primária a saúde (APS). **Conclusão:** Constatou-se a grande relevância da atuação do Enfermeiro na auditoria e gestão, contribuindo para uma melhor avaliação e melhoria da qualidade da assistência prestada para toda a população.

PALAVRAS - CHAVE: Auditoria; Gerenciamento; Enfermeiros; Atenção Primária.

AUDIT AND MANAGEMENT OF NURSES IN PRIMARY CARE

ABSTRACT: Introduction:The management work of nurses in Primary Care must use technical instruments such as staff sizing, planning, continuous and permanent education, supervision, performance evaluation, reporting, which are used in order to develop and implement conditions suitable for the production of care and performance of the nursing team.

Objective: To analyze the audit and management actions of nurses in Primary Care based on scientific productions. **Methodology:** Integrative Literature Review Research carried out from May 2019 to August 2020, through consultations of the Virtual Health Library (VHL) collection in the Latin American Literature in Health Sciences (LILACS) databases; Nursing Database (BDENF) and Scientific Electronic Library Online (SCIELO). **Results:**The study consisted of a varied sample of six articles. The data were organized in a table and discussed in two analytical categories: The nurse in the audit and quality management in Primary Care and Performance of the nurse manager in the Primary Health Care (PHC) services. **Conclusion:** It was found the great relevance of the role of the nurse in the audit and management, contributing to a better evaluation and improvement of the quality of care provided to the entire population.

KEYWORDS: Audit; Management; Nurses; Primary attention.

1 | INTRODUÇÃO

A Atenção Primária (AP) em saúde desenvolve ações interventivas que utilizam abordagem baseados na legislação do Sistema único de Saúde (SUS) para o cuidado do indivíduo e do coletivo com intuito de melhorar a saúde da comunidade com medidas preventivas, promoção, proteção da saúde, diagnóstico situacional para redução de danos e a manutenção da saúde com práticas gerenciais e sanitárias. As ações desenvolvidas na AP têm o intuito de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde da população (GOMES et al., 2015).

O gerenciamento do cuidado é entendido como um processo coletivo entre toda a equipe para atender integralmente a necessidade dos pacientes. Sendo que a execução dos serviços básicos de saúde possuem ações gerenciais que permitem que o enfermeiro possa exercer o cargo de gestor ou coordenador segundo a Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986, que aborda os direitos legais de e sobre regulação da atividade da enfermagem no Brasil. O trabalho gerencial do enfermeiro na AP deve utilizar instrumentos técnicos como dimensionamento de pessoal, planejamento, educação continuada e permanente,

supervisão, avaliação de desempenho, emissão de relatórios, os quais são empregados com o intuito de elaborar e concretizar condições adequadas à produção do cuidado e de desempenho da equipe de enfermagem (PAULA et al., 2014).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) funciona com porta de entrada para toda a população. Dentro das UBS, atuam as equipes da ESF, tendo como profissionais médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem. Dentre os profissionais de saúde que fazem parte da equipe, considera-se a presença fundamental do enfermeiro, que muitas vezes é o responsável pelo gerenciamento e gestão dos serviços de saúde de uma UBS. As atividades desenvolvidas pelos enfermeiros gestores exigem bastante habilidade e comprometimento para assim construir uma equipe multidisciplinar atuante, comunicativa, com intuito de atender as reais necessidades da comunidade. O gerenciamento e a auditoria fazem parte do processo de trabalho do enfermeiro que em longo prazo vem buscando elementos para aprimorar seus modelos administrativos e conciliá-los com seu papel principal: o cuidado com o paciente (MADUREIRA et al., 2016).

A auditoria do SUS voltada para a APS tem como intuito a transparência e a credibilidade da gestão, analisando o desempenho dos critérios e ações, diante disso o enfermeiro auditor dispõe de características como ética, imparcialidade, responsabilidade, comunicação e conhecimento usam esses métodos de trabalho para auditar e gerir com êxito o serviço na APS (MERCÊS et al., 2018).

O gerenciamento de natureza técnico assistencial de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) configura-se como uma das atividades essenciais e indispensáveis para a garantia da operacionalização do serviço e para a materialização dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Sendo que a qualidade da gestão desenvolvida repercutirá diretamente na assistência prestada no serviço da UBS (COUTINHO et al., 2019).

As atividades gerenciais do enfermeiro são amplas, como realizar reuniões, gerenciar conflitos existentes, liderança, comunicação, planejamento, criatividade, boa relação interpessoal, coordenar e orientar a equipe de enfermagem da estratégia de saúde da família, podendo incluir o gerenciamento de pessoas e recursos materiais e físicos necessários na rotina dos serviços de saúde (DIAS; MONIZ, 2019).

A relevância da pesquisa em auditoria e gestão de enfermagem na AP dar-se-á por essencial no fortalecimento e no vínculo, proporcionando a atenção integral e integrada aos cuidados de prevenção e promoção da saúde aos indivíduos e à família. Assim o estudo teve objetivo de analisar as ações de auditoria e de gestão do enfermeiro na Atenção Primária baseada nas produções científicas.

2 | METODOLOGIA

Este estudo é uma pesquisa de Revisão Integrativa da Literatura (RIL) realizada a partir de todo o acervo já tornado público em relação ao tema de estudo. De acordo com

Mendes, Silveira e Galvão (2008), esse tipo de revisão é um método específico em saúde que sintetiza um assunto ou um referencial para melhor compreensão e entendimento de um problema, permitindo ampla análise das evidências científicas publicadas. O objetivo desse tipo de estudo é desenvolver propósitos com Prática Baseada em Evidências (PBE) e com rigoroso processo de síntese da realidade pesquisada.

Na realização da pesquisa, seguiu-se a risca as seis etapas fundamentais para uma boa revisão de literatura, que são a escolha do tema, a definição dos critérios de inclusão e exclusão dos trabalhos analisados, a categorização dos trabalhos, a análise das informações contidas em cada estudo, a interpretação dos resultados obtidos e, por fim, a apresentação da revisão de literatura.

A busca dos artigos foi realizada entre os meses de maio a agosto de 2020, por meio de consultas a bases e bibliotecas eletrônicas como a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e a *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO), além das bases de dados Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS); Banco de Dados da Enfermagem (BDENF).

Para operacionalização da busca foram selecionados descritores Auditoria de Enfermagem, Atenção Primária em Saúde, Estratégia Saúde da Família e Gestão em saúde. Após a consulta dos termos constantes no vocabulário Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), realizou-se a combinação dos operadores OR e AND para a localização dos artigos.

No estudo, foram incluídos, artigos científicos indexados nas bibliotecas e nos bancos de dados selecionados, gratuitos e na língua portuguesa entre os meses de janeiro de 2015 a janeiro de 2020. E excluídos, apenas aqueles que apresentavam o resumo, repetidos e que não tiveram o enfoque no tema abordado.

A partir da busca inicial, foram encontrados 61 artigos. Seguiu-se uma nova busca, encontrando-se mais 25 publicações, nas quais todas foram analisadas e após a leitura minuciosa, apenas 6 estavam de acordo com a temática e fizeram parte do estudo.

A partir dos resultados encontrados, foi realizada a análise dos dados em duas etapas. No primeiro momento, foi usado um roteiro com dados previamente elaborado pela pesquisadora, especificamente, para este estudo que permitiu a investigação e identificação de informações como local de publicação do artigo, ano, periódico de publicação, autores, objetivos e metodologia. No segundo, foi realizado a leitura minuciosa e na íntegra, fazendo a síntese dos pontos principais dos artigos, com o propósito de verificar a contribuição de cada estudo para a resolução da questão norteadora, de forma a atingir o objetivo do estudo.

Para a produção de dados, foi realizada a interpretação do material, finalizando com a produção do texto, que obedeceu à similaridade semântica, em que as temáticas foram agrupadas conforme semelhança de conteúdo e divididas em categorias (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo foi constituído por uma amostra variada de seis artigos. Os dados foram organizados em um quadro e discutidos em duas categorias analíticas: O enfermeiro na auditoria e gestão de qualidade na Atenção Primária e Atuação do enfermeiro gestor nos serviços de Atenção Primária a saúde (APS).

TÍTULO	AUTOR/ANO	PERIÓDICO	METODOLOGIA	OBJETIVO
Auditoria como instrumento de gestão na atenção primária à saúde	SILVA et al., 2015	Revista de Saúde Pública do SUS/ MG	Revisão bibliográfica	Descrever a importância da auditoria como ferramenta para gestão, planejamento, monitoramento e avaliação na Atenção Primária à Saúde (APS)
Implantação da auditoria concorrente de enfermagem: um relato de experiência	VIANA et al., 2016	Repositório Digital da UFRGS	Relato de experiência	Descrever a experiência de enfermeiras acerca da implantação da auditoria concorrente de enfermagem em ambiente hospitalar.
Perfil dos gerentes da Atenção Primária: uma revisão integrativa	PEITER et al., 2017	Revista espaço para a saúde	Revisão integrativa de literatura	Caracterizar o perfil da gerência local de saúde da Atenção Primária
Percepção de enfermeiros supervisores sobre liderança na atenção primária	FARAH et al., 2017	Revista Cuidarte	Revisão Qualitativa	Descrever como enfermeiros supervisores definem e exercem a liderança na atenção primária à saúde.
A importância do enfermeiro enquanto coordenador na equipe de estratégia de saúde da família.	MERCÊS et al., 2018	Revista psicologia e saúde em debate	Revisão literária narrativa	Reconhecer a importância do papel do enfermeiro enquanto coordenador de equipe e descrever suas funções gerenciais, relatando a importância do enfermeiro enquanto gestor no sistema de saúde.
Importância da implantação do sistema nacional de auditoria-SNA componente municipal em Ubajara-ce.	VASCONCELO et al., 2019	Revista saúde pública e saúde coletiva	Revisão quantitativa-qualitativa	Descrever a importância do Sistema Nacional de Auditoria Componente Municipal de Ubajara-CE.

Quadro 1: Descrição dos artigos incluídos na revisão integrativa segundo título, autor, ano, periódico, metodologia e objetivo nos anos de 2015 a 2020. Teresina, 2020.

Fonte: Dados da Pesquisa.

De acordo com os dados expostos no quadro 1, no que se refere ao ano de publicação, identificou-se que a maior quantidade de publicações foi no ano de 2017 com duas das amostras, seguido por uma no ano de 2016, 2018 e 2019.

Durante a análise das características metodológicas dos estudos, foi possível verificar diferentes abordagens e métodos, no entanto, houve predomínio de estudos qualitativo com representatividade de 80% da amostra. Quanto aos objetivos a maioria dos artigos trata da importância da auditoria e gestão do enfermeiro na Atenção Primária da Saúde.

O enfermeiro na auditoria e gestão de qualidade na Atenção Primária

A auditoria do enfermeiro no SUS direcionada na APS tem como finalidade a contribuição com a gestão por meio da análise de resultados das ações e dos serviços públicos de saúde. O seu objetivo é o acesso eficaz e a qualidade da atenção ofertada, sendo substancial para o avanço da Saúde no Brasil, constituindo-se como um apoio direto na qualidade de serviço e ações de gestão prestadas nas APS (SILVA et al., 2015).

Para Viana et al. (2016), a auditoria em enfermagem constitui-se um sistema de revisão e controle para informar a administração sobre a eficiência e eficácia dos programas em desenvolvimento na APS. Sua função não é somente indicar as falhas e os problemas, mas também, apontar sugestões e soluções, assumindo, portanto, um caráter eminentemente educacional. Ações de educação continuada tornam-se necessárias para a garantia qualificada do gerenciamento destes serviços.

O Campo da enfermagem na APS é bastante abrangente, dentro desses serviços o profissional enfermeiro é capaz de atuar em diversas linhas de frente promovendo a qualidade da assistência prestada, seja no reconhecimento de agravantes das condições de saúde, seja na gestão qualificada, todas as funções que são atribuíveis ao profissional devem ser objetivadas pela manutenção do bem estar da população.

Na Atenção Primária, o enfermeiro realiza a auditoria no programa de pré-natal, parto e puerpério, prevenção ao câncer de colo de útero e mama, atividades de planejamento reprodutivo, linhas de cuidado para pacientes com hipertensão arterial sistêmica e diabetes, estrutura física das Unidades Básicas de Saúde, práticas voltadas ao Programa Saúde na Escola – PSE, sobrecarga de atendimentos nas UBS, armazenamento e controle de estoque da UBS. Por meio desses componentes é realizado um relatório de auditoria para as situações que não estejam conforme, ampliam o objetivo de atuação da saúde da família, e ajudam a gestão corrigindo os erros. Essas constatações subsidiam as equipes caso estejam desconformes, e assim possam adaptar-se às recomendações da auditoria, ajustando o que está em desacordo com as portarias, manuais, leis e mantendo o que está de acordo com o preconizado (VASCONCELO et al., 2019).

Auditoria Operativa é um tipos de auditoria realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS) e foi desenvolvido pelos técnicos do DENASUS (Departamento Nacional de Auditoria

do SUS), em conjunto com a Coordenação da Atenção Básica do Ministério da Saúde, que visa a materialização das ações de auditoria na rede de atenção primária à saúde, estabelecendo padrões de avaliação para estruturar o processo em todo o país. Por meio da auditoria operativa obtém-se a regulação da assistência, promovendo equidade no acesso aos serviços do SUS e permitindo a oferta assistencial direcionada nas necessidades dos usuários, colaborando com o princípio da integralidade (SILVA et al., 2015).

O enfermeiro auditor na gestão da APS consiste como interventor de grande importância, pois avalia a qualidade da assistência e sua organização, promovendo melhorias nos programas instituídos pelo município na promoção, proteção, recuperação e educação permanente, com uma competência no processo de auditoria (MERCÊS et al., 2018).

De acordo com as colocações dos autores citados, o enfermeiro que exerce a função de auditoria tem função primordial no tocante à qualidade dos serviços, visto que a natureza de sua atuação deve primar por uma avaliação criteriosa das atividades executadas no setor, atuando diretamente no reconhecimento de problemas, no planejamento estratégico direcionado para esses problemas, e na avaliação de metas traçadas, todas essas medidas devem ser implementadas considerando as especificidades de cada serviço, devendo se considerar uma visão holística em torno da atuação da equipe.

Segundo Madureira et al., (2016), os enfermeiros que realizam atividades de gestão dos serviços de saúde devem desenvolver ações que contemplem atividades internas e externa. Deve fazer articulação com os departamentos da Secretaria Municipal de Saúde, mantendo boa convivência com o usuário e a comunidade promovendo ações atrativas (educação em saúde), incentivando-os a participação, captação e administração correta de recursos financeiros junto ao Ministério da Saúde e outros órgãos para garantir a qualidade da assistência. Ainda segundo o autor, a gerência de enfermagem em saúde é interpretada como um recurso estratégico de responsabilidade dos dirigentes, usuários e trabalhadores na implantação de uma unidade que procure mudanças e atenda às necessidades da população de forma íntegra.

O enfermeiro gestor tem papel importante na manutenção das relações interpessoais sadias, buscando uma forma de gerenciar que não seja autocrática. Precisa-se buscar junto à equipe percepções acerca das suas ações, compreendendo que as práticas de liderança são indicadores eficientes do funcionamento do trabalho. O enfermeiro deve estar atento para a gestão de pessoas tendo como ponto de vista a humanização a fim de estimular nas equipes habilidades como solidariedade, colaboração, vínculo (SANTOS et al., 2017).

Outra grande contribuição do enfermeiro que exerce a função de auditor, está ligada ao seu potencial de articulação entre as partes que fazem o conjunto de atendimento na APS, esse deve, atuar junto às equipes de saúde, promovendo ações de cunho educativo, tanto entre os profissionais, como entre os usuários do serviço, além disso, deve ser um mediador entre as necessidades dos profissionais e unidades de saúde e as entidades de

gestão, que neste caso são as secretarias de saúde.

A atuação e importância do enfermeiro gestor nos serviços de Atenção Primária a saúde

Segundo Peiter et al., (2017), as ações dos enfermeiros frente a gestão da APS são relevantes e fundamentais pela capacidade de integração dos cuidados, relacionando o gerenciamento e a assistência numa perspectiva interdisciplinar, inter setorial e multiprofissional, garantindo a resolutividade dos serviços desenvolvidos na APS, além de favorecer a promoção do acesso à saúde de forma eficiente. A qualificação profissional que o enfermeiro apresenta, permite que as ações sejam realizadas de forma holística com capacidade transformadora sobre a prática e com a união entre o cuidado em saúde e os processos de gestão.

O enfermeiro que atua na gestão dos serviços de saúde utiliza estratégias voltadas para a administração e com uma visão holística da sua equipe, com o intuito de ser um gestor voltado para a humanização e realização de ações de forma ética, digna e segura para garantir e atender às necessidades de cada paciente. Para tanto, o enfermeiro na ESF trabalha com os programas como Sistema de informação de agravos de notificação (SINAN), Sistema de informação do câncer (SISCAN), SISPRENATAL, E-SUS, Sistema de vigilância alimentar e nutricional (SISVAN), Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI), sendo responsável por verificar os mesmos e gerar relatórios gerenciais (MERCÊS et al., 2018).

O enfermeiro gestor contribui ativamente no processo de gestão do serviço, principalmente porque tem em sua atuação com contato direto com a população desempenhando funções que lhe são atribuídas, executando, os programas de saúde, planejando sua atuação e articulação com demais profissionais, reconhecendo problemas, levantando metas, implementando atividades e avaliação para garantir uma assistência de qualidade e com alto resolubilidade dos problemas de saúde.

O enfermeiro detém um olhar diferenciado, mais humano e social sobre a gestão e a prática na APS, compreende-se como uma grande responsabilidade para manter o serviço funcionando com condições adequadas, tanto para os usuários quanto para os profissionais. O gestor trabalha com um modelo de proposta organizacional, caracterizando pelas melhorias no atendimento da população: evitando tumulto de filas, definindo número de atendimentos diários, fazendo o agendamento de horários, promover condição de trabalho adequado e nunca deixando de lado as prioridades de atendimento e procurando amparar todos que procurem as Unidades Básicas de Saúde (PEITER et al., 2017).

Embora ainda sofra grande estigma a gestão é uma ferramenta que dá ao profissional um respaldo e certa qualidade de trabalho, tendo em vista que a partir de um planejamento de metas e uma execução correta, o enfermeiro passa atuar para o alcance de metas e consequentemente tende a melhorar a percepção do serviço, por parte principalmente da

população, mais também da gerência da unidade.

Para Farah et al (2017), a atuação do enfermeiro gestor na APS é desafiante devido à infraestrutura inadequada para o desenvolvimento das atividades das equipes, escassez de material, baixo número de profissionais da saúde, equipamentos antigos, relacionamento interpessoais conflituosos, falta de medicamentos e insumos, sobrecarga de trabalho e a ausência da capacitação do enfermeiro em gestão. Essas condições tornam mais difíceis o exercício da gerência, desta maneira, é necessária qualificação dos profissionais, ética profissional, aprimoramento de protocolos, de métodos e tecnologias, para incentivar novas práticas e padrões, avaliando a gestão pública de forma proativa e preventiva das atividades, mas verificando desempenho e resultados e assim empenhando-se a contribuir com os aspectos do acolhimento.

A APS ainda constitui-se um grande desafio para os profissionais, principalmente pela ausência de estruturas físicas adequadas, problemas em torno de recursos humanos e materiais, porém cabe ao profissional uma atuação voltada para resolubilidade dos problemas, executando assim a enfermagem de forma crítica, humanizada e transformadora.

4 | CONCLUSÃO

Considerando que os cuidados de Atenção Primária são essenciais para promoção da saúde da população, a análise da gestão dos serviços de saúde é necessária para a qualificação da rede de cuidado no SUS. As ações dos enfermeiros auditores e gestores contribuem para mudanças efetivas nas ações de melhoria da qualidade do serviço prestado, com aptidão e excelência no atendimento à população da atenção primária à saúde, pois o gerenciamento é fundamental para a dinâmica e funcionamento das Estratégias de Saúde da Família.

Espera-se que com os resultados dessa pesquisa possa contribuir com informações para os auditores, gestores e demais profissionais de saúde, e assim melhorar as condutas e as tomadas de decisões nos serviços públicos, principalmente nas Unidades Básicas de Saúde. Com o estudo foi possível constatar a grande relevância da atuação do Enfermeiro na auditoria e gestão, contribuindo para uma melhor avaliação e melhoria da qualidade da assistência prestada para toda a população.

No entanto, configura-se como primordial que sejam desenvolvidas mais pesquisas e outras futuras produções científicas que abordem mais aspectos referentes ao tema referido, para poder respaldar e promover uma análise mais aprofundada sobre a importância da auditoria e gestão do enfermeiro na saúde.

REFERÊNCIAS

COUTINHO, A. F. et al. Gestão em enfermagem de pessoal na estratégia de saúde da família. **Rev enferm UFPE on line**, v.13, n.1, p. 137-147, 2019.

DIAS, R. M.; MONIZ, M. A. Competências gerenciais do enfermeiro na estratégia saúde da família: percepção de graduandos de enfermagem. **Rev Fun Care Online**, v. 11, n. 4, p. 1048-1052, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i4.1048-1052>. Acesso em: 08 de janeiro de 2020.

FARAH, B. F et al. Percepção de enfermeiros supervisores sobre liderança na atenção primária. **Rev Cuidarte**, v. 8, n. 2. 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3595/359550872009.pdf>. Acesso em: 10 de Junho de 2020.

GOMES, L. M. X. et al. Prática gerencial do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. **Trab. educ. saúde**, v.13, n.3, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00067>. Acesso em: 27 de novembro de 2019.

MADUREIRA, G. C. et al. Reflexão sobre a enfermagem e o gerenciamento das unidades básicas de saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 40, n. 4, 2016. Disponível em: <http://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/1943>. Acesso em: 29 de Dezembro de 2019.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v.17, n.4, p. 758-764, 2008. Disponível em: <http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/3509>. Acesso em: 27 de Março de 2020.

MERCÊS, J. C. et al. A importância do enfermeiro enquanto coordenador na equipe de estratégia de saúde da família. **Rev psicologia e saúde em debate**, v. 4 n. 3, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.22289/2446-922X.V4N3A7>. Acesso em: 09 de Junho de 2020.

SANTOS, R. O. J. F. L. et al. Estudo sobre as relações humanas interpessoais de trabalho entre os profissionais de enfermagem: revisão integrativa. **Rev enferm UERJ**, v. 25, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2017.26393>. Acesso em: 07 de Janeiro de 2020.

SILVA, C. A. et al. Auditoria como instrumento de gestão na atenção primária à saúde. **Rev de Saúde Pública do SUS/MG**, v. 3, n. 1, 2015. Disponível em: <http://revistageraisaude.mg.gov.br/index.php/gerais41/article/view/310>. Acesso em: 10 de Junho de 2020.

PAULA, M. et al. Características do processo de trabalho do enfermeiro da estratégia de saúde da família. **Rev Min Enferm**, v.18, n.2, 2014. Disponível em: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/939>. Acesso em: 30 de Dezembro de 2019.

PEITER, C. C. et al. Perfil dos gerentes da Atenção Primária: uma revisão integrativa. **Rev espaço para a saúde**, v. 18, n. 1, 2017. Disponível em: <http://espacoparasaudefpp.edu.br/index.php/espacosaude/issue/view/21>. Acesso em: 11 de Junho de 2020.

VASCONCELOS, J. H. M, et al. Importância da implantação do sistema nacional de auditoria-SNA componente municipal em Ubajara-ce. **Rev saúde pública e saúde coletiva**, cap 11, 2019. Disponível em: <https://www.atenaeditora.com.br/postartigo/21289>. Acesso em: 11 de Junho de 2020.

VIANA, D. C. et al. Implantação da auditoria concorrente de enfermagem: um relato de experiência. **Repositório Digital da UFRGS**, v. 25, n. 1, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-070720160003250014>. Acesso em: 08 de Maio de 2020.

GESTÃO DA QUALIDADE EM ENFERMAGEM: SAÚDE E SEGURANÇA DO PACIENTE

Data de aceite: 01/07/2021

Ana Luiza Mateus Pereira

Discente do curso Enfermagem da Faculdade Única de Ipatinga (FUNIP)

Carla Jordânia Gonçalves de Souza

Discente do curso Enfermagem da Faculdade Única de Ipatinga (FUNIP)

Sabrina Arthuso Garcias

Discente do curso Enfermagem da Faculdade Única de Ipatinga (FUNIP)

Sayone Gonçalves Santos

Discente do curso Enfermagem da Faculdade Única de Ipatinga (FUNIP)

RESUMO: Tratando-se da gestão e qualidade em enfermagem, vemos que inúmeras ações adotadas interferem diretamente na qualificação do profissional e da Instituição em que o mesmo está ligado. As Instituições hospitalares é uma das mais burocráticas, pois além de lidarmos com diferentes pacientes, lidamos com uma equipe multidisciplinar, que só alcança o êxito trabalhado juntos. Um grande ponto para avaliar a gestão de qualidade é a segurança do paciente, pois quando é prestado um atendimento eficaz e seguro sem eventos adversos, cria-se uma boa reputação dos responsáveis. Dessa forma, entendemos que o Enfermeiro Gestor precisa saber liderar uma equipe, precisando de ter um perfil para tal cargo, pois ao lidar com vidas, cada decisão tem um grande impacto na qualidade

do atendimento e assistência gerada, ou seja, é preciso saber gerenciar com qualidade para que haja um bom funcionamento da organização hospitalar.

PALAVRAS - CHAVE: Enfermagem. Gestão. Segurança do paciente.

QUALITY MANAGEMENT IN NURSING: PATIENT HEALTH AND SAFETY

ABSTRACT: With regard to management and quality in nursing, we see that numerous actions taken directly interfere in the qualification of the professional and the institution to which he is connected. Hospital institutions are one of the most bureaucratic, as in addition to dealing with different patients, we deal with a multidisciplinary team, which only achieves success by working together. A great point to assess quality management is patient safety, because when effective and safe care is provided without adverse events, it creates a good reputation for those responsible. Thus, we understand that the Nurse Manager needs to know how to lead a team, needing to have a profile for such a position, because when dealing with lives, each decision has a great impact on the quality of care and assistance generated, that is, it is necessary to know how to manage with quality so that there is a good functioning of the hospital organization.

KEYWORDS: Nursing. Management. Patient safety.

1 | INTRODUÇÃO

Com a evolução das tecnologias e da medicina, ocorreu um crescimento nas exigências de qualidade, independentemente do ramo, tornando-se um grande desafio para gestores, requerendo dos mesmos um melhor desempenho e atualizações constantemente (BONATO, 2011).

A organização hospitalar é considerada uma das mais importantes e complexas, pois além de sua grande responsabilidade, trata-se de um local onde há vários tipos de profissionais e profissões, ou seja, uma equipe multidisciplinar em que seus componentes são autônomos, mas para que haja uma assistência curativa e de qualidade, é imprescindível que haja uma boa gestão hospitalar requerendo um bom trabalho em grupo (MELO *et al.*, 2014).

Com a necessidade de liderança, apresenta-se em “comissão de frente” o enfermeiro gestor, o qual necessita estar preparado para diversas situações, tendo responsabilidade e conhecimento ao gerenciar uma equipe, pois as ordens dadas refletirá na qualidade do atendimento como um todo (ARAGÃO *et al.*, 2016).

2 | METODOLOGIA

O desenvolvimento do trabalho foi feito através de um levantamento bibliográfico de artigos em sites como o Scielo, Google acadêmico e Pubmed. De acordo com Gil (2002), os principais objetivos que conduzem à realização de uma pesquisa bibliográfica são a redefinição de um problema, a obtenção de informações a respeito de técnicas de coleta de dados, e pôr fim a interpretação dos resultados da pesquisa.

De acordo com Cervo, Bervian e Silva (2007) o trabalho deve ser considerado exploratório uma vez que buscou levar a um aprofundamento maior do problema da pesquisa. Assim, para obtenção de informações foram feitas leituras de artigos científicos e livros que discutem o tema proposto.

O tema é atualíssimo e possui uma vasta gama de artigos recentes, estudos que englobam o tema e suas interfaces. A gestão de qualidade proporciona ótimos resultados para os profissionais, pacientes e ao hospital. Por esta razão se faz necessário sempre atualizar-se com relação a gestão de qualidade da enfermagem.

3 | GESTÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE

As constantes mudanças e evoluções globais despertaram nos consumidores uma nova mentalidade, causando um aumento na competitividade das empresas e organizações, fazendo da qualidade um parâmetro de mercado. Em frente às consequências geradas pela globalização, as organizações se atentam em aprimorar a qualidade ofertada a seus clientes através de uma boa gestão (LOPES, 2014).

Adotar um Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) é importantíssimo, em destaque para as Instituições de Saúde, pois as mesmas dependem do atendimento e expectativa dos pacientes, pois a qualidade é vista como um parâmetro de avaliação. A tarefa de avaliar as funções dos serviços de saúde é investigar, estabelecer e melhorar o conceito de qualidade e promover o desenvolvimento de padrões médicos mais elevados. É verdade que a avaliação dos planos e serviços de saúde é cada vez mais valorizada no âmbito do planejamento e da definição das funções institucionais. Ao buscar fornecer dados precisos sobre a abrangência dos planos e ações de saúde contribui-se diretamente para a seleção e desenvolvimento de procedimentos técnicos e administrativos (PERTENCE; MELLEIRO, 2010).

O planejamento, a revisão de processos e o monitoramento de desempenho, assim como a melhoria contínua, são fundamentais para o posicionamento da organização no mercado visando a competitividade, eficiência e eficácia do processo e o alto índice de desempenho de resultados exitosos, pois tratando-se de instituições hospitalares, vemos um sistema aberto afetado pelo meio ambiente, pelo desenvolvimento e pelas mudanças em todos os campos sociais, e tornando-se um espaço multidisciplinar de interação com a sociedade. O cenário hospitalar atual é caracterizado por um sistema mais humano do que mecânico, porém é um sistema burocrático com regras e regulamentos para controlar o comportamento e o trabalho de seus membros, requerendo de liderança e trabalho em grupo. Mesmo que haja um grande empenho da parte do enfermeiro para com a gestão, a segurança do paciente traça-se como um grande desafio por parte do gestor em busca da qualidade (BONATO, 2011).

3.1 Gestão da Segurança do paciente

A Organização Mundial da Saúde define a segurança do paciente como a redução do risco de danos desnecessários a um mínimo aceitável, que é considerado um componente contínuo e diretamente relacionado ao cuidado. Com a publicação do relatório “Erros Humanos: Construindo um Sistema de Saúde Mais Seguro”, as questões de segurança do paciente têm recebido grande atenção em todo o mundo, principalmente devido à alta incidência de eventos adversos relacionados à prestação de cuidados médicos, identificados como um importante indicador de qualidade. O reconhecimento da natureza generalizada desse problema e dos danos acidentais causados pela assistência à saúde tem estimulado muitas reflexões, principalmente no que se refere à formação dos profissionais de saúde. Diante da incapacidade de acompanhar o ritmo acelerado de inovação, a formação em saúde profissional parece frágil. (BIM et al., 2017).

Historicamente, a qualidade da segurança do paciente tem sido relacionada à dificuldade de um cuidado contínuo pelos profissionais de saúde e à dificuldade de um cuidado inofensivo impulsionado pela eficácia, eficiência e conhecimento técnico-científico associado à tecnologia moderna. Há algum tempo, a qualidade da segurança do paciente

tem sido foco de debate entre os estudiosos, pois apesar dos inúmeros benefícios do cuidado humano, há cada vez mais erros no cuidado prestado aos pacientes (BUENO; FASSARELLA, 2012).

3.2 Programa Nacional de Segurança do Paciente

O Ministério da Saúde instituiu o Plano Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) por meio da Portaria MS / GM nº 529, de 1º de abril de 2013. Seu objetivo geral é promover a certificação de qualificação em atendimento médico em todas as instituições médicas do país, sejam públicas ou particulares, todas de acordo com a agenda política dos estados membros da OMS tendo a prioridade de assegurar o paciente contidas nas resoluções aprovadas durante a formulação da estratégia de segurança do paciente do país. O país conta com o conhecimento e cumprimento das normas que regem o funcionamento das instituições de saúde e regulamentos. Para que essas instituições tomem novos passos é preciso adotar as condições básicas, como a formulação de planos locais de qualidade e segurança do paciente, ações de monitoramento por meio de indicadores, gestão por órgão responsável e políticas de incentivo ao uso rotineiro de protocolos e diretrizes clínicas (BRASIL, 2014).

Para complementar as ações do PNSP, criou-se a Resolução- RDC N°36 de 25 de Julho de 2013, que aborda as principais atitudes do programa.

Seção II

Do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde

Art. 8º O Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP), elaborado pelo NSP, deve estabelecer estratégias e ações de gestão de risco, conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde para:

I - identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática;

II - integrar os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde;

III - implementação de protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde;

IV - identificação do paciente;

V - higiene das mãos;

VI - segurança cirúrgica;

VII - segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;

VIII - segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes;

IX - segurança no uso de equipamentos e materiais;

X - manter registro adequado do uso de órteses e próteses quando este procedimento for realizado;

XI - prevenção de quedas dos pacientes;

- XII - prevenção de úlceras por pressão;
- XIII - prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde;
- XIV- segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral;
- XV - comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde;
- XVI - estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada.
- XVII - promoção do ambiente seguro (BRASIL, 2013).

4 | O ENFERMEIRO GESTOR HOSPITALAR

Em termos de enfermagem, a proposta do trabalho em equipe surge desde a década de 1950. Nos Estados Unidos, por meio da experiência do *Teachers College of Columbia University*, sob a coordenação de Eleonor Lambertsen, ele defendeu a organização de serviços de enfermagem em equipe e ao resolver problemas fazendo um bom uso das questões pessoais. Embora valha a pena destacar a precocidade de introdução do conselho do trabalho em equipe na área da enfermagem, ele se consolida primeiro no discurso, e não como prática principal, e muitas vezes o trabalho é realizado de forma muito fragmentada (FURUKAWA; CUNHA, 2011).

O Ministério da Saúde orienta que as Instituições de Saúde façam melhorias na assistência, tais como: higienização correta das mãos; identificação correta do paciente, controle e notificação de eventos adversos; incitação ao autocuidado, etc. O Enfermeiro gestor frente as orientações dadas, tem de planejar ações convictas em que a assistência prestada seja a mais humanizada possível, participando diretamente e sendo responsável pela segurança e a qualidade do atendimento prestado ao paciente. É preciso avaliar a equipe na qual se atua para que sejam identificados os prováveis erros, sendo necessário organizar algumas estratégias como a interlocução entre a equipe, o conhecimento de cada profissional, assumindo a postura de gestor, pois com a assimilação dos erros pode-se acolhe-los como proveito, podendo assim repará-los (SILVA *et al.*, 2018).

Supervisão e monitoramento dos registros de eventos adversos, bem como observação das ações tomadas em resposta à ocorrência do evento é de grande importância para orientar novas práticas. Além disso, a avaliação e investigação do processo podem identificar falhas e orientar novas ações, destacando erros e evitando duplicações. Ações que envolvem o processo de planejamento, monitoramento, investigação, mensuração, supervisão e avaliação mostram capacidades relacionadas ao papel de liderança do enfermeiro no plano de gerenciamento de riscos. Além das ações citadas, ressalta-se também que para o sucesso na gestão deve-se incluir uma estratégia que evite a fragmentação do processo, pois isso pode levar à falta de compreensão do todo e, portanto,

à não resolutividade (COSTA; MEIRELLES; ERDMANN, 2013).

Por esse motivo, é dever não somente do enfermeiro, mas de toda equipe multiprofissional atuar na promoção da segurança de pacientes mais expostos a riscos e propensos a sofrer algum dano, necessitando-se de uma transformação gerencial (ARAUJO *et al.*, 2017).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A situação de saúde no Brasil não permite uma gestão não profissional. Embora tenha havido muitos avanços no sistema único de saúde, ainda existem lacunas, principalmente no que se refere à qualidade do atendimento.

A utilização do conhecimento e o cumprimento de normas e regulamentos são necessários para o desenvolvimento de estratégias de segurança do paciente no Brasil, que reflitam a atuação das instituições de saúde. Os eventos adversos são entendidos como danos reais causados pela assistência médica e têm diferentes relevâncias, podendo, além de aumentar o tempo de internação ou os custos de enfermagem, alterar o resultado do cuidado e a saúde dos pacientes e profissionais.

Portanto um perfil de liderança é essencial para que haja uma boa gestão, pois, ao gerenciar uma equipe é preciso estar preparado para toda e qualquer dificuldade, sendo proativo e vislumbrando possíveis problemas a fim de evita-los.

REFERÊNCIAS

ARAGÃO, O. C. *et al.* Competências do enfermeiro na gestão hospitalar. **Espaço Para Saúde- Revista de saúde pública do Paraná**, Londrina , p. 66-74, dez. 2016. Disponível em: <https://bit.ly/3oxWTjI>.

Acesso em: 20 maio 2021.

ARAUJO, M. A. N. D. *et al.* Segurança do paciente na visão dos enfermeiros: uma questão multiprofissional. **Enferm. Foco**, online, v. 8, n. 1, p. 52-56, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/3g62Xxs>.

Acesso em: 12 maio 2021.

BIM, L. L. *et al.* Aquisição teórico-prática de tópicos relevantes à segurança do paciente: dilemas na formação de enfermeiros. **Esc Anna Nery** , Rio de Janeiro , v. 21, n. 4, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/3z3F5lv>. Acesso em: 15 maio 2021.

BONATO, V. L. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. **O Mundo da Saúde** , São Paulo , p. 319-331, 2011. Disponível em: <https://bit.ly/3oAEq65>. Acesso em: 20 maio 2021.

BRASIL. **Resolução - RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, [2013]. Disponível em: <https://bit.ly/3uXVuVi>. Acesso em: 10 maio 2021.

BRASIL. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. 40 p. Disponível em: <https://bit.ly/3w9Lx8A>. Acesso em: 08 maio 2021.

BUENO, A. A. B.; FASSARELLA, C. S. Segurança do Paciente: uma reflexão sobre sua trajetória histórica. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, online, 2012. Disponível em: <https://bit.ly/3pH5Fg5>. Acesso em: 10 maio 2021.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A.; SILVA, R. D. **Metodologia Científica**. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

COSTA, V. T.; MEIRELLES, B. H. S.; ERDMANN, A. L. Melhores práticas do enfermeiro gestor no gerenciamento de risco. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, online, set-out 2013. Disponível em: <https://bit.ly/3x1J688>. Acesso em: 12 maio 2021.

FURUKAWA, P. D. O.; CUNHA, I. C. K. O. Perfil e competências de gerentes de enfermagem de hospitais acreditados. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, online, jan-fev 2011. Disponível em: <https://bit.ly/3gwz3l1>. Acesso em: 15 maio 2021.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

LOPES, J. C. D. C. **Gestão da Qualidade: Decisão ou Constrangimento Estratégico**. 76f. Dissertação (Mestrado em Estratégia Empresarial) - Universidade Europeia - Lisboa, Lisboa, 76 p., 2014. Disponível em: <https://bit.ly/3hNjEI>. Acesso em: 20 maio 2021.

MELO, W. O. S. D. *et al.* Gestão da Qualidade na Saúde. **Uningá Review**, Maringá, abr 2014. Disponível em: <https://bit.ly/3v6RJhb>. Acesso em: 20 maio 2021.

PERTENCE, P. P.; MELLEIRO, M. M. Implantação de ferramenta de gestão de qualidade em Hospital Universitário. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, mar. 2010. Disponível em: <https://bit.ly/3ys6LAg>. Acesso em: 20 maio 2021.

SILVA, A. T. *et al.* Segurança do paciente e a atuação do enfermeiro em hospital. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 12, n. 6, p. 1532-1538, jun. 2018. Disponível em: <https://bit.ly/3pwTJxf>. Acesso em: 10 maio 2021.

CAPÍTULO 4

ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO COMO GESTOR EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE ALTA COMPLEXIDADE EM TERESINA – PI

Data de aceite: 01/07/2021

Rosane da Silva Santana

Universidade Federal do Ceará – (UFC),
Fortaleza, CE
<https://orcid.org/0000-0002-0601-8223>

Angélica Linhares Silva Lima

Faculdade de Tecnologia e Educação Superior
Profissional, Teresina, PI
<https://orcid.org/0000-0003-2677-8585>

Ellen Cristina de Alcântara Chaves

Faculdade de Tecnologia e Educação Superior
Profissional, Teresina, PI
<http://lattes.cnpq.br/1789244630668156>

Maria Eliane Andrade da Costa

Faculdade Piauiense – FAP, Parnaíba, PI
<https://orcid.org/0000-0003-2936-5188>

Viviany de Sousa Araújo

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Teresina – PI
<http://lattes.cnpq.br/0488739177249021>

Verônica Maria de Sena Rosal

Universidade Estadual do Piauí - UESPI,
Teresina-PI
<http://lattes.cnpq.br/5165971648457413>

Maria do Socorro Rego de Amorim

Universidade Federal do Piauí – UFPI,
Teresina-PI
<http://lattes.cnpq.br/2143390691230113>

Fábio Soares Lima Silva

Fundação Municipal de Saúde – FMS,
Teresina, PI
<https://orcid.org/0000-0002-8795-3255>

Ravena de Sousa Alencar Ferreira

Universidade Federal do Piauí – UFPI,
Teresina-PI
<http://lattes.cnpq.br/4928044151147868>

Samara Maria da Silva

Unidades Integradas de Pós-Graduação
(UNIPÓS), Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-1869-7654>

Gabriela Oliveira Parentes Da Costa

Instituto Federal do Maranhão – IFMA, Coelho
Neto, MA
<https://orcid.org/0000-0001-9473-8986>

Aclênia Maria Nascimento Ribeiro

Universidade Federal do Piauí-UFPI/PI
<https://orcid.org/0000-0002-5582-9663>

RESUMO: Os enfermeiros são responsáveis pelo planejamento, organização, coordenação, direção e controle dos serviços de saúde. Dentro da gestão hospitalar, eles devem ter competências para o cumprimento das tarefas gerenciais no cuidado e na administração em Enfermagem. O objetivo do estudo foi analisar as atribuições do enfermeiro como gestor em um hospital público de alta complexidade em Teresina-PI. Trata-se de um estudo qualitativo com abordagem descritiva realizado em todas clínicas de um hospital público de alta complexidade nos meses de setembro e outubro de 2018. Participaram da pesquisa nove enfermeiros. Foram incluídos, o gerente de enfermagem e os enfermeiros coordenadores de cada clínica do hospital. E excluídos, os de licença médica ou férias durante a realização da

pesquisa. Utilizou-se um roteiro semiestruturado para a coleta dos dados. Os resultados foram organizados em categorias analítica e analisados pela Análise do Discurso do Sujeito. Evidenciou-se que os enfermeiros gerenciam os recursos materiais e humanos, lideram, planejam a assistência, capacitam a equipe de enfermagem, coordenam a produção de cuidado e avaliam as ações de enfermagem, porém para execução das atividades, relataram muitos desafios como a alta rotatividade da equipe, confronto com outros profissionais, dificuldades nos relacionamentos interpessoais, a falta de comprometimento e autonomia de muitos profissionais da equipe e dificuldades de financiamento para qualidade das ações no serviço de saúde. Espera-se com estudo, contribuir para que os gestores, os enfermeiros e os acadêmicos de enfermagem busquem sempre a excelência do cuidado para a execução de suas funções, sejam elas administrativas, gerenciais e assistenciais, uma vez que, o principal objetivo do cuidado é o paciente.

PALAVRAS - CHAVE: Administração Hospitalar. Assistência Hospitalar. Gestor de Saúde. Organização e Administração.

NURSES 'ASSIGNMENTS AS MANAGER IN A HIGH COMPLEXITY PUBLIC HOSPITAL IN TERESINA - PI

ABSTRACT: Nurses are responsible for planning, organizing, coordinating, directing and controlling health services. Within hospital management, they must have competencies to carry out managerial tasks in nursing care and administration. The objective of the study was to analyze the nurse's duties as a manager in a highly complex public hospital in Teresina--PI. This is a qualitative study with a descriptive approach carried out in all clinics of a public hospital of high complexity in the months of September and October 2018. Nine nurses participated in the research. The nursing manager and the coordinating nurses of each clinic in the hospital were included. And those on sick leave or vacation during the research were excluded. A semi-structured script was used for data collection. The results were organized into analytical categories and analyzed by the Subject's Discourse Analysis. It was evidenced that nurses manage material and human resources, lead, plan assistance, train the nursing team, coordinate the production of care and evaluate nursing actions, however for the execution of activities, they reported many challenges such as high turnover of the team, confrontation with other professionals, difficulties in interpersonal relationships, the lack of commitment and autonomy of many team professionals and difficulties in financing the quality of actions in the health service. It is hoped with study, to contribute so that managers, nurses and nursing students always seek excellence in care for the performance of their functions, be they administrative, managerial and assistance, since the main objective of care is the patient.

KEYWORDS: Hospital Administration. Hospital Assistance. Health Manager. Organization and Administration.

1 | INTRODUÇÃO

Mudanças no sistema de saúde têm exigido de gestores, novas formas de desempenho para atender as demandas organizacionais em todas as esferas públicas, privadas e/ou nas parcerias entre ambas (ARAGÃO et al., 2016). Para que o enfermeiro

possa conduzir sua equipe e consiga um trabalho eficaz na assistência prestada ao cliente, é importante que este apresente a capacidade de gerenciar, contudo este exercício também é visto como um grande desafio, uma vez que as organizações estão cada vez mais complexas e dispendo de um grande número de profissionais de saúde, havendo situações conflitantes (VENDEMIATTI et al., 2010).

A habilidade no gerenciamento em Enfermagem alude em qualidade de quem tem a capacidade de apreciar e resolver situações problemas, agir diante de uma situação de modo eficiente e mobilizar e integrar o conhecimento para o contexto apresentado (BENITO; FINATO, 2010).

Além de competências necessárias para o cumprimento de tarefas gerenciais no cuidado e na administração em enfermagem, o enfermeiro precisa está respaldado em instrumentos que permitam a condução dessa administração, assim, é orientado aos profissionais, conforme o Processo de Enfermagem (PE), a tomarem decisões e avaliarem os resultados das ações do cuidado (SÁ et al., 2017).

Para a condução da administração, o enfermeiro precisa, além de adquirir habilidades gerenciais, executar todo esse processo com planejamento, o que muitas vezes não acontece, pois, ações da prática profissional costumam ser imediatistas e voltar para um olhar apenas de resolução de tarefas (ALMEIDA; PERES, SANTOS, 2014).

A qualidade do gerenciamento de enfermagem deve estar pautada na atuação ética do agir em enfermagem, assim não é possível separar cuidados éticos de assistência de qualidade e a preocupação com a dignidade e defesa da individualidade de cada sujeito, paciente ou enfermeiro. No Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem ressalta-se que os trabalhadores de Enfermagem estejam aliados aos usuários na luta por uma assistência sem riscos e danos, pautados em ações e condutas coerentes com uma prática de qualidade no trabalho do profissional de enfermagem (AMESTOY et al., 2016).

A satisfação do enfermeiro e de toda sua equipe dentro do ambiente de trabalho reflete na gerência de qualidade do cuidado oferecido aos pacientes (CUCOLO; PERROCA, 2015). Quando se tem um ambiente de trabalho favorável, sem conflitos, sobrecarga de trabalho, condições inadequadas de serviço, entre outras, além de ser importante para com os resultados em relação ao paciente, enfermeiros e equipe ficam mais satisfeitos (CUNHA; SOUZA; MELLO, 2012). Portanto, organizações de saúde atualmente buscam o aprimoramento de sua prática assistencial, voltada para o bom relacionamento entre pacientes, entre profissionais e entre ambos (OLIVEIRA et al., 2016).

O papel do enfermeiro e seu desempenho na gestão em saúde e na enfermagem são bastante desafiadores, mesmo realizando o planejamento adequado nem sempre são obtidos resultados positivos, pela sua dinamicidade e por ser um processo ativo e deliberativo, mas ainda assim as chances de resultados positivos são bem maiores. Portanto, vale ressaltar a importância da necessidade de serviços de saúde e profissionais incorporarem diferentes métodos de planejamento nas suas ações, considerando os

diferentes serviços e contextos de atuação (BENETTI et al., 2011).

O objetivo do estudo foi analisar as atribuições do enfermeiro como gestor em um hospital público de alta complexidade em Teresina-PI.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório que percorreu a trajetória metodológica interpretativa. O cenário da pesquisa foi um hospital público de alta complexidade localizado no município de Teresina-PI que tem como missão prestação de serviços assistenciais de saúde à comunidade piauiense e aos estados vizinhos. É voltado à promoção de assistência, ensino e pesquisa em saúde.

A estrutura organizativa do hospital é composta por um órgão consultivo, o Conselho de Administração, e uma Diretoria Executiva, órgão normativo e deliberativo, integrado por uma Direção Geral, Diretoria Clínica, Diretoria Administrativa, Diretoria de Enfermagem e Direção de Ensino, Pesquisa e Extensão. A Direção de Enfermagem abrange doze coordenações que são responsáveis pelas clínicas: Dermatológica, Pneumologia, Oftalmológica, Ginecológica, Ortopédica/Traumatologia, Urológica, Cirúrgica I, Cirúrgica II, Nefrológica, Neurológica, Médica e Cardiológica. Cada uma dessas coordenações abrange serviços específicos da sua área, como unidades de internação, terapia intensiva, atendimento de emergência e ambulatorial.

A coleta dos dados ocorreu nos meses de setembro e outubro de 2018, após a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Getúlio Vargas (HGV) com o parecer nº 2.935.509. O hospital atualmente apresenta no quadro de profissionais de enfermagem 12 coordenadores e um gerente de enfermagem. Os coordenadores das clínicas são enfermeiros e realizam turnos de 8 horas diárias, complementadas por plantões, a fim de cumprir a carga horária semanal, exceto sábados e domingos, dias nos quais eles folgam. O enfermeiro gerente é o responsável por todas as clínicas, atua na administração e na assistência direta, realizando as atividades correspondentes concomitantemente.

Os participantes do estudo foram nove enfermeiros (um gerente e oito coordenadores). Essa amostra foi constituída de forma intencional entre os instituídos no cargo de chefe de serviço ou coordenador de área, com base no critério da saturação dos dados. Foram incluídos no estudo, o gerente de enfermagem e os enfermeiros com função de coordenadores. E excluídos, apenas os que se encontravam de licença médica ou férias durante a coleta dos dados da pesquisa.

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada. Na entrevista, inicialmente, levantaram-se os dados relacionados à caracterização socioprofissional dos sujeitos: idade, sexo, tempo de serviço na Enfermagem, tempo de atuação na instituição, período no cargo atual, titulação e realização de cursos sobre gerenciamento; na sequência, buscaram-se respostas para as seguintes perguntas norteadoras: Quais as atribuições dos

enfermeiros como gestor na administração do hospital? Quais os desafios vivenciados pelos enfermeiros durante a prática de gestão no ambiente hospitalar? As entrevistas perfizeram entre 20 e 30 minutos de duração e foram realizadas mediante o agendamento do horário e local acordados com os participantes da pesquisa, os quais consentiram que elas fossem gravadas em um dispositivo eletrônico de áudio para serem transcritas posteriormente.

O procedimento adotado para análise dos dados foi a técnica de análise de conteúdo temática, que se constitui de três etapas: ordenação, classificação dos dados e análise final. Na fase de ordenação, realizou-se a digitação dos dados coletados por meio das entrevistas, a releitura do material e a ordenação dos relatos. Na classificação dos dados, ocorreu a associação entre o material coletado e o referencial teórico, a partir de leitura exaustiva e repetitiva dos textos, visando à apreensão das estruturas de relevância.

Na etapa de análise final, o material empírico e o teórico foram articulados de forma a obter uma interpretação e abstração do conteúdo subjacente ao que é manifestado (MINAYO, 2017). Os participantes do estudo receberam informações a respeito do objeto investigado e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido formalizando sua anuência em integrar a pesquisa, conforme determina a Resolução nº 466/96 do Conselho Nacional de Saúde. O anonimato dos sujeitos do estudo foi preservado por meio da adoção de pseudônimo ENF em caixa alta, seguido da numeração de 1 a 13, a qual foi determinada a partir da ordem de realização das entrevistas, de modo que todos os sujeitos da pesquisa fossem certificados de que suas identidades permaneceram anônimas.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Todos os profissionais que participaram do estudo eram do sexo feminino e apresentavam idades entre 31 a 50 anos. A maioria deles, cinco concluíram a graduação em enfermagem em instituição pública, e os demais em instituição privada. Cinco desses profissionais trabalham há cinco anos e quatro destes, mais de 10 anos no hospital. Eles fizeram especialização, porém apenas um é especialista na área de gestão em serviços de saúde.

3.1.1 *Categorias Analíticas*

Categoria 1: Atribuições dos enfermeiros como gestores em um hospital de alta complexidade

Segundo Lanzoni e colaboradores (2016), os profissionais de enfermagem precisam ter aptidão ao tomar iniciativas, para gerenciar e administrar os recursos físicos e materiais da informação, empreender, além de possuir liderança na equipe de saúde. O enfermeiro é o principal responsável pela organização e coordenação das ações assistenciais nos hospitais e pela viabilização para que os demais profissionais da equipe de enfermagem e

outros da equipe de saúde atuam no hospitalar.

Dentro da gestão hospitalar, o enfermeiro exerce em seu processo de trabalho a assistência, a qual tem como objetivo principal o cuidado de forma holística ao paciente e no relacionado à dimensão gerencial propriamente dita, sua atuação tem como finalidade o planejamento, organização do trabalho e supervisão (ALMEIDA et al., 2011).

O enfermeiro gerencia os recursos materiais e humanos, lidera, planeja a assistência, capacita a equipe de enfermagem, coordena a produção de cuidado e avalia as ações de enfermagem. Para Copelli e colaboradores (2016), o gerenciamento em enfermagem é uma atribuição do enfermeiro que impacta diretamente na promoção da qualidade assistencial e das melhores condições de trabalho para os profissionais. De acordo com as falas dos ENF 4, ENF 7 e ENF 9, observa que eles sabem que a qualidade da assistência é resultado direto de um gerenciamento efetivo.

“Acho que a gente como gerente leva para administração são os problemas reais que a gente encontra em uma clínica porque a gente tá aqui todo dia a gente conversa com os pacientes todo dia então[...] (ENF 4)

.....eu procuro administrar da melhor maneira possível levando em conta todos os preceitos que a gente aprende na enfermagem, a parte administrativa a parte de pessoal recurso material e recursos humanos, aprender a convivência um com o outro o setor para que tudo funcione de maneira harmônica então nessa parte aí como gestora contribui, fazer com que todas as ações de enfermagem aconteça no tempo...(ENF 7)

[...] contribui no sentido de gerenciar melhor os processos de trabalho dentro do hospital contribui de forma a gerenciar melhor o dimensionamento da equipe da instituição contribui melhorando a segurança do paciente porque a líder geralmente é a cabeça pra fazer tudo pra motivar pra incentivar a equipe para direcionar o que tem que ser feito contribui na questão da diminuição da infecção hospitalar dentro da instituição porque existe vários processos de trabalho e as vezes é preciso a gerente entrar para solicitar capacitações solicitar treinamentos no sentido de melhorar para uma condução melhor desse paciente e para que ele tenha uma qualidade da assistência melhor contribui porque motiva a aplicar a sistematização da assistência de enfermagem porque é uma das nossas ferramentas de trabalho dentro do hospital e que tem uma grande importância até porque o hospital é um hospital escola e o ministério da saúde só credencia como hospital escola se tiver a SAE implantada [...] (ENF 9)

De acordo com Santos et al. (2017), o enfermeiro encontra-se atuante com a qualidade do cuidado, ele é quem coordena o serviço de enfermagem e o responsável pela tomada de decisões sobre a assistência por ele prestada. Para que isso ocorra de fato, é necessário que o profissional tenha competências, conhecimentos, habilidades e atitudes que o ajude a desempenhar essas funções. Nas falas dos ENF 1, ENF 2, ENF 5 e ENF 8, verifica-se que o enfermeiro busca contribuir para o melhor andamento da clínica ele gerencia a clínica no momento em que o planeja, delega, incentiva a sua equipe na assistências ,ou seja tem o intuito de fornecer melhorias no cuidado com o paciente e na

administração do hospital.

“Acho que a gente trabalha bastante com uma contribuição bem abrangente porque eu sou supervisora da ortopedia então tudo passa por mim a contribuição enquanto enfermeira supervisora da clínica é e altamente responsável...como supervisora tudo passa pela enfermeira supervisora então não tem nada na clínica que não passe pelos os olhos da supervisora então é uma responsabilidade grande e um trabalho satisfatório...” (ENF 1)

“...Dou um andamento pro bom funcionamento da clínica em torno de medicação de exames, e daquele paciente que você convive com ele todos os dias...” (ENF 2)

“Manter a equipe de enfermagem da qual eu supervisiono motivada na assistência e também auxiliando no que desrespeito ao paciente e dos procedimentos do qual a gente acompanha” (ENF 5)

“Contribuição que dá é procurar fazer o melhor, ter cuidado com o material com tudo “(ENF8)

Na visão de Amestoy et al. (2016), a liderança pode ser conceituada de diferentes formas, desde que seja compreendida e desenvolvida para influenciar as pessoas em suas atividades de modo ético-profissional, a trabalhar com competência e habilidade, com a finalidade de alcançar metas.

Os enfermeiros desenvolvem um empenho organizacional consistente, uma vez que, ao assumirem a gerência hospitalar promovem-se comportamentos positivos que vão para além do que é formalmente exigido, refletindo-se na qualidade dos cuidados prestados. Nas falas ENF3 e ENF 6 permitem destacar o papel dos enfermeiros como líderes, que têm uma importância primordial na gerência em enfermagem.

“O que eu penso de coordenar uma clínica dessa, primeiro a liderança eu acho que você tem que ser líder você tem que ser muito dinâmica porque hoje a enfermagem não tem essa questão de antigamente que tinha aquele autoritarismo não você tem que meter a mão na massa para poder você conseguir envolver todo mundo “(ENF 3)

“A gente ajuda a supervisionar o ambiente do trabalho é líder da equipe do posto no momento a gente atua diretamente com ele orientando no cuidado dos afazeres da rotina do dia a dia fazendo a escala de serviço de trabalho” (ENF 6)

Dentro do contexto hospitalar predomina o cuidar e o gerenciar, os enfermeiros atuam no dimensionamento da equipe, proporcionam senso de direção, analisam os pontos fortes e fracos do hospital de alta complexidade. Verificou-se que eles são capazes de ajustar-se às mudanças e atuar como líder fonte de motivação e comprometimento para a equipe, existindo também uma hierarquia dentro da equipe de enfermagem na qual o técnico atua no cuidado de menor complexidade e o enfermeiro no cuidado de maior complexidade e da gerência da unidade. As atividades executadas pelos enfermeiros gestores podem apresentar conflitos em decorrência da atuação tanto na assistência quanto na administração do serviço.

Categoria 2: Desafios vivenciados pelos enfermeiros gestores na administração hospitalar

Pode-se constatar que, no entanto, existem inúmeros desafios enfrentados pelos enfermeiros-líderes no cotidiano do exercício profissional. A rotatividade da equipe, o confronto com outros profissionais, os relacionamentos interpessoais, a falta de comprometimento e autonomia são algumas das dificuldades (SOUZA et al., 2013).

Nesta categoria, pode-se observar muitas dificuldades vivenciadas no dia-a-dia dos enfermeiros gestores, uma delas é a quantidade reduzida de funcionários, e não comprometimento com capacitação, atualizações das condutas técnicas e científicas de acordo com as novas resoluções. Nas falas dos profissionais, evidencia-se claramente os desafios.

A falta de corpo clínico a gente também luta com a dificuldade de alguns materiais que não suficiente para todos, materiais tanto mobiliários quanto materiais para assistência e o que mais pesa é o corpo clínico (ENF2)

Tem alguns mais aqui o maior problema que eu tenho é de pessoal tanto não pessoal suficiente como eu tenho muito funcionário já que trabalha muito tempo no hospital que são bem difíceis de lhe dá por que eles tem várias manias e a gente tenta adaptar e vocês sabem que todo dia saem uma resolução nova uma coisa diferente e eles são bem resistente... (ENF4)

Tem vários depende muito da situação geralmente no dia a dia a gente vai enfrentando a questão as vezes de equipes de escalas que acontece as vezes de funcionário adoecer a gente ter a questão de ta substituindo a questão de remanejar quando necessário para mandar para outra clinica quando funcionário faltou, questão de as vezes paciente ta aguardando procedimento e tem uma certa demora eles ficam aguardando e ficam ansiosos e mesmo a gente explicando ficam resistentes e agressivos (ENF 5)

Meu maior desafio é recurso material recurso humano, eu acho que essa parte aí é a que mais pesa, pouca gente e muito serviço. (ENF8)

Maior dificuldade é falta de gente falta de pessoal recursos humanos, o dimensionamento da gente não é o ideal existe uma sobrecarga de trabalho muito grande aqui no hospital, muitas faltas muita gente doente as pessoas já estão com uma certa idade avançada o corpo clinico da enfermagem muitos já vão se aposentar isso dificulta qualquer mudança no processo de trabalho que a gente queira fazer porque é cultural a pessoa já ta muitos anos naquela profissão (ENF09)

Segundo Farah et al. (2017), a escassez de insumos e a insuficiência de materiais encontrados no dia-a-dia, são um dos principais obstáculos para um bom funcionamento do serviço em saúde.

De acordo com os profissionais, a falta de recursos materiais e a crise de investimentos na saúde do Brasil, é um dos grandes problemas relacionados a qualidade da assistência.

As maiores dificuldades que a gente enfrenta são de ordem burocrática e como vocês sabem o SUS ele como já falei antes pela própria condição

econômica que a gente tá passando no país as vezes a gente tem esses problemas de gerenciamento as vezes de material né então a gente trabalha não vou dizer que a gente trabalha com improviso porque saúde não se trabalha no improviso mais as vezes a gente vai fazendo as demandas de acordo com a necessidade (ENF01)

A gente enfrenta algumas dificuldades mais logo consegue supera-la logo a gente trabalha em uma intuição que é pública a gente tem alguns obstáculos que temos de enfrentar de recurso as vezes a questão de material o pessoal da limpeza tá de greve aí tem que explicar para pessoas o que está acontecendo (ENF06)

Agora dificuldade e os desafios que falta material muito material, falta funcionário mão de obra falta demais então tudo isso são desafios para gente e também a manutenção a higiene tudo ultimamente o hospital tá passando por essa crise terrível antigamente não era assim era mais fácil participar de uma administração mais hoje tá muito difícil... (ENF07)

A percepção do enfermeiro em relação ao cargo com função de gerenciamento mostra que o profissional tem dificuldades de enxergar sua função como gerente. Existe uma carência em relação à compreensão do conceito de gerência, fazendo com que os profissionais conduzam as atividades administrativas e assistenciais em esferas divergentes na sua realização (CHRISTOVAN; PORTO; OLIVEIRA, 2012).

Esta divergência entre gerenciamento e assistência por parte do enfermeiro, é uma questão relevante e que gera por vezes conflitos em seu trabalho, como pode ser notado no discurso a seguir:

Celular eu procuro não mexer em celular, então se eu pegar em celular tá dando margem para ela pegar, troco soro, eu motivo, curativo me chame eu tento ser uma enfermeira, mas eu não posso esquecer da parte burocrática e não é fácil, o que a gente vê hoje gente a enfermagem a gente tem que procurar outra coisa que a gente tem preocupação a parte do conhecimento... (ENF3)

Através das análises dos dados foi possível perceber, dentre muitos fatores, que a grande dificuldade de gerenciamento está basicamente voltada para diminuição ou falta de corpo clínico, o déficit de materiais e insumos dificultado assim algumas práticas de assistência, funcionários com anos de prestação de serviço relutantes a implantação de novas resoluções, por terem suas próprias rotinas e práticas de assistência.

4 | CONCLUSÃO

O estudo proporcionou conhecimento real das principais atribuições dos enfermeiros como gestores em um hospital de alta complexidade e, dos desafios vivenciados durante o gerenciamento dos serviços de saúde para uma assistência de qualidade.

Ressalta-se na pesquisa, que apenas um enfermeiro que atua como gestor, tem especialização em gestão de serviços de saúde. É de suma importância que os enfermeiros

que atuam com gestores desenvolvam competências para exercer a função, por meios de especialização, capacitação, treinamentos específicos e periódicos para que possam ter domínio das técnicas de gerenciamento, utilizando conforme com as necessidades exigidas no serviço de saúde.

Tornar o exercício da gerência algo atrativo e gratificante para os enfermeiros constitui-se em um desafio, pois muitas vezes, o processo de gerenciar para muitos, é desestimulante em decorrência dos conflitos e dificuldades vivenciados na rotina do serviço.

Espera-se com estudo contribuir para que os gestores, os enfermeiros e os acadêmicos de enfermagem busquem sempre a excelência do cuidado para a execução de suas funções, sejam elas administrativas, gerenciais e assistenciais, uma vez que, o principal objetivo do cuidado é o paciente.

REFERÊNCIAS

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

ALMEIDA, M. L.; PERES, A. M.; SANTOS, M. F. Formação de competências para o gerenciamento em enfermagem, **CogitareEnferm.**,v.19, n.2, p.269-76, 2014.

AMESTOY, S. C. et al. Exercício da liderança do enfermeiro em um serviço de urgência e emergência. **Revista Eletrônica Gestão & amp; Saúde**, v.21, n.71, p. 38-51, 2016.

ARAGÃO, O. C. et al. Competências do enfermeiro na gestão hospitalar. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, Londrina, v.17, n. 2, p. 66-74, 2016.

BENETTI, E. R. R. et al. Percepções acerca do planejamento em enfermagem como ferramenta de gestão. **Revista Contexto & Saúde**, v. 10, n.20, p. 1177-1180, 2011.

BENITO, G. A. V.; FINATO, P. C. Competências gerenciais na formação do enfermeiro:análise documental de um projeto pedagógico de curso. **Rev. Eletr. Enf.**, v.12, n.1, p.140-9, 2010.

CHRISTOVAN, B. P.; PORTO, I. S.; OLIVEIRA, D. C. Nursingcare management inhospital settings: thebuildingof a construct. **RevEscEnferm USP**, v.46, n.3, p.729-35, 2012.

CUCOLO, D. F.; PERROCA, M. G. Factorsinvolved in thedeliveryofnursingcare.**Acta Paul Enferm.**, v.28, n.2, p.120-4, 2015.

CUNHA, A. P.; SOUZA, E. M.; MELLO, R. Os fatores intrinsecos ao ambiente detrabalho como contribuintes da síndrome de burnout em profissionais deenfermagem. **RevPesqCuidFundam.** v.Supl, p.29-32, 2012.

FARAH, B. F. et al. Percepção de enfermeiros supervisors sobre gerenciamento na atenção primária. **Revista Cuidado em saúde**, v. 8, n. 2, p. 1638055, 2017.

MINAYO, M. C. S. Cientificidade, generalização e divulgação de estudos qualitativos. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 16-17, 2017.

OLIVEIRA, R. M. et al. Avaliando os fatores intervenientes na segurança do paciente: enfoque na equipe de Enfermagem, **Rev. esc. EnfermUSP**, v. 49, n. 1, p. 104-113, 2016.

SÁ, M, D. D. et al. Análise conceitual de gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. *Acta paul. Enferm.*, v.30, n.3, p.323-332, 2017.

SENNA, M. H. et al. Meaningsofcare management builtthroughout nurses' professionaleducation. **Rev Rene**, v.15, n.2, p. 196-215, 2014.

SOUZA, S. L. P. et al. A liderança na visão de enfermeiros líderes. **Enfermería Global**, v. 21, n. 30, p. 281-93, 2013.

VENDEMIATTI, M. et al. Conflito na gestão hospitalar: o papel da liderança. **Ciênc. saúde coletiva**, v.15, n.1, p.1301-1314, 2010.

LANZONI, G. M. et al. Tornando-se gerente de enfermagem na imbricada e complexa fronteira das dimensões assistencial e gerencial. **Revista Eletrônica De Enfermagem**, v.17, n.2, 322-32. 2015.

COPELLI, F. H. S. et al. O pensamento complexo e suas repercussões na gestão em enfermagem e saúde. **Aquichan**, vol.16, n.4, p.501-512, 2016.

SANTOS, P. R. Ensino do gerenciamento e suas implicações à formação do enfermeiro: perspectivas de docentes. **Cienc Cuid Saude**, v. 16, n. 1. 2017.

O EXERCÍCIO DA LIDERANÇA PELO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 01/07/2021

Data de submissão: 11/05/2021

Leonardo Pereira de Sousa

Universidade Federal de Santa Catarina
Florianópolis – SC
<https://orcid.org/0000-0003-2047-5639>

Jorge Cleber Pereira da Silva

Universidade Estadual do Maranhão
Itapecuru Mirim – MA
<http://lattes.cnpq.br/0346228224724567>

RESUMO: O aumento da demanda pelos serviços de saúde, ocasionado pelo aumento da população, tem pressionado organizações públicas e privadas atuantes no setor de saúde no que tange à gestão e ao aprimoramento das práticas assistenciais dispensadas aos indivíduos. Partindo desse pressuposto, tal artigo tem por objetivo principal compreender como o profissional de enfermagem vem exercendo a liderança no contexto da atenção primária à saúde. Para tanto, fez-se uso da metodologia de revisão integrativa de literatura. As bases de dados que auxiliaram na busca foram PUBMED, LILACS, EMBASE, CINAHL, WoS, SciELO, COCHRANE, SCOPUS e BDNF. Utilizou-se como critérios de inclusão os seguintes parâmetros: artigos originais; disponíveis na íntegra, nos idiomas português, inglês, espanhol e publicados entre os anos de 2015 a 2019. Como critérios de exclusão, os padrões utilizados foram: pesquisas de revisão de literatura, data

de publicação superior a cinco anos, livros, teses, monografias, dissertações, reflexões e estudos de casos. Após aplicação dos filtros, 16 artigos foram incluídos na análise. Os resultados apontam para a necessidade de o enfermeiro atuante na atenção básica assumir uma postura de líder. Nesse contexto, o enfermeiro precisa desenvolver um conjunto de competências e habilidades de natureza administrativa e gerencial, dentre as quais cita-se planejamento do cuidado orientado ao paciente, engajamento e comprometimento, motivação, comunicação e feedback aos liderados, inteligência emocional, dentre outras.

PALAVRAS - CHAVE: Enfermagem. Liderança. Atenção Primária à Saúde. Gestão em Saúde. Cuidados de Enfermagem.

THE EXERCISE OF LEADERSHIP BY NURSES IN PRIMARY HEALTH CARE: AN INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: The increased demand for health services, caused by the population growth, has put pressure on public and private organizations operating in the health sector regarding the management and improvement of care practices provided to individuals. Based on this assumption, this article aims to understand how nursing professionals have been exercising leadership in the context of primary health care. To this end, the methodology of integrative literature review was used. The databases that helped in the search were PUBMED, LILACS, EMBASE, CINAHL, WoS, SciELO, COCHRANE, SCOPUS and BDNF. The following parameters were used

as inclusion criteria: original articles; available in full, in Portuguese, English, Spanish, and published between the years 2015 and 2019. As exclusion criteria, the standards used were: literature review research, publication date over five years, books, theses, monographs, dissertations, reflections, and case studies. After applying the filters, 16 articles were included in the analysis. The results point to the need for nurses working in primary care to assume a leadership posture. In this context, nurses need to develop a set of administrative and managerial competencies and skills, among which are patient-oriented care planning, engagement and commitment, motivation, communication and feedback to those they lead, and emotional intelligence, among others.

KEYWORDS: Nursing. Leadership. Primary Health Care. Health Management. Nursing Care.

1 | INTRODUÇÃO

O aumento populacional, evidenciado atualmente pela expansão dos serviços de saúde, tem exigido dos órgãos públicos e privados uma maior capacidade de gestão e aprimoramento das práticas assistenciais dispensadas aos indivíduos. Isto posto, a enfermagem possui, por formação própria, o desafio de liderar as instituições e/ou equipes de saúde nos contextos administrativo e assistencial. Além dessas atividades, incumbe ao enfermeiro integrar o paciente ao corpo clínico, propiciar um cuidado satisfatório, auxiliar nas demandas individuais e familiares do mesmo, bem como conectar o cuidado individual ao holístico (NEGREIROS et al., 2020).

Todavia, a manutenção do processo de liderança efetivo e compatível com as metas organizacionais propostas acarretam desafios constantes. O autoconhecimento profissional por vezes representa a forma mais sensata de avaliação e expõe inúmeras questões presentes no ambiente de trabalho que interferem no exercício de liderar. A organização do tempo de forma planejada, a realização de tarefas administrativas em momentos oportunos, a melhoria da comunicação, a realização de *feedbacks* com os demais membros da equipe e a mediação de conflitos são apontadas como as principais barreiras a serem superadas pelo líder na prática assistencial diária (ROCHA et al., 2019).

Paralelamente aos sucessivos entraves, nota-se a indisposição das organizações em aprovisionar os enfermeiros de instrumentos indispensáveis para implementação de práticas de liderança. Por vezes, os trabalhadores se deparam sem auxílio e pautam a liderança a partir de suas experiências profissionais pregressas, com escassez de embasamento teórico e instrumentos que conduzem à tais estilos de liderança, planejamento e ações que contribuem para a dificuldade no aperfeiçoamento da competência liderança (SCOFANO; VALENTE GSC; LANZILLOTTI, 2019).

É possível identificar variadas concepções sobre o que é liderança a partir do conhecimento individual dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, denotando assim, a inexistência de consenso frente à prática cotidiana. Ocasionalmente, tais percepções devam estar diretamente ligadas ao modo como os enfermeiros exercem essa função no processo de trabalho. Entretanto, essa imprecisão não se expande para demais

conhecimentos, sendo possível identificar pelos próprios trabalhadores, as habilidades e competências cruciais ao exercício da liderança contemporânea (FARAH et al., 2017).

Na crescente necessidade do exercício da liderança com foco na obtenção de resultados positivos na prática assistencial, esse estudo poderá auxiliar os enfermeiros a desenvolverem a competência de líder com autonomia e autoconfiança. Em face ao exposto, este artigo tem como objetivo compreender como o enfermeiro vem exercendo a liderança no contexto da atenção primária à saúde. A questão de pesquisa foi: como o enfermeiro vem exercendo a liderança no contexto da atenção primária à saúde?

2 | MÉTODO

Neste estudo, aplicou-se como metodologia a revisão integrativa de literatura, onde consiste na idealização de uma análise abrangente de estudos, cooperando para discussões sobre métodos e resultados de estudos, assim como reflexões sobre a realização de futuras pesquisas (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Na operacionalização dessa revisão, foram seguidas as seguintes etapas: (a) estabelecimento do problema de revisão, (b) seleção da amostra, (c) avaliação dos dados, (d) análise/interpretação dos dados e (e) apresentação dos resultados (GANONG, 1987).

A estratégia PICO auxiliou na construção da questão de pesquisa, possibilitando a definição correta de quais informações eram necessárias para a resolução da pergunta, maximizando a recuperação de evidências nas bases de dados, focando o escopo e evitando a realização de buscas menos eficientes. A seguinte questão foi gerada: “Como o enfermeiro vem exercendo a liderança no contexto da atenção primária à saúde?”, sendo P: Enfermeiro; I: Liderança; Co: Atenção primária à saúde (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007).

As buscas por estudos foram executadas nas bases de dados PubMed/Medline (PUBMED), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Excerpta Medica Database (EMBASE), Cumulative Index to Nursing and Allied Health (CINAHL), Web of Science (WoS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Cochrane Library (COCHRANE), SciVerse Scopus (SCOPUS) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF).

Para localização dos artigos, empregaram os descritores controlados “enfermagem de atenção primária/primary care nursing”, “enfermagem em saúde comunitária/community health nursing”, “atenção primária à saúde/primary health care” e “enfermeiras administradoras/nurse administrators”. Os descritores emergiram do Medical Subject Headings (MeSH) e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Ressalta-se ainda, que os operadores booleanos “AND” e “OR” auxiliaram no traçado entre os descritores.

Os critérios para inclusão de estudos obedeceram às seguidas normas: serem artigos originais; estarem disponíveis na íntegra, nos idiomas português, inglês, espanhol e

publicados entre os anos de 2015 a 2019. Em contrapartida, foram excluídas pesquisas de revisão de literatura, data de publicação superior a cinco anos, livros, teses, monografias, dissertações, reflexões e estudos de casos. Essa etapa de pesquisa literária ocorreu nos meses de janeiro, fevereiro e março de 2020.

A primeira etapa de seleção ocorreu a partir da leitura dos títulos e resumos, secundariamente com base na conferência das pesquisas no que tange os critérios de inclusão, de exclusão, objetivo, pergunta de pesquisa, bem como relativo ao escopo dessa revisão. Os dados foram sistematizados em tabelas e avaliados criteriosamente, levando-se em consideração os seguintes tópicos: ano de publicação, título, autor (es), periódico, estado/país, base de dados de localização do artigo, categoria da pesquisa (estudos qualitativos/quantitativos/misto), como demonstra o fluxograma PRISMA (SANTOS; PANSANI, 2015) na Figura 1.

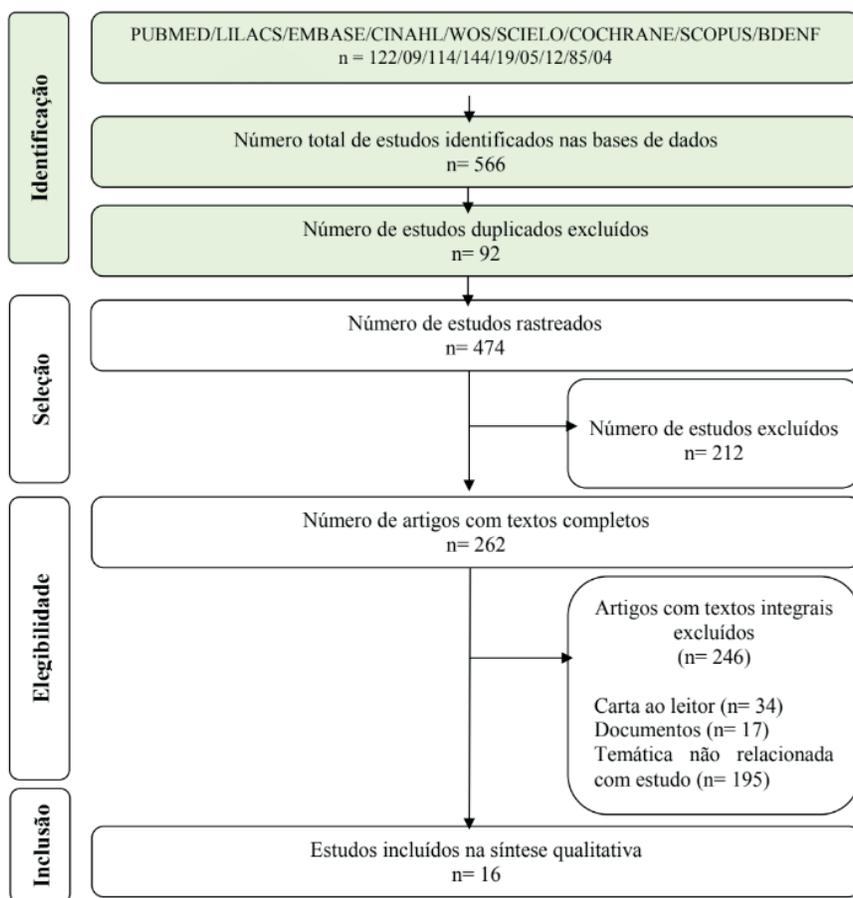


Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção e exclusão dos estudos no período entre os anos de 2015 a 2019. Florianópolis, SC, Brasil, 2020

3 I RESULTADOS

Ao analisar os 16 artigos selecionados constatou-se que 12 estudos (75%) são produções internacionais e 04 (25%) são nacionais. O enfoque qualitativo está presente em 10 estudos (62,5%) enquanto 06 (37,5%) apresentaram abordagem quantitativa.

Quanto ao país de origem dos estudos, os Estados Unidos da América (EUA) representaram quatro (25%) estudos, Brasil quatro (25%), Espanha três (18,8%), Reino Unido, Suécia, Irlanda, Canadá e Noruega um cada (6,24%).

O produto da análise possibilitou organizar os dados em três categorias: “Liderança como instrumento transformador da gestão em saúde” e “Qualidade da assistência decorrente do exercício da liderança”.

AUTOR E ANO	PAÍS	REPERCUSSÃO	CATEGORIA
Lanzoni GMM et al, 2015	Brasil	Perfil de liderança como característica nata; desenvolvimento da habilidade em liderar; saber liderar para qualificar a assistência.	Liderança como instrumento transformador da gestão
Lowen IMV et al, 2015	Brasil	Liderar para apoiar mudanças organizacionais; gestão compartilhada; comunicação efetiva.	
Lanzoni GMM et al, 2016	Brasil	Desenvolvimento da liderança na formação; reconhecimento do enfermeiro líder; perfil de liderança como característica nata.	
Jodar ISG et al, 2016	Espanha	Liderança transformacional; eficiência e satisfação no trabalho.	
Tingvoll W et al, 2016	Noruega	Benefício de apoio do enfermeiro líder; saber liderar para qualificar a assistência; otimização das atividades assistenciais.	
Yañez MR et al, 2016	Espanha	Liderar para apoiar mudanças organizacionais; gestão compartilhada; liderar para minimizar conflitos.	
Nance-Floyd et al, 2018	Estados Unidos	Desenvolvimento da liderança na formação; liderança nos macrosistemas de saúde.	
Rocha BS et al, 2019	Brasil	Liderar para apoiar mudanças organizacionais; autoconhecimento; comunicação efetiva; liderar para minimizar conflitos.	
Honig J et al, 2019	Estados Unidos	Comunicação efetiva; liderar para planejar o atendimento em todos os níveis; gestão compartilhada.	

Byers V, 2015	Irlanda	Planejamento do cuidado; ensino do autocuidado; liderar para educar em saúde.	Liderança centrada na qualidade direta da assistência
Backman A et al, 2016	Suécia	Clima psicossocial positivo; liderar para contribuir com elevado índice de satisfação da assistência; ambiente e cuidado planejados.	
Dyess SM et al, 2016	Estados Unidos	Gestão compartilhada; maximizar o papel da equipe e paciente; relação enfermeiro líder e paciente baseado no respeito e confiança mútuos.	
Ali S et al, 2017	Reino Unido	Liderança compassiva; planejamento da assistência; compaixão com a equipe e pacientes.	
Sharkey S et al, 2017	Canadá	Liderar os cuidados centrados na pessoa; planejamento da assistência; liderar para apoiar mudanças organizacionais; empoderamento do paciente.	
Llobera J et al, 2018	Estados Unidos	Avaliação das atividades de liderança; liderar os cuidados centrados na pessoa; clima psicossocial positivo.	
Niederhauser V et al, 2018	Estados Unidos	Liderar para contribuir com a melhora do paciente; reformulação das experiências prévias dos pacientes e familiares; planejamento da assistência.	

Quadro 1 – Distribuição dos estudos segundo autor, ano, país, repercussão e categoria. Florianópolis, SC, Brasil, 2020

Liderança como instrumento transformador da gestão em saúde

No Brasil, estudo com vinte e três enfermeiros da atenção básica à saúde constatou que os mesmos nasceram com a habilidade de liderança, seja por possuírem carisma e/ou exercerem alguma influência sobre as demais pessoas. A previsão e controle de materiais, medicamentos, acolhimento dos profissionais, coordenação de equipe de saúde da família e a gestão do serviço de saúde são relevantes por proporcionarem o pleno exercício da liderança pelo enfermeiro. Mesmo não ocupantes de cargos ou funções administrativas, os enfermeiros por liderarem ambientes organizacionais, estabelecem parcerias, assumindo por vezes demandas gerenciais como por exemplo a solução de problemas e conflitos que surgem no cotidiano das unidades de saúde (LANZONI et al, 2015).

Estudo similar traz que atitudes gerenciais mesmo fora da responsabilidade formal, estão atreladas ao exercício de liderança pelo enfermeiro nos mais diversificados níveis de atenção à saúde, por esses possuírem frente aos demais profissionais, o reconhecimento das suas habilidades técnicos-científicas inerentes ao processo de trabalho que agrega tanto as atividades assistenciais como gerenciais a mesma profissão (LANZONI et al., 2016).

Os enfermeiros por deterem habilidades de liderança com maior precisão baseadas em conhecimentos pessoais organizacionais, são capazes de apoiarem o desenvolvimento dos demais profissionais sob sua supervisão, garantindo assim, crescimento pessoal e de autoconfiança, corroborando para uma assistência direta e/ou indiretamente de alta qualidade. Consequentemente, essa influência exercida sobre os liderados, propõe uma rigorosa e constante autoavaliação dos aspectos emocionais, de comprometimento, trabalho em equipe, integridade, proatividade, inovação, visão, autodisciplina, audácia e responsabilidade (JODAR et al, 2016; YANEZ et al, 2016; NANCE-FLOYD et al, 2018).

Em contrapartida, estudo realizado no Brasil identificou aspectos inversos que podem influenciar no processo de liderança e sua avaliação. A inteligência emocional, o planejamento da assistência, a administração do tempo, a capacidade de liderar sob pressão e a capacidade de dar e receber feedback atuam diretamente na formação das metas que impulsionam os enfermeiros a se engajarem no processo de mudança continuamente (ROCHA et al, 2019). A tomada de consciência por parte desses profissionais estimula a identificação de pontos frágeis que necessitam de atenção e desenvolvimento, com consequente estabelecimento de metas organizacionais (TINGVOLL et al, 2016).

Neste sentido, o desenvolvimento de habilidades que cercam o ser enfermeiro requerem uma interação entre líder, equipe, paciente e sistema. Liderar com objetivo de gerir as instituições de saúde implica no enfrentamento de dilemas gerenciais recorrentes e por conseguinte a potencialização do cuidado de modo planejado e compartilhado, favorecendo a comunicação efetiva entre as equipes multiprofissionais. Assim, a ampliação e alcance do cuidado em saúde e enfermagem estimulam a promoção e inovação da organização institucional, fortalecendo o acesso igualitário, a valorização do enfermeiro, a gestão compartilhada e o feedback dos usuários (LOWEN et al., 2015; HONIG et al., 2019).

Liderança centrada na qualidade direta da assistência

Estudo idealizado Suécia com o objetivo de explorar a associação entre comportamentos de liderança entre enfermeiros gerentes e o cuidado centralizado na pessoa e o clima psicossocial na atenção primária com foco em idosos apontou que os comportamentos de liderança dos enfermeiros estavam significativamente associados à atenção centrada na pessoa e no clima psicossocial. Verificou-se também que o nível de atenção centrada na pessoa moderou o impacto dos comportamentos de liderança no clima psicossocial, o que destaca a importância da prática centrada na pessoa na assistência sob uma nova perspectiva (BACKMAN et al., 2016).

A liderança envolve modelagem de papéis, atendimento centrado na pessoa e compaixão para com a equipe e não apenas com o usuário. Organizações comunitárias precisam de líderes compassivos que liderem com suas cabeças e corações e que visam garantir que pacientes, clientes e famílias se sintam cuidados não apenas tratados. Dessa forma, o enfermeiro líder precisa considerar as demandas da organização, da equipe e dos

pacientes para um estável e benéfico alinhamento relacional significativo em direção a um objetivo prioritário, a qualidade da assistência direta (BYERS et al., 2015; ALLI et al., 2017).

Os líderes de enfermagem carecem apoiar a integração sistemática dos serviços de assistência em todo o *continuum*. Assim sendo, essa integração deve incorporar pacientes, familiares, membros da comunidade e outros cuidados de saúde profissionais e serviços sociais, exigindo colaboração na gestão compartilhada de modo a atender as demais individuais e coletivas. Para maximizar os recursos gerenciais, estabelecer parcerias entre a atenção primária e as instituições de ensino superior trata-se de um método colaborativo de excelência, estreitando os canais participativos dos futuros enfermeiros (DYESS et al., 2016; SHARKEY et al., 2017).

Na Espanha, um estudo randomizado em 30 centros de atenção primária à saúde propôs a capacitação de enfermeiros para atuarem como líderes, demonstrando assim, após esse período, que os mesmos apresentaram maior interação com as comunidades locais as quais estavam inseridos, além do compartilhamento de experiências com os membros da equipe e o planejamento multidisciplinar dos cuidados, havendo reconhecimento pela atuação excepcional tanto por parte dos membros comunitários quanto das organizações de saúde envolvidas (LLOBERA et al., 2018). Por conseguinte, a valorização desses profissionais gera frutos para além da gerência organizacional e do cuidado, fortalecendo suas atuações e prestígios frente as sociedades atuais (NIEDERHAUSER et al., 2018).

4 | DISCUSSÃO

Visto como um profissional diferenciado e multifacetado, o enfermeiro inserido no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), apresenta um conjunto de competências e habilidades as quais podem estar ligadas desde às ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças, como também a outras rotinas de caráter administrativo/gerencial. Neste contexto, as características pessoais e as questões organizacionais são determinantes da liderança no contexto da enfermagem hospitalar (LANZONI et al., 2005).

Lowen et al. (2015) apontam que o exercício da liderança em enfermagem fortalece os processos de mudança e inovações organizacionais e, que de forma mais direta, incide sobre a redução dos eventos adversos, de complicações e da mortalidade, além de impactar no aumento da satisfação do paciente.

Os autores supracitados apontam, ainda, um rol exemplificativo de competências que o “enfermeiro-líder” desenvolve, as quais são: implementa e sustenta a mudança; negocia acordos e compromissos; patrocina e vende novas ideias; estimula e promove a inovação.

Observa-se, assim, que as competências do “enfermeiro-líder” estão relacionadas a questões macro da organização (apoiar os níveis hierárquicos mais elevados da gestão no cumprimento da missão, dos valores, da cultura e da mudança organizacional) e a

questões micro (gestão das relações, negociação de escalas, motivação e feedback a demais membros da equipe).

Outro aspecto vinculado ao exercício da liderança diz respeito à necessidade de compartilhamento de responsabilidades e à prestação de serviços orientados às necessidades do paciente. Essas habilidades repercutem nos níveis de qualidade da atenção e na experiência positiva do paciente, além de favorecer o desenvolvimento de uma cultura hospitalar humanizada e colaborativa (DYESS et al., 2016).

O comprometimento é, assim, fator comportamental indispensável ao enfermeiro que pretende exercer a liderança. Niederhauser et al. (2018) apontam que o compromisso da liderança precisa ser visível tanto para os liderados quanto para os pacientes e que esse compromisso refletirá nos processos de forma geral.

Além desse conjunto de habilidades, uma outra que o enfermeiro no exercício de liderança precisa desenvolver diz respeito à habilidade de planejar. Nessa seara, Byers (2015) assevera que o enfermeiro deve identificar intervenções necessárias e orientadas para que os pacientes evoluam de forma adequada. O planejamento do cuidado constitui-se, deste modo, na habilidade que o enfermeiro tem de criar e mobilizar um plano integrado e individualizado de cuidados visando uma experiência positiva por parte do paciente (ALI et al., 2017).

Ali et al. (2017) destacam que os enfermeiros devem exercer o cuidado ao paciente com compaixão. Dessa assertiva surge o líder compassivo, o qual busca identificar a necessidade de modelar e aproveitar respostas adaptativas aos desafios que ameaçam o atendimento de qualidade. A liderança compassiva, assim, exige diferentes intervenções para alcançar diferentes níveis da organização. Noutras palavras, é um modelo de liderança que requer engajamento tanto de enfermeiros como dos demais membros da equipe.

Ressalta-se, ainda, que líderes compassivos cuidam da sua saúde e da saúde mental de sua equipe. E, líderes emocionalmente inteligentes são capazes de promover relacionamentos sólidos e resiliência entre os pares, de modo que a equipe gerencie os desafios físicos e emocionais encontrados no trabalho.

5 | CONCLUSÕES

Este estudo revelou a necessidade do desenvolvimento de competências e habilidades de liderança por parte dos enfermeiros que atuam na atenção básica. Os achados ainda revelaram que a literatura encontrada é, em sua maioria, internacional e baseados em metodologias de abordagem qualitativa.

Conclui-se, a partir da análise da literatura, que o exercício da liderança pelo enfermeiro ocorre de forma incipiente, fato que implica na qualidade da assistência. Deste modo, torna-se relevante o desenvolvimento de um conjunto competências e habilidades, tais como aquelas relacionadas ao planejamento do cuidado orientado ao paciente,

engajamento e comprometimento, motivação, comunicação e feedback aos liderados, inteligência emocional, dentre outros.

REFERÊNCIAS

ALI, S.; TERRY, L. **Exploring senior nurses' understanding of compassionate leadership in the community.** Br J Community Nurs, v. 22, n. 2, p. 77-87, 2017.

BACKMAN, A.; SJÖGREN, K.; LINDKVIST, M.; LÖVHEIM, H.; EDVARDSSON, D. **Towards person-centredness in aged care - exploring the impact of leadership.** J Nurs Manag, v. 24, n. 6, p. 766-774, 2016.

BYERS, V. **The challenges of leading change in health-care delivery from the front-line.** J Nurs Manag, v. 25, n. 6, p. 449-456, 2017.

DYESS, S. M.; OPALINSKI, A.; SAISWICK, K.; FOX, V. **Caring Across the Continuum: A call to nurse leaders to manifest values through action with community outreach.** Nurs Adm Q, v. 40, n. 2, p. 137-145, 2016.

FARAH, B. F.; DUTRA, H. S.; SANHUDO, N. F.; COSTA, L. M. **Perception of nurse supervisors on leadership in primary care.** Rev Cuid, v. 8, n. 2, p. 1638-1655, 2017.

GALVÃO, T. F.; PANSANI, T. S. A. **Preferred reporting items for systematic reviews and metaanalyses: The PRISMA Statement.** Epidemiol. Serv. Saúde, v. 24, n. 2, p. 335-342, 2015.

GANONG, L. H. **Integrative reviews of nursing research.** Research in Nursing & Health, v. 10, n. 1, p. 01-11, 1987.

HONIG, J.; DOYLE-LINDRUD, S.; DOHRN, J. **Avançando na direção de cobertura universal de saúde: competências de enfermeiros de práticas avançadas.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, v. 27, n. 2, p. 31-39, 2019.

JODAR, I. S. G.; GENÉ, I. B. J.; HITO, P. D.; OSABA, M. A.; DEL, V. G. J. L. **Self-perception of leadership styles and behaviour in primary health care.** BMC Health Serv Res, v. 16, n. 1, p. 572-583, 2016.

LANZONI, G. M. M.; MEIRELLES, B. H. S.; CUMMINGS, G. **Práticas de liderança do enfermeiro na atenção básica à saúde: uma teoria fundamentada nos dados.** Texto contexto – enferm, v. 25, n. 4, p. 01-10, 2016.

LANZONI, G. M. M.; MEIRELLES, B. H. S.; ERDMANN, A. L.; THOFEHRN, M. B.; DALL'AGNOL, C. M. **Ações/interações motivadoras para liderança do enfermeiro no contexto da atenção básica à saúde.** Texto contexto – enferm, v. 24, n. 4, p. 1121-1129, 2015.

LLOBERA, J.; SANSÓ, N.; RUIZ, A.; LLAGOSTERA, M.; SERRATUSSELL, E.; SERRANO, C.; ROSELLÓ, M. L. M.; BENITO, E.; CASTAÑO, E. J.; LEIVA, A. **Strengthening primary health care teams with palliative care leaders: protocol for a cluster randomized clinical trial.** BMC Palliat Care, v. 17, n. 1, p. 04-12, 2017.

LOWEN, I. M. V.; PERES, A. M.; CROZETA, K.; BERNARDINO, E.; BECK, C. L. C. **Competências gerenciais dos enfermeiros na ampliação da Estratégia Saúde da Família.** Rev. esc. enferm. USP,

v. 49, n. 6, p. 964-970, 2015.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. **Integrative literature review: a research method to incorporate evidence in health care and nursing.** Texto contexto – enferm, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

NANCE-FLOYD, B.; ZOMORODI, M. **Clinical site development for the clinical nurse leader in a rural primary care setting.** J Nurs Care Qual, v. 33, n. 2, p. 95-99, 2018.

NEGREIROS, F. D. S.; PEQUENO, A. M. C.; ALENCAR, C. S.; CARVALHO, G. S. O.; MOREIRA, T. R. **Perceptions of nurses about the competences developed in postoperative care after a liver transplant.** Rev Rene, v. 21, n. 2, p. 01-11, 2020.

NIEDERHAUSER, V.; WOLF, J. **Patient experience: A call to action for nurse leadership.** Nurs Adm Q, v. 42, n. 3, p. 211-216, 2018.

ROCHA, B. S.; MUNARI, D. B.; SOUSA, B. M.; LEAL, M. L.; RIBEIRO, L. C. M. **Coaching tools in the development of nursing leadership in primary health care.** Revista de Enfermagem da UFSM, v. 9, n. 1, p. 01-23, 2019.

SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, M. R. C. **The PICO strategy for the research question construction and evidence search.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, v. 15, n. 3, p. 508-511, 2007.

SCOFANO, B. S.; VALENTE, G. S. C.; LANZILLOTTI, R. S. **Nursing performance as team leader in the hospital area: an integrative review.** Revista Nursing, v. 22, n. 253, p. 2943-2948, 2019.

SHARKEY, S.; LEFEBRE, N. **Leadership perspective: Bringing nursing back to the future through people-powered care.** Nurs leadersh (Tor Ont). v. 30, n. 1, p. 11-22, 2017.

TINGVOLL, W.; SÆTERSTRAND, T.; MCCLUSKY, L. M. **The challenges of primary health care nurse leaders in the wake of New Health Care Reform in Norway.** BMC Nurs. v. 15, n. 1, p. 66-74, 2016.

YAÑEZ, M. R.; AVILA, J. A.; BERMUDEZ, M. I.; MIGUEL, I. D.; BELLVER, V.; GUILABERT, M.; MIRA, J. J. **Estudio Delphi para identificar las competencias en gestión del directivo de enfermería.** Rev Calid Asist, v. 31, n. 2, p. 113-121, 2016.

CAPÍTULO 6

GERENCIAMENTO DE CONFLITO: INTERFACE ENFERMEIRO E SUA EQUIPE EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Data de aceite: 01/07/2021

Data de submissão: 09/05/2021

Valdjane Nogueira Noletto Nobre

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais / Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HC-UFMG/EBSERH).
Belo Horizonte – MG
<https://orcid.org/0000-0002-3421-1346>

Pamela Nery do Lago

HC-UFMG/EBSERH.
Belo Horizonte – MG
<https://orcid.org/0000-0002-3831-5003>

Luciana Moreira Batista

HC-UFMG/EBSERH.
Belo Horizonte – MG
<https://orcid.org/0000-0001-9649-1198>

Maria Fernanda Silveira Scarcella

HC-UFMG/EBSERH.
Belo Horizonte – MG
<https://orcid.org/0000-0002-3319-1646>

Glauber Marcelo Dantas Seixas

Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA)
Belém – PA
<https://orcid.org/0000-0001-9553-4627>

Samara Oliveira Lopes

Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe (HU-UFS/EBSERH)
Aracaju – SE
<https://orcid.org/0000-0002-6636-5001>

Manuela Amaral Almeida Costa

Hospital Universitário Professor Alberto Antunes da Universidade Federal de Alagoas (HUPAA/EBSERH)
Maceió – AL
<https://orcid.org/0000-0001-7378-2590>

Aline Francielly Rezende Fróes

Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (HUMAP-UFMS/EBSERH)
Campo Grande – MS
<https://orcid.org/0000-0003-2962-5859>

Adriano Ferreira de Oliveira

HUMAP-UFMS/EBSERH
Campo Grande – MS
<https://orcid.org/0000-0002-9613-717X>

Milenny Andreotti e Silva

HUMAP-UFMS/EBSERH
Campo Grande – MS
<https://orcid.org/0000-0002-0714-570X>

Jéssica de Oliveira dos Anjos

Residente em Enfermagem Obstétrica pela Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS)
Campo Grande – MS
<https://orcid.org/0000-0002-1277-7365>

Milena Vaz Sampaio Santos

Hospital Universitário de Brasília (HUB-UNB/EBSERH)
Brasília – DF
<https://orcid.org/0000-0001-7728-2040>

RESUMO: Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica com abordagem qualitativa objetivando analisar o perfil do enfermeiro gerente e as causas e desafios na gestão de conflitos no contexto da enfermagem no ambiente hospitalar. Foi realizada uma pesquisa em bases de dados virtual abordando a enfermagem e conflitos em ambiente hospitalar. Encontrados 35 artigos indexados, destes, foram selecionados 15 com relevância que permeia a temática. Os resultados alcançados possibilitou expor as principais causas geradoras de conflitos, os desafios e as competências do enfermeiro no gerenciamento de conflitos, o que possibilitou concluir que o conflito é inerente às relações humanas e fundamental para impulsionar o enfermeiro gestor a desenvolver habilidades específicas, impactando-o de maneira positiva para desenvolver um bom trabalho com a equipe de enfermagem e para as instituições de saúde.

PALAVRAS - CHAVE: Gerenciamento. Equipe de enfermagem. Setor de Internação Hospitalar.

CONFLICT MANAGEMENT: NURSE INTERFACE AND ITS TEAM IN HOSPITAL HOSPITALIZATION UNIT

ABSTRACT: This is a literature review study with a qualitative approach aiming to analyze the profile of the nurse manager, causes and challenges in conflict management in the context of nursing in the hospital environment. A search was conducted in virtual databases addressing nursing and conflicts in a hospital environment. Found 35 indexed articles, of these, 15 were selected with relevance that permeates the theme. The results achieved made it possible to expose the main causes of conflict, the nurses' challenges and competences in conflict management, which made it possible to conclude that the conflict is inherent in human relationships and fundamental to encourage the nurse manager to develop specific skills, impacting o in a positive way to develop a good job with the nursing team and for health institutions.

KEYWORDS: Management. Nursing team. Hospitalization Sector.

1 | INTRODUÇÃO

O conflito pode ser caracterizado como dissonância de opiniões e interpretações antagonica quanto as mesmas questões. Os conflitos aparecem ao passo que os relacionamentos surgem e se estabelece indo de encontro a diferentes valores, crenças e metas, tem origem multicausal e se manifesta de diversas maneiras, o que denota o quão complexo é a gestão de conflito no trabalho assim como no cenário da enfermagem.

A gestão é inerente à função do enfermeiro, inclusive no gerenciamento de conflitos, este profissional desenvolve função extremamente essencial nas relações, pois articula e interage com os diversos trabalhadores, sendo referência em liderança e coordenação do processo de trabalho em saúde, para isso defronta-se com obrigatoriedade de gerenciar conflitos, e provê o bem-estar da organização de saúde (ASSIS; STRAUB, 2016).

A Enfermagem é compromissada com a produção e gestão do cuidado, desempenhando suas funções com autonomia e em consonância com os preceitos éticos

e legais, técnico-científico exercendo suas funções com notoriedade para promoção do sujeito em sua integralidade (RESOLUÇÃO COFEN nº 564, 2017).

É na graduação que desenvolve conhecimento técnico científico, corroborando para o raciocínio crítico reflexivo do sujeito, por vez, percebe-se que só na caminhada profissional é que constrói, desenvolve habilidades e comportamentos mediante situações do cotidiano. Nota-se que as principais estratégias para o gerenciamento de conflito permeiam o conhecimento técnico-científico-prático, auto percepção, autocontrole e controle emocional frente à situação de estresse. Sendo apontado como primordial o diálogo, profissionalismo e a imparcialidade, manter um ambiente harmônico, ético e a qualidade do serviço prestado (SILVA, A. C. S. et al, 2018).

Para tanto o presente estudo busca responder a questão norteadora que impulsionou esta pesquisa, qual o perfil do enfermeiro gerenciador de conflito no ambiente hospitalar? Sendo considerado, portanto, uma atualização para profissionais enfermeiros, pois se acredita poder incitar em cada leitor que se apossa de um modelo de trabalho com formação e afirmação de vínculos profissionais saudáveis no trabalho da enfermagem e consequentemente na sociedade.

Trata-se de uma revisão de literatura com abordagem qualitativa exploratória. Tendo como objetivos analisar o perfil do enfermeiro gerente frente aos conflitos, causas e desafios na gestão de conflitos no contexto hospitalar. Utilizando os descritores: gestão, equipe de enfermagem, administração e consulta de enfermagem, foram extraídos 32 artigos publicados nas bases de dados: BVS, SCIELO, Google acadêmico, LILACS, SciELO e Pubmed, referente ao período de 2011 a 2020. Dentre estes, eleitos 16, após leitura minuciosa e de relevância para a temática.

2 | GERENCIANDO CONFLITOS

Os conflitos nas relações surgem com a história de vida do sujeito, situação de trabalho, pela própria cultura, princípios e valores, muitas vezes independentemente da vontade do indivíduo. Estudos apontam que deve haver abreviamento entre quem pensa e quem executa visto que é uma complementariedade e compartilhamento no processo de pensar e aprender, nas instituições. Diante disso observa-se quebra de paradigmas, o que mostra ressignificação e reestruturação do processo de trabalho, o que possibilita aos trabalhadores mais autonomia e autenticidade. (THOFEHRN et al, 2011).

Ao longo da história o profissional de enfermagem vem desenvolvendo suas competências, assumindo cada vez mais responsabilidades sociais, políticas e econômicas. Desse modo, o serviço de saúde cobra cada vez mais desses profissionais, assumindo novos desafios e impulsionando o enfermeiro a estar em constante busca de conhecimento em prol de alcançar metas e resultados institucionais (OLIVEIRA et al, 2018).

O enfermeiro possui inúmeras competências dentre elas a de gerenciar conflitos,

onde deve ser um intermediador, visando estabelecer equilíbrio e harmonia através de observância, raciocínio analítico, comunicação efetiva e identificar causas dos estressores para tomada de decisão eficaz de maneira equânime e imparcial.

Quanto ao perfil do enfermeiro gerenciador de conflitos os autores ratificam, que este profissional deve deter habilidades e mecanismos que corroboram na resolatividade como: comportamentos, postura e atitudes mediante situação conflituosa, sendo coparticipante dos sujeitos como equipe, ser pragmático, comunicação efetiva, conduzir com imparcialidade e priorizar a escuta de cada sujeito. Assim enaltece o diálogo como principal ferramenta para gerir os conflitos no trabalho, como também imparcialidade, postura, respeito mútuo e priorização da excelência na assistência prestada, atuando de forma igualitária com todos da equipe (MOURA et al, 2014).

Neste contexto observa-se que o profissional enfermeiro tem ciência que o cargo de liderança e gestão é intrínseco a profissão, porém não simples e certamente um dos maiores desafios na profissão, visto que a formação acadêmica é voltada para processos, práticas e técnicas de cuidado, a relação interpessoal deixa a desejar na academia durante a formação, portanto são habilidades desenvolvidas e aprimoradas constantemente ao longo da carreira profissional (LORENZINI et al, 2015).

Os estudos são unânimes quando abordam a questão do diálogo nas relações, sendo indispensável para resolução dos conflitos entre os envolvidos, uma vez que cada indivíduo é único com história singular, experiências e princípios próprios. Um líder deve estar permanentemente a observar cada colaborador integralmente sem deixar de atentar para as subjetividades de cada um, uma vez que pode contribuir para melhor entender seus anseios, angustias, relação consigo mesmo, família e a inserção de cada um na equipe (THOFEHRN et al, 2011).

Ademais o enfermeiro antes de tudo, precisa saber conviver com as próprias emoções, entender que cada sujeito é único e dispõem de objetivos distintos, porém é capaz de manter uma relação harmoniosa. Para tanto, o enfermeiro deve lançar mão de estratégias criativas, esclarecedoras e conciliadoras, fazendo uso de ferramentas através de conhecimento teórico e/ou prático, que irão favorecer todos os componentes da equipe (TEODORO FILHO; SANTO, 2019).

Os conflitos dentro de uma equipe são diversos e de causas distintas, como: divergências de opiniões, falta de afinidade, antipatia, dificuldade de se relacionar, mudanças de modelo assistencial e problemas pessoais, assim como o próprio ambiente de trabalho influencia na geração de conflito nas organizações e nas equipes de trabalho, perpassado assim as questões profissionais. Segundo estudo, a origem dos problemas é inerente ao homem e intrínseca a cada sujeito da relação (EDUARDO, 2016).

A luz dos estudos de Pinhatti et al (2017), um dos geradores de conflito em equipe foi o rodízio dos profissionais entre setores, uma vez que o desconhecido causa incertezas e pode atingir o psicológico dos sujeitos envolvidos, gerando resistência, antipatia, angústia,

temor e sensação de exclusão. Em contrapartida, o rodízio também pode favorecer desenvolvimento profissional, desempenho pessoal, aumento da confiança na execução de novos afazeres, ocasionando maior flexibilidade e autoestima.

O mesmo autor traz que a vivência em outros setores amplia o conhecimento do processo de trabalho impulsionando estes a melhorar o seu desempenho. Para tanto, é primordial explicar a finalidade e os benefícios do rodízio, e que a equipe possa participar na formulação do rodízio, conferindo-lhes a corresponsabilidade do processo de trabalho. Com isso propicia aproximação entre os sujeitos que compõem a equipe e oportuniza o convívio no trabalho, sendo causas minimizadoras dos conflitos (PINHATTI et al, 2017).

Neste sentido a hierarquia rígida e autoritária é mais um dos fatores geradores de conflitos, assim como, escassez de recursos humano e de material, falta de infraestrutura para atender à demanda, o desrespeito entre membros da equipe, desmotivação pelos baixos salários, jornada de trabalho excessiva e dinâmica desgastante em unidades hospitalares são situações que favorece a exaustão e estresse da equipe (LORENZINI et al, 2015).

Quanto aos desafios, os fatores prevalentes observados são: sensação de impunidade quando se fala de serviço público, sobrecarga de responsabilidade, falta de estrutura e capacitação profissional, mediar interesses individuais e do serviço e identificar o papel do enfermeiro dentro do serviço. Nesse sentido, mostra o desapontamento dos enfermeiros por estarem limitados quanto à resolução de conflitos que, por vezes, dependem de um sistema que é complexo e dependente de outros setores para sua resolução (LIMA et al, 2014).

Em conformidade ao estudo de Marta et al (2010), é fundamental ressaltar importância da formação e afirmação de vínculos profissionais e conhecer a origem e o motivo desencadeador dos conflitos. Considera-se que essa premissa pode ser construída e ampliada a medida que o enfermeiro desenvolve empatia e interesse pelo outro como indivíduo único, buscando desenvolver e melhorar as relações interpessoais, tendo em vista a qualificação da equipe de enfermagem e se fazer entendedor das necessidades de cada um em sua dimensão.

Sendo assim, a empatia e a valorização dos esforços de cada membro da equipe de enfermagem contribuem para um convívio de parceria, confiança, respeito, compromisso, colaboração, proatividade, cooperação, engajamento, criatividade e responsabilidade, tornando o sujeito mais produtivo com resultado satisfatório, onde desencadeia o sentimento de se fazer parte do processo e o da valorização profissional/pessoal, conseqüentemente satisfação e realização profissional, com isso propicia maior qualidade de vida e bem-estar do sujeito (SILVA, G. S. et al, 2012).

Ademais, enfermeiros concursados muitas vezes assumem cargos de gerencia, sem possuir competências para tal, gerando insegurança diante das situações de conflitos. Mesmo que a organização possua programa de capacitação e treinamentos, sempre são

voltados para atualizações clínicas e não para gestão. São importantes fontes de suporte para o gerenciamento: a negociação, a tomada de decisão, o conhecimento técnico, a liderança e a comunicação (EDUARDO et al, 2016).

Neste cenário, os enfermeiros se deparam com uma série de obstáculos que dificultam seu trabalho frente às circunstâncias conflituosas como a inexperiência e falta de qualificação, o que causa insegurança e falta de otimismo da equipe de trabalho, ocasionando sentimento de inaptidão e impotência para liderar, onde muitas vezes sua autonomia também é restrita. Gerenciar pessoas, dentre todas as vertentes da administração, é apontada como a mais difícil e importante para o sucesso da organização, com ênfase no manejo dos conflitos e relações interpessoais (GUERRA et al 2011).

Constata-se que grande parte transcende a governabilidade dos líderes, por estar relacionada a questões políticas, financeiras, ideológicas e individuais, onde há necessidade de se investir em capacitação complementar para esses gerentes, sobretudo para a gestão de pessoas. Esta pode ser o passaporte para o bom funcionamento das relações em trabalho, mais também para a gestão do cuidado, característica essencial no trabalho do enfermeiro (SILVA, G. S. et al, 2012).

A gestão de conflitos exercida por enfermeiros perpassa ao cargo, assim como a formação acadêmica, a qual propicia meios para a função, em contrapartida se observa incapacidade/insuficiente para gerir tantas diversidades e complexidades inerentes ao cargo. Evidencia-se a relevância do tema pesquisado, sobretudo uma provocação para os enfermeiros quanto para sua equipe, tendo em vista que são indissociáveis, visto que os trabalhos se complementam e o elo desenvolvido é imprescindível para o andamento e qualidade da assistência.

Mediante as literaturas abordadas, o enfermeiro gerente convive com seus próprios conflitos internos onde executa sua função como profissional que detém autonomia, porém vivi uma batalha constante ao conciliar os direitos e deveres do profissional, com o interesse institucional e/ou pessoal, sem deixar a moral e a ética profissional.

Observa-se o quão a comunicação é essencial na enfermagem e principalmente no gerenciamento, o enfermeiro precisa estar perto de sua equipe para melhor compreendê-la, para tanto o profissional enfermeiro deve trabalhar pautado na ética e respeito ao próximo, atuando com imparcialidade, pois cada situação é singular. Portanto, muitas decisões também podem e/ ou deve ser singular.

Colocar-se diante de tomada de decisão e assumir posição de líder da equipe onde muitas vezes esta é composta por pessoas mais experientes que o próprio líder, torna-se muito desafiador e perturbador, implica em medo e angústia. Sugere-se que o enfermeiro gerente deve ter conhecimento pleno das características e rotina do setor, carecendo de estar inserido em sua realidade e possuir manejo sobre sua equipe (MONSANI; SORATTO, 2019).

Nesta perspectiva vislumbra-se que o propósito do gerenciamento de conflitos é

o de melhorar o processo para atingir um alvo, equilíbrio e bom relacionamento entre os profissionais e qualidade na assistência, e não apenas de reagir a desfechos inadequados. Uma das maneiras de resolver um problema é projetar novamente o processo (SCOFANO; VALENTE; LAZILLLOTTI, 2019).

3 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os conflitos assim como a negociação são inerentes a vida, pois acompanha o homem desde o nascimento e não somente os conflitos é que são negociados, como também acordos e parcerias que se inserem no contexto social e de trabalho.

Como observado, os conflitos são comuns e frequentes nas relações sejam pessoais ou profissionais, para tanto os gestores devem construir pontes e não muros no ambiente de trabalho, proporcionando aos sujeitos desempenhar suas potencialidades, pois não existem mudanças sem informação, visto que a informação modifica o pensamento e o agir do homem aumentando a satisfação no que faz, transformando compromisso em resultados.

Assim, o profissional enfermeiro líder, possui o desafio na construção e concretização de relações profissionais visto que é imprescindível para desenvolvimento do bom trabalho em saúde/enfermagem, o que possibilita maior segurança e maiores resultados. Contudo, sendo desafiador conciliar interesse institucional, do sujeito como membro da equipe, princípios próprio e equilíbrio emocional seguindo a ética, a moral e respeitando os direito de cada indivíduo envolvido nesta dimensão.

REFERÊNCIAS

ASSIS, A. F.; STRAUB, A. Gestão de conflitos: a oportunidade de aprendizagem através da exploração de divergências. **Rev. FAE**, Curitiba: v. 19, n. 2, p. 220-231, jul-dez. 2016.

BRASIL. **Resolução Nº 564 de 06 novembro 2017**. Conselho Federal de Enfermagem. Brasília.

EDUARDO, E. A et al. O negociador que se tem e o negociador que se quer na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v. 25, n.3, 2016.

GUERRA, S. T. et al. O conflito no exercício gerencial do enfermeiro no âmbito hospitalar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 2, 2011.

LIMA, S. B. S. Conflitos gerenciais e estratégias de resolução pelos enfermeiros gerentes. **Rev Enferm UFSM**, v. 4, n. 2, p. 419-428, 2014.

LORENZINI, E et al. Conflitos na equipe de enfermagem: revisão integrativa, **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 6, n. 02, p.1764-1773, 2015.

MARTA, C. B. et al. Gestão de conflitos: competência gerencial do enfermeiro. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Número Suplementar dos 120 anos da EEAP/UNIRIO, 2010.

MONSANI, E. D.; SORATTO, M. T. Gerenciando a equipe de enfermagem na sala de emergência, **Rev. Inova Saúde**, v. 9, n. 1, 2019.

MOURA, J. L.; VALENTE, G. S. C.; PORTO, F. R. Formas de enfrentamento dos enfermeiros na prática do cuidado Perante as situações de conflitos. **Rev enferm UFPE on line**, v. 8, n. 1, p. 52-58, 2014.

OLIVEIRA, E. S et al. **A gestão de conflitos: desafio na prática gerencial do enfermeiro**. Ciências Biológicas e de Saúde Unit. Aracaju, v. 4, n. 3, p. 123-138, 2018.

PINHATTI, E. D. G. et al. Rodízio de profissionais de enfermagem entre setores de um hospital: ferramenta gerencial na resolução de conflitos, **Texto Contexto Enferm**, v. 26, n. 2, 2017.

SCOFANO, B. S.; VALENTE, G. S. C.; LAZILLLOTTI, R. S. Atuação do enfermeiro líder de equipe de uma equipe na área hospitalar: uma revisão integrativa. **Rev. Nursing**, v. 22, n. 253, p. 2943-2948, 2019.

SILVA, A. C. S. et al. Inteligência emocional no cotidiano do enfermeiro, **Revista Científica UMC Edição Especial PIBIC**, 2018.

SILVA, G, S.; DINIZ, B. G.; ROSA, V. D. G. Administração de conflitos: análise de percepções de enfermeiros gerentes. **Enferm. Cent. O. Min.**, v. 2, n.3, p. 358-368, 2012.

TEODORO FILHO, V.; SANTO, M. C. B. E. **O gerenciamento do enfermeiro na resolução de conflitos em unidade secundária de saúde**. Repositório Digital do Univag, 2019.

THOFEHRN, M. B. et al. A dimensão da subjetividade no processo de trabalho da enfermagem. **Rev. enferm. saúde**, v. 1, n. 1, p. 190-198. 2011.

CAPÍTULO 7

CONHECIMENTOS SOBRE LEGISLAÇÃO EM SAÚDE: UMA FERRAMENTA DA AUDITÓRIA DE ENFERMAGEM

Data de aceite: 01/07/2021

Rozemy Magda Vieira Gonçalves

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Porto Alegre - RS
<http://lattes.cnpq.br/1888461328023374>

Terezinha de Fátima Gorreis

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Porto Alegre - RS
<http://lattes.cnpq.br/5389546488481447>

RESUMO: O processo de auditoria envolve a aplicação de uma série de procedimentos, tendo por objetivo identificar, comprovar e relatar falhas ou desvios de conduta em relação a padrões preestabelecidos para a área sob avaliação. Além disso, cumpre ao auditor a missão de sugerir mudanças para o aprimoramento dos controles-chave do sistema relativo às áreas ou setores objeto de auditoria, contribuindo para que medidas sejam implementadas, por quem de direito, visando otimizar a utilização e a salvaguarda dos recursos financeiros e humanos disponíveis. Para desempenhar essas funções, o auditor deve conhecer profundamente os processos de controle interno e, bem assim, a legislação emanada dos diversos órgãos reguladores, tanto da sua profissão quanto da área ou setor sob auditoria. É nesse contexto que o conhecimento da legislação pertinente à área de saúde adquire importância capital na Auditoria de Enfermagem, eis que cabe ao auditor, nesse caso, zelar para o correto cumprimento dessa

legislação. Como se sabe, a legislação brasileira pertinente à saúde é extremamente complexa e, em muitos casos, carente de melhorias. Assim, o presente artigo se concentrará especificamente nas normas legais e infralegais, pertinentes ao Código de Defesa do Consumidor e ao Sistema Nacional de Saúde Suplementar. Em face do exposto, o presente artigo objetivou a realização de um levantamento bibliográfico para construção de uma revisão narrativa, a fim de compilar estudos científicos da área e abordar os principais aspectos relacionados sobre legislação em saúde para obter, compilar e delimitar o campo de conhecimento e atuação do Enfermeiro Auditor, que permita o exercício qualificado de sua profissão. Neste mesmo contexto, a finalidade é discorrer acerca do conceito, objetivos e técnicas utilizadas na condução de uma Auditoria de Enfermagem, além de identificar, compilar e comentar a legislação brasileira que trata do Código de Defesa do Consumidor e do Sistema de Saúde Suplementar, no que se refere, especificamente, à Auditoria de Enfermagem.

PALAVRAS - CHAVE: Legislação; Código de Defesa do Consumidor; Sistema Nacional de Saúde Complementar; Auditoria em Enfermagem.

KNOWLEDGE ABOUT HEALTH LEGISLATION: A NURSING AUDIT TOOL

ABSTRACT: The audit process involves the application of a series of procedures, with the objective of identifying, proving and reporting, flaws or deviations in conduct in relation to pre-established standards for the area under evaluation. In addition, the auditor fulfills the

mission of suggesting changes to improve the key controls of the system related to the areas or sectors being audited, contributing to measures being implemented, by those entitled, in order to optimize the financial and human resources available. In order to perform these functions, the auditor must have a thorough knowledge of the internal control process, as well as the legislation issued by the various regulatory agencies, both in their profession and in the area or sector under audit. It is in this context that the knowledge of the legislation affects the health area acquires main importance in the Nursing Audit, since it is up to the auditor, in this case, to ensure the correct compliance with this legislation. As is well known, Brazilian legislation concerning to health is extremely complex and, in many cases, in need of improvement. Thus, this article will focus specifically on the legal and infra-legal rules, pertinent to the Consumer Protection Code and the National Supplementary Health System. In view of the above, this article aimed to carry out a bibliographic survey to build a narrative review, in order to compile scientific studies in the area and address the main related aspects of health legislation to obtain, compile and delimit the field of knowledge and performance of the Nurse Auditor, which allows the qualified exercise of his profession. In this same context, the purpose is to discuss the concept, objectives and techniques used in conducting a Nursing Audit, in addition to identifying, compiling and commenting on the Brazilian legislation dealing with the Consumer Protection Code and the Health System Supplementary, with specific reference to nursing auditing.

KEYWORDS: Legislation; Consumer Protection Code; National Complementary Health System; Nursing Audit.

1 | INTRODUÇÃO

O processo de auditoria envolve a aplicação de uma série de procedimentos tendo por objetivo identificar, comprovar e relatar falhas ou desvios de conduta em relação a padrões preestabelecidos para a área sob avaliação. Além disso, cumpre ao auditor a missão de sugerir mudanças para o aprimoramento dos controles-chave do sistema relativo às áreas ou setores objeto de auditoria, contribuindo para que medidas sejam implementadas, por quem de direito, visando a otimizar a utilização e a salvaguarda dos recursos financeiros e humanos disponíveis.

Para desempenhar essas funções, o auditor deve conhecer profundamente os processos de controle interno, além da legislação (leis, regulamentos, portarias, resoluções) emanada dos diversos órgãos reguladores, tanto da sua profissão quanto da área ou setor sob auditoria. É nesse contexto que o conhecimento da legislação relativa à área de saúde adquire importância capital na Auditoria de Enfermagem, cabendo ao auditor, nesse caso, zelar pelo correto cumprimento dessa legislação.

Com base nos resultados obtidos em um processo de auditoria, é possível avaliar se possuímos gestores e administradores qualificados, éticos e honestos, imbuídos de um espírito que seja capaz de levar a efeito as sugestões e recomendações feitas pelos auditores em saúde, estabelecendo medidas e diretrizes seguras para validar processos, otimizar recursos e sua efetividade, reduzir custos, atender às demandas reais, agir de forma

resolutiva, qualificar os serviços oferecidos, obter custos efetivos e avaliar desperdícios, fornecer transparência e visibilidade nos processos, buscando atender à satisfação e às necessidades dos usuários de maneira sistematizada e qualificada.

Como se sabe, a legislação brasileira que dispõe sobre saúde é extremamente complexa e, em muitos casos, carente de melhorias. Assim, o presente artigo se concentrará especificamente nas normas legais e infralegais atinentes ao Código de Defesa do Consumidor (CDC), Código Civil e ao Sistema Nacional de Saúde Suplementar (SNSS).

Portanto, com base no grau de importância e relevância do tema, o presente artigo objetivou a realização de um levantamento bibliográfico para construção de uma revisão narrativa, a fim de compilar estudos científicos da área e abordar os principais aspectos relacionados sobre legislação em saúde para obter, compilar e delimitar o campo de conhecimento e atuação do Enfermeiro Auditor, que permita o exercício qualificado de sua profissão.

Neste mesmo contexto, a finalidade é discorrer acerca do conceito, objetivos e técnicas utilizadas na condução de uma Auditoria de Enfermagem, além de identificar, compilar e comentar a legislação brasileira que trata do CDC e do SNSS no que se refere, especificamente, à Auditoria de Enfermagem.

2 | REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Auditoria de Enfermagem – Conceito e Objetivos

Para o entendimento do conceito e objetivos de uma Auditoria de Enfermagem, é oportuno transcrever as seguintes considerações feitas por Scarparo (2007):

A auditoria tem sido uma ferramenta gerencial utilizada pelos profissionais da saúde, em especial os enfermeiros, com a finalidade de avaliar a qualidade da assistência de enfermagem e os custos decorrentes da prestação desta atividade.

Embora essas duas vertentes de atuação sejam de grande importância, os estudos realizados até então demonstram que o foco da auditoria de enfermagem privilegia a sua dimensão contábil.

A revisão da literatura também revela que o tema é pouco explorado, evidenciando que não há clareza acerca de concepção, de método e da finalidade da auditoria de enfermagem, requerendo investimentos na produção de conhecimentos que possam sustentar a atuação dos profissionais nesta área.

Desse modo, os objetivos desta pesquisa estão circunscritos a identificar e analisar opiniões de especialistas em auditoria que atuam no contexto da enfermagem brasileira e, sistematizar tendências de concepção, de método e de finalidade da auditoria de enfermagem, na atualidade e para os próximos cinco anos.

[...] Os resultados revelaram que a concepção atual da auditoria está enfocada

na visão contábil e financeira tendo em vista a sustentação econômica da instituição e como ato de controladoria visando identificar pagamentos indevidos referentes à conta hospitalar; no futuro, à essa concepção referida será associada, a avaliação da qualidade da assistência, com envolvimento em outras áreas que interferem na assistência.

Os métodos e finalidades que obtiveram consenso entre os participantes para a atualidade e futuro estão intimamente relacionados a concepção de tais períodos. Na atualidade o método da auditoria de enfermagem foi considerado de forma retrospectiva, do tipo interna, contemplando as etapas de coleta de dados e análise de contas hospitalares a fim de impor glosas ou diminuí-las, utilizando dados coletados dos prontuários dos pacientes, registros e manuais de enfermagem; no futuro, foram associados à esses métodos, a forma concorrente, o tipo externa, contemplando a análise da estrutura, processo e resultado, considerando visão integrada e ampliada e a definição de objetivos, coleta de dados acerca dos processos da assistência de enfermagem com elaboração de relatório técnico. (SCARPARO, 2007, p. 304-305)

Outro autor descreve o conceito de auditoria, incluindo as várias enumerações de tipos de auditoria existentes, considerando como uma técnica que visa analisar se determinados atos e fatos estão em consonância com critérios preestabelecidos, sustentada em procedimentos específicos, devendo ser relatada a situação encontrada com respaldo em evidências e provas consistentes (CHAVES, 2019).

Nessa concepção, a auditoria extrapola os limites das ciências contábeis e mergulha em outras áreas do conhecimento com a mesma finalidade, ou seja: verificar se atos e fatos pertinentes a tais áreas estão de acordo com critérios predeterminados em regras, normas ou padrões.

A finalidade da Auditoria de Enfermagem, na atualidade, está restrita à comprovação de pagamento de contas hospitalares, revendo glosas, realizando negociações entre representantes do hospital e do convênio e, no futuro, associado à primeira finalidade, apontar inadequações da assistência de enfermagem, reformulando suas práticas, indicando processos de educação em serviço e delineando ações corretivas.

Com relação às prioridades a serem implementadas para a prática futura, foram pontuados a formação específica (especialização) e o planejamento e a execução de forma sistemática, pautada no conhecimento científico e técnico da profissão. Conclui-se que a Auditoria de Enfermagem cumpre uma finalidade institucional que, na atualidade, está pautada em um enfoque empresarial e mercadológico. “Há uma tendência de mudança do enfoque de mercado voltado para o cliente, portanto pautado na qualidade do produto ou serviço, havendo a adequação das ações nesse sentido.” (FERREIRA; SAMPAIO; THOMAZ, 2017).

Já para Silva et al. (2019), em estudo realizado em um hospital universitário localizado em Salvador, estado da Bahia, aponta:

A auditoria é o instrumento de controle da qualidade do trabalho da equipe de enfermagem, sendo utilizada com o objetivo de melhorar a qualidade do serviço prestado.

Há uma correlação positiva entre os registros e a qualidade do cuidado. Assim, podem-se avaliar os cuidados de enfermagem por meio de registros, os quais refletem a qualidade da assistência de enfermagem. (SILVA et al., 2019, p. 28-33)

A auditoria é um sistema de revisão e controle para informar a administração sobre a eficiência e eficácia dos programas em desenvolvimento. Sua função não é somente indicar as falhas e os problemas, mas também, apontar sugestões e soluções, assumindo um caráter eminentemente educacional. É definida também como exame oficial de registros de enfermagem, com o objetivo de avaliar, verificar e melhorar a assistência de enfermagem e como um método utilizado para avaliar a qualidade do cuidado de enfermagem através dos registros de enfermagem, após a alta do paciente.

A auditoria ainda pode ser entendida como uma avaliação sistemática da assistência de enfermagem, verificada através das anotações de enfermagem nos prontuários dos pacientes e ou das próprias condições destes.

Existem dois tipos de auditoria: a retrospectiva e a operacional ou recorrente. A auditoria retrospectiva é feita após a alta do paciente e utiliza o prontuário para avaliação. A auditoria operacional ou recorrente é feita enquanto o paciente está hospitalizado ou em atendimento ambulatorial. A auditoria pode ser classificada quanto a forma de intervenção (interna e externa), ao tempo (contínua e periódica), a natureza (normal e específica) e ao limite (total e parcial).

Segundo Silva et al. (2019), nos dias de hoje a Auditoria de Enfermagem nos hospitais possui dois grandes objetivos, o de mensurar a assistência prestada (qualidade) e o de conciliar o nível dessa assistência com a necessidade de controle dos custos hospitalares.

A qualidade dos serviços de enfermagem inclui, além da formação do enfermeiro; do processo de restauração da saúde do cliente, ou não sendo isto possível, a promoção do conforto, da otimização da qualidade de vida e das orientações quanto ao autocuidado; da simplificação e da segurança nos procedimentos de enfermagem; o resultado do produto hospitalar, medido por meio da qualidade da documentação e do registro de todas as ações de enfermagem.

No mesmo sentido, Chaves (2019); Silva et al, (2019); Ferreira, Sampaio e Thomaz (2017); Hinkle e Cheever (2019); ABEA (2018); Treviso et al. (2017); e Monteiro e Paula (2020) apontam que a qualidade do registro das ações assistenciais reflete a qualidade da assistência e a produtividade do trabalho e, com base nesses registros, se pode permanentemente construir melhores práticas assistenciais, além de implementar ações que visem a melhorias nos resultados operacionais.

2.2 Competência Profissional do Enfermeiro Auditor

Primeiramente, cabe destacar que o Enfermeiro Auditor, para o desempenho de suas atribuições em uma Auditoria de Enfermagem, além das técnicas específicas de auditoria, deve possuir profundo conhecimento da legislação que rege as ações desenvolvidas pelo profissional enfermeiro.

Segundo o Anexo da Resolução COFEN nº 266/2001:

I - É da competência privativa do Enfermeiro Auditor no Exercício de suas atividades:

Organizar, dirigir, planejar, coordenar e avaliar, prestar consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre os serviços de Auditoria de Enfermagem.

II - Quando integrante de equipe de Auditoria em Saúde:

- a) Atuar no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;
- b) Atuar na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;
- c) Atuar na elaboração de medidas de prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados aos pacientes durante a assistência de enfermagem;
- d) Atuar na construção de programas e atividades que visem a assistência integral à saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários e de alto risco;
- e) Atuar na elaboração de programas e atividades da educação sanitária, visando a melhoria da saúde do indivíduo, da família e da população em geral;
- f) Atuar na elaboração de Contratos e Adendos que dizem respeito à assistência de Enfermagem e de competência do mesmo;
- g) Atuar em bancas examinadoras, em matérias específicas de Enfermagem, nos concursos para provimentos de cargo ou contratação de Enfermeiro ou pessoal Técnico de Enfermagem, em especial Enfermeiro Auditor, bem como de provas e títulos de Especialização em Auditoria de Enfermagem, devendo possuir o título de Especialização em Auditoria de Enfermagem;
- h) Atuar em todas as atividades de competência do Enfermeiro e Enfermeiro Auditor, de conformidade com o previsto nas Leis do Exercício da Enfermagem e Legislação pertinente;
- i) O Enfermeiro Auditor deverá estar regularmente inscrito no COREN da jurisdição onde presta serviço, bem como ter seu título registrado, conforme dispõe a Resolução COREN Nº 261/2001;
- j) O Enfermeiro Auditor, quando da constituição de Empresa Prestadora de Serviço de Auditoria e afins, deverá registrá-la no COREN da jurisdição onde se estabelece e se identificar no COREN da jurisdição fora do seu Foro de origem, quando na prestação de serviço;
- k) O Enfermeiro Auditor, em sua função, deverá identificar-se fazendo constar o número de registro no COREN sem, contudo, interferir nos registros do prontuário do paciente;

l) O Enfermeiro Auditor, segundo a autonomia legal conferida pela Lei e Decretos que tratam do Exercício Profissional de Enfermagem, para exercer sua função não depende da presença de outro profissional;

m) O Enfermeiro Auditor tem autonomia em exercer suas atividades sem depender de prévia autorização por parte de outro membro auditor, Enfermeiro, ou multiprofissional;

n) O Enfermeiro Auditor para desempenhar corretamente seu papel, tem o direito de acessar os contratos e adendos pertinentes à Instituição a ser auditada;

o) O Enfermeiro Auditor, para executar suas funções de Auditoria, tem o direito de acesso ao prontuário do paciente e toda documentação que se fizer necessário;

p) O Enfermeiro Auditor, no cumprimento de sua função, tem o direito de visitar/entrevistar o paciente, com o objetivo de constatar a satisfação do mesmo com o serviço de Enfermagem prestado, bem como a qualidade. Se necessário acompanhar os procedimentos prestados no sentido de dirimir quaisquer dúvidas que possam interferir no seu relatório

III - Considerando a interface do serviço de Enfermagem com os diversos serviços, fica livre a conferência da qualidade dos mesmos no sentido de coibir o prejuízo relativo à assistência de Enfermagem, devendo o Enfermeiro Auditor registrar em relatório tal fato e sinalizar aos seus pares auditores, pertinentes à área específica, descaracterizando sua omissão.

IV - O Enfermeiro Auditor, no exercício de sua função, tem o direito de solicitar esclarecimento sobre fato que interfira na clareza e objetividade dos registros, com fim de se coibir interpretação equivocada que possa gerar glosas/desconformidades, infundadas.

V - O Enfermeiro, na função de auditor, tem o direito de acessar, in loco toda a documentação necessária, sendo-lhe vedada a retirada dos prontuários ou cópias da instituição, podendo, se necessário, examinar o paciente, desde que devidamente autorizado pelo mesmo, quando possível, ou por seu representante legal.

Havendo identificação de indícios de irregularidades no atendimento do cliente, cuja comprovação necessite de análise do prontuário do paciente, é permitida a retirada de cópias exclusivamente para fins de instrução de auditoria.

VI - O Enfermeiro Auditor, quando no exercício de suas funções, deve ter visão holística, como qualidade de gestão, qualidade de assistência e quântico-econômico-financeiro, tendo sempre em vista o bem estar do ser humano enquanto paciente/cliente.

VII- Sob o Prisma Ético.

a) O Enfermeiro Auditor, no exercício de sua função, deve fazê-lo com clareza, lisura, sempre fundamentado em princípios Constitucional, Legal, Técnico e Ético;

b) O Enfermeiro Auditor, como educador, deverá participar da interação interdisciplinar e multiprofissional, contribuindo para o bom entendimento e desenvolvimento da Auditoria de Enfermagem, e Auditoria em Geral, contudo,

sem delegar ou repassar o que é privativo do Enfermeiro Auditor;

c) O Enfermeiro Auditor, quando integrante de equipe multiprofissional, deve preservar sua autonomia, liberdade de trabalho, o sigilo profissional, bem como respeitar autonomia, liberdade de trabalho dos membros da equipe, respeitando a privacidade, o sigilo profissional, salvo os casos previstos em lei, que objetive a garantia do bem estar do ser humano e a preservação da vida;

d) O Enfermeiro Auditor, quando em sua função, deve sempre respeitar os princípios Profissionais, Legais e Éticos no cumprimento com o seu dever;

e) A Competência do Enfermeiro Auditor abrange todos os níveis onde há a presença da atuação de Profissionais de Enfermagem;

VIII - Havendo registro no Conselho Federal de Enfermagem de Sociedade de Auditoria em Enfermagem de caráter Nacional, as demais Organizações Regionais deverão seguir o princípio Estatutário e Regimental da Sociedade Nacional. (COFEN, 2001)

Dentre as atividades privativas do enfermeiro, estabelece a lei 7.498/1986 (BRASIL, 1986, Art. 11, alínea h) a realização de serviços de consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem.

2.3 Código de Defesa do Consumidor e Código Civil Aplicáveis à Auditoria de Enfermagem

Estabelece o CDC (BRASIL, 1990, Art. 6º, inciso VIII) que são direitos básicos do consumidor a facilitação da defesa de seus direitos, inclusive com a inversão do ônus da prova a seu favor no processo civil, quando, a critério do juiz, for verossímil a alegação ou quando for ele hipossuficiente, segundo as regras ordinárias de experiências. Essas disposições legais têm por objetivo atribuir ao prestador de serviços, inclusive na área de saúde, a obrigação de provar que o consumidor não foi lesado ou prejudicado, delegando ao juiz o poder discricionário de julgar favoravelmente ao usuário do serviço segundo as circunstâncias. Isso pode acontecer, por exemplo, em situações em que o usuário se encontre frágil diante de uma convalescência e não reúna condições suficientes para uma tomada de decisão quanto aos procedimentos a que deve ser submetido.

Aqui, vale mencionar o que assevera Cechin (2020):

Verifica-se uma forte tendência de o Judiciário decidir em favor do paciente, que por sua saúde e vida estarem em risco, quer por ser o elo mais fraco na relação contratual, seja para a suposta defesa da hipossuficiência do consumidor, consagrada no CDC, seja pela função social do contrato, que se tornou regra legal com o novo Código Civil, de 2002. (CECHIN, 2020, p. 186)

Nesse mesmo sentido, o Código Civil (BRASIL, 2002, Arts. 186 e 927) estabelece que aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito, e que aquele que, por ato ilícito (BRASIL, 2002, Arts. 186 e 187), causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo. Além disso, o Art. 932, caput e inciso III, diz que são também responsáveis pela

reparação civil o empregador ou comitente, por seus empregados, serviçais e prepostos, no exercício do trabalho que lhes competir, ou em razão dele.

Ressalte-se, também, por importante, as seguintes disposições do Código Civil:

Art. 948. No caso de homicídio, a indenização consiste, sem excluir outras reparações:

I - no pagamento das despesas com o tratamento da vítima, seu funeral e o luto da família;

II - na prestação de alimentos às pessoas a quem o morto os devia, levando-se em conta a duração provável da vida da vítima.

Art. 949. No caso de lesão ou outra ofensa à saúde, o ofensor indenizará o ofendido das despesas do tratamento e dos lucros cessantes até ao fim da convalescença, além de algum outro prejuízo que o ofendido prove haver sofrido.

Art. 950. Se dá ofensa resultar defeito pelo qual o ofendido não possa exercer o seu ofício ou profissão, ou se lhe diminua a capacidade de trabalho, a indenização, além das despesas do tratamento e lucros cessantes até ao fim da convalescença, incluirá pensão correspondente à importância do trabalho para que se inabilitou, ou da depreciação que ele sofreu.

Parágrafo único. O prejudicado, se preferir, poderá exigir que a indenização seja arbitrada e paga de uma só vez.

Art. 951. O disposto nos arts. 948, 949 e 950 aplicam-se ainda no caso de indenização devida por aquele que, no exercício de atividade profissional, por negligência, imprudência ou imperícia, causar a morte do paciente, agravar-lhe o mal, causar-lhe lesão, ou inabilitá-lo para o trabalho. (BRASIL, 2002)

2.4 Sistema Nacional de Saúde Suplementar

A saúde suplementar surge com a industrialização do Plano de Metas de Juscelino Kubistchek. Era importante que os trabalhadores das novas indústrias tivessem tratamento rápido e eficaz em caso de doença. Tratava-se de reduzir o absenteísmo e manter a produtividade por meio de cuidados imediatos e resolutivos aos trabalhadores adoecidos. Como o setor público não estava equipado para prestar tratamento necessário assim, o setor de planos e seguros de saúde nasceu e se desenvolveu junto com a economia do país (CECHIN, 2020).

Conforme descreve Cechin (2020), a tendência de expansão se manteve até a edição da lei, mesmo depois da universalização do direito à saúde, advinda da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988). Com a definição de que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, levou-se às portas do atendimento público todos os milhões de brasileiros que não eram contribuintes da Previdência e, portanto, estavam excluídos do atendimento pelo antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Naturalmente, com a explosão da demanda, a qualidade da atenção declinou e as filas se alongaram. A aquisição de um plano privado de saúde foi a forma de fugir da torturante espera ou da expectativa de

espera em caso de futura necessidade.

Conforme a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 2021), o setor de saúde suplementar reúne mais de 2.000 empresas operadoras de planos de saúde, milhares de médicos, dentistas e outros profissionais, hospitais, laboratórios e clínicas. Toda essa rede prestadora de serviços de saúde atende a mais de 37 milhões de consumidores que utilizam planos privados de assistência à saúde para realizar consultas, exames ou internações. Em resumo, quem realiza a regulamentação dos planos de saúde é a saúde suplementar.

A legislação do setor de saúde suplementar reúne duas principais leis de interesse: a 9.961/2000 (BRASIL, 2000) e a 9.656/1998 (BRASIL, 1998). A primeira criou a ANS e definiu a sua finalidade, estrutura, atribuições, sua receita, a vinculação ao Ministério da Saúde e a sua natureza. Esta Lei foi alterada por medidas provisórias e aguarda consolidação pelo Congresso Nacional. Já a segunda regula os planos e seguros privados de assistência à saúde, é um importante marco, já que até então somente havia normas genéricas de proteção ao consumidor ditadas pelo CDC. Foi portanto, a partir da lei 9.656/1998 que se estabeleceram uma série de regras específicas aplicáveis ao sistema privado de assistência à saúde.

Segundo o parágrafo 1º do Art. 1º da lei (BRASIL, 1998), qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, está subordinada às normas e à fiscalização da ANS, tais como:

- a) Custeio de despesas;
- b) Oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
- c) Reembolso de despesas;
- d) Mecanismos de regulação;
- e) Qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor, e;
- f) Vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais.

A ANS é uma autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com sede e foro do município do Rio de Janeiro, com prazo de duração indeterminado e atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

De acordo com o Art. 3º (BRASIL, 1998), a ANS tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País. Ainda conforme a lei 8.080/1990 (BRASIL, 1990b), no seu Art. 4º, § 2º, a iniciativa privada poderá participar do

SUS em caráter complementar.

Releva destacar que as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem submeter suas contas a auditores independentes, registrados no respectivo Conselho Regional de Contabilidade e na Comissão de Valores Mobiliários (CVM), publicando anualmente o parecer respectivo juntamente com as demonstrações financeiras determinadas pela lei 6.404/1976 (BRASIL, 1976), sendo que a auditoria independente também poderá ser exigida quanto aos cálculos atuariais, elaborados segundo diretrizes gerais definidas pelo Conselho de Saúde Complementar (CONSU) (BRASIL, 1998, Art. 22, § 1º).

3 I CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acreditamos que a revisão de literatura em dados compilados apresentados neste estudo sobre legislação em saúde e normas aplicáveis ao exercício da profissão de auditor na área de saúde, contribuirá para delimitar o campo de conhecimento e atuação do enfermeiro auditor, permitindo o exercício qualificado de sua profissão.

Nessa trilha, tem-se que as anotações aqui compiladas serão úteis ao aprimoramento e capacitação de Enfermeiros Auditores, dado o caráter prático dos dados compilados e comentados nesse estudo, fortemente focado na legislação brasileira que trata do CDC e do SNSS, no que se refere especificamente à Auditoria de Enfermagem.

Os profissionais Enfermeiros Auditores possuem um grande desafio, eis que são os responsáveis pela avaliação dos riscos e controles das empresas ou, especificamente, das instituições de saúde. Além de identificar oportunidades de melhoria em processos de negócios ligados à saúde, estes profissionais ganharam papel fundamental nas estruturas de gestão de riscos. Adequar-se ao novo cenário é importante para os Enfermeiros Auditores, enquanto respondem às expectativas das empresas ou instituições na busca de rentabilidade, diferencial competitivo e estratégias mais eficazes.

Atualmente, diversos riscos – especialmente de ordem não financeira – podem causar impactos significativos no valor de uma organização. É nesse cenário que a expertise dos Enfermeiros Auditores entra como um grande diferencial, estando estes alicerçados em bases legais. A “nova” auditoria interna apoia o conselho de administração de instituições de saúde a dar conta de suas responsabilidades na supervisão dos processos, colabora para que a alta administração alcance um modelo inteligente de gerenciamento de riscos e é fator importante na estruturação do planejamento estratégico das organizações.

Nesse sentido, cabe destacar que a eficácia e eficiência na prestação de serviços de Auditoria de Enfermagem estão intimamente ligadas à qualificação técnica do auditor. A excelência na prestação desses serviços somente pode ser obtida com a constante atualização profissional, mediante participação contínua dos Enfermeiros Auditores em cursos de especialização e treinamento sobre a legislação aplicável à área de saúde,

técnicas ligadas ao processo de planejamento e execução dos trabalhos de auditoria e emissão do correspondente relatório, contratos referentes aos planos de saúde e sistemas contábeis aplicáveis, entre outros.

Por fim, e não menos importante, sublinhe-se que o papel do Auditor de Enfermagem, a par de zelar pelo fiel cumprimento das normas legais pertinentes à legislação em saúde, proporcionando segurança nos processos administrativo-operacionais e rentabilidade das instituições de saúde, deve repercutir em benefício de uma efetiva qualidade na prestação de serviços ao usuário final e protagonista de todo o sistema de saúde (público ou privado), qual seja, o ser humano, paciente não só por sua debilidade físico-psicológica, mas também por esperar, no mais das vezes com tolerância, angústia e sofrimento, por um atendimento digno, humanizado, sistematizado, qualificado e eficaz.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Entenda o setor. **ANS**. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/entenda_setor/entenda_setor.asp>. Acesso em: 31 mar. 2021.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMEIROS AUDITORES (ABEA). Atividades do Enfermeiro Auditor. **ABEA**. 2019. Disponível em: <<http://www.abea.org.br>>. Acesso em: 31 mar. 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 6.404, de 15 de dezembro de 1976**. Dispõe sobre as Sociedades por Ações. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1976. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6404consol.htm>.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1986. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L7498.htm>. Acesso em: 31 mar. 2021.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm> Acesso em: 31 mar. 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990**. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8078.htm>. Acesso em: 31 mar. 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm>. Acesso em: 31 mar. 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000.** Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm>. Acesso em: 31 mar. 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002.** Institui o Código Civil. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2002. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406compilada.htm>. Acesso em: 31 mar. 2021.

CECHIN, J. **Saúde suplementar: 20 anos de transformações e desafios em um setor de evolução contínua.** Londrina, PR: Midiograf, 2020. Disponível em: <https://www.ies.org.br/cms/rep/SS_20ANOS.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2021.

CHAVES, R, S. Auditoria Governamental e Controles na Administração Pública. **Conteúdo do curso Auditoria Governamental e Controles na Administração Pública.** 2019. Acesso em: 31 mar. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 266/2001.** Brasília, DF: COFEN, 2001. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-2662001_4303.html>. Acesso em: 31 mar. 2021.

FERREIRA, F. H.; SAMPAIO, M. DE O.; THOMAZ, M. C. A. **Gestão em saúde.** Londrina, PR: Editora e Distribuidora Educacional S.A., 2017. Disponível em: <http://www.santaisabel.com.br/upl/pagina_adicional/Download_-_GESTAO_EM_SAUDE-06-10-2019_17-04-48.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2021.

HINKLE, J. L.; CHEEVER, K. H. **Brunner e Suddarth - Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** 14ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

MONTEIRO, M. B. da S.; PAULA, M. A. B. Auditoria e a prática do enfermeiro auditor: uma revisão integrativa da literatura. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde,** São Paulo, v. 9, n. 1, p. 71-93, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5585/rgss.v9i1.15909>. Acesso em: 31 mar. 2021.

SCARPARO, F. A. **Auditoria de Enfermagem: identificando sua concepção e métodos.** 2007. 127 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2007. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-18102007-152508/>>. Acesso em: 31 mar. 2021.

SILVA, V. A. da; MOTA, R. S.; OLIVEIRA, L. S.; JESUS, N. de; CARVALHO, C. M. de; MAGALHÃES, L. G. da S. Auditoria da qualidade dos registros de enfermagem em prontuários em um hospital universitário. **Enfermagem em Foco,** Brasília, v. 10, n. 3, 2019. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n3.2064>

TREVISIO, P.; PERES, S. C.; SILVA, A. D.; SANTOS, A. A. Competências do enfermeiro na gestão do cuidado. **Revista de Administração em Saúde,** São Paulo, v. 17, n. 4, p. 1-15, 2017

CAPÍTULO 8

CONFLITOS E DILEMAS ÉTICOS VIVENCIADOS PELOS ENFERMEIROS NA TOMADA DE DECISÃO PARA O GERENCIAMENTO NO CENTRO CIRÚRGICO

Data de aceite: 01/07/2021

Elaine Guedes Fontoura

Professora Titular da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)
Feira de Santana-Bahia
<http://lattes.cnpq.br/6969229471478040>

Déborah de Oliveira Souza

Bolsista CNPq /Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)
Feira de Santana-Bahia
<http://lattes.cnpq.br/7973428349120962>

Marluce Alves Nunes Oliveira

Professora Titular da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)
Feira de Santana-Bahia
<http://lattes.cnpq.br/8937043123280073>

Ayla Melo Cerqueira

Bolsista FAPESB /Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)
Feira de Santana-Bahia
<http://lattes.cnpq.br/4876972034271851>

Íris Cristy da Silva e Silva

Bolsista CNPq /Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)
Feira de Santana-Bahia
<http://lattes.cnpq.br/4937114434591577>

Analu Sousa de Oliveira

Bolsista CNPq /Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)
Feira de Santana-Bahia
<http://lattes.cnpq.br/0534651340942844>

Vanessa Sena da Silva

Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)
Feira de Santana-Bahia
<http://lattes.cnpq.br/6115604957574381>

Queuam Ferreira Silva de Oliveira

Mestranda da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)
Irecê – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/4669485635557634>

Ceci Figuerêdo da Silva

Mestranda da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)
Salvador-Bahia
<http://lattes.cnpq.br/9348421533911708>

Thamara Arianny Ventin Amorim Oliveira de Assis

Mestranda da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)
Feira de Santana-Bahia
<http://lattes.cnpq.br/1925665871751504>

RESUMO: Objetivo: Conhecer os conflitos e dilemas éticos vivenciados pelos enfermeiros na tomada de decisão para o gerenciamento no centro cirúrgico. **Método:** pesquisa qualitativa. A coleta de dados foi realizada com cinco enfermeiros do centro cirúrgico de uma instituição hospitalar pública do interior da Bahia, no período de novembro a dezembro do ano de 2019, utilizando uma entrevista semiestruturada. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Feira de Santana com parecer nº 2.227.332. Os dados foram

analisados por meio da técnica de análise de conteúdo temática e apresenta duas partes: a primeira, análise de nuvem de palavras e a segunda análise de conteúdo temática. **Resultados:** emergiram quatro categorias, sendo elas: conflitos e dilemas éticos vivenciados no centro cirúrgico; gerenciamento do centro cirúrgico pelo enfermeiro; tomada de decisão ao lidar com as situações vivenciadas no centro cirúrgico; medidas de enfrentamento às situações vivenciadas no centro cirúrgico. **Conclui-se** que as situações de conflitos e dilemas vivenciados no gerenciamento do centro cirúrgico são constantes e se relacionam com diversos agentes causadores, justificando a assiduidade das suas ocorrências. **PALAVRAS - CHAVE:** Ética; Enfermeiros; Tomada de decisões; Gerenciamento; Centro Cirúrgico.

ETHICAL CONFLICTS AND DILEMMAS EXPERIENCED BY NURSES IN DECISION-MAKING FOR MANAGEMENT AT THE SURGICAL CENTER

ABSTRACT: Objective: To know the conflicts and ethical dilemmas experienced by nurses in decision-making for management in the surgical center. **Method:** qualitative research. Data collection was performed with five nurses from the surgical center of a public hospital in the interior of Bahia, from November to December of the year 2019, using a semi-structured interview. The project was approved by the Ethics Committee of the State University of Feira de Santana with opinion No. 2.227.332. The data were analyzed using the thematic content analysis technique and has two parts: the first, word cloud analysis and the second thematic content analysis. **Results:** four categories emerged, namely: conflicts and ethical dilemmas experienced in the surgical center; management of the surgical center by the nurse; decision making when dealing with the situations experienced in the surgical center; measures to cope with the situations experienced in the surgical center. It is **concluded** that the situations of conflicts and dilemmas experienced in the management of the surgical center are constant and are related to several causative agents, justifying the assiduity of their occurrences. **KEYWORDS:** Ethics: Nurses; Decision-making; Management; Surgery Center.

1 | INTRODUÇÃO

Ética é um conjunto de regras e princípios morais aceitos pela coletividade durante um determinado período, que estabelece os direitos e deveres dos cidadãos. Assim, esta orienta o comportamento humano em qualquer situação (SILVA *et al.*, 2017). Já a moral se traduz no conjunto de normas que refletem na qualidade de vida do indivíduo (PEDRO, 2014) e dessa forma esta sofre interferências das teorias éticas, uma vez que elas influenciam diretamente nas condutas dos indivíduos.

O enfermeiro tem o papel de administrar e/ou gerenciar a equipe multidisciplinar no trabalho em enfermagem, o que exige a sua tomada de decisões, que devem buscar o bem estar biopsicossocial dos indivíduos que fazem parte da equipe como também aos que dependem do cuidado dos mesmos, com a finalidade de garantir uma qualidade melhor na prestação do serviço em saúde (TREVISIO *et al.*, 2017).

A administração do cuidado compreende a conexão entre o trabalho gerencial e

assistencial o que não caracteriza uma tarefa fácil, principalmente quando se trata de Centro Cirúrgico (CC) (COPELLI *et al.*, 2017).

É necessário que o CC esteja a todo tempo preparado para fornecer atendimento, quanto a recursos materiais e humanos e para isso se faz necessário que o planejamento seja a peça fundamental na atividade do enfermeiro que é responsável por gerenciar a equipe (GOMES; DUTRA; PEREIRA, 2014).

Os conflitos surgem devido as divergências de opiniões e interesses, diante da execução do trabalho da equipe do CC, que nem sempre é realizado de maneira segura e de acordo aos conhecimentos técnicos-científicos de cada profissional, visando o bem estar do assistido, com respeito a autonomia dos colegas e atenção integral ao paciente (ASSIS *et al.*, 2017). A competição profissional, devido à falta de infraestrutura e recursos humanos, são consideradas situações provocadoras de conflitos éticos e causa desgaste em toda equipe, tendo como consequência as desavenças (SANTOS *et al.*, 2016).

Os conflitos e dilemas, a tomada de decisões é considerada como papel fundamental e extremamente necessário a conduta do enfermeiro, sendo que essa atitude deve respeitar o paciente na sua integralidade, inclusive suas crenças e princípios, levando em consideração as teorias éticas, além do respeito aos profissionais que compõe a equipe (OLIVEIRA; SANTA ROSA, 2016).

A motivação para realizar esta pesquisa foi participar do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisas e Estudos em Saúde (NIPES) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), e pelo interesse dos discentes e das orientadoras em investigar a gerência em enfermagem e os principais conflitos e dilemas éticos vivenciados por enfermeiros diante da sua liderança, com a equipe constituída por diferentes pessoas com conhecimentos técnicos-científicos distintos e sua divergência de princípios, valores, crenças e opiniões.

A relevância do tema estar na sua contribuição para o meio acadêmico e produções científica da área de Enfermagem, considerando a escassez de estudos que abordem este assunto, evidenciado pela pesquisa com os filtros textos completos, em português, publicados nos anos de 2014 a 2019, no banco de dados da Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO) que tinham como descritores dilemas; conflitos; tomada de decisões e gerenciamento.

Diante do exposto trago como questão de investigação da pesquisa: Como o enfermeiro vivencia os conflitos e dilemas éticos na tomada de decisão para o gerenciamento no CC? E como **Objetivo geral**: Conhecer os conflitos e dilemas éticos vivenciados pelos enfermeiros na tomada de decisão para o gerenciamento no CC. **Objetivos específicos**: Descrever os conflitos e dilemas éticos vivenciados pelos enfermeiros na tomada de decisão para gerenciamento no CC; Relatar casos vivenciados pelos enfermeiros com relação a conflitos e dilemas éticos para tomada de decisão no gerenciamento do CC; Compreender as estratégias de enfrentamento diante dos conflitos e dilemas éticos vivenciados pelos enfermeiros na tomada de decisão para o gerenciamento no CC.

2 | METODOLOGIA

Para compreender a vivência da ética na prática dos enfermeiros, optou-se por realizar a pesquisa qualitativa com abordagem qualitativa descritiva que para Minayo (2011), a pesquisa qualitativa proporciona trabalhar com questões mais particulares; ela se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado.

O presente estudo está contido no projeto intitulado “Conflitos e Dilemas Éticos Vividos no Cuidado da Equipe de Saúde no Contexto Hospitalar”, que foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, CAAE nº 71618817.6.0000.0053, com parecer nº 2.227.332. Resolução CONSEPE 016/2018.

O Hospital do estudo é público de grande porte localizado no interior da Bahia que presta atendimento a cerca de 126 municípios, através da Secretaria Municipal de Saúde, o que corresponde a aproximadamente quatro milhões de pessoas assistidas (BAHIA, 2017).

A coleta de dados ocorreu nos meses de novembro e dezembro de 2019, por meio de entrevista semiestruturada, em uma unidade de CC de um hospital geral público, localizado no interior do estado da Bahia.

Os participantes da pesquisa foram cinco enfermeiros que atuam no CC, tendo como critério de inclusão período superior a três meses atuando no setor e que estejam em atividade laboral, ou seja, aqueles que não estão de licença ou férias.

O primeiro contato foi com a enfermeira Coordenadora do CC, que possibilitou o acesso aos enfermeiros. Foi assegurada a autonomia dos participantes e declaração de interesse em participar do estudo. Após conhecimento das informações fornecidas pela pesquisadora, leitura e compreensão das informações constantes no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que foi assinado para a realização da entrevista.

Questão de aproximação: Como você percebe os conflitos e dilemas éticos vivenciados no gerenciamento do enfermeiro do CC?

Questões norteadoras: Fale sobre um caso vivenciado de conflitos e dilemas éticos na tomada de decisão no gerenciamento do enfermeiro no CC. Quais as estratégias de enfrentamento utilizadas ao vivenciarem conflitos e dilemas éticos na tomada de decisão no gerenciamento do CC?

As entrevistas foram realizadas individualmente, em horários e locais sugeridos pelos próprios participantes, estas foram transcritas na íntegra. A confidencialidade e o anonimato foram assegurados mediante uso de códigos, conforme a ordem em que aconteceu E1, E2, E3, E4 e E5.

Inicialmente, ocorreu a exposição do tema do estudo e seus objetivos, assinatura do TCLE; este abordou os desconfortos e riscos decorrentes da participação, além dos benefícios esperados e da garantia a plena liberdade de se recusarem a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma; além do sigilo, do anonimato e privacidade.

E a partir deste, ocorreu a realização da entrevista. Seguindo as orientações éticas, contidas na Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

Os dados da entrevista semiestruturada, foram analisados através do método de análise de conteúdo de Bardin que afirma que este é um “conjunto de técnicas de análise das comunicações” (BARDIN, 2016, p. 37). Segundo a autora, “as diferentes fases da análise de conteúdo, organizam-se em torno de três polos cronológicos: pré-análise; exploração de material; tratamento dos resultados, a inferência e interpretação” (BARDIN, 2016, p. 121).

Foi utilizado a Nuvens de Palavras (NP) como artifício suplementar à análise de conteúdos oferece envolvimento do pesquisador com proferimentos que configuram novos sentidos aos relatos.

As NP são imagens usualmente apresentadas como ilustração à leitura superficial do senso comum. O tamanho de cada palavra indica sua frequência, admitida como proxy da relevância de determinada temática (SURVEYGIZMO, 2012; SILVA, 2018) na totalidade de hipertextos.

Em paralelo, utilizamos o Wordle®, um programa on-line que cria nuvens de palavras, indicando também aos participantes a forma de utilização, e de que existem outras possibilidades e recursos para desenvolver esta análise (PRAIS; ROSA, 2017).

Para organização do resultado dessa estratégia, foi utilizado um programa informático que produz uma nuvem de palavras, organizando-as, em várias cores e tamanhos, com base no número de menções feitas em determinado texto. No início, entretanto, organizamos o resultado a partir das entrevistas dos participantes fazendo um levantamento das palavras em ordem de maior para menor frequência como demonstrado nas figuras a seguir: centro cirúrgico(12), legislação (07), cirurgia (05), conflitos (04), salas(03), paciente (02), horário das cirurgias (02), características cirúrgicas (02), equipe (02) e discussões 02), gerenciamento (02).

No presente estudo, as NP foram utilizadas como suporte à análise de conteúdo extraídos das entrevistas com os enfermeiros do CC coletadas, como forma de representar em figuras o que mais aparece nos relatos dos enfermeiros sobre conflitos e dilemas éticos vivenciados pelos enfermeiros na tomada de decisão para o gerenciamento no CC.

Todas as entrevistas foram digitadas para um arquivo de texto, destas entrevistas completas foram filtrados preposições, artigos, pronomes entre outros elementos gramaticais de limitado valor simbólico à análise de conteúdo. Uma NP foi gerada a partir desse novo texto por meio de algoritmos do website Wordart que, ao fim da coleta, agrupou 685 palavras com duas figuras.



Figura 1. Nuvem de Palavras das entrevistas.

Na figura 1 podemos observar o centro com a palavra da unidade onde foi realizada o estudo o CC, o desenho de uma mala tem o significado de que para trabalhar no CC faz-se necessário uma equipe multiprofissional e uma mala de conhecimentos, a unidade atende pessoas em situação de emergência, tendo também evidente as palavras, legislação, salas, paciente, conflito, e cirurgia. Aparece de forma mais incipiente a questão do gerenciamento do CC.



Figura 2 Nuvem de palavras das entrevistas.

Na figura 2 Obtivemos a comparação de palavras semelhantes ou expressões de palavras que mais se repetem.

Aparece a centralidade do CC e algumas palavras com sentido como legislação,

horário das cirurgias, características cirúrgicas, os conflitos, as discussões, as salas, a equipe, o paciente e gerenciamento. Em ambas figuras não aparece a palavra dilemas.

Uma análise visualmente simples das palavras de maior frequência nos seguimentos de textos analisados pode também ser observada nas figuras 1 e 2 nas NP.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os participantes foram 02 enfermeiros do sexo masculino e três feminino, idade variou de 33 a 49 anos, e de 7 a 23 anos de profissão.

Para melhor compreensão da temática em questão: dos conflitos e dilemas éticos vivenciados pelos enfermeiros na tomada de decisão para o gerenciamento no CC, foram agrupados os temas e desveladas as categorias:

CATEGORIA 1 – CONFLITOS E DILEMAS ÉTICOS VIVENCIADOS NO CC

O CC é um ambiente que requer ação multiprofissional com pessoas de atividades e interesses distintos, o que geram muitos conflitos e dilemas éticos neste ambiente, uma vez que requer atitude, tomada de decisão, competência e agilidade.

Assim, os relatos demonstram as percepções dos enfermeiros à cerca dos conflitos e dilemas éticos vivenciados no CC, e apontam a necessidade de seguir a legislação como ação ética, e um dos desencadeadores desses conflitos é o desrespeito aos profissionais enfermeiros.

Os conflitos por interesses pessoais e insumos na atuação da equipe multiprofissional é comum no CC, o que requer do enfermeiro habilidades técnicas e administrativas para superar estes, de forma que não cause danos à equipe, paciente e/ou seus familiares. Dessa forma, os enfermeiros revelam que a medida mais segura para intervenção diante desses conflitos, é a utilização de um amparo legal.

[...] as pessoas tem desejos [...] e entendimentos diferenciados e querem soluções e muitas vezes as soluções não são adequadas [...] a realidade, frente ao que querem, então isso gera esse conflito e a gente tem que usar uma regra moral [...] vale muito você está ciente [...] da legislação, vale muito você sentar com a equipe, discutir, conversar e chegar um ponto em que satisfaça a equipe e satisfaça a legislação [...]. Tomar alguma providência que seja necessária [...] com vistas à legislação [...], os dilemas, os conflitos, sem perder de vista o amparo legal pra que a gente depois não seja processado [...] E1.

[...] Entendo conflito quando você não consegue [...] integrar, [...] uma equipe, quando você não consegue ter um dialogo, [...] que seja razoável, contínuo para ambos [...]. Então quando você não tem [...], nenhuma discussão [...]. Você não tem nenhum aporte que seja [...] legal, aí você pode entrar em algum conflito [...] E2.

Segundo a exposição dos enfermeiros, fica explícito que as soluções requerem amparo legal seguindo a Seguir a legislação.

Diante do exposto, é de fundamental importância que as ações profissionais devem

ser respaldadas pelo Código de Ética do profissional de Enfermagem (CEPE), (2017) uma vez que este é um instrumento legal que direciona as ações éticas, relacionadas aos direitos, os deveres, as proibições e incumbências do profissional de enfermagem (DA SILVA *et al.*, 2017). E as atitudes que ultrapassam esse respaldo, é originador de conflitos presentes e futuros com os membros da equipe e paciente, exemplificado pela ocorrência de processos jurídicos.

[...] muitas vezes são em relação mesmo [...] a falta de comportamento com o outro, [...] com a falta de respeito para com o outro [...] E2.

[...] desrespeito a autonomia da enfermeira. Caso comum é o conflito de interesse por sala [...] E5.

As relações entre os diferentes profissionais que compõe a equipe que atuam no CC, ocorre de forma hierarquizada e verticalizadas, desencadeando a desvalorização profissional enfermeiro, resultando em sentimentos de afronto, falta de reconhecimento profissional, que é responsável por conflitos e dilemas éticos vivenciados nesse ambiente (TRAJANO *et al.*, 2017).

A autonomia, é caracterizada como colocar em prática os conhecimentos científicos adquiridos, com a finalidade de exercer o diálogo na equipe e obter um retorno necessário para garantia de saúde do indivíduo assistido (SILVA, 2018).

Dessa forma, esta é uma competência extremamente relevante no exercício laboral do enfermeiro, quando ela não é respeitada e conseqüentemente exercida, interfere diretamente em toda a sistematização do cuidado prestado, ocorrendo queda na qualidade da assistência e sendo causa de conflitos.

CATEGORIA 2 – GERENCIAMENTO DO CC PELO ENFERMEIRO

O exercício laboral do enfermeiro no gerenciamento do CC, é caracterizado como um conjunto de atividades, que entre outras ações se destacam o planejamento, organização, supervisão e avaliação de ações, que tem o objetivo de fornecer condições adequadas para o desenvolvimento do trabalho em equipe (SÁ MORORÓ *et al.*, 2017), de forma à subsidiar a qualidade na assistência prestada e segurança do paciente, que depende desde as suas bases físicas, estruturais e tecnológicas aos recursos humanos e inter-relação entre os membros da equipe.

Dessa forma, o papel do enfermeiro não configura uma tarefa fácil, principalmente quando se volta para a administração dos conflitos e dilemas éticos vivenciados pela equipe e suas conseqüências, considerando o impacto direto na interação multiprofissional e a assistência prestada por estes.

A falta de recursos materiais e estruturais, são algumas das principais causas desencadeadoras de conflitos éticos vivenciados no gerenciamento do CC.

[...] em relação a quantidade de salas, [...] a gente tem hoje por exemplo quatro salas apenas, com suporte para tudo e [...] um hospital desse porte que recebe todos os tipos de cirurgia de outros municípios e você acaba tendo conflito, principalmente

com a equipe médica [...] E2.

[...] A gente lida diariamente com o caos, com salas que não funcionam, com SRPA superlotados, com as enfermarias superlotadas, com as emergências, com as urgências, com as cirurgias eletivas, então a gente tem uma infraestrutura extremamente complexa, [...] carente, [...] de tudo. [...] E é o tempo inteiro vivendo em conflitos com a equipe médica, com a equipe técnica [...] E4.

A insuficiência de recursos estruturais e de equipamentos, resulta em superlotação que são importantes fatores que estimulam conflitos entre os membros da equipe. Causando desgaste físico, emocional e social (JACQUES *et al.*, 2015), esse conjunto de situações comprometem a articulação da equipe, refletindo de forma negativa na qualidade do gerenciamento e assistência prestada, desencadeando o caos.

As ações de Enfermagem e dos profissionais de saúde como um todo, devem ser pautadas nos princípios do SUS, dessa forma a assistência integral aos indivíduos é de suma importância (SOUSA *et al.*, 2017). Porém, a inadequação do suporte técnico e estrutural fornecido no ambiente favorece a descontinuação do cuidado, uma vez que estes têm como consequências conflitos de interesses entre os profissionais e reflete na falta de integração entre os membros da equipe.

A ausência de protocolos, leva a não padronização de ações no gerenciamento do CC, causando importantes conflitos e dilemas éticos.

[...] a gente vive o tempo inteiro os conflitos [...], a gente não tem uma certa padronização de ação, você busca mais o que você tem dentro de si, [...] você traz muito da parte acadêmica para implementar aqui. Então assim, é o seu, o seu eu se confrontando com a realidade que a gente tem aqui hoje, que é de caos [...] E4.

O atrito do profissional consigo mesmo e com a equipe, relacionados a falta de protocolos que padronizam as ações, é uma situação que limita o subsídio de suas atitudes às habilidades, valores e conhecimentos individuais, o que fomenta dilemas e até mesmo conflitos éticos. Considerando que as atividades gerenciais refletem diretamente na qualidade da assistência e segurança do paciente (GUTIERRES *et al.*, 2018).

Diante disso, o somatório desses fatores é de extrema relevância na repercussão de sentimentos negativos que fortalecem ainda mais a desordem, o dilema ético e torna o ambiente ainda mais caótico com profissionais inseguros, com medos e dúvidas.

CATEGORIA 3 – TOMADA DE DECISÃO AO LIDAR COM AS SITUAÇÕES VIVENCIADAS NO CC

As inúmeras situações desafiadoras relacionadas ao contexto estrutural e de relações que os enfermeiros lidam cotidianamente no CC, expõem a relevância da sua tomada de decisão.

Os profissionais que gerenciam as ações de enfermagem, tem grande parte do seu exercício laboral voltado a análise de situações, com a finalidade de fazer escolhas acertadas e garantir suas medidas de enfrentamento à essas ocorrências e suas consequências.

Esta, é uma das bases extremamente relevante, dentre as diversas habilidades que compõe o enfermeiro. É necessário avaliar, organizar e assim decidir entre as possíveis opções, qual delas é mais adequada, segundo as evidências científicas (JENSEN; GUEDES; LEITE, 2016).

Os enfermeiros relatam as dificuldades encontradas, frente a necessidade de priorizar o paciente que apresenta o quadro clínico mais emergente, diante dos conflitos de interesse entre os membros da equipe e a escassez de recursos fornecidos no CC.

[...] Discussão com uma médica porquê [...] ela tem uma cirurgia que é eletiva, eram duas cirurgias eletivas, e ela chegou oito horas, demos uma sala para ela e tinha outra cirurgia marcada. Entretanto, chegou um paciente que não era uma emergência, era uma urgência, mas esse paciente tem uma certa prioridade do que ela, e a gente entrou em conflito E2.

Tentar ser a mais prudente possível e sempre levar em conta o risco de morte daquele paciente (priorizar casos graves) mesmo que concorra as orientações superiores E3.

A tomada de decisão, como todas ações de enfermagem no CC, buscam a recuperação, reabilitação e promoção da vida do paciente. Baseadas na não maleficência, procura fornecer assistência com respeito a vida e dignidade humana, com sensibilidade e evitando riscos atuais e potenciais aos assistidos (SILVA *et al.*, 2017).

O Conselho Federal de Enfermagem, (CEPE) (2017). que é o instrumento ético-legal que regulariza a enfermagem; no capítulo dos deveres, Art. 44 e 45 em resumo diz que a assistência deve ser prestada em condições que forneçam segurança, livre de danos relacionados a imprudência, negligência e imperícia.

Porém, está vertente deve ser cumprida e respeitada por todos, apesar da decisão ser tomada por uma categoria profissional. Ela, não pode ser vista como motivo de disputas e eclosão de conflitos, tendo em vista que a equipe deve agir com um objetivo em comum que é a manutenção da vida.

CATEGORIA 4 – Medidas de enfrentamento às situações vivenciadas no CC

O gerenciamento do CC e as competências necessárias, demanda dos enfermeiros além de habilidades técnicas e científicas, a capacidade de criar medidas de evitar e enfrentar os conflitos e dilemas que os mesmos lidam cotidianamente.

O ambiente laboral que apresenta deficiências estruturais e de recursos, é caracterizado como um local que expõe os profissionais á fatores estressores e assim interfere no desempenho da atuação da equipe, afetando diretamente a saúde mental dessas pessoas (RIBEIRO., *et al.*, 2015). Esse conjunto de ocorrências, repercutem negativamente na tomada de decisão e no gerenciamento do CC.

Evidenciando a necessidade de desenvolver maneiras para enfrentar e lidar com o leque de situações que formam o ambiente. Com a finalidade de se proteger emocionalmente, e dessa forma evitar sofrimentos psicológicos, dilemas e conflitos éticos,

que refletem na queda da qualidade dos serviços prestados no setor.

Os enfermeiros relatam que suas atitudes buscam evitar a eclosão dos conflitos e suas consequências.

[...] negociar, sentar, discutir, e trazer outros setores que muitas vezes tem haver, [...] porque a gente tem uma relação com os outros setores, então nesse momento precisa trazer aqui para dentro para discutir, e para que a normatização do hospital seja uma decisão que contemple a questão legal, a questão ética [...] dessa forma o gerenciamento, ele consegue ter resultados e ter principalmente qualidade e satisfação das pessoas envolvidas, tanto equipe, como o parente da pessoa cuidada, [...] a gente precisa tá sempre garantindo que a ciência ela precisa estar presente, mas também discutir em busca de soluções que muitas vezes permeia a cultura, o entendimento e a vivência do paciente e da família E1.

[...] a gente tem um quadro e eu sempre coloco o número da sala ou qual é o tipo de cirurgia a especialidade e o horário que o cirurgião veio pedir a sala [...], então eu sempre gosto de deixar no mapa, porque “oh vem ver a hora que os outros chegaram” e mostro no relógio o horário que ele chegou [...] mostrando a ele que o “errado” não somos nós, mas é ele mesmo que por exemplo chegou aquele horário e poderia ter chegado antes [...]. Mostro a quantidade de salas que tem e a quantidade de materiais das outras salas [...], dentro dessas quatro salas, tem uma delas que não está funcionando totalmente, então são as possibilidades que a gente mostra [...] E2.

As negociações são um dos fatores que estimulam a integração dos membros das equipes de maneira interna e intersetorialmente, causando a valorização entre seus membros e auxiliando na uniformidade do hospital. Fazendo com que os integrantes se sintam protagonistas das ações multiprofissionais e a tomada de decisão ocorra de maneira compartilhada.

Assim, o dialogo quanto a insuficiência de salas, equipamentos e de estrutura que causam a constante imprevisibilidade e tem como consequência a necessidade de reorganização e planejamento das ações que são realizadas no CC (MARTINS; DALL'AGNOL, 2016), é extremamente importante para o seu gerenciamento.

O que é muito positivo no CC, de forma que permite a integração de saberes interprofissionais. É assim, facilita a escolha da melhor alternativa entre as possibilidades, não ademais evita decisões equivocadas e até mesmo errôneas.

Os enfermeiros relatam quais intervenções, posturas e resoluções utilizadas, frente aos conflitos e dilemas éticos vivenciados, quando já não existe a possibilidade de prevenilo.

[...] tem que impor uma determinada situação, porque já traz do setor privado uma definição [...] E4.

Assim, o uso da autonomia profissional para executar a imposição e consequentemente emergir um novo conflito, é vista como a única maneira de garantir que

a segurança da equipe e do paciente aconteça de forma eficaz.

Visto que o exercício da imposição, caracteriza a utilização máxima do poder da dominação, que reflete no sentimento de desvalorização profissional e ressentimentos (CIAMPONE; KURGANT, 2010).

Procuro manter o equilíbrio emocional da equipe no ambiente de trabalho E5.

O equilíbrio é peça fundamental para a manutenção das suas funções em situações de desfavorecimento, e ocorre por meio da inteligência emocional, que configura a capacidade de controlar impulsos e utilizar as emoções adequadamente, como estratégias de enfrentamento (FERREIRA; LEITÃO, 2017) aos conflitos e dilemas éticos vivenciados.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu a ampliação do conhecimento acerca dos principais conflitos e dilemas éticos e as medidas de enfrentamentos adotadas frente a este na prática hospitalar de enfermagem no gerenciamento do CC. Os relatos intermediaram a compreensão quanto as situações de conflitos e dilemas que são constantes e se relacionam com diversos agentes causadores, justificando a assiduidade das suas ocorrências.

Diante do contexto, foi perceptível que os profissionais enfermeiros, estão expostos a um ambiente laboral hostil e de estresse constante e esse conjunto de situações favorecem um gerenciamento mais difícil e afeta a comunicação da equipe, podendo gerar a descontinuidade do cuidado.

Com isso, conclui-se que a pesquisa contribuiu de forma significativa para o conhecimento e compreensão dos principais conflitos e dilemas éticos vivenciados no gerenciamento do CC, quais são as principais medidas de enfrentamento e como ocorre a tomada de decisão dos enfermeiros.

REFERÊNCIAS

ASSIS, D. S., *et al.* Conflitos éticos vivenciado pelo enfermeiro no centro cirúrgico frente a tomada de decisão. **Convibra: gestão, educação e promoção da saúde**, v.6, p. 13081-13093, 2017.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Governo do Estado da Bahia. Hospitais. **Hospital Geral Clériston Andrade**, [S. l.], 31 ago. 2017. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/hospital/hgca/>>. Acesso em: 28 mar. 2020.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 279 p. 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Resolução 466/2012, Brasília- DF, 2012.

CIAMPONE MHT, KURCGANT P. Gerenciamento de conflitos e negociação. In: KURGANT P. **Gerenciamento dos serviços de enfermagem**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p. 1-196.

Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. (CEPE) **Conselho federal de Enfermagem**. Brasília, 2017.

COPELLI, Fernanda Hannah da Silva *et al.* Gerência do cuidado e governança de enfermagem em uma maternidade: teoria fundamentada. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 70, n. 6, 2017.

DA SILVA, Fernanda Gomes *et al.* A ÉTICA E A MORAL NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM. **Revista Includere**, v. 3, n. 1, 2017.

FERREIRA, Carolina Rodrigues Cazais; LEITÃO, Débora Sampaio. A inteligência emocional da equipe de enfermagem de um Hospital em Salvador. **Rev Inic Ciên-RIC Cairu**, 2017.

GOMES, L. C., DUTRA, K. E., PEREIRA, S. L. A. O enfermeiro no gerenciamento do centro cirúrgico. **Revista Eletrônica da Faculdade Metodista Granbery**, n. 16, 2014.

GUTIERRES, Larissa de Siqueira *et al.* Good practices for patient safety in the operating room: nurses' recommendations. **Revista Brasileira De Enfermagem**, v. 71, p. 2775-2782, 2018.

JACQUES, João Paulo Belini *et al.* Geradores de estresse para os trabalhadores de enfermagem de centro cirúrgico. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 36, n. 1 Supl, p. 25-32, 2015.

JENSEN, Rodrigo; GUEDES, Erika de Souza; LEITE, Maria Madalena Januário. Competências em informática essenciais à tomada de decisão no gerenciamento em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 1, p. 112-120, 2016.

MARTINS, Fabiana Zerbieri; DALL'AGNOL, Clarice Maria. Surgical center: challenges and strategies for nurses in managerial activities. **Revista gaucha de enfermagem**, v. 37, n. 4, 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2011.

OLIVEIRA, M. A. N., SANTA ROSA, D. O. Conflitos e dilemas éticos: vivências de enfermeiras no centro cirúrgico. **Revista Baiana de Enfermagem**. Salvador, v. 30, n. 1, p. 344-355, 2016.

PEDRO, Ana Paula. Ética, moral, axiologia e valores: confusões e ambiguidades em torno de um conceito comum. **Kriterion: Revista de Filosofia**. Belo Horizonte, v. 55, n. 130, p. 483-498, 2014.

PRAIS, Jacqueline Lidiane de Souza; ROSA, Vanderley Flor da. Nuvem de palavras e mapa conceitual: estratégias e recursos tecnológicos na prática pedagógica. Nuances: estudos sobre Educação, Presidente Prudente-SP, v. 28, n. 1, p. 201-219, Jan./Abr. 2017. ISSN: 2236-0441 DOI: 10.14572/nuances.v28i1.4833

RIBEIRO, Renato Mendonça *et al.* Coping strategies of nurses in hospital emergency care services. **Acta Paul Enferm**, v. 28, n. 3, p. 216-23, 2015.

SÁ MORORÓ, Deborah Dinorah de *et al.* Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 3, p. 323-332, 2017.

SANTOS, J. L. G., *et al.* Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para promover o trabalho em equipe em um serviço de emergência. **Revista gaúcha de enfermagem**. Porto Alegre, v. 37, n. 1, p. 76-82, 2016.

SILVA, G. B., *et al.* Dilemas éticos vivenciados pelo enfermeiro no perioperatório frente à tomada de decisão. **Convibra: gestão, educação e promoção da saúde**, v. 5, p. 14174-189, 2017.

SILVA, Luciana Gonçalves da. **Satisfação profissional e as representações sociais da autonomia do enfermeiro na perspectiva da Bioética**. 2018. 139 f. Dissertação (Mestrado em Bioética) - Universidade do Vale Sapucaí, Pouso Alegre, 2018.

SOUSA, Solange Meira de, *et al.* Cuidado integral: desafio na atuação do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 3, p. 504-510, 2017.

SURVEYGIZMO. Using Word Clouds To Present Your Qualitative Data. 2012. Sandy McKee. Disponível em: <https://www.surveygizmo.com/resources/blog/qualitative-data-word-cloud/> Acessado em 11 de maio de 2020

TRAJANO, Maria de Fátima Cordeiro *et al.* Relações interpessoais no centro cirúrgico sob a ótica da enfermagem: estudo exploratório. **Online braz. j. nurs.(Online)**, v. 16, n. 2, p. 159-169, 2017.

TREVISIO, Patricia., *et al.* Competências do enfermeiro na gestão do cuidado. **Revista de Administração em Saúde**. São Paulo, v. 17, n. 69, 2017.

CAPÍTULO 9

O PAPEL DO ENFERMEIRO NO GERENCIAMENTO DOS RESÍDUOS DE SAÚDE

Data de aceite: 01/07/2021

Francinete de Aguiar Lima

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA)
Técnica em Enfermagem no Hospital Regional de Brazlândia (HRBZ)
Enfermagem

Gabriela Cristina Souza Virgílio

Enfermagem

Lustarllone Bento de Oliveira

Enfermagem, Biomedicina
Farmácia, da Anhanguera de Brasília –
Unidade Taguatinga, Taguatinga, Distrito Federal, Brasil

Nayara Castro de Oliveira

Enfermagem

Catharina da Costa Miranda

Enfermagem

Sabrina Araújo de Sousa

Biomedicina

Raphael da Silva Affonso

Biomedicina, Ciências Biológicas
Farmácia, da Anhanguera de Brasília –
Unidade Taguatinga, Taguatinga, Distrito Federal, Brasil

Larissa Leite Barbosa

Ciências Biológicas
Farmácia, da Anhanguera de Brasília –
Unidade Taguatinga, Taguatinga, Distrito Federal, Brasil

Breno Piovezana Rinco

Enfermagem

Nathália Carvalho de Araújo

Ciências Biológicas

Virginia Vilhena

Pesquisadora autônoma.

Eleuza Rodrigues Machado

Enfermagem, Ciências Biológicas
Farmácia, da Anhanguera de Brasília –
Unidade Taguatinga, Taguatinga, Distrito Federal, Brasil

RESUMO: Introdução: Resíduo de serviço de saúde é o produto residual, não utilizável, proveniente de atividades exercidas por profissionais, no âmbito do ambiente de estabelecimento prestador de serviço de saúde. **Objetivo:** Identificar e descrever o conhecimento de enfermeiro sobre o manejo dos resíduos de saúde no ambiente hospitalar, na cidade de Brazlândia, Distrito Federal. **Método:** Tratou-se de uma pesquisa de campo de caráter qualitativa e quantitativa, realizada com enfermeiros de um Hospital Regional, na cidade de Brazlândia, Brasília, Distrito Federal, no ano de 2013. **Resultado:** Os profissionais enfermeiros possuem conhecimento limitado sobre o manejo correto dos resíduos de saúde (hospitalares). **Conclusões:** Os enfermeiros têm pouco conhecimento sobre o manejo correto de resíduos hospitalares. Os resultados sugerem a necessidade um trabalho voltado à sensibilização

e conscientização dos profissionais da área de enfermagem, aliado à capacitação, ao treinamento e aperfeiçoamento das práticas e o incentivo à promoção da saúde individual e coletiva.

PALAVRAS - CHAVE: Resíduos de Serviços de Saúde; Enfermagem; Saúde do Trabalhador; Meio Ambiente.

THE ROLE OF NURSES IN THE MANAGEMENT OF HEALTH WASTE

ABSTRACT: Introduction: Health service waste is the residual product, not usable, resulting from activities performed by professionals, within the environment of the health service provider establishment. **Objective:** Identify and describe the knowledge of nurses about the management of health waste in the hospital environment, in the city of Brazlândia, Federal District. **Methodology:** It was a qualitative and quantitative field research, carried out with nurses from a Regional Hospital, in the city of Brazlândia, Brasília, Federal District, in 2013. **Result:** Nursing professionals have limited knowledge about the correct management of health (hospital) waste. **Conclusion:** Nurses have little knowledge about the correct management of hospital waste. The results suggest the need for work aimed at raising the awareness and awareness of professionals in the nursing field, combined with qualification, training and improvement of practices and incentives for the promotion of individual and collective health. **KEYWORDS:** Medical Waste; Nursing; Occupational Health; Environment.

1 | INTRODUÇÃO

Resíduo de serviço de saúde (RSS) é o produto residual, não utilizável, proveniente de atividades exercidas por profissionais, no âmbito do ambiente de estabelecimento prestador de serviço de saúde (BRASIL, 1993; OLIVEIRA et al. 2020).

Os resíduos de saúde são gerados por todos os serviços prestadores de assistência médica, odontológica, laboratorial, farmacêutica, medicina legal, controle de zoonoses, distribuidores e produtores de materiais, unidades móveis de atendimento, serviços de acupuntura e tatuagem, instituições de ensino e pesquisa, relacionados à assistência humana e animal (ANVISA, 2006; BRASIL, 2006; BRASIL, 2011; MINISTERIO DA EDUCAÇÃO, 2018). Atualmente, os hospitais são os maiores produtores desses resíduos: dejetos patológicos ou anatômicos, sangue e derivados, exsudados, excrementos humanos infectados, partes e tecidos corporais, ataduras, sondas e cateteres, sobras de alimentos, materiais perfuro-cortantes, além de papéis, plásticos e descartáveis de toda a ordem (CORRÊA et al., 2005).

O gerenciamento dos RSS aplica-se em uma série de processos de gestão, planejados, implantados e implementados a partir de conhecimentos científicos e normas técnicas legais, com o objetivo de minimizar a produção de resíduos gerados, fornecendo uma forma de descarte seguro e eficiente, visando à proteção dos trabalhadores, à preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente (BRASIL, 2004; SISINNO; MOREIRA, 2005).

Com o gerenciamento ineficaz, os riscos e os custos do tratamento desses resíduos tornam-se elevados, pois se não forem segregados adequadamente, todos os resíduos que tiveram contato com as frações contaminantes dos resíduos hospitalares, deverão ser tratados com procedimentos e cuidados especiais nas demais etapas do manejo (IGLESIAS; VIEIRA; BORN, 2007). Assim, muitos estudos demonstram que a segregação é o ponto fundamental de toda a discussão sobre a periculosidade ou não dos RSS. A partir da segregação criteriosa, apenas uma pequena porcentagem dos RSS, com maior risco biológico necessita ser submetida a tratamentos especiais, com vistas à eliminação de sua periculosidade, e o restante ser tratado como resíduo comum, reduzindo os custos operacionais e os riscos à saúde pública (BRASIL, 2005; BRITO, 2011; CORRÊA et al., 2005; ZOBOLI, 2004; FALCÃO; ARAUJO, 2007; OLIVEIRA; NOVAES; FERREIRA; DUTRA, 2020).

A maioria dos serviços de saúde não realiza coleta seletiva, que é a separação do material contaminado do lixo comum. O resultado é que todo lixo produzido acaba sendo contaminado. O problema se agrava quando esses resíduos são recolhidos e incinerados poluindo consideravelmente o meio ambiente, causando problemas de saúde para os indivíduos. Isso requer um tratamento dispendioso e que poderia ser evitado com a coleta seletiva (LIMA, 2005; HAMILTON, 2001; SECRETARIA DA SAÚDE, 2018).

O encontro de uma solução adequada para a destinação correta dos RSS constitui uma medida extremamente importante para o dia a dia de uma unidade hospitalar, colaborando para manter a saúde pública, restaurar o ambiente e beneficiar a qualidade de vida dentro e fora dos hospitais. Consequentemente, o alcance do manejo adequado em uma instituição de serviço de saúde ultrapassa as suas fronteiras, beneficiando a comunidade local e seu entorno (SANTOS; BARBOSA, 1992; FABBRIS; TREVISAN; CABANELLOS, 2020).

É necessário desenvolver, pela educação, a consciência crítica dos grupos sociais, buscando o seu comprometimento com as questões ambientais, treinamento dos profissionais de saúde e o esclarecimento da população em busca de alternativas para a equação desenvolvimento *versus* qualidade de vida (LIMA, 2005; MEOTTI, MOURA, 2011).

Dentre os seres vivos que habitam o planeta terra o homem parece ser o único capaz de produzir resíduos descartáveis de forma consciente. De modo que, a produção de resíduos é um ato de plena consciência, um fenômeno que depende exclusivamente da atividade intelectual e do interesse do ser humano, mostrando que há uma estreita relação entre os resíduos e o homem, relação esta que interfere diretamente no meio ambiente, sendo capaz de alterar suas características físicas, químicas e biológicas e comprometer a própria sobrevivência do homem (IGLESIAS; VIEIRA; BORN, 2007).

RSS constituem um desafio com múltiplos parâmetros, pois das questões ambientais, esses resíduos incorporam uma preocupação maior no que tange ao controle de infecções em ambientes prestadores de serviços, nos aspectos da saúde individual, ocupacional,

pública, ambiental e coletiva (FERREIRA; ANJOS, 2001; SECRETARIA DA SAÚDE, 2018).

A inobservância da RDC nº 306/04 da ANVISA configura infração sanitária e sujeitará o infrator às penalidades previstas na Lei nº 6.437/77, sem prejuízo das responsabilidades civil e penal cabíveis. O não cumprimento da Resolução nº 358/05 do CONAMA sujeitará os infratores às penalidades e sanções previstas na legislação pertinente, em especial na Lei nº 9.605/98, e no seu Decreto regulamentador (FERREIRA, 1999).

O interesse pelo tema resulta de leituras de artigos científicos sobre resíduos sólidos de saúde, e por saber que existe em âmbito hospitalar uma Comissão da Agenda Ambiental na Administração Pública (A3P), porém, percebe-se que ainda existe contaminação ambiental com resíduos de origem de ambientes de saúde. Dessa forma, o estudo justifica-se como uma contribuição teórica sobre o assunto, pois a partir do momento que os profissionais da saúde, em especial o enfermeiro compreender bem como deve ser o manejo dos RSS, acreditam-se que eles passarão a executar em suas atividades a separação dos resíduos de saúde, contribuindo para o destino apropriado desses produtos, contribuindo para a conservação da qualidade do ambiente interno e externo de um hospital.

2 | OBJETIVO

Nesse estudo tiveram como objetivos identificar e descrever o conhecimento dos enfermeiros sobre o manejo dos resíduos de saúde no ambiente hospitalar, na cidade de Brazlândia, Distrito Federal, no ano de 2013.

3 | MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Local da pesquisa e coleta de dados

Tratou-se de uma pesquisa de campo, qualitativa e quantitativa realizada nas unidades de atendimento à saúde, departamento de pessoal administrativo, Comissão de Infecção Hospitalar (CCIH) e administração do Hospital Regional de Brazlândia (HRBZ), DF, no período de 01/08/12 a 30/05/13. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa em seres Humanos/SES-DF, da Fundação de Ensino e Pesquisa da Saúde (FEPECS), conforme processo nº 379/2011.

3.2 População amostral

A amostra foi composta por 60 enfermeiros que prestavam atendimento aos pacientes nas unidades hospitalares do Hospital Regional de Brazlândia (HRBZ), sendo elas: Pronto Socorro, Internação, Pré Parto, Maternidade, Controle de Material Esterilizado, Centro Cirúrgico e na Gerência de Enfermagem, sendo uma populacional obtida por conveniência.

O critério de inclusão foi enfermeiros que trabalhavam em hospitais públicos estaduais de médio porte, com tipo de atendimento geral e/ou especializado e que autorizaram a

realização da pesquisa com o preenchimento da Ficha de Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Os critérios de exclusão foram enfermeiros que trabalhavam em hospitais particulares, laboratórios de análises clínicas e postos de saúde.

3.3 Instrumento de coleta de dados

Na coleta de dados foi usado um questionário com 16 perguntas estruturadas e objetivas, relacionadas ao conhecimento dos enfermeiros sobre o manejo dos resíduos de saúde, o reconhecimento de sua importância no gerenciamento desses resíduos, como também as legislações pertinentes.

3.4 Logística

Inicialmente, o Diretor e o Gerente de Enfermagem do Hospital, assinou o Termo de Concordância autorizando à investigação. No momento da pesquisa, foi entregue um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos enfermeiros, explicando a importância do estudo para a Comunidade Acadêmica, Científica e Comunidade. Em seguida, os enfermeiros responderam o questionário, onde foi verificado e descrito o seu grau de conhecimento sobre resíduos de saúde, relacionado ao seu papel perante a problemática dos resíduos de serviços de saúde.

Os resultados foram organizados e colocados em tabelas, seguidos de análises estatística, usando o Programa InStat 3, sendo considerado estatisticamente significativa, com o valor de $p \leq 0,05$.

4 | RESULTADOS

Foram entrevistados e aplicação de um questionário a 60 enfermeiros, que atuavam nas diversas unidades de um hospital público, na cidade Regional de Brazlândia, Distrito Federal, Brasil, no ano de 2013. Desses enfermeiros, dez eram homens e 50 mulheres, e a idade deles variou de 25 a 54 anos, e que tinham concluído o curso de graduação entre os anos de 1978 a 2013. O tempo de atuação dos enfermeiros nessa instituição variou de um a dez anos, com predomínio de 34 enfermeiros que atuavam a mais de 10 anos (Tabela 1).

Gênero	Número de indivíduos	Porcentagem
Masculino	10	16,7
Feminino	50*	83,3
Total	60	100,0

Tempo de atuação (Anos)	Número de indivíduos	Porcentagem
1 a 2	02	3,3
5 a 10	10	16,7

2 a 5	14	23,3
Mais de 10	34*	56,7
Total	60	100,0

$p \leq 0,01$

Tabela 1. Distribuição dos 60 enfermeiros, quanto ao gênero e tempo de atuação como enfermeiros, no Hospital Regional de Brazlândia, Brazlândia, DF, Brasil, no ano de 2013.

Com relação à realização de curso de formação sobre os resíduos hospitalares, 18 (30%) dos enfermeiros afirmaram ter realizado educação continuada sobre resíduos de saúde ao longo do tempo na área de atuação, 38 (63%) declararam não ter participado de curso de atualização, e quatro (7%) não se manifestaram sobre esse assunto.

Todos os enfermeiros consideravam muito importante a participação deles no gerenciamento dos resíduos hospitalares, sendo que 24 (40%) garantiram estar preparados para implantação do manejo interno, e 36 (60%) afirmaram não ter segurança e conhecimento suficiente para atuar na implantação dessa atividade em um hospital. Um dos enfermeiros durante a entrevista expôs uma opinião, dizendo que “o hospital necessitava primeiramente oferecer meios para a execução do manejo para, então, o enfermeiro atuar efetivamente na implantação da coleta seletiva de resíduos de saúde”.

Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), a Norma Brasileira NBR (12808/93) e NBR (10004/2004) classificou os resíduos provenientes de atividades hospitalares em várias classes (tipos). Do total de enfermeiros, 40 (67%) deles conseguiram distingui-los, e 20 (33%) afirmaram que desconheciam os tipos de resíduos gerados em ambientes hospitalares.

Ao perguntar quanto à existência de um Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), que todo hospital deve possuir, 53 (88,3%) enfermeiros desconheciam a existência dele, portanto, não tiveram acesso a esse PGRSS realizado pela Comissão de Infecção Hospitalar. Quatro profissionais asseguraram ter conhecimento da existência desse plano no hospital, porém, até a presente data não foi disponibilizado para que eles pudessem ler e se inteirarem do assunto (Tabela 2).

Ao indagar sobre as legislações Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 306 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Resolução do Conselho Nacional do Meio Ambiente nº 358/2005 (CONAMA) pertinentes aos resíduos de saúde, 24 dos enfermeiros relatam conhecer, e 36 desconheciam (Tabela 2).

Grupos	Subgrupos	Número de indivíduos	Porcentagem
Plano de Gerenciamento Interno	Sim	18	30,0
	Não	38*	63,0
	Abstenção	4	7,0

Total		60	100,0
Legislações	Sim	24	40,0
	Não	36	60,0
Total		60	100,0

$p \leq 0,01$

Tabela 2. Distribuição dos enfermeiros, quanto ao conhecimento da existência do Plano de Gerenciamento Interno e Legislações relacionadas aos resíduos de serviço de saúde, no Hospital Regional de Brazlândia, Brazlândia, DF, Brasil, no ano de 2013.

O hospital estudado produz resíduos dos tipos A (potencialmente infectante), B (químico), C (radioativo), D (comum) e E (perfuro - cortantes). Esses resíduos são retirados a cada três dias, num total de cerca de 10.000 Kg de resíduos, e são transportados em bombonas de 250 litros cada, por uma empresa terceirizada responsável pelo transporte e destino final desses resíduos. Diariamente são disponibilizados em torno de 90 copos descartáveis com tampa nas unidades de atendimento à saúde. Como não tem coleta seletiva após o uso, eles são depositados juntos com os resíduos potencialmente infectantes, tornando-os impróprios para a reciclagem. Também outros plásticos e papeis de toda ordem são misturados e inviabilizados para uso em reciclagem (Tabela 3).

Tipos de Legislações	Grupos
ANVISA	A. Presença de agentes biológicos.
	B. Substância química
	C. Radionucleotídeos
	D. Comum
	E. Perfuro-cortante
CONAMA	A. Potencialmente infectantes
	B. Químico
	C. Radioativo
	D. Comum
Normas Técnicas	Classes
ABNT 12808/93	Classe A: infectante
	Classe B: resíduo especial
	Classe C: resíduo comum
ABNT 10004/2004	Classe I: perigosos
	Classe II: não perigosos

Tabela 3. Demonstrativo das legislações relacionadas aos grupos de resíduos gerados em ambiente hospitalar, Hospital Regional de Brazlândia, Brazlândia, DF, Brasil, no ano de 2013.

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde, Manual de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) Brasília; Ministério da Saúde, 2006 182 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Informações obtidas da empresa contratada para a realização do transporte e descartes dos resíduos hospitalares mostraram que os materiais acondicionados em saco branco leitoso eram incinerados. Foi observado nesse hospital, que não existe coleta seletiva, resíduos comuns como copo plástico, inclusive com a tampa e demais tipos de resíduos são coletados em sacos destinados a resíduos potencialmente infectantes.

Os principais equipamentos de proteção individual (EPI's) eram parcialmente fornecidos pelo hospital a equipe, sendo que o jaleco que constitui o uniforme, não são fornecidos. Nesse contexto, 28 enfermeiros usavam jalecos, 18 não usavam, e 14 usavam parcialmente. Esse fato contribui para prejuízos e agravos à saúde (Tabela 4). Além disso, a limpeza desses jalecos deixava em muito a desejar.

Dos 60 enfermeiros avaliados, 40 deles relatam que em sua equipe tiveram acidentes de trabalho, devido à disposição indevida dos resíduos de saúde, e 20 referiram que ainda não ocorreu, mas reconheciam a vulnerabilidade deles a esse tipo de acidente e que poderiam a vir ocorrer em qualquer momento (Tabela 4).

Variáveis	Subgrupos	Número de indivíduos	Porcentagem
Equipamento de Proteção Individual	Sim	28	47,0
	Não	18	30,0
	Parcialmente	14	23,0
Total		60	100
Relatos de Acidentes de Trabalho	Sim	40*	67,0
	Não	20	33,0
Total		60	100

$$p \leq 0,05$$

Tabela 4. Distribuição dos enfermeiros, quanto à frequência de uso de Equipamentos de Proteção Individual pelas equipes e Relatos de Acidentes de Trabalho no Hospital Regional de Brazlândia, Brazlândia, DF, Brasil, no ano de 2013.

5 | DISCUSSÃO

Atualmente, a sociedade moderna passa por um grande desafio relacionado à separação e destino final dos resíduos de saúde (RS) gerados no Brasil e no mundo. Nesse estudo, ficou evidente a necessidade de investimento em capacitações e treinamento dos profissionais de enfermagem, com o intuito de melhorar o conhecimento deles acerca do processo de separação, destino e reciclagem de RS.

Foi sugerida nas entrevistas pelos enfermeiros a formação de comissões, tendo como integrantes profissionais de saúde, inclusive enfermeiros, a fim de que haja participação dos gestores no sentido de contribuir para melhorar as condições internas para a implantação do manejo adequado dos resíduos produzidos no ambiente hospitalar, diminuindo os

riscos de acidentes de trabalho decorrentes da má disposição desses resíduos, bem como incentivar a fiscalização da legislação vigente sobre RS existente no âmbito do hospital.

No final do século passado, o Brasil gerava cerca de 241.614 toneladas de resíduos diariamente. Desse total, aproximadamente 4.000 toneladas diárias correspondiam aos resíduos de origem de estabelecimentos prestadores de serviços de saúde. O Distrito Federal coletou no ano de 2003, cerca de 26 toneladas de RSS, e 100% desses resíduos foram incinerados.

Dados da literatura têm mostrado que, a mais importante fonte de poluentes atmosféricos é sem dúvida a queima de combustíveis fósseis e de biomassa, liberando grande quantidade de dioxinas. Esses materiais particulados em suspensão contribuem para a destruição da camada de ozônio, responsáveis pela proteção da terra dos raios Ultravioletas e B causadores do câncer de pele (BRASIL, 2001; SCHNEIDER, 2004; OLIVEIRA; NETO; LACAZ, 2020).

Os raios UV-B provocam queimaduras solares e pode causar câncer de pele, inclusive o melanoma maligno, frequentemente fatal. A estimativa de novos casos para o ano de 2012 é de 6.230, sendo 3.170 (50.88%) homens e 3.060 (49.12%) mulheres, e o número de mortes registrados em 2009 foi de 1.392, sendo 827 (59,41%) homens e 565 (40.59%) mulheres (SANTOS; BARBOSA, 1992). A radiação UV-B também inibe a atividade do sistema imunológico humano, o mecanismo natural de defesa do corpo. Com a debilitação do sistema imune, cria condições propícias para o crescimento de tumores, sem que o corpo consiga combatê-los, além de permitir um aumento de infecções por herpes, hepatite e infecções dermatológicas provocadas por parasitas nas décadas futuras (MOURA; VIRIATO, 2008).

No Distrito Federal, a produção de resíduos sólidos no ano de 2000 foi de 228.413 toneladas/dia. Segundo dados da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), os RSS correspondem a 1% do total, sendo de 2.284 toneladas/dia (BRASIL, 2011; FERREIRA, 1999). Esse percentual poderia ser menor, visto que, se esses resíduos fossem segregados adequadamente no local de sua geração, bem como os custos e riscos seriam pouco comprometidos.

Determinados parasitos podem ter maior incidência com o aumento das temperaturas, do que outras espécies diminuem ou entram em extinção. Fungos e bactérias são especialmente sensíveis a mudanças climáticas e podem rapidamente crescer quando a temperatura se eleva, especialmente, se está elevação for acompanhada de aumento da umidade. Os fungos e insetos têm sua atividade aumentada e podem ser responsáveis pela eliminação de espécies inteiras de árvores. As verminoses e parasitoses, tanto no gado quanto em animais silvestres também são grandemente aumentadas com as temperaturas mais altas (HAMILTON, 2011).

Assim, como não ocorre a coleta seletiva dos resíduos sólidos de saúde, todo lixo produzido acaba sendo contaminado. O problema se agrava quando esses resíduos são

recolhidos e incinerados, pois poluem consideravelmente o meio ambiente, contribuindo para o aquecimento global, causando problemas de saúde para todas as populações e ainda demanda um tratamento dispendioso, que poderia ser evitado com a separação criteriosa do material contaminado no local de sua geração (TOMASONI et al., 2001).

A maioria dos enfermeiros não conhece as legislações referentes aos resíduos gerados em ambiente de saúde. Assim, para que o trabalho seja eficaz deve ser realizado curso de capacitação desses profissionais, para que eles obtenham conhecimento suficiente e necessário à promoção e proteção dos agravos a saúde individual e coletiva, reconhecendo os prejuízos refletidos no meio ambiente, devido ao destino inadequado dos RSS. Esses resíduos acabam gerando resultados negativos para o homem e todos os tipos de seres.

O hospital apresenta necessidade de ter seus planos de gerenciamento de resíduos aprovados pelos órgãos fiscalizadores competentes, considerando não apenas os fatores de controle de infecção hospitalar, mas também, contemplando as questões de responsabilidade social e meio ambiente, garantindo a saúde da população atual e as futuras.

O enfermeiro desenvolve ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, individual e coletiva, sendo o principal colaborador do sistema de saúde para conduzir a assistência ao cliente, dispensando especial atenção aos resíduos gerados por suas atividades. O objetivo é minimizar riscos de infecções cruzadas e ambientais à saúde dos profissionais envolvidos e clientes que necessitam de uma assistência adequada. A maior preocupação dos profissionais de saúde estava relacionada com os resíduos perfuro-cortante, responsável pelo maior número de acidentes de trabalho e de contaminação pessoal, quando descartados inadequadamente, mas o impacto ambiental provocado pela má disposição no meio ambiente hospitalar foi bastante preocupante.

Portanto, conscientizar os profissionais de saúde com relação aos RSS e como conduzi-los em uma unidade hospitalar é muito importante, pois é fazendo o pouco que se atinge o muito e nas próximas décadas podemos ter um ambiente de trabalho saudável e um meio ambiente de perspectivas positivas para o futuro.

6 | CONCLUSÕES

Os enfermeiros que trabalham no HRBZ possuem conhecimento limitado quanto ao correto manejo dos resíduos gerados em ambiente hospitalar.

Os resultados obtidos nesse estudo podem ser usados com o intuito de atingir objetivos futuros, bem como mudar comportamentos da população da área de enfermagem, para isso propomos algumas recomendações:

Sensibilização dos profissionais envolvidos em atividades hospitalares sobre os problemas geradas pelos RSS para o homem e para o meio ambiente;

Necessidade de promoção de cursos de capacitação e aperfeiçoamento, bem como o treinamento das equipes de saúde;

Formação de comissões para tratar de assuntos relacionados aos resíduos de saúde;

Implantação de protocolos de acordo com a necessidade das unidades hospitalares, visando o descarte correto e a coleta seletiva de RS;

Previsão no contrato administrativo de comprovação por parte da empresa contratada sobre o destino final de RSS;

Envolvimento dos Gerentes de Enfermagem e direção do Hospital nos programas propostos para RSS;

Mudança de comportamentos dos profissionais no âmbito hospitalar sobre o uso de copos plásticos individuais identificados, a fim de reduzir a quantidade e frequência de uso de copos descartáveis, e com isso diminui a contaminação de hospitais e do meio ambiente.

Esse estudo foi apenas um ponto de partida para o desenvolvimento de pesquisa nesta área de estudo, pois é um tema amplo e complexo e de importância fundamental para a saúde humana e ambiental, para que passamos usar o meio ambiente com responsabilidade social.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Resíduos de Serviço de Saúde - NBR 12807. Rio de Janeiro, 1993. 3p.

BRASIL, Intergovernmental Panel in Climate Change (IPCC). Climate Change 2001: Impacts, Adaptation and Vulnerability. Genebra, Suíça, 2001, p. 63.

BRASIL, Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer (INCA), 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 306/2004 da ANVISA. Que dispõe sobre o regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos de serviço de saúde. DOU 10/12/2004, nº 237.

BRASIL, Ministério da Saúde, Manual de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) Brasília; Ministério da Saúde, 2006 182 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL, Ministério do Meio Ambiente, Resolução do Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA) Nº 358/2005. Dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde e dá outras providências. DOU de 04 de maio de 2005, n. 84, seção 1, p. 63-65.

BRITO, M.A.G.M. Considerações sobre resíduos sólidos de serviços saúde. Rev Elet Enf Univer Federal de Goiás, 2000; p. 2. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista2_2/residuo.html acesso em 12 de fevereiro de 2011.

CORRÊA, L.B. et al. Conhecimento de resíduos sólidos nos serviços de saúde formação acadêmica: uma contribuição à educação ambiental. *Interface - Comunicação, Saúde*, 2005; 9 (18): 571-584.

FABBRISA, J.B.; TREVISANA, R.; CABANELLOS, Q.D.V. Impacto ambiental dos resíduos de serviços de saúde na pandemia da Covid-19. I II Congresso de Direitos Humanos da FSG. Caxias do Sul – RS, de 10 a 12 de Agosto de 2020, p. 215-217.

FALCÃO, R.B.M.; ARAÚJO, T.E.P. A educação ambiental no enfrentamento da problemática do lixo de uma comunidade da zona rural do semi-árido nordestino. *Revista Ciência e Tecnologia*, ano 2007, p. 9 Disponível em: <<http://proasne.net/problemáticalixomirandas.html>>. Acesso em: 15 fev 2011.

FERREIRA, J.A.; ANJOS, L.A. Aspectos de saúde coletiva e ocupacional associados à gestão dos resíduos sólidos municipais. *Caderno Saúde Pública*, 2001; 17: 689-696.

RREIRA, J.A.; ANJOS, L.A. Aspectos de saúde coletiva e ocupacional associados à gestão dos resíduos sólidos municipais. *Cad Saúde Pública*, 2001; 17(3):689-696.

FERREIRA, J.A. Lixo domiciliar e hospitalar: semelhanças e diferenças. In: Congresso Brasileiro de Engenharia sanitária e Ambiental, Rio de Janeiro, 1999, 1903-1910 p.

HAMILTON, C. Fundação Osvaldo Cruz. Manual de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde, 2001, 190 p.

IGLESIAS, F., VIEIRA, A., BORN R.H. Mudanças Climáticas e o Brasil, contribuições e diretrizes para incorporar questões de mudanças de clima em políticas públicas. 2007, 60 p.

LIMA, L. M. Q. Remediação de Lixões Municipais (Aplicações de Biotecnologia. Ed. Hemus, 2005, Cap. I, 18 p.

MEOTTI, K.; MOURA, G.M.S.S. Resíduos sólidos de serviços de saúde: uma fotografia do comprometimento da equipe de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm*, 2011; 32(2):338-344.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Empresa brasileira de serviços hospitalares (EBSERH) Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados – (UFGD). 8ª ed, 2018, pag. 1-78.

MOURA, A.; VIRIATO, A. Resíduos Hospitalares no Brasil. 1 ed., Ed. Manole Ltda. 2008, 200 p.

OLIVEIRA, D.; NOVAES, R.R.P.; FERREIRA, W.F.D.; DUTRA, D.A. Gerenciamento de resíduos sólidos em saúde: uma compreensão reflexiva das normativas e aspectos ambientais. *Ver Jurídica Uniandrade*, 2020; 31(1): 1-23.

SANTOS, J.P.; BARBOSA, W. O lixo pode ser um tesouro. Rio de Janeiro: Centro Cultural Rio Cine, 1992. Livro 3. 17 p.

SCHNEIDER, V. E. Manual de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde. 2ª ed. Caxias do Sul, RS: Educs, 2004, 519 p.

SECRETARIA DA SAÚDE. RDC N° 222/18/ANVISA publicada em 28 março de 2018. Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências. → Revogará a RDC N° 306/2004/ANVISA em 26/09/2018

SILVA, M.M.; LOPES, C.; MARTINS, E.E.N.; CAMINOTTO, E.L. Diretrizes técnicas e avaliação da gestão de Resíduos Sólidos de Saúde no Centro de Práticas Clínicas e Cirúrgicas de uma Instituição Pública de Ensino Superior em Santa Catarina. Braz J of Develop. 2020: 6 (8): 64018-64026.

SISINNO, C.L.S.; MOREIRA, J.C. Ecoeficiência: um instrumento para a redução da geração de resíduos e desperdícios em estabelecimentos de saúde. Cad Saúde Pública, 2005; 21(6):1893-1900.

ZOBOLI, E.L.C.P. Ética e Administração Hospitalar. Edições Loyola. 2ª Ed. Março de 2004, 43 p.

CAPÍTULO 10

DESAFIOS DA GESTÃO DE UMA UNIDADE DE ATENDIMENTO À PANDEMIA DA COVID-19

Data de aceite: 01/07/2021

Pamela Nery do Lago

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais / Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HC-UFMG/EBSERH).
Belo Horizonte – MG
<https://orcid.org/0000-0002-3421-1346>

Marlene Simões e Silva

HC-UFMG/EBSERH.
Belo Horizonte – MG
<https://orcid.org/0000-0002-1195-493X>

Regina de Oliveira Benedito

HC-UFMG/EBSERH.
Belo Horizonte – MG
<https://orcid.org/0000-0002-3164-5165>

Andreia Aparecida Martins de Carvalho

HC-UFMG/EBSERH
Belo Horizonte – MG
<https://orcid.org/0000-0003-3355-9735>

Gisela Pereira Xavier Albuquerque

Complexo Hospitalar Universitário da Universidade Federal do Pará (CHU-UFPA/EBSERH)
Belém – PA
<https://orcid.org/0000-0002-9712-2236>

Lana Rose Cortez Farias

Hospital Universitário Ana Bezerra da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (HUAB-UFRN/EBSERH)
Santa Cruz – RN
<https://orcid.org/0000-0001-6441-9765>

Andréa Paula Dourado Vasconcelos

Hospital das Clínicas do Hospital Universitário de Pernambuco (HC-UFPE/EBSERH)
Recife – PE
<https://orcid.org/0000-0002-3619-4754>

Ana Luiza Menezes Santos

Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe (HU-UFS/EBSERH)
Aracaju – SE
<https://orcid.org/0000-0001-7310-4036>

Rosiana Lima Prado

HU-UFS/EBSERH
Aracaju – SE
<https://orcid.org/0000-0003-0403-7188>

Daiane Medina de Oliveira

Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (HUMAP-UFMS/EBSERH)
Campo Grande – MS
<https://orcid.org/0000-0002-0452-8318>

Antônia Gomes de Olinda

Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU-UFGD/EBSERH)
Dourados – MS
<https://orcid.org/0000-0002-5690-4506>

Francisco Rodrigues Martins

Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU-UFGD/EBSERH)
Dourados – MS
<https://orcid.org/0000-0003-1257-8822>

RESUMO: A pandemia do coronavírus tem trazido desafios constantes há mais de um ano

para os serviços de saúde, tornando-se um dos principais problemas de saúde pública de todo o planeta. Neste trabalho objetivou-se relatar as experiências vivenciadas pela gestão de enfermagem em uma unidade de internação que atua na linha de frente aos cuidados de pacientes suspeitos e confirmado para COVID-19. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência, realizado em um Hospital Universitário Federal da cidade de Belo Horizonte-MG, no período de março de 2020 a março de 2021. Neste cenário, descreveu-se as vivências até os dias atuais, os fluxos operacionais do serviço, utilização de equipamentos de proteção individual, desafios e potencialidades experienciados. O enfrentamento do desconhecido torna os profissionais frágeis, vulneráveis e exaustos. Neste ínterim é fundamental o envolvimento direto dos gestores no processo de gerenciamento do cuidado, além disso, deve haver a capacitação constante para os profissionais que estão na linha de frente ao combate à pandemia.

PALAVRAS - CHAVE: Profissionais de enfermagem, Pandemias, Coronavírus.

CHALLENGES IN THE MANAGEMENT OF A COVID-19 PANDEMIC SERVICE UNIT

ABSTRACT; The coronavirus pandemic has brought constant challenges for health services for more than a year, making it one of the main public health problems on the planet. This study aimed to report the experiences of nursing management in an inpatient unit that works in the front line to the care of suspected patients and confirmed for COVID-19. This is a descriptive, exploratory study with a qualitative approach, of the experience report type, carried out at a Federal University Hospital in the city of Belo Horizonte-MG, from March 2020 to March 2021. In this scenario, we described if the experiences up to the present day, the operational flows of the service, use of personal protective equipment, challenges and potentialities experienced. Facing the unknown makes professionals fragile, vulnerable and exhausted. In the meantime, the direct involvement of managers in the care management process is essential, in addition, there must be constant training for professionals who are at the forefront of combating the pandemic.

KEYWORDS: Nursing professionals, Pandemics, Coronavirus.

1 | INTRODUÇÃO

Coronavírus são RNA vírus causadores de infecções respiratórias em diversos animais, como aves e mamíferos (FEHR; PERLMAN, 2015). O novo coronavírus, denominado SARS-CoV-2, causador da doença COVID-19, foi detectado em 31 de dezembro de 2019 em Wuhan, na China. Em 16 de janeiro, foi notificado o primeiro caso fora de Wuhan (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020). Em 30 de janeiro, a OMS declarou a epidemia uma emergência internacional. No Brasil, em 7 de fevereiro, haviam 9 casos em investigação, mas sem registros de casos confirmados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Após pouco mais de 1 ano que vivenciamos diariamente a pandemia da COVID-19, o Brasil apresenta-se como o epicentro mundial da pandemia, ultrapassando 13 milhões de infectados e mais de 318 mil mortos (JOHNS HOPKINS UNIVERSITY, 2021). Uma campanha de vacinação extremamente lenta e mal gerida, com menos de 2% da população

tendo recebido as 2 doses da vacina (OUR WORLD, 2021).

Constituiu-se em um grande desafio para a saúde pública mundial superar os impactos vivenciados frente a este vírus de fácil e rápida disseminação e que, ocasiona mudança gigantescas nas rotinas das instituições de saúde, intensificando as internações em razão dos agravos respiratórios (GALLASCH CH *et al.*, 2020).

Diante deste cenário, se fez necessário repensar a gestão dos serviços de saúde de forma a estruturar as instituições para receber essa demanda. Os desafios em criar fluxos e rotinas institucionais, aprovisionar as equipes de materiais diversos e de proteção individual, realizar treinamentos, toda a pressão que afeta a saúde mental dos profissionais de saúde são fontes inesgotáveis de discussões.

Objetivou-se delinear a experiência de enfermeiros frente a gestão de uma unidade de internação para o atendimento de pacientes confirmados ou suspeitos de COVID-19 em um hospital de atendimento exclusivo do Sistema Único de Saúde (SUS) de Belo Horizonte, Minas Gerais.

Metodologicamente, este estudo consiste em um relato de experiência da gestão do atendimento a pacientes confirmados ou suspeitos de COVID-19 num hospital universitário do SUS. A instituição destinou 10 leitos de observação, 18 de CTI e 62 de enfermaria para os casos suspeitos ou confirmados da doença. Sendo esta enfermaria o local de trabalho dos envolvidos neste estudo.

Relato baseado na experiência de enfermeiros com a gerência e supervisão da assistência frente à pandemia do COVID-19, suas vivências associadas ao estresse e a pressão diária em atuar neste cenário, acrescido do risco de adoecimento. A experiência se fez entre março de 2020 e março de 2021 e emergiu de relatos, observações, estudos e discussões entre as profissionais na instituição e em grupo virtual destinado a discutir a pandemia.

2 | A GESTÃO DA PANDEMIA

Diante da necessidade de redirecionar a estrutura de uma unidade de internação para o atendimento ao paciente COVID-19, a instituição solicitou que os enfermeiros criassem novos fluxos e rotinas. Levantamento de materiais e insumos necessários; dimensionamento de funcionários, devido o afastamento do grupo de risco; melhoria da estrutura física e treinamento das equipes.

O suprimento de equipamentos de proteção individuais (EPIs) e materiais hospitalares se tornou um grande desafio, pois muito do que solicitávamos não fazia parte do rol de materiais comuns do hospital e devido a pandemia não eram encontrados para compra emergencial.

O dimensionamento de profissionais da enfermagem também foi fonte de grande estresse, visto que esta unidade possuía cerca de metade de seus pacientes em cuidados

mínimos e a partir de então passou a receber pacientes de alta complexidade. Houve então a necessidade de contratação emergencial de profissionais especializados.

Vivenciase um momento gerador de grande pressão, pois por ser uma doença com os conhecimentos em construção, tudo é muito incerto. A cada dia os fluxos mudam, exigindo energia para reconstruir o conhecimento aprendido, além do medo de contaminação constante.

Percebe-se que a realidade encontrada na unidade de internação citada neste trabalho, diante da pandemia do COVID-19, é a mesma em diversos serviços de saúde ao redor do planeta. As dificuldades aqui abordadas são comuns, visto que o mundo todo vivência essa guerra biológica.

Como forma de instruir as equipes são realizados treinamentos e simulações sobre diversos assuntos, tais como o uso de EPIs, intubação e higiene das mãos (RODRIGUES; SILVA, 2020). Fator este primordial para uma assistência responsável e segura.

A insegurança pelas constantes mudanças de fluxos de atendimento e protocolos institucionais dificulta a rotina de trabalho. Travamos uma batalha contra um agente invisível, causando muita pressão psicológica, ocasionando ou agravando problemas mentais para os profissionais que estão na linha de frente (RODRIGUES; SILVA, 2020).

A realidade atual castiga, visto que após um ano de exaustivo trabalho, o cenário é devastador, tendo a unidade superado surtos da doença entre pacientes e profissionais, falta de estrutura física adequada ao quadro clínico grave dos pacientes, absenteísmo chegando a 54% no quantitativo da escala diária de serviço e iminência de falta de materiais básicos.

Neste sentido, é primordial contar com a alta gestão hospitalar para que haja o acolhimento necessário e merecido dos profissionais atuantes em tal contexto, visto que os afastamentos por adoecimento relacionados ao estresse e mesmo a contaminação pelo coronavírus são constantes.

3 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

As instituições têm por dever fornecer os materiais hospitalares e EPIs necessários, apesar da escassez no mercado perante a pandemia. Deve-se buscar estratégias e parcerias para superar esse desafio. Bem como, um adequado dimensionamento das equipes assistenciais, no intuito de minimizar os efeitos decorrentes das exaustivas jornadas de trabalho.

Em razão das recém descobertas e constantes atualizações sobre o coronavírus, é essencial que as equipes assistenciais estejam em contínuo processo de atualização técnica e científica, garantindo assim a segurança do paciente e de toda a equipe de saúde.

REFERÊNCIAS

FEHR, A. R.; PERLMAN, S. Coronaviruses: an overview of their replication and pathogenesis. **Methods Mol Biol**, v. 1282, p. 1-23, 2015. Disponível em <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25720466/>>. Acesso em: 22 out. 2020.

GALLASCH, C.H. et al. Prevenção relacionada à exposição ocupacional: COVID-19. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 28, 2020. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/49596/33146>>. Acesso em: 20 out. 2020.

JOHNS HOPKINS UNIVERSITY. **COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU)**. Mar. 2021. Disponível em: <<https://coronavirus.jhu.edu/map.html>>. Acesso em: 30 de mar. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Infecção humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV)**. Boletim Epidemiológico 02, 2020. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/10/Boletim-epidemiologico-SVS-10fev20-corrigido2.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2020.

OUR WORLD. **Panorama sobre as doses da vacina**. 2021. Disponível em: <https://github.com/owid/covid-19-data/blob/master/public/data/vaccinations/country_data/Brazil.csv>. Acesso em: 31 mar. 2021.

RODRIGUES, N. H.; SILVA, L. G. A. Gestão da pandemia Coronavírus em um hospital: relato de experiência profissional. **J. nurs. Health**, v. 10, n. esp., 2020. Disponível em: <<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/18530/11239>>. Acesso em: 20 out. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **IHR procedures concerning public health emergencies of international concern (PHEIC)**. 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/ihr/procedures/pheic/en/>>. Acesso em: 31 mar. 2021.

AVALIAÇÃO DA DOR COMO PRÉ-REQUISITO PARA ACREDITAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Data de aceite: 01/07/2021

Data da submissão: 06/04/2021

Sandra Regina Lins Prado Tardelli da Silva

Universidade Cruzeiro do Sul/UNICSUL.

São Paulo / SP

<http://lattes.cnpq.br/8857500267021726>

Thais Almeida de Luna

Bolsista Voluntária Iniciação Científica pela
Universidade Cruzeiro do Sul/ UNICSUL.

São Paulo / SP

<http://lattes.cnpq.br/9982933435567375>

RESUMO: Introdução: Apresente pesquisa aborda métodos de identificação e avaliação da dor em pacientes hospitalizados, mediante à aplicações de intervenções para essa problemática através dos profissionais enfermeiros e a adesão de selo de Qualidade – Acreditação, além de ser de extrema relevância em promover uma assistência segura e holística aos clientes. Objetivo: analisar como a dor é avaliada institucionalmente pelos profissionais de saúde, quais instrumentos são utilizados à luz dos protocolos instituídos pelo selo de Acreditação Hospitalar e quais recursos são utilizados para amenizar este desconforto singular dos pacientes assistidos no âmbito hospitalar. Material e Método: O trabalho está em andamento e consisti em um levantamento bibliográfico, sistemático e analítico. Trata-se de uma revisão integrativa, esta busca produções científicas de relevância para esta temática, sendo selecionados artigos dentro do período

de 2010 à 2020, de acordo com base de dados da literatura Latino-Americana e do Caribe em ciências da saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e no Banco de Dados em Enfermagem (BDENF). Resultados e Discussão: Foram coletadas amostras bibliográficas que apontaram uma dificuldade em instituir um protocolo universal para avaliação e intervenções diante do evento doloroso do paciente, a carência de uma equipe especializada nesse cuidado álgico; ademais, a pluralidade de profissionais incapacitados por deficiência de aprendizagem no aspecto de identificação e manejo de dor. Conclusão: É imprescindível o olhar clínico integral, aplicabilidade sensata da Sistematização de Assistência de Enfermagem - SAE, sobretudo, a implementação de um protocolo para mensurar e intervir na dor do cliente; não obstante, a indispensabilidade de enfermeiros especializados em alívio e manejo da dor. Implicações para a Enfermagem: O presente trabalho pode contribuir expressivamente na identificação e abrandamento da dor, motivar a busca constante por atualização profissional, promovendo assim uma assistência na qualidade ao paciente com queixa álgica.

PALAVRAS - CHAVE: Enfermeiro, Dor e Acreditação.

PAIN ASSESMENT AS A PREREQUISITE FOR ACCREDITATION OF HEALTH SERVICES

ABSTRACT: This research addresses methods of identifying and evaluating pain in hospitalized patients, through the application of interventions

for this problem through professional nurses and the adhesion of the Quality - Accreditation seal, in addition to being extremely relevant in promoting safe and holistic care customers. Objective: to analyze how pain is institutionally assessed by health professionals, which instruments are used in light of the protocols instituted by the Hospital Accreditation seal and which resources are used to alleviate this unique discomfort of patients assisted in the hospital. Material and Method: The work is in progress and consisted of a bibliographic, systematic and analytical survey. This is an integrative review, this search for scientific productions of relevance to this theme, with articles selected from 2010 to 2020, according to a database of Latin American and Caribbean literature on health sciences (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) and the Nursing Database (BDENF). Results and Discussion: Bibliographic samples were collected that pointed out a difficulty in establishing a universal protocol for evaluation and interventions in the face of the patient's painful event, the lack of a team specialized in this pain care; in addition, the plurality of professionals disabled by learning disabilities in the aspect of pain identification and management. Conclusion: It is essential to have a comprehensive clinical view, sensible applicability of the Nursing Care Systematization - SAE, above all, the implementation of a protocol to measure and intervene in the client's pain; nevertheless, the indispensability of nurses specialized in pain relief and management. Implications for Nursing: The present work can significantly contribute to the identification and mitigation of pain, motivating the constant search for professional updating, thus promoting quality assistance to patients with pain complaints.

KEYWORDS: Pain, Accreditation, Nursing.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (De Santana; Josmari, *et al.* 2020) a dor é uma experiência sensorial e emocional indesejável, relacionada à lesões teciduais reais ou potenciais, a qual excita os nociceptores, estes são receptores sensoriais específicos que uma vez sensibilizados, enviam este estímulo ao Sistema Nervoso Central (SNC), resultando em uma estimulação dolorosa que fornece informações sobre a área lesionada. Desse modo, esta sensação dolorosa é explicada fisiologicamente como uma síndrome decorrente da análise do aspecto físico-químico do impulso nocivo em consonância às singularidades de cada indivíduo, de acordo com suas variáveis mentais, afetivas, culturais e genéticas.

Além de afetar a hemostasia do paciente e provocar sensações singulares, é possível encontrar em literaturas suas definições e classificações. Logo, à luz do livro Diagnóstico de Enfermagem da NANDA-I 2018-2020, o Diagnóstico de Enfermagem (DE), Dor Aguda encontra-se no domínio 12 – Conforto, Classe 1 – Conforto Físico e é definida como:

“Experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tissular real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão (Internacional Association for the Study of Pain); início súbito ou lento, de intensidade leve e intensa, com término antecipado ou previsível e com duração menos de 3 meses. Relacionado á agente biológico lesivo, agente físico lesivo, agente químico lesivo, caracterizado por alteração no apetite, alteração no parâmetro

fisiológico, autorrelato de intensidade usando escala padronizada de dor, autorrelato das características da dor usando instrumento padronizado de dor, comportamento de distração, comportamento expressivo, comportamento protetor, desesperança, diaforese, espasmo muscular que minimiza o movimento da área afetada, evidência de dor usando uma lista padronizada de comportamento de dor, para quem não consegue se comunicar verbalmente expressão facial de dor, foco em si próprio, foco estreito, posição para aliviar a dor, pupilas dilatadas, representante relata comportamento de dor/ alterações nas atividades².”

Já o Diagnóstico de Enfermagem (DE), Dor Crônica, encontrada na mesma base de dados – NANDA – é definida como:

“Experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tissular real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão (Internacional Association for the Study of Pain); início súbito ou lento, de intensidade leve e intensa, com término antecipado ou previsível e com duração maior que 3 meses. Associada a aumento prolongado no nível de cortisol, condição isquêmica, condição muscoesquelética crônica, condição relativa a pós trauma, contusão, dano ao sistema nervoso, desequilíbrio de neurotransmissores, neuromodulares e receptores, distúrbio genético, distúrbio imunológico, fratura, função metabólica prejudicada, infiltração de tumor, lesão de medula espinhal, lesão muscular, lesão por esmagamento. População de risco: história de abuso, história de abuso de substâncias, história de excesso de dívidas, história de exercício vigoroso, história de mutilação genital, história de posturas de trabalho estáticas, idade > 50 anos, sexo feminino, relacionado à agente lesivo, alteração no padrão de sono, aumento no índice de massa corporal, compressão de nervo, desnutrição, fadiga, isolamento social, manuseio repetido de cargas pesadas, padrão de sexualidade ineficaz, sofrimento emocional, uso prolongado no computador, vibração em todo o corpo, caracterizado por alteração na capacidade de continuar atividades prévias, alteração no padrão de sono, anorexia, autorrelato de intensidade, usando escala padronizada da dor, autorrelato das características da dor usando instrumento padronizado de dor, evidência de dor usando uma lista padronizada de comportamento de dor para quem não consegue se comunicar verbalmente, expressão facial de dor, foco em si próprio, representante relata comportamento de dor/alterações nas atividades².”

No cenário da saúde, a dor é avaliada como o quinto sinal vital e sua avaliação é sempre subjetiva, assim, os profissionais deste seguimento necessitam estar sensibilizados para obter uma escuta qualitativa dos relatos dos pacientes, no momento da sua avaliação. Logo, é direito universal do paciente obter uma assistência adequada e resolutiva do manejo da dor, ademais este é um critério avaliativo e assistencial de qualidade. Quando não tratada, a dor influencia de forma negativa na evolução clínica do paciente, acarretando em alterações cardiovasculares, imunológicas, trombolíticas, psicológicas, sociais, do padrão do sono ou da sua própria cronificação³.

À luz das diretrizes curriculares para a aprendizagem sobre dor aguda e crônica, previstas na Associação Internacional para Estudos da Dor (IASP) preconiza enfaticamente o conhecimento com base na interdisciplinaridade. A grade integra as diversas áreas da

saúde e estudantes desse seguimento. O manejo terapêutico eficaz da dor é enigmático e requer uma intervenção multidisciplinar.

Salienta veementemente como critério fundamental do currículo da IASP, o trabalho indispensável da equipe multidisciplinar, sendo que cada profissional da saúde é incumbido de ser empático, analisar e promover controle álgico de pacientes e familiares, e que as repercussões eficazes no manejo terapêutico seja um conjunto de medidas discutidas e trabalhadas mutuamente entre os profissionais e organizações prestadoras de serviços de saúde.

A partir de 2000, as associações americanas preconizaram a dor como sendo o quinto sinal vital, devendo ser examinada em conjunto aos demais sinais vitais pelos profissionais de saúde³. Sendo está um padrão vital, e estando atrelada aos critérios de análise de qualidade dos serviços, os gestores necessitam estimular e conduzir a equipe de forma efetiva e eficaz na implementação da dor como sinal vital, propiciando aos colaboradores que reconheçam o padrão vital bem como sua subjetividade, atuando com um olhar holístico, integralizado e humanizado, sendo sensível às necessidades do paciente, amenizando seu padecimento numerosas vezes controláveis.

Para a Associação Internacional para o estudo da dor – IASP – há distintos tipos de dor, no qual, dor cônica é definida cronologicamente por perdura um período superior há três meses, já a dor aguda é caracterizada por um intervalo de tempo inferior à um trimestre. Em relação às experiências sensitivas, a dor crônica possui um aspecto singular e difícil de ser tratada, se não impossível, de se aliviar plenamente³. Logo, para uma identificação mais objetiva, alguns profissionais podem se fundamentar em algumas falas, Queiroz et al.

⁽⁴⁾ cita que:

“[...] A dor aguda tem início súbito, o paciente grita de dor, é um incômodo maior. Já que a dor crônica ela é um sintoma que não exige tanta urgência, o paciente pode esperar e o mesmo suporta e sabe conviver com a dor e está associada a uma patologia. A dor aguda quando eles relatam sentir dor a algum problema recente Dor crônica é aquela que não tem cura e sim apenas alívio, observo pela patologia do paciente. Já na aguda pode se obter a cura[...] ⁽⁴⁾”.

Logo, a dor crônica está associada a um desencadeamento de ordem patológica resultante de dor contínua ou recorrente, neste período, perde-se a função biológica de alerta, genericamente, não se obtém respostas neurovegetativas atreladas ao sintoma, a sensação dolorosa é mal demarcada no tempo e no espaço ⁽⁴⁾. Assim, a dor aguda está correlacionada a um problema recente, com manifestação temporária, sendo caracterizada por minutos ou poucas semanas, geralmente, quando a causa é diagnosticada e tratada adequadamente, costuma desaparecer quase que imediatamente, inclusive após um procedimento técnico realizado no paciente.

Para a mensuração e avaliação efetiva do evento doloroso, atualmente, são utilizados quatro instrumentos fundamentais, dentre as escalas numéricas, nominais,

analógicas e ilustradas ⁽⁴⁾, sendo o autorrelato da dor imprescindível, considerado padrão “ouro” neste quesito. É importante salientar, que a equipe esteja receptiva quanto às queixas de sofrimento, a fim de solucionar as insatisfações álgicas ⁽³⁾. Assim, a princípio, a dor é identificada através da queixa, localização, intensidade, qualidade, frequência e duração ⁽⁴⁾.

Diante do exposto, é imprescindível a utilização de manejos terapêuticos qualitativos que mapeiam e avaliam a dor de forma multifocal e multidisciplinar, afim de obter uma eficácia na assistência ao paciente com episódio álgico. Tais instrumentos, podem ser específicos de acordo com o público alvo e os objetivos dos profissionais a serem traçados, como menciona Salvetti et al ⁽⁵⁾ em seu trabalho com pacientes que sofrem de lombalgia crônica:

“[...] Escala Visual Numérica de Dor - escala de 0 a 10, sendo 0 nenhuma dor e 10 dor insuportável ou a pior que se pode imaginar, westy Disability Index (ODI), versão 2.0 - avalia a incapacidade, tem como foco o impacto da dor nas atividades da vida diária. A escala contém 10 itens que variam de 0 a 5: o primeiro avalia a intensidade da dor, e os demais, as consequências da dor na vida diária. O escore vai de 0 (ausência de incapacidade) a 100 (incapacidade máxima), Escala de Fadiga de Piper Revisada (rPFS) - é um instrumento multidimensional, de autorrelato, composto por quatro domínios (sensorial, afetivo, cognitivo-emocional e comportamental) e 22 itens, graduados de 0 a 10. O escore total também varia de 0 a 10, e representa a média dos itens, na escala de Autoeficácia para Dor Crônica (AEDC) - a autoeficácia foi avaliada pela versão em língua portuguesa da Chronic Pain Self efficacy Scale (CPSS). A escala foi desenvolvida para medir a percepção de autoeficácia e a capacidade para lidar com as consequências da dor em pacientes com dor crônica (5) [...]”.

Após análise eficaz do evento doloroso, pode utilizar ferramentas farmacológicas e não farmacológicas, as quais viabilizam melhor conforto ao paciente. Dentre elas, podem-se destacar: Como métodos não farmacológicos, de acordo com Drake & Williams:

“A aplicação térmica de compressas fria ou quente, técnica de distração, técnica de massagem, técnica de relaxamento, promoção do conforto, toque terapêutico, entre outras ⁽⁶⁾”.

Contudo, há limitações nas equipes de saúde em compreender a extensão da dor, além de obter um conhecimento amplo e pautado em literaturas científicas ao mensurar e promover um controle vigoroso sob as queixas álgicas do paciente. Essa lacuna está vinculada a reduzida adesão dos gestores das organizações de saúde, quanto a avaliação da dor como quinto sinal vital, perenizam a angústia desnecessária e a diminuição da qualidade de vida (QV) dos enfermos em estados dolorosos agudos e crônicos ⁽⁵⁾.

Diante dessa problemática, foi desenvolvida uma “Escala de Práticas de Enfermagem na Gestão da Dor” pelos autores Antônio et al. ⁽⁷⁾, a qual possibilita investigar a concepção de métodos de avaliação e manejo da dor utilizados por profissionais de saúde e se essa queixa álgica é negligenciada pelos mesmos. O estudo provou que o gerenciamento da dor pelos enfermeiros é ineficaz, sendo uma das justificativas a inexistência de um instrumento

padronizada como protocolo institucional legítimo, afim de, mensurar e monitorizar esta prática constante, não somente em prol do conforto ao paciente, mas também, como medida efetiva ao adquirir selos de Acreditação Hospitalar autêntico. Constatou-se, ainda que, muitos profissionais de saúde apresentam conhecimento insuficiente perante a identificação e medidas terapêuticas a respeito do diagnóstico de enfermagem de dor aguda e dor crônica, necessitando improtelavelmente de Educação Continuada, a qual abrangeria cursos e treinamentos específicos para essa demanda clínica.

O resultado deste estudo foi interpretado pelos autores Antônio et al. (7):

“A avaliação da dor é reconhecida na literatura científica como um desafio, sendo os ensinamentos sobre a dor e o planejamento das intervenções as áreas mais negligenciadas na prática clínica (Araújo & Romero, 2015; Medrzycka-Dabrowka, Dabrowski, Gutysz-Wojnicka, Gawroska-Krzeminska, & Ozga, 2017). Os resultados do presente estudo também corroboram estes achados, dado que os ensinamentos sobre a dor e o planejamento obtiveram os scores médios globais mais baixos. Para além disso, são reconhecidas as dificuldades e barreiras que os contextos específicos dos serviços de urgência impõem dos quais podemos salientar a falta de tempo, o excesso de trabalho e a relutância de prescrição e implementação de medidas farmacológicas devido a uma deficitária avaliação da experiência dolorosa (Pretorius, Searle, & Marshall, 2015). Também se verificou neste estudo que os registos assumem scores médios mais baixos, o que pode comprometer o subsequente processo de monitorização e reavaliação da dor, impondo uma ineficaz gestão da mesma. As enfermeiras demonstraram melhores práticas de gestão da dor do que os enfermeiros (7)”.

Tal realidade é preocupante pois caracteriza um ambiente avassalador, o qual perpetua a dor do enfermo que necessita de assistência qualitativa, sobretudo para alívio da experiência dolorosa, a qual infelizmente é negligenciada por muitos profissionais de saúde que atuam diretamente com o público. Nascimento et al (2016, página 38) cita:

“[...]contribui para a subnotificação e o tratamento inapropriado da dor apesar dos sistemas de classificação e instrumentos de mensuração existentes. Alguns motivos que dificultam o manuseio da dor estão relacionados à inadequação dos modelos de avaliação nas instituições de saúde, às deficiências relacionadas à formação acadêmica dos profissionais a respeito do manuseio da dor e à negligência em relação ao paciente com sintomas algícos, acarretando escolhas analgésicas não validadas na literatura e insuficientes para o controle da dor (8)”.

Em contrapartida, há diversas instituições hospitalares que almejam o certificado de Acreditação Hospitalar, o qual excede em um diferencial de qualidade em humanização e excelência no mercado e implicam em padrões de parâmetros desejáveis para as organizações de saúde. Não obstante, os instrumentos de avaliação, consistem em registos contidos no prontuário a fim de apontar falhas, viabilizar aperfeiçoamento e diluição de dificuldades visíveis e invisíveis.

Em adição á isso, o prontuário é um documento previsto pela lei n. 13.787/18 (8), no

qual é transcrito todos os fatos, acontecimentos, histórico clínico, anamnese, exame físico, procedimentos realizados pela equipe multiprofissional, além dos exames laboratoriais e radiológicos, receituário e prescrições médicas, assistência prestada ao paciente desde admissão até a alta hospitalar, em prol de uma assistência e segurança qualitativa ao enfermo, além do respaldo para a equipe assistencial⁸.

O prontuário pode ser utilizado em outras esferas, não se limitando apenas à assistencial. Morais et al (2015, p. 64) cita:

“[...] administrativo, pesquisa e ensino, faturamento, referências estatísticas, planejamento e gestão, sendo ainda um instrumento com suporte legal e sigiloso que pode ser usado juridicamente a fim de questionar as condutas tomadas pela equipe multiprofissional. Sabendo da extrema importância das informações contidas no prontuário, as quais se não bem registradas poderão ser suscetíveis a equívocos e erros, dar-se então a necessidade de sempre orientar a equipe de forma permanente mostrando a importância dos registros apropriados das ações de enfermagem⁹ [...].”

Sob este prisma, salienta-se a importância da avaliação da dor como quinto sinal vital, a qual deve ser verificada juntamente com os demais sinais vitais, na triagem de qualquer serviço de saúde. No entanto, a mesma é negligenciada por profissionais que atuam diretamente com o público enfermo, fato este que pode ser resultante da omissão e do despreparo profissional. Assim o objetivo deste estudo configura-se por analisar como a dor é avaliada institucionalmente pelos profissionais, qual instrumento é utilizado a partir dos protocolos instituídos pelo selo de Acreditação Hospitalar e quais recursos são utilizados para amenizar este desconforto singular.

Diante deste objetivo nós focamos na avaliação por parte da equipe de enfermagem, sendo este o problema de estudo desta pesquisa, haja vista ser a área de atuação da pesquisadora.

A enfermagem possui atribuições protagonistas na saúde dos enfermos, pois trata-se da arte e ciência do cuidar do outro, mantendo um olhar holístico e escuta qualitativa às queixas, não obstante, o agrupamento multifatorial de necessidades humanas básicas (NHB) que são afetadas. Sendo assim, há um planejamento terapêutico, nomeado como SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem), segundo Resolução COFEN 358/2009, a qual é ferramenta privativa do enfermeiro.

Desse modo, a SAE é constituída por cinco fases: Histórico de Enfermagem (HE) definido por: coleta de dados subjetivos (entrevista) e dados objetivos (exame físico), seguido por Diagnóstico de Enfermagem (DE) denominado por agrupamento de NHB afetadas e levantamento de diagnóstico baseado na taxonomia NANDA 2018/2020). Em seguida, Planejamento de Assistência, remete ao objetivo a ser alcançado diante das NHB afetadas, quais podem ser minimizadas, trabalhando apenas com fatores modificáveis (sinais e sintomas – características definidoras, fatores relacionados); a caráter de conhecimento os fatores não modificáveis são: população em risco e condições associadas. A Prescrição

de Enfermagem (PE) é distribuída em cinco perguntas: o que fazer? Como fazer? Quando fazer? Quem fazer? Com o que fazer? Com o intuito de atender ou atenuar os problemas elencados. Por fim, a Evolução de Enfermagem (EE) visa avaliar os esforços já realizados, quais resultados foram contemplados e quais alterações podem ser modificáveis no plano de assistência pré-estabelecido, na intenção de elaborar um projeto terapêutico mais eficiente possível, diante dos problemas relacionados.

Mediante ao exposto, é imprescindível a autonomia do enfermeiro em elaborar protocolos e técnicas a serem realizadas privativamente por ele (sondagem nasogástrica, nasoenteral, vesical de demora e de alívio, coleta de gasometria arterial, punção em acesso venoso central), e pela sua equipe de enfermagem (banho com auxílio, punção venosa periférica, auxílio nos procedimentos que são privativos do enfermeiro). Sabe-se que os sinais vitais (SSVV) devem ser aferidos ao menos, a cada seis horas, sempre que houver alguma intercorrência, no início de cada plantão, antes e depois de algum procedimento técnico, diante de alguma queixa clínica do paciente. Desse modo, a Prescrição de Enfermagem (PE) deve conter, além dos SSVV: temperatura, pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, a Dor como o quinto sinal vital, e o enfermeiro deve ser protagonista na atuação da equipe, em investigar, aplicar e garantir o cumprimento dessa prescrição, visto que é imprescindível a avaliação, identificação, mensuração e manejo para aliviar a dor em pacientes hospitalizados.

REFERÊNCIAS

1. Da Cunha FF, Rêgo LP. Enfermagem diante da dor oncológica. Revista dor, [S.l.], V 16, nº2, jun. 2015. ISSN 2317-6393. [Internet]. [Acesso em 02 jan 2020]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-00132015000200142&script=sci_arttext&tlng=pt
2. Herdman, TH.; Kamitsuru, S. Diagnóstico de Enfermagem da NANDA-I Definições e Classificações: 11 ° ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2018.
3. Do Nascimento LA, Cardoso MG, Oliveira SA, Quina E, Sardinha DSS. Manuseio da dor: avaliação das práticas utilizadas por profissionais assistenciais de hospital público secundário. Rev. dor vol.17 no.2 São Paulo Apr./June 2016. ISSN 2317-6393. [Internet]. [Acesso em 28 dez. 2019]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-00132016000200076&script=sci_arttext&tlng=pt
3. Christoffel MM, Castral TC, Daré MF, Monthanholi LL, Scochi CGS. Conhecimentos dos profissionais de saúde na avaliação da dor neonatal. Revista de Enfermagem, vol.69 no.3 Brasília mai. /jun. 2016 [S.l.] 2016. ISSN 0034-7167*versão On-line* ISSN 1984-0446. [Internet] [Acesso em 20 jun 2020]. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000300552&lang=pt
4. Queiróz DTG, De Carvalho MA, De Carvalho GDA, Dos Santos SR, Moreira AS, Silveira MFA. Dor – 5º sinal vital: conhecimentos de enfermeiros. Revista de enfermagem [S.l.] 2015. DOI: 10.5205/reuol.7275-62744-1-SM.0904201501. ISSN: 1981 ISSN: 1981-8963. [Internet] [Acesso em 27 dez 2019], Disponível em: https://scholar.google.com.br/scholar?q=dor+quinto+sinal+vital+2015&hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&as_ylo=2015&as_yhi=2020.

5. Salvetti MG, Pimenta CAM, Braga PE, Corrêa CF. Incapacidade relacionada a dor lombar crônica prevalência e fatores associados. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, vol. 46 no spp. São Paulo Oct 2012. Issn: 0800 – 6234. [Internet]. [Acesso em 20 jun 2020]. Disponível no link: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000700003&lang=pt

6. Drake, G., & Williams, A. C. (2017). Nursing education interventions for managing acute pain in hospital settings: A systematic review of clinical outcomes and teaching methods. *Pain Management Nursing*, 18(1), 3-15. doi:10.1016/j.pmn.2016.11.001 [Internet]. [Acesso em 20 jun 2020]. Disponível em: https://scholar.google.com/scholar?method=author&author=Drake+G.&author=Williams+A.+C.&publication_year=2017&journal=Pain+Management+Nursing&volume=18&issue=1&pages=3-15

7. Antônio CAS, Dos Santos EJF, Cunha M, Duarte JC. Estudo psicométrico da Escala de Práticas de Enfermagem na Gestão da Dor. *Revista de Enfermagem Referência Rev. Enf. Ref.* vol. Ser IV no.22 Coimbra set. 2019. ISSN 0874-0283. [Internet]. [Acesso em 20 jun 2020]. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832019000300006&lang=pt

8. Diário Oficial da União. Lei Nº13.787, de 27 de dez de 2018. Publicado em: 28/12/2018 | Edição: 249 | Seção: 1 | Página: 3. [Internet]. Acessado em 02 jan. 2020]. Disponível em: http://www.in.gov.br/material/-/asset_publisher/KujrwoTZC2Mb/content/id/57221806/do1-2018-12-28-lei-n-13-787-de-27-de-dezembro-de-2018-57221499

9. Moraes CGX, Batista EMS, Castro JFL, De Assunção SS, Castro GMO. Registros de enfermagem em prontuário e suas implicações na qualidade assistencial segundo os padrões de acreditação hospitalar: um novo olhar da auditoria. *Revista ACRED - ISSN 2237-5643 v. 5, n. 9 (2015) p. 64-84.* [Internet]. [Acesso em 02 jan. 2020]. Disponível em: <file:///C:/Users/thais/Downloads/Dialnet-RegistrosDeEnfermagemEmProntuarioESuasImplicacoesN-5626617.pdf>

CAPÍTULO 12

TELENFERMAGEM: UMA FERRAMENTA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NOS MUNICÍPIOS DO INTERIOR DO ESTADO DO AMAZONAS

Data de aceite: 01/07/2021

Data de submissão: 19/04/2021

Mailma Costa de Almeida

Universidade do Estado do Amazonas, Escola Superior de Ciências da Saúde
Manaus – Amazonas
<http://lattes.cnpq.br/4073563201294066>

Sibila Lilian Osis

Universidade do Estado do Amazonas, Escola Superior de Ciências da Saúde
Manaus – Amazonas
<https://orcid.org/0000-0002-9312-850X>

Jacqueline de Almeida Gonçalves Sachett

Universidade do Estado do Amazonas, Escola Superior de Ciências da Saúde
Manaus, Amazonas
<https://orcid.org/0000-0001-5723-9977>

Waldeyde O. Magalhães

Universidade do Estado do Amazonas, Escola Superior de Ciências da Saúde
Manaus, Amazonas
<https://orcid.org/0000-0001-5101-585X>

Jáira Mariana Ramos Da Silva

Universidade do Estado do Amazonas, Escola Superior de Ciências da Saúde
Manaus, Amazonas
<http://lattes.cnpq.br/0361419878328990>

Débora Oliveira Marques

Universidade do Estado do Amazonas, Escola Superior de Ciências da Saúde
Manaus, Amazonas

Ingrid dos Santos Ferreira

Universidade do Estado do Amazonas, Escola Superior de Ciências da Saúde
Manaus - Amazonas

Gisele dos Santos Rocha

Universidade do Estado do Amazonas, Escola Superior de Ciências da Saúde
Manaus – Amazonas
<https://orcid.org/0000-0002-8047-3005>

Isabela Cristina de Miranda Gonçalves

Universidade do Estado do Amazonas, Escola Superior de Ciências da Saúde
Manaus - Amazonas
<https://orcid.org/0000-0002-3868-6226>

RESUMO: Objetivo: Consolidar a Teleconsultoria e Teleducação para as equipes da Estratégia Saúde da Família subsidiadas pelos pontos da Telessaúde do estado do Amazonas. Método: As Telenfermagens ocorreram de forma periódica para todos os pólos ativos de Telessaúde do Amazonas no período de Agosto/2018 a Fevereiro/2020. O público-alvo foram as equipes de enfermagem e agentes comunitários de saúde. A Teleducação ocorreu mediante a seleção de temas e cronograma realizado em conjunto aos profissionais de saúde dos municípios participantes. Foi utilizada a estrutura física e tecnológica do Núcleo Amazonas de Telessaúde, que tem por base operacional o Pólo de Telemedicina da Amazônia na Escola Superior de Ciências da Saúde da Universidade do Estado do Amazonas. Resultados: Após planejamentos

sobre o meio para contato, foi adotado como melhor meio o aplicativo de Whatsapp. Foram enviados aos coordenadores mensagem de convite para participação no desenvolvimento deste trabalho e após o envio do link do Google form. Houve adesão por 35 coordenadores de núcleos, destes apenas 27 permaneceram até o final do projeto. As atividades de telenfermagem ocorreram de forma periódica mensal, com duração de 1 (uma) hora. Foram realizadas um total de 21 atividades, destas duas foram gravadas e retransmitidas e ainda disponibilizadas no canal do Youtube do Telessaúde-AM (telessaudeamazonas), ambos tiveram temas sugeridos por municípios. Conclusão: O uso de tecnologia na prática de saúde é uma ferramenta indispensável, pois permite apesar das barreiras geográficas a chegada da informação, atualização e disseminação dessas informações nos locais mais remotos. Ainda contribui para diminuição de gastos com locomoção de profissionais para se qualificarem em centros de referência. Percebe-se que ainda falta um maior engajamento por parte de coordenadores dos polos do Telessaúde para que haja um melhor aproveitamento desse meio de uso da tecnologia como um instrumento transformador de práticas.

PALAVRAS - CHAVE: Telessaúde; Telenfermagem; Teleeducação; Profissionais de Saúde; Atenção Primária a Saúde.

TELENURSING: A TOOL FOR PERMANENT EDUCATION IN PRIMARY HEALTH CARE IN THE SMALL MUNICIPALITIES OF THE STATE OF AMAZONAS

ABSTRACT: Objective: Consolidate Teleconsulting and Teleducation for the Family Health Strategy teams subsidized by the Telehealth points in the state of Amazonas. Method: Telenfermages occurred periodically for all active Telehealth centers in Amazonas from August / 2018 to February / 2020. The target audience was the nursing teams and community health agents. Teleducation took place through the selection of topics and a schedule carried out jointly with health professionals from participating municipalities. The physical and technological structure of the Amazonas Nucleus of Telehealth was used, whose operational base is the Telemedicine Pole of the Amazon at the School of Health Sciences of the University of the State of Amazonas. Results: After planning the means of contact, the Whatsapp application was adopted as the best means. An invitation message was sent to the coordinators to participate in the development of this work and after sending the Google form link. There was adhesion by 35 nucleus coordinators, of which only 27 remained until the end of the project. Telenursing activities took place on a periodic monthly basis, lasting 1 (one) hour. A total of 21 activities were carried out, of these two were recorded and retransmitted and still available on the Youtube channel of Telessaúde-AM (telessaudeamazonas), both had themes suggested by municipalities. Conclusion: The use of technology in health practice is an indispensable tool, as it allows despite the geographical barriers to the arrival of information, updating and dissemination of this information in the most remote places. It also contributes to the reduction of expenses with locomotion of professionals to qualify in reference centers. It is clear that there is still a lack of greater engagement on the part of the coordinators of the Telehealth centers so that there is a better use of this means of using technology as an instrument that transforms practices.

KEYWORDS: Telehealth; Telenursing; Tele-education; Health professionals; Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

A globalização na qual o mundo está se inserindo e o uso cada vez mais intensificado de tecnologias nos leva a adaptarmos a uma nova configuração nesta realidade. Nesse sentido, o Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes contribui para esta transformação, incorporando nos estados brasileiros a disseminação do conhecimento por meio de tecnologias de informação e comunicação, possibilitando a garantia de uma educação permanente aos profissionais de saúde.

Dentro das características, na região Amazônica, onde o deslocamento e localização geográfica dos municípios e sedes comunitárias são de difícil acesso e transporte, bem como a própria oferta precária dos serviços de saúde, a Telessaúde apresenta-se como um programa facilitador em ações de educação e saúde, qualificando o atendimento para os usuários da Estratégia Saúde da Família (ESF) nos municípios participantes (SOUZA; LIMA, 2011).

A Telessaúde poderá beneficiar toda a equipe da ESF que é composta por uma equipe multiprofissional: médico, enfermeiro, odontólogo e agentes comunitários de saúde, onde geralmente, a maior demanda de atribuições é do enfermeiro (CRUZ, 2013). Em vista disto, é crucial que o profissional de enfermagem esteja apto para as situações previstas em sua unidade, bem como, apoio das tecnologias para trabalhar com as adversidades pertinentes a realidade da população dos municípios, procurando atender as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2004).

Entretanto, na perspectiva amazônica, as tecnologias vêm de encontro a atender dificuldades de atualização e capacitação desses profissionais que se encontram distantes dos grandes centros educacionais, onde há disponibilidade de oferta de cursos para a área de saúde, isso ocorre devido a distância e impossibilidades de deslocamento do profissional do município, além disso, o alto custo constitui um agravante para a participação presencial de processos formativos.

Neste contexto, surge em 2007, o Pólo de Telemedicina da Amazônia (PTA), ofertando como estratégias de atuação: Cursos de Capacitação a Distância, Teleconsultorias, Segunda Opinião Formativa, Ambulatório Virtual para os profissionais inseridos no PTA (medicina, enfermagem, odontologia, fisioterapia, dentre outras). Disponibilizando uma programação mensal de livre acesso a todos os municípios do Amazonas cadastrados.

Com esta premissa, e em parceria com a Universidade do Estado do Amazonas (UEA), o Pólo promove prática do ensino-pesquisa-extensão, de forma a colaborar com o enriquecimento e aquisição do conhecimento através de práticas educativas realizadas por meio de teleconferências, web palestras e vídeo aulas principalmente com atividades específicas para a enfermagem, denominada Telenfermagem (FARIA, 2010).

Assim, a Telenfermagem compõe este quadro para somar esforços e se inserir como colaboradora do Programa Brasileiro de Telessaúde, contribuindo para a formação

e capacitação desses profissionais nas práticas de assistência no sistema de saúde e, principalmente neste vasto espaço da Amazônia (CECCIN, 2010).

A reforma, modernização e discussão de atividades educacionais mediadas por tecnologia, é possível criar mecanismos capazes de viabilizarem a integração dos profissionais, no processo de definição, implementação e avaliação da ação pública (SOUZA; LIMA, 2011).

Para tanto, a Universidade do Estado do Amazonas estimula a execução de várias atividades de Projetos de Extensão e Pesquisa na Telessaúde o qual subsidia este relato de experiência, quanto à implementação da Telenfermagem como meio de prática educativa, teleconsultoria e Segunda Opinião Formativa.

DIRETRIZES METODOLÓGICAS

Tratou-se de um relato de experiência descritivo, sobre a vivência acadêmica durante na Telessaúde Núcleo Amazonas/AM com o projeto “Telenfermagem: teleconsultoria e segunda opinião formativa para profissionais da ESF no Estado do Amazonas”.

O Núcleo de Telessaúde está localizado na Escola Superior de Ciências da Saúde (ESA) da Universidade do Estado do Amazonas (UEA), situada na Avenida Carvalho Leal nº1777 no bairro da Cachoeirinha, Manaus. Sua estrutura física é composta por: 1 mini-auditório, 1 sala de teleconferência, 1 sala de controle central e 1 sala administrativa. Sua estrutura tecnológica é composta por: televisão/monitor, antena central, computadores, equipamentos complementares (fone de ouvido, webcam, impressora, etc).

Os pontos de Telessaúde nos municípios, para participarem do projeto precisam de um *kit* contendo: 1 computador completo (monitor; CPU; mouse; teclado), 1 *webcam*, 1 antena, 1 máquina fotográfica digital, 1 impressora, 1 fone de ouvido e mobiliário. A internet é fornecida pelos gestores dos municípios.

O projeto teve vigência de 2 (dois) anos, Agosto/2018 a Fevereiro/ 2020. Durante este período vem se desenvolvendo a Teleconsultoria e Segunda Opinião formativa nos 48 pontos/municípios de Telessaúde implantados no estado do Amazonas, que são: Amaturá; Anori; Apuí; Atalaia do Norte; Autazes; Barcelos; Barreirinha; Benjamim Constant; Boca do Acre; Borba; Careiro; Coari; Eirunepé; Envira; Fonte Boa; Humaíta; Ipixuna; Itacoatira; Itamarati; Itapiranga; Japurá; Manacapuru; Manaus; Manicoré; Maraã; Nhamundá; Nova Olinda do Norte; Novo Aripuanã; Parintins; Santo Antonio do Iça; São Gabriel da Cachoeira; São Gabriel da Cachoeira/Yauaretê; São Paulo de Olivença; Silves; Tefé; Umiritiba; Urucará; Urucurituba; Alvarães; Beruri; Boa Vista do Ramos; Canutama; Carauari; Codajás; Lábrea; Maués; Presidente Figueiredo e Santa Isabel do Rio negro através do Ambulatório Virtual, inserido no espaço virtual do Polo de Telemedicina da Amazônia. (FIGURA 1).

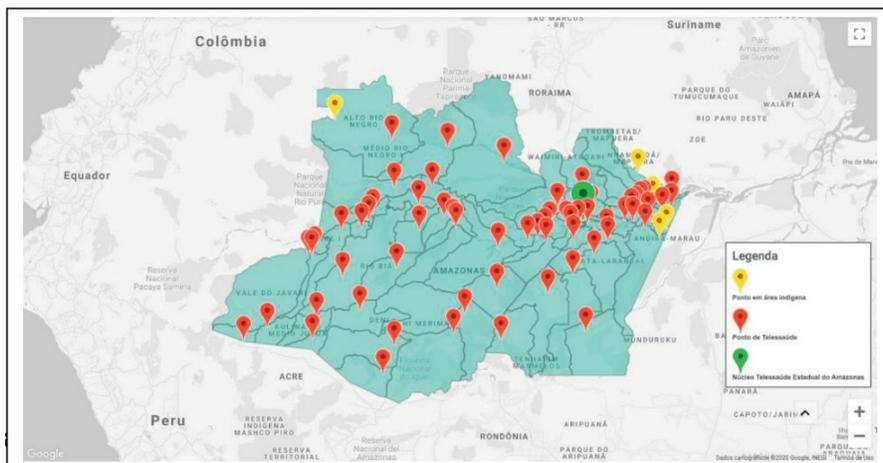


Figura 1 - Distribuição geográfica dos pontos/municípios do Telessaúde Núcleo Amazonas.

Fonte: www.telessaudeam.org.br, 2020.

A implementação do Projeto da Telenfermagem iniciou em 15/08/2018 por meio de reconhecimento do ambiente físico e virtual, capacitação e atualização dos profissionais inseridos nestes pontos e posteriormente realização das atividades (Quadro 1).

Para a construção do relato utilizou-se os relatórios situacionais dos polos/municípios do Telessaúde, os formulários de frequência, as Teleconsultorias e Segunda Opinião Formativa e as atividades de Teleducação.

AÇÕES REALIZADAS EM TELENFERMAGEM		DATA
1	Reconhecimento do ambiente físico e virtual do setor da Telessaúde-AM (plataforma; site; redes sociais e meios de comunicação).	15/08/2018
2	Planejamento sobre a melhor forma de entrar em contato com os coordenadores dos pólos da Telessaúde do Estado do Amazonas.	20/08/2018
3	Desenvolvimento e teste do formulário (via Google Forms) onde os coordenadores dos pólos da Telessaúde, puderam sugerir conforme as necessidades de suas equipes: temas; dias; horários; periodicidade para realização das Telenfermagens e possíveis formas de contato.	24/08 a 07/09/2018
4	Atualização dos números de contato dos atuais coordenadores dos pólos da Telessaúde.	10 a 11/09/2018
5	Iniciado tentativa de contato (via linha telefônica) com os coordenadores dos pólos da Telessaúde ativos, (inicialmente tentativa com 30 municípios).	18 a 26/09/2018
6	Realizado contato (via aplicativo - Whatsapp) com os coordenadores dos polos da Telessaúde de cada município.	02 a 12/10/2018
7	Realizado a montagem de um grupo (via aplicativo – Whatsapp) com os coordenadores que aceitaram em fazer parte do mesmo. Informado sobre desenvolvimento do projeto e sanadas as dúvidas (via aplicativo - Whatsapp).	15 a 18/10/2018

8	Envio do link do formulário (projetado no Google Forms) para todos os coordenadores presentes no grupo para início da coleta de dados para programação das Telenfermagens e informado sobre a data de início da análise de dados das respostas (dia 30/11/2018)	17/10/2018 e 13/11/2018
9	Realizado reunião com coordenador do projeto para análise das respostas dos coordenadores e após a montagem de uma tabela a fim de organizar as necessidades de cada município através de suas respostas no formulário. Ainda foi definido as datas, horários, duração e dias da semana e um padrão de slides para a realização das Telenfermagens (modelo disposto pela responsável da Comunicação do Núcleo de Telessaúde AM).	30/11/2018
10	Iniciado divulgação de datas, horários, duração e dias da semana que as Telenfermagens iriam ser desenvolvidas através do aplicativo WhatsApp para todos os coordenadores presentes no grupo de WhatsApp e por meio do envio de e-mail para aqueles que disponibilizaram seus e-mails no formulário. A primeira Web Palestra foi planejada para ser desenvolvida no dia 11/01/2019.	03 a 11/01/2018
11	Primeira Telenfermagem cancelada por imprevisto de falha/falta de conexão com os municípios.	11/01/2018
12	Realizado divulgação para desenvolvimento da segunda Telenfermagem. A mesma foi planejada para ser desenvolvida no dia 25/01/2019, porem foi cancelada por conta da realização de uma detetização no local onde é realizado as conexões com os coordenadores e seus respectivos polos.	18 a 25/01/2019
13	Realizado divulgação para desenvolvimento da terceira Telenfermagem. A mesma foi desenvolvida no dia 08/02/2019. Teve como tema: Educação Permanente. Palestrante: Professora Gisele Rocha	01 a 08/02/2019
14	Realizado divulgação do canal do Telessaúde Am no <i>Youtube</i> no grupo de WhatsApp para todos os coordenadores presentes.	12 a 27/02/2019
15	Realizado divulgação para desenvolvimento da quarta Telenfermagem. A mesma foi desenvolvida no dia 22/02/2019. Teve como tema: Equipamentos de Proteção Individual, EPI. Palestrante: Professora Mailma Almeida.	15 a 22/02/2019
16	Realizado divulgação de Retransmissão da 1ª Telenfermagem.	25/02/2019
17	Realizado divulgação dos serviços de Teleconsultoria que o projeto oferece e ainda sobre o canal do Telessaúde AM no <i>Youtube</i> no grupo de WhatsApp para todos os coordenadores presentes.	01, 14 e 18/03/2019
18	Realizado divulgação para desenvolvimento da quinta Telenfermagem. Planejada para ser desenvolvida no dia 15/03/2019, porém, foi cancelada por necessidade de liberação de local para outra atividade.	01 a 15/03/2019
19	Realizado divulgação para desenvolvimento da sexta Telenfermagem. A mesma foi desenvolvida no dia 29/03/2019. Teve como tema: O marco regulatório da Segurança do Paciente. Palestrante: Professor Manoel Neto.	18 a 29/03/2019
20	Realizado divulgação dos serviços de Teleconsultoria que o projeto oferece e ainda sobre o canal do Telessaúde AM no <i>Youtube</i> no grupo de WhatsApp para todos os coordenadores presentes.	4, 18 e 29/04/2019
21	Realizado divulgação para desenvolvimento da sétima Telenfermagem. A mesma foi desenvolvida no dia 12/04/2019. Teve como tema: Montagem de sala cirúrgica. Palestrante: Professor Alex Mariano.	6 a 12/04/2019
22	Realizado divulgação para desenvolvimento da oitava Telenfermagem. A mesma foi desenvolvida no dia 26/04/2019. Teve como tema: Educação em Saúde. Palestrante: Professora Eveline Menezes Caçote Barbosa.	21 a 26/04/2019

23	Realizado divulgação para desenvolvimento da nona Telenfermagem. A mesma foi desenvolvida no dia 10/05/2019. Teve como tema: Promoção à saúde da criança: práticas dos profissionais de saúde na puericultura. Palestrante: Professora Aldalice Aguiar	03 a 10/05/2019
24	Realizado divulgação dos serviços de Teleconsultoria que o projeto oferece e ainda sobre o canal do Telessaúde AM no <i>Youtube</i> no grupo de WhatsApp para todos os coordenadores presentes.	16 e 26/05/2019
25	Atualização dos números de contato dos atuais coordenadores dos pólos da Telessaúde.	20/05/2019
26	Realizado divulgação para desenvolvimento da décima Telenfermagem. A mesma foi desenvolvida no dia 24/05/2019. Teve como tema: Prevenção e cuidados de doenças bucais. Palestrante: Professora Érica Silva Carvalho.	22 a 24/05/2019
27	Realizado divulgação para desenvolvimento da décima primeira Telenfermagem. A mesma foi desenvolvida no dia 07/06/2019. Teve como tema: Logística de Materiais Hospitalares. Palestrante: Professora Aderlaine da Silva.	03 a 07/06/2019
28	Realizado divulgação dos serviços de Teleconsultoria que o projeto oferece e ainda sobre o canal do Telessaúde AM no <i>Youtube</i> no grupo de WhatsApp para todos os coordenadores presentes.	11/06/2019
29	Iniciado a divulgação do Conteam 2019 (Congresso Nacional do Núcleo Telessaúde do Amazonas) no grupo de WhatsApp do Projeto Telenfermagem para todos os coordenadores presentes no grupo.	18/06/2019
30	Realizado divulgação para desenvolvimento da décima segunda Telenfermagem. A mesma não pode ser desenvolvida no dia 07/06/2019 por conta de problemas relacionados à conexão com os municípios. Foi realizada a gravação e já se encontra disponível no canal do Telessaúde-AM. Teve como tema: Curativos. Palestrante: Enfermeira Karla Farias.	25 a 28/06/2019
31	Realizado divulgação para desenvolvimento da décima terceira Telenfermagem. A mesma foi desenvolvida no dia 07/06/2019. Teve como tema: Calendário de Vacinação. Palestrante: Daniele Barreto de Almeida.	08 a 12/07/2019
32	Realizado divulgação dos serviços de Teleconsultoria que o projeto oferece e ainda sobre o canal do Telessaúde AM no <i>Youtube</i> no grupo de WhatsApp para todos os coordenadores presentes.	14 e 28/07/2019
33	Realizado divulgação para desenvolvimento da décima quarta Telenfermagem. A mesma foi desenvolvida no dia 26/07/2019. Teve como tema: Atendimento ao Paciente. Palestrante: Fabiane Oliveira da Silva.	22 a 26/07/2019
34	Realizado divulgação para desenvolvimento da décima quinta Telenfermagem. A mesma foi desenvolvida no dia 09/08/2019. Teve como tema: Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS. Palestrante: Enfermeira Janaína Vilaça	05 a 09/08/2019
35	Realizado divulgação para desenvolvimento da décima sexta Telenfermagem. A mesma foi desenvolvida no dia 11/10/2019. Teve como tema: Tratamento de Feridas. Palestrante: Enfermeira Samara Souza, especialista em Estomaterapia.	07 a 11/10/2019
36	Realizado divulgação para desenvolvimento da décima sétima Telenfermagem. A mesma foi desenvolvida no dia 04/11/2019. Teve como tema: Intercorrências na gravidez. Palestrante: Residente em Enfermagem Obstétrica Mainã Costa. Realizado divulgação para desenvolvimento da décima oitava Telenfermagem. A mesma foi desenvolvida no dia 06/11/2019. Teve como tema: Urgência e Emergência. Palestrante: Enfermeira Rute, Residente em Urgência e Emergência.	01 a 06/11/2019

37	Realizado divulgação para desenvolvimento da décima nona Telenfermagem. A mesma foi desenvolvida no dia 06/12/2019. Teve como tema: Resgate da Função do ACS. Palestrante: Professora Érica Carvalho.	03 a 06/12/2019
38	Realizado divulgação para desenvolvimento da vigésima Telenfermagem. A mesma foi desenvolvida no dia 14/02/2020. Teve como tema: Medicamentos na Gravidez. Palestrante: Professora Isabela Gonçalves.	10 a 14/02/2020
39	Realizado divulgação para desenvolvimento da vigésima primeira Telenfermagem. A mesma foi desenvolvida no dia 28/02/2020. Teve como tema: Biossegurança e Uso Adequado de EPI's. Palestrante: Professora Jacqueline Sachett.	25 a 28/02/2020

Quadro 1 – Descrição das atividades em Telenfermagem desenvolvidas no Núcleo Amazonas.

Todas as telenfermagens são divulgadas previamente para os municípios e transmitidas pelo IPTV e pelo aplicativo MANO e ainda ficam disponíveis na página da Telessaúde Amazonas (www.telessaudeam.org.br).

Durante as atividades percebeu a participação frequente de 33 municípios, todos participam das telenfermagens, ainda que nem todos participem seguidamente, sempre possui a presença de 07 à 10 municípios em cada wepbpalestra (FIGURA 2).

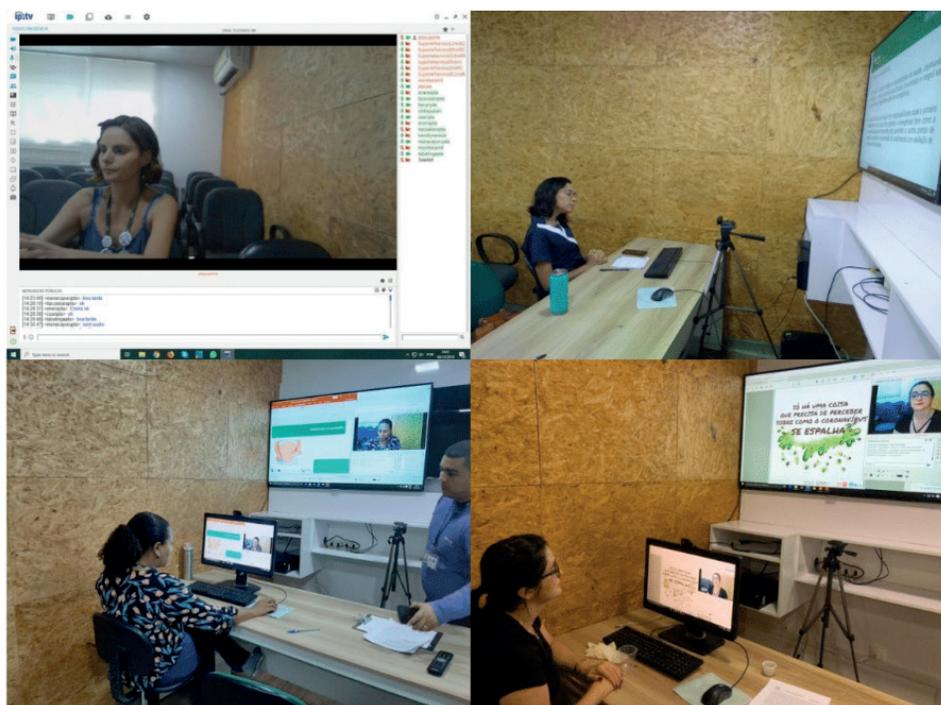




Figura 2 – Palestrantes no momento das webpalestras e profissionais de saúde participantes nos municípios do interior do Amazonas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todos os palestrantes são profissionais com experiência e conhecimento na área temática sugerida de cada telenfermagem, isso enriquece o projeto, pois leva informações de qualidade assim como já é uma forma de contribuir na atualização dos profissionais da Enfermagem na atenção primária do interior do Estado do Amazonas.

Infelizmente por conta do isolamento geográfico de alguns municípios, acabam não fazendo parte do projeto por dificuldade de conectividade e por isso o projeto não abrange 100% dos municípios.

Apesar das limitações, o projeto foi de grande relevância, tanto acadêmica quanto social, pois ele contribui significativamente para mim que sou acadêmica e bolsista participante das telenfermagens ativamente, como para os profissionais da atenção primária do interior dando oportunidade de participarem de capacitações e atualização para o processo da linha do cuidado por meio do Projeto Telenfermagem.

O projeto permitiu identificar fatores limitadores que influenciaram o andamento das atividades oferecidas por meio da Telenfermagem nos permitiu concluir que:

- O interesse das unidades de saúde e dos profissionais atuantes em estar participando das teleconferências e das atividades planejadas tem aumentado gradualmente;

- Apesar dos problemas técnicos e das dificuldades de conexão e comunicação devido à distância geográfica, desafios têm sido superados diante dos esforços da equipe técnica e dos bolsistas do PTA;
- A iniciativa deste projeto contribuiu para o fortalecimento dos pontos ativos e incentivo dos inativos a se organizarem a estar participando das atividades teleducativas;
- O contato com os profissionais da ponta (Estratégia Saúde da Família) é primordial para o reconhecimento das necessidades de aprimoramento nas ações do enfermeiro e equipe de saúde no uso da tecnologia, telenfermagem.

Nesse contexto, fica claro que a Teleducação é uma ferramenta importante para a garantia de uma educação permanente cada vez mais utilizada como meio de aprendizado e formação profissional, inclusive como meio de inclusão para aqueles que enfrentam restrições, como as apresentadas neste trabalho.

Espera-se que, com esse relato de experiência, estimule os profissionais de Enfermagem e os acadêmicos a refletir sobre a importância do fortalecimento da utilização das ferramentas do Telessaúde, bem como ampliar seus conhecimentos científicos sobre a temática.

Ressalta-se ainda, a importância da participação dos gestores locais como elementos-chave para a tomada de decisão quanto à incorporação dos processos de Educação mediados por tecnologias à distância, tendo em vista que o fortalecimento do vínculo é um dos principais fatores para o desenvolvimento da Telenfermagem.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde Portaria 198/04. Institui a política nacional de educação permanente em saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá providências. Brasília, DF, 2004.

CECCIN. R.B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação da capacidade pedagógica na saúde. *Ciência & Saúde*. Rio de Janeiro, vol. 10 n 4, 2005.

CRUZ, E.L.D. et al. Tele-enfermagem como ferramenta para capacitação do enfermeiro que atua no programa saúde da família. Disponível em: <http://cbtms.com.br/congresso/trabalhos/021.pdf>. Acesso em: 20 de fev. de 2013.

FARIA, M.G.A. Telessaúde Brasil - Rio de Janeiro: a educação permanente no trabalho de enfermeiros da atenção básica. 2010, 127 f. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Faculdade de Enfermagem, Universidade do estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

SOUZA, C.R.S.; LIMA, L.S. et al. Videoconferencia-Oficina Regional Amazonas: perspectiva da enfermagem como direito e prática social - projeto de formação para gestão participativa e controle social. In: 5o Congresso Brasileiro e Internacional de Telemedicina e Telessaúde, 2011, Manaus. Anais do 5o Congresso Brasileiro e Internacional de Telemedicina e Telessaúde, 2011.

ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO INTERIOR PAULISTA CONFORME LEGISLAÇÃO

Data de aceite: 01/07/2021

Aline Biondo Alcantara

Secretaria Municipal de Saúde de Assis/SP
<http://lattes.cnpq.br/1544271886073945>

Maria José Caetano Ferreira Damaceno

Fundação Educacional do Município de Assis/
SP
<http://lattes.cnpq.br/4414096917502635>

RESUMO: Este estudo tem como objetivo descrever a atuação dos Enfermeiros das Unidades de Estratégia Saúde da Família de um município do interior do estado de São Paulo, conforme Portaria 648/06. Métodos: observacional, delineamento transversal com abordagem quantitativa. Amostra composta por nove enfermeiros. Utilizou-se questionário estruturado. Empregou-se a análise estatística descritiva, através da frequência absoluta e relativa. Resultados: destacou-se o desenvolvimento das ações propostas pelo Ministério da Saúde, entretanto, sobressaíram as dificuldades na realização das atividades como prescrição de medicamento conforme protocolos, atuação nas ações burocráticas, administrativas e de supervisão da equipe e educação permanente do auxiliar de saúde bucal, havendo predominância do papel assistencialista. Conclusões: o município vem se desenvolvendo diante da portaria, porém ainda encontram-se dificuldades supracitadas, sugere-se a implementação de um Enfermeiro

Coordenador para as UESF, bem como encontros de Educação Permanente acerca da prática pautada na Legislação. Estudo de tema relevante, por contribuir no desenvolvimento da Atenção Básica.

PALAVRAS - CHAVE: Enfermeiro; Estratégia Saúde da Família; Legislação; Sistema Único de Saúde; Atenção Básica.

RESPONSIBILITIES OF THE NURSE OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY IN THE INTERIOR PAULISTA ACCORDING TO LEGISLATION

ABSTRACT: This study aims to describe the performance of nurses from the Family Health Strategy Units in a City in the interior of the state of São Paulo, according to Ordinance 648/06. Methods: observational, cross-sectional design with a quantitative approach. Sample composed of nine nurses. A structured questionnaire was used. Descriptive statistical analysis was used, through absolute and relative frequency. Results: the development of actions proposed by the Ministry of Health stood out, however, the difficulties in carrying out activities such as prescription of medication according to protocols, acting in bureaucratic, administrative and team supervision actions and continuing education of the oral health assistant stood out, with a predominance of the welfare role. Conclusions: the city has been developing before the ordinance, but there are still difficulties mentioned above, it is suggested the implementation of a Nurse Coordinator for de UESF, as well as meeting of Continuing Education about the practice based on the Law. Study of a relevant topic, for contributing

to the development of Primary Care.

KEYWORDS: Nurse; Family Health Strategy; Legislation; Health Unic System; Basic Attention.

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde (MS) por meio da Portaria nº 648 de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), evidencia a descrição das atribuições gerais e específicas do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família (ESF) dentre vários outros assuntos. Esta portaria foi atualizada no ano de 2017 de acordo com a Nova PNAB de 21 de Setembro de 2017, não sendo verificadas alterações concernentes às atribuições do enfermeiro.

Do Enfermeiro:

I - realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

II – conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações;

III – planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;

IV – supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem;

V – contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, ACD e THD; e

VI – participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF. (PORTARIA 648/GM, MS, 2006)

De acordo com Biff et al o profissional de enfermagem está legalmente habilitado para exercer sua função e tem como fator que beneficia sua atuação o conhecimento do funcionamento das unidades básicas e o bom relacionamento com toda a equipe, mas tem como dificuldade o acúmulo de funções devido à precariedade e déficits no ambiente de trabalho, materiais e equipamentos, somados ao déficit numérico da força de trabalho e excesso de demanda assistencial, acarretando a falta de tempo para exercer adequadamente suas funções (SANTOS, 2003).

O enfermeiro desenvolve inúmeras funções conforme descreve Santos (2003), das quais poderiam ser compartilhadas, de tal modo não o sobrecarregando e dificultando a realização das atribuições inerentes à profissão assim como referido por Pavoni e Medeiros (2009), o que poderia também contribuir para a diminuição da sobrecarga de atividades

direcionadas ao enfermeiro, como também a de outros profissionais (BRAGHETTO ET AL, 2019; ERMEL E FRACOLLI, 2006).

No final da década de 80, através do processo de revisão do modelo assistencial, instituiu-se o Sistema Único de Saúde (SUS). Em meados da década de 90 há novamente necessidades de rever o modelo de assistência, há a implantação do Programa Saúde da Família, em 1996 o Programa Saúde da Família (PSF), com características peculiares de propostas e projetos, objetivou a reorganização da Atenção Básica e posteriormente, em 2006 passa a ser denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), pelo entendimento que não trata-se apenas de um programa (BRAGHETTO ET AL, 2019; ERMEL E FRACOLLI, 2006).

Em pesquisa realizada com enfermeiras da ESF do município de Londrina-PR, verificou-se que nos serviços há dois cargos distintos de enfermeiros, assistenciais e coordenadores conforme descrito por Giroti et al (2008). Os enfermeiros assistenciais desenvolvem atividades relacionadas ao cuidado assistencial e as atividades gerenciais; a supervisão e a administração da unidade são realizadas com maior frequência pelo enfermeiro coordenador. O foco principal de atenção fundamenta-se nos programas estabelecidos pelo MS, e segundo o relato destes profissionais as suas atribuições são amplas e direcionam suas atividades, entretanto, difíceis de serem realizadas na sua plenitude, levantando em questão fatores como a organização do trabalho, número de pessoas que compõe a equipe e sobrecarga de trabalho (GIROTI ET AL, 2008; BIFF ET AL, 2020).

De acordo com Dias e Moniz (2019) em um estudo no Rio Grande do Sul identificou-se que enfermeiros têm facilidade em relação à coordenação e pelo relacionamento com a equipe, embora tenha como maior dificuldade a falta de capacitação para fazer grupos e supervisionar, embora essas atividades possam ser resolvidas através da busca pelo conhecimento (SANTOS, 2020; BRAGUETO ET AL, 2019). O enfermeiro executa muitas atividades sozinho, das quais poderiam ser também delegadas a outros profissionais. Em relação às atividades de coordenação, alguns membros da equipe reconhecem que este profissional acaba exercendo esta função, mesmo compartilhada com o médico e o profissional odontólogo. Relatam também que este profissional representa o elo entre a ESF e a Secretaria Municipal de Saúde e que pelo seu acúmulo de atividades, fica sobrecarregado, impossibilitando-o de se dedicar mais às suas atribuições específicas (PAVONI ET AL, 2009; DIAS E MONIZ, 2019).

A literatura brasileira encontra limitações no tocante da temática desta pesquisa. Portanto, este estudo vislumbra compreender como tem se dado a prática do profissional enfermeiro diante da legislação que rege a sua atuação, uma vez que a implantação desta é recente, sendo imperativo identificar como os gestores tem assegurado a sua operacionalização.

OBJETIVO

Analisar a atuação do Enfermeiro de Unidade de Estratégia Saúde da Família de um município do interior Paulista conforme Portaria 648/06, preconizada pelo Ministério da Saúde (MS).

MÉTODOS

Aspectos Éticos

A pesquisa foi realizada após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos do Hospital Regional do município em questão, conforme as orientações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Os participantes foram esclarecidos acerca da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Desenho, Local do Estudo e Período

O estudo sob análise é do tipo observacional em epidemiologia, pautado no referencial STROBE da rede Equator. Com delineamento transversal e abordagem quantitativa de conforme mencionado por Figueiredo (2009), nas Unidades de Estratégia do município de Assis-SP no período de agosto a outubro de 2011.

População ou Amostra e Critérios de Inclusão e Exclusão

Participaram do estudo os enfermeiros de unidades de ESF do município de Assis-SP. No processo de amostragem optou-se pela amostra convencional. Desta forma os pesquisadores escolheram o profissional enfermeiro de unidades da ESF. Do universo de 11 unidades de ESF, escolheram-se nove enfermeiros, pois dois enfermeiros de duas unidades encontravam-se aposentados e a substituição destes através da inserção por Concurso ainda estava em andamento no período. Para a seleção da amostra utilizou-se os seguintes critérios: ser enfermeiro e atuar em unidade de ESF do município da pesquisa. Os critérios de exclusão foram ser profissionais que não atuassem como enfermeiro na unidade de ESF do município.

Protocolo do Estudo

Foi elaborado e validado por teste piloto um questionário estruturado pelas pesquisadoras baseado no modelo presente no livro “CIPESC - O trabalho da Enfermagem em Saúde Coletiva no Cenário Cipesc (NICHIIATA ET AL, 2012).

Um dos pesquisadores, graduando em enfermagem na época realizou a aplicação do questionário em entrevista com duração média de 30 minutos, em local reservado da ESF de atuação do participante. Estando presente apenas o entrevistador para garantir o direito ao anonimato e à privacidade, estando os dados coletados em questionário impresso. O período de aplicação foi agosto a outubro de 2011. Todos os questionários

foram aplicados pelo entrevistador.

O questionário constou de perguntas para a caracterização dos sujeitos como a Faixa Etária, Sexo, Estado Civil, Tempo de Formado em Anos, Titulações e Especificações, o Tempo de Trabalho na Unidade, se Trabalha em Outro Serviço como Enfermeiro. Constou também de seis tabelas (I, II, III, IV, V, VI) para serem respondidas pelos participantes, sendo que cada uma destas seis tabelas representou uma subdivisão da Portaria referida, relacionando cada item de cada tabela aos itens referente aos Incisos de I a VI, das Atribuições Específicas do Enfermeiro. Ademais, investigou-se as atividades acima mais realizadas nos últimos seis meses.

Análise dos Resultados e Estatística

Os dados coletados foram digitados no Excel e conferidos pelas pesquisadoras a ausência de discrepância nos resultados. Posteriormente, foram analisados pela estatística descritiva, através da frequência absoluta e relativa.

RESULTADOS

Caracterização dos Participantes

Percebe-se que os profissionais entrevistados possuem faixa etária acima de 31 anos, sendo que a maioria está entre 31 a 40 anos, num total de 04 (44%) participantes. Em relação ao sexo, houve o predomínio do sexo feminino 08 (89%).

Conforme o tempo de formação na área notou-se que metade da amostra 04 (22%) realizou a graduação há 17 anos e 22 anos. Não havendo profissionais com menos de 13 anos de formação.

Quanto ao tempo de atuação em UESF 03 (33%) enfermeiros possuem 01 a 05 anos de trabalho na UESF, destaca-se que os outros 03 (33%) enfermeiros atuam entre 11-15 anos. O restante 03 (33%) corresponde a profissionais que atuam entre 06 a 10 anos e 16 a 20 anos, a porcentagem maior se encontra os que atuam entre 06 a 10 anos.

Do total dos participantes 08 (89%) referiram não trabalhar em outros setores.

Observa-se que de todos os enfermeiros entrevistados, os 09 (100%) possuem titulações, sendo que 08 (89%) têm especialização e apenas 01 (11%) deles tem curso de aprimoramento em Saúde da Família.

Atividades desenvolvidas pelos Enfermeiros correspondente aos Seis Incisos da Portaria 648I06

Atividades do Inciso I

As Atividades deste Inciso estão relacionadas a procedimentos assistenciais como coleta de exames: sorologia para dengue, coleta de exames de escarro para BK. Para esta ação um total de 04 (44%) enfermeiros, realizaram e 03 (33%) destes profissionais

não realizaram. Em relação à atividade correspondente a Coleta de Exame Preventivo de Câncer de Colo Uterino observou-se que 08 (89%) dos enfermeiros realizaram e apenas 01 (11%) destes não realizou. Ao abordar as atividades correspondentes à administração de medicamento e curativo, 06 (67%) e 08 (89%) dos enfermeiros realizaram respectivamente. Não sendo assinalado por nenhum participante a opção “não realiza”.

Quanto à vacinação apenas 03 (33,3 %) das unidades possuem a Sala de Vacina, 05 (56%) dos enfermeiros executavam esta atividade. Pode-se justificar este dado ao se pensar nas ações de Campanhas ocorridas durante o ano letivo do período, entretanto 04 (44%) responderam que não realizavam.

Em relação ao acesso ao sistema de regulação de exames e consultas todos os entrevistados realizavam esta ação. Já no tocante à visita domiciliar a maioria 07 (78%) dos enfermeiros referiu realizar a visita domiciliar.

A metade 05 (56%) dos entrevistados descreveram realizar palestras sobre determinados assuntos em escolas e na comunidade. Programas como o Bolsa Família, Viva Leite contém determinadas normas como o acompanhamento das famílias, principalmente das crianças; podendo ser relevante frente ao resultado do grupo de criança.

Drogas, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), gravidez na adolescência, aborto, são assuntos pertinentes à fase da adolescência, 04 (44%) dos participantes responderam que não realizaram atividade em grupo. Mensalmente tem-se um índice de 06 (67%) enfermeiros que realizam grupos com gestantes e de idosos. Obteve-se um índice acima de 50% dos profissionais de enfermagem que executaram grupos em sala de espera.

Atividades do Inciso II

O Inciso II faz referência à Consulta de Enfermagem. Observou-se que esta atividade foi realizada para indivíduos da demanda espontânea pela triagem, por 07 (78%) enfermeiros, bem como para grupos específicos como diabéticos, hipertensos, gestantes, ginecologia, puericultura e tuberculose. Respecitivamente foram realizados por 08 (89%), 08 (89%), 04 (44%), 08 (89%), 07 (78%) e 03 (33%) dos participantes. Não sendo identificado a consulta de enfermagem para pacientes com hanseníase.

Em relação a solicitação de exames e prescrição de medicamentos, 08 (89%) realizaram; embora, ao se questionar a prescrição de medicamentos conforme protocolos do MS, 05 (56%) dos enfermeiros também não realizaram.

Atividades do Inciso III

Nesta etapa, avaliou-se o trabalho do enfermeiro, evidenciou a ação de supervisão dos agentes comunitários de saúde, profissionais pelo qual se fundamentou o programa. Identificou-se que todos os participantes 09 (100%) realizaram tanto no que diz respeito a executar o planejamento e execução das tarefas junto com a equipe quanto à supervisão

e avaliação delas.

Atividades do Inciso IV e V

Segundo este inciso põe-se em pauta questões referentes à supervisão, coordenação, contribuição e participação em Educação Permanente aos ACS, equipe de enfermagem, auxiliar de consultório dentário (ACD) e técnico de higiene dental (THD). Destacou-se que 08 (89%) dos entrevistados realizaram a Educação Permanente dos ACS e Equipe de Enfermagem, e que também 08 (89%) deles realizaram educação permanente com os ACS e equipe de enfermagem semestralmente e anualmente respectivamente.

Em relação à sua atuação nas atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Saúde Bucal (ACD) destaca que 07 (78%) do total dos participantes informaram que não realizaram esta ação.

Atividades do Inciso VI

Estas atividades estão voltadas as ações do gerenciamento dos insumos utilizados para o adequado funcionamento da Unidade, como a checagem e requisição de material e medicamento, a qual representou ser desenvolvida pela maioria destes profissionais enfermeiros 05 (56%).

Atividades mais Desenvolvidas dos Últimos Seis Meses

Ao avaliar esta última obteve-se como resultados que a Atividade I predominou na maioria dos Enfermeiros num percentual de 07 (78%). Esta atividade é correspondente ao Inciso I da referida portaria, e que se refere às atividades assistencialistas.

DISCUSSÃO

Caracterização dos Participantes

Na “Caracterização dos Participantes” evidenciou que a maioria dos participantes estava na faixa etária acima dos 30 anos. Acredita-se ser favorável para a atuação profissional devido à maior experiência com situações sejam relacionadas às práticas técnicas e gerenciais, ou seja, relacionadas às inter-relações entre membros durante o processo de trabalho, diferentemente do perfil de outros municípios brasileiros (OLIVEIRA E MARCON, 2007). Entretanto, existe “uma concepção popular” de que profissionais mais velhos possuem dificuldades em aderir a mudanças, o que é imprescindível no momento atual da realidade brasileira. Além da faixa etária percebe-se que a enfermagem é representada na sua maioria pelo sexo feminino. Sendo explicado pelas origens da Enfermagem (DONOSO E VIECELLI, 2020; SOUZA ET AL, 2020). Este resultado é também semelhante ao perfil de outros estudos (LOMBARDI E CAMPOS, 2018).

A maioria possui vários anos de formação na área, sendo o tempo mínimo de 13 anos, o que pode-se considerar que alguns destes profissionais vivenciaram a reforma

do Sistema Único de Saúde ocorrida no ano de 1988, outros acompanharam a inserção da ESF no Brasil e também a implantação da própria Portaria 648\06 e que a maioria destes participantes atuam há mais de cinco anos nas UESF e não terem outros vínculos empregatícios. Em um estudo feito aos profissionais da Atenção Básica Oliveira et al (2016) afirma que a qualidade destes serviços associa-se com o maior tempo de trabalho na mesma equipe.

Considerando o quanto a continuidade dos estudos contribui no crescimento profissional observou-se que todos os enfermeiros 09 (100%) possuíam alguma titulação, sendo 8 (89%) deles com especialização e 01 (11%) com aprimoramento. Indaga-se o porquê da ausência de titulações de mestres e doutores nestes profissionais.

Atividades referentes aos seis Incisos da referida Portaria

Quanto à primeira atividade relacionada ao Inciso I interpretou-se que, mesmo que seja referente a assistência integral, ainda perdura algumas características curativas predominantes nas Unidades Estratégia Saúde da Família. Este fato está relacionado a que fator? Lança os seguintes pressupostos: predomínio do modelo hegemônico? Ou, há uma demanda maior de necessidades curativas desta população? Se isto, como conciliar com o alcance do predomínio de práticas pautadas na Clínica Ampliada? É válido ressaltar que rotinas de atividades dos serviços de saúde estão diretamente relacionadas com as características do serviço, como também com as características da população, portanto, os dados levantados permitem pensar que os serviços estão organizados de forma que possibilite maior possibilidade de acesso aos usuários, já que vários estabelecimentos oferecem a coleta todos os dias como também ocorre em outras localidades do país (ROCHA ET AL, 2019; BORGES ET AL, 2019).

Destaca-se as ações de prevenção como o papanicolau que visa reduzir a incidência e a morbimortalidade por câncer de colo de útero os quais voltam-se as atividades essenciais de prevenção (ROCHA ET AL, 2019; BORGES ET AL, 2019).

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) são as referências para as UESFs para a realização da vacinação quando não há sala de vacina na UESF. Realidade esta que com certeza dificulta o acesso da população para a vacinação, já que o ideal seria ter uma sala de vacina em cada unidade e que dificulta para os enfermeiros o controle da sua população neste âmbito. Este fato merece atenção e instiga-se a necessidade da política municipal em criar estratégias para a implantação de salas de vacinas.

Kebian e Acioli (2011) mencionam ainda a visita domiciliar como característica peculiar na Estratégia Saúde da Família como programa diferenciado do Ministério da Saúde por ser de extrema relevância para o fortalecimento da vínculo às famílias, e interação profissional embasado no princípio da longitudinalidade, cuja qual identificou ser desenvolvida por estes profissionais.

Percebeu-se que os enfermeiros deste município desenvolvem em grande frequência

as práticas assistenciais, entretanto, a abordagem em determinados grupos etários, como adolescência, é menos frequente, o que também é demonstrado em outras realidades brasileiras evidenciando a necessidade de efetivação das políticas públicas já existentes em prol dessa clientela (HIGARASCHI ET AL, 2020).

Salienta-se também o quesito, ainda neste Inciso, a respeito da intersectorialidade, a importância em manter parceria com estas instituições escolares e com a população criando um elo, vínculo, logo sabendo-se que este programa é de base preventiva, o qual o faz diferir dos outros ao proporcionar ao enfermeiro uma atuação próxima ao usuário, voltando-se às necessidades deste público, Vieira et al (2019) descreve que o torna protagonista do cuidar. Ação imprescindível, por exemplo, para fomentar como ação de promoção da saúde acerca de temáticas como saúde do adolescente, saúde da mulher e do envelhecimento ativo, dado ao fato do progressivo e acelerado envelhecimento populacional.

O Segundo Inciso refere às Consultas de Enfermagem, ponderou-se que para todos os grupos etários e de risco e que também este profissional tem autonomia para solicitar exames e prescrever medicamentos conforme protocolos estabelecidos. De forma geral os enfermeiros deste município desenvolvem a Consulta de Enfermagem, prática específica deste profissional, e meramente relevante, uma vez que traz benefícios aos diversos grupos etários na Atenção Básica, fazendo-se necessária a utilização do Processo de Enfermagem para sua melhor efetividade bem como Mota et al (2019) afirmam a respeito do PE, de acordo com a demanda estabelecida e característica da unidade; entretanto há uma divergência no quesito dos protocolos, pois grande parte deles não a realiza o que vem a questionar o motivo deste.

Ao retratar o que o MS requer na questão do enfermeiro solicitar exames e prescrever medicamentos conforme protocolos estabelecidos, num geral uma maior parte do total dos profissionais 08 (89%) que realizaram; embora, ao se questionar a prescrição de medicamentos, 05 (56%) dos enfermeiros não a realizaram; o que poderia explicar este quesito. No município existem protocolos para amparar estes enfermeiros, ou apenas aqueles do programa de hipertensão, de puericultura e pré natal? É evidente em outras localidades brasileiras a necessidade de adoção pelos municípios a implantação de protocolos para organizar a assistência e padronizar as ações desenvolvidas no trabalho deste profissional, o que refletirá na qualidade da assistência (VIEIRA ET AL, 2018).

Ao avaliar a Consulta de Enfermagem ao Portador de Hanseníase, constatou-se que esta não foi realizada, o que vem em contrapartida, pois em relação à percepção dos pacientes mostra-se satisfatória (SOUSA ET AL, 2017), além de reforçar o vínculo, confiança ao portador conhecer e aderir ao tratamento. Vale citar que a busca ativa é preconizada pela Secretaria da Saúde do Município.

Para o Inciso III que retrata o trabalho do enfermeiro como Supervisor dos agentes comunitários de saúde em seu processo de trabalho, profissionais pelo qual se fundamentou o programa como no planejamento, gerenciamento, coordenação e avaliação das suas

atividades (KEBIAN E ACIOLI, 2011). Logo, constata-se que cada unidade tem a sua forma pela qual são organizadas as reuniões; sendo assim o que o trabalho pode demonstrar foi que o enfermeiro desenvolve ativamente estas ações e numa frequência de acordo com a característica de cada unidade (RIBEIRO ET AL, 2018). O papel do enfermeiro tem-se destacado no que diz respeito à supervisão e capacitação, logo é importantíssimo a presença deste no papel de educador a sua equipe.

Através dos resultados relacionados aos Incisos VI e V desta pesquisa avaliou-se que os enfermeiros mantêm a Educação Permanente (RIBEIRO ET AL, 2018 E VIANA ET AL, 2015) numa frequência ativa. A maioria dos enfermeiros das UESF pratica atividades de Educação Permanente com frequência tanto com os ACS, quanto com a equipe de enfermagem para oferecer suporte clínico tanto na organização do cuidado, como no gerenciamento e relações interpessoais entre equipe (LANZONI E MEIRELLES, 2013).

O município em estudo consta no período da pesquisa seis UESF com Saúde bucal, mas interroga-se que o resultado evidente de 07 (78%) destes profissionais de enfermagem não realizaram esta modalidade. Apenas os odontólogos destas equipes estão desenvolvendo esta ação? Será que seria mais viável realizarem encontros em conjunto? Esse resultado vem ao encontro do que é colocado na literatura ao se retratar sobre as inúmeras funções deste profissional, a importância do reconhecimento das responsabilidades entre todos os membros da equipe (BARRETO ET AL, 2019) como no trabalho multiprofissional e Interprofissional, e se este não se aproximar, existirá sobrecarga do trabalho (BIFF ET AL, 2020; BRAGHETTO ET AL, 2019).

E a última atividade relacionada ao Inciso VI referente ao gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da Unidade, percebeu-se que esta ação foi contemplada como sendo rotina mensal destes profissionais.

E para finalizar as Atividades mais desenvolvidas cujos participantes responderam veio de encontro aos próprios resultados identificados na pesquisa que predominou as Atividades caracterizadas pelo Inciso I, ou seja, as atividades de Cunho Assistencial, como mencionado no próprio inciso da Portaria: *“Assistência Integral”*. Sabe-se que o enfermeiro tem esta sensibilidade cultural assistencialista trazendo pontos positivos em muitos quesitos, lembrando ainda que este profissional tem condições de desenvolvê-las em vários locais e para os diversos grupos etários e de risco. Ficando evidente assim como em outras localidades brasileiras as atribuições do enfermeiro, seu papel (DIAS E MONIZ, 2019).

Percebe-se que o enfermeiro tem diversas atribuições assistenciais, gerenciais e administrativas e que em alguns momentos há fatores interferentes para a realização destas (MAGNAGO E PIERANTONI, 2020). É importante haver uma reflexão acerca para a continuidade da operacionalização da Política Nacional da Atenção Básica (LOPES ET AL, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sistema de saúde no Brasil ao longo de sua história tem sofrido mudanças, com isso os profissionais da área necessitam de constantes atualizações e órgãos que os amparem. Diante dos objetivos propostos observou-se que os profissionais enfermeiros desenvolvem as práticas propostas pelo Ministério da Saúde e que estas são amplas e contínuas. O município vem se desenvolvendo quanto à Portaria, sendo importante reflexões acerca de sua operacionalização.

As atribuições específicas desenvolvidas pelos enfermeiros destas Unidades correspondentes aos incisos da Portaria 648/06, identificadas como as atividades mais possíveis de se realizarem, na sequência: Atividade I, II, VI, III, IV e V, respectivas aos Incisos I, II, VI, III, IV e V. Evidenciou predomínio das atividades curativas, ficando em segunda sequência ações únicas do enfermeiro como a Consulta de Enfermagem.

Destaca-se a atividade V determinada como a última na sequência daquelas possíveis de se realizarem que é determinada pela contribuição e participação do enfermeiro nas atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, Auxiliar de Consultório Dentário. Intermediariamente tem-se que os enfermeiros descreveram desenvolver em mais condições as atividades referentes aos Incisos VI, III, IV caracterizadas como atividades de gerenciamento de insumos materiais e medicamentos, planejamento, supervisão e gerência das ações dos ACS e Equipe de Enfermagem.

Quanto às atividades que não realizam, destaca-se a prescrição de medicamentos conforme protocolos estabelecidos. No município de estudo não há protocolos preestabelecidos, é utilizado os protocolos oriundos do Ministério da Saúde.

Portanto, devido à complexidade do processo de trabalho do Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família, instiga-se a possibilidade da inserção de Enfermeiro Coordenador, como visto em outras localidades, favorecendo ao enfermeiro um tempo mais hábil para realização de ações de prevenção e promoção da saúde. Sugere-se também a realização de encontros de Educação Permanente acerca da prática pautada na Legislação.

Finaliza-se, salientando a relevância da temática abordada nesta pesquisa em âmbito nacional, por ser recente a saúde brasileira se amparar nos princípios e diretrizes da Atenção Básica. O momento é de reflexões sobre a operacionalização desta Política.

REFERÊNCIAS

Barreto ACO et al. **Perception of the Primary Care multiprofessional team on health education.** Rev. bras. enferm. 2019. [Acesso 28 de Outubro 2020]; 72(Suppl 1): 266-273. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0702>

Braghetto GT, Sousa LA, Beretta D, Vendramini SHF. **Dificuldades e facilidades do enfermeiro da Saúde da Família no processo de trabalho.** Cad. saúde colet. . 2019. [Acesso 30 de Agosto 2020]; 27(4): 420-426. DOI: [10.1590/1414-462X201900040100](https://doi.org/10.1590/1414-462X201900040100)

Biff D, Pires DEP, Forte ECN, Trindade LL, Machado RR, Amadigi FR, et al. **Nurses's workload: lights and shadows in the Family Health Strategy.** Ciênc. Saúde Coletiva. 2020. [Acesso 28 de Agosto 2020]; 25 (1): 147-158. DOI: 10.1590/1413-81232020251.28622019

Borges NS, Santos AS, Fischer LA. **Estratégia de Saúde da Família: Impasses e desafios atuais.** Saúde Redes. 2019. [Acesso 28 de Agosto 2020]; 5(1): 105-114. DOI: [hp://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2019v5n1p105-114](http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2019v5n1p105-114)

Dias RM, Moniz MA. **Nursing managerial aptitudes in the Family health Strategy: perceptions of nursing undergraduates.** J. res.: fundam. care. online. 2019. [Acesso 28 de Agosto 2020] jul/set; 11 (4): 1048-1052. DOI: 10.9789/2175-5361.2019.v11i4.1048-1052

Donoso, MT; Vieccelli; WE. **Discorrendo sobre os períodos pré e pós florence nightingale: a enfermagem e sua historicidade.** Enferm. foco (Brasília). 2020. [Acesso 05 de Novembro 2020];11(1, n.esp): 58-61. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3567/803>

Ermel RC, Fracolli LA. **O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/ SP.** Rev Esc Enferm USP. 2006. [Acesso 28 de Agosto 2020]; 40(4):533-9. Available from: <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-454413>

Figueiredo NMA. **Método e Metodologia na Pesquisa Científica.** São Caetano do Sul; 2009. 95 p.

Giroti SKO, Nunes EF, Pólo AN, Ramos MLR. **As práticas das enfermeiras de uma unidade de saúde da família de Londrina, e a relação com as atribuições do exercício profissional.** Semina. Ciências Biológicas e da Saúde. 2008. [Acesso 28 de Agosto 2020] 9-26. Available from: <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-514298>.

Higaraschi IH, Baratieri T, Roecker S, Marcon SS. **Atuação do enfermeiro junto aos adolescentes: identificando dificuldades e perspectivas de transformação.** Enferm. Rev. 2011. [Acesso 28 de Agosto 2020]; 19(3): 375-380. Available from: <https://www.facenf.uerj.br/v19n3/v19n3a06.pdf>.

Kebian LVA, Acioli SO. **Visita domiciliar: espaço de práticas de cuidado do enfermeiro e do agente comunitário de saúde.** Enferm. Rev. 2011. [Acesso 28 de Agosto 2020]; 19 (3): 403-409. Available from: <https://www.facenf.uerj.br/v19n3/v19n3a11.pdf>.

Lombardi MR, Campos VP. **A Enfermagem no Brasil e os contornos de gênero, raça/cor e classe social na formação do campo profissional.** Rev da ABET. 2018. [Acesso 08 de Outubro 2020]; 28-46. Available from: <file:///C:/Users/windows/Downloads/41162-Texto%20do%20artigo-99218-1-10-20180801.pdf>.

Lanzoni GMM, Meirelles BHS. **Liderança do enfermeiro: elemento interveniente na rede de relações do agente comunitário de saúde.** Rev. bras. enferm. [Internet]. 2013. [cited 2020 Aug 30]; 66(4): 557-563. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000400014&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000400014>.

Lopes OCA, Henriques SH, Soares MI, Celestino LC, Leal LA. **Competences of nurses in the Family health Strategy.** Esc. Anna Nery Rev. Enferm. 2020. [Acesso 28 de Outubro 2020]; 24(2): 1-8. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2019-0145.

Magnago C, Pierantoni CR. **Nursing training and their approximation to the assumptions of the National Curriculum Guidelines and Primary Health Care.** Cien. Saude Colet. 2020. [Acesso 28 de Outubro 2020]; 25(1): 15-24. DOI: 10.1590/1413-81232020251.28372019.

Ministério da Saúde (BR). Portaria 648/GM de 28 de Março de 2006. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Diário Oficial da União: República Federativa do Brasil. 2006. [Acesso 18 de Abril 2020]. Available from: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume_4_completo.pdf.

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Diário Oficial da União: República Federativa do Brasil. 2017. [Acesso 18 de Abril 2020]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.

Mota BAM, Lanza FM, Cortez DN. **Efetividade da consulta de enfermagem na adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica.** Rev. salud pública. 2019. [Acesso 28 de Agosto 2020]; 21(3): 1-9. DOI: <https://doi.org/10.15446/rsap.V21n3.70291>

Nichiata LYI, Padoveze MC, Ciosak S I, Gryscek AL de F P L, Costa Â A, Takahashi R F et al. **Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva - CIPESC@: instrumento pedagógico de investigação epidemiológica.** Rev. esc. enferm. USP. 2012 June [Acesso 05 de Novembro 2020]; 46(3): 766-771. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300032&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000300032>.

Oliveira RG, Marcon SS. **Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná.** Rev Esc Enferm USP. 2007. [Acesso 28 de Agosto 2020]; 41(1):65-72. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n1/v41n1a08.pdf>.

Oliveira MPR, Menezes IHCF, Sousa LM, Peixoto MRG. **Formação e Qualificação de Profissionais de Saúde: Fatores Associados à Qualidade da Atenção Primária.** Rev. bras. educ. méd. [Internet]. 2016. [Acesso 28 de Agosto 2020]; 40 (4): 547-559. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n4e02492014>.

Pavoni DS, Medeiros CRG. **Processos de trabalho na equipe Estratégia de Saúde da Família.** Rev. bras. enferm. 2009. [Acesso 30 de Agosto 2020]; 62(2): 265-271. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000200015&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000200015>.

Ribeiro GRMS, Graça BC, Nascimento VF, Hattori TY, Gleriano JS, Trettel ACPT. **Atividades gerenciais do enfermeiro no monitoramento das visitas domiciliares do agente comunitário de saúde.** Arq. Cienc. Saúde. 2018. [[Acesso 28 de Agosto 2020] 22(3); 179-185. DOI 10.18471/rbe.v31i1.17251.

Rocha CAB, Cruz JW, Oliveira JCS. **Insecurity in cervical cancer controlling actions: the nurse's role in the family health strategy.** Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online). 2019. [Acesso 28 de Agosto 2020]; 11(4): 1072-1080. DOI: 10.9789/2175-5361.2019.v11i4.1072-1080.

Santos MR. **Atribuições Legais do Enfermeiro no Programa Saúde da Família Dificuldades e Facilidades.** Bol. Saúde. 2003. [Acesso 28 de Agosto 2020]; 37-40. Available from: [file:///C:/Users/windows/Downloads/20140521085805v17n2_07atribuicoeslegais%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/windows/Downloads/20140521085805v17n2_07atribuicoeslegais%20(1).pdf).

Sousa GS, Silva RLF, Xavier MB. **Attributes of Primary Health care in leprosy control: nurse's perspective.** Rev. Baiana enferm. 2017. [Acesso 28 de Agosto 2020]; 31(1): 1-10. DOI 10.18471/rbe.v31i1.17251.

Souza HAN de, Albuquerque, PAMV,; Cunha MAC, Lemos, A, Porto F. **Enfermeiros nas páginas da imprensa escrita no Distrito Federal (1920-1940).** Rev. enferm. UERJ ; 2020 ago. [Acesso 05 de Novembro 2020] Available from: 201927: e38847, jan.-dez. Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/38847/29508>.

Tavares RE, Tocantins FR. **Nursing actions in primary care and the control of diseases preventable through vaccines.** Rev. Bras. Enferm. 2015. [Acesso 30 de Agosto 2020]; 68(5): 521-527. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680506i>

Vieira DS, Dias TKC, Pedrosa RKB, vaz emc, collet n, reichert aps. **Work Process of Nurses in child development surveillance.** REME Rev. min. enferm. 2019. [Acesso 28 de Agosto 2020]; 1-8. DOI: 10.5935/1415-2762.20190090.

Vieira DS, Santos NCCB, Nascimento JA, Collet N, Toso BRGO, Reichert APS. **Nursing Practices in Child Care Consultation in the Estratégia Saúde da Família.** Texto & contexto enferm. 2018 [Acesso 28 de Agosto 2020]; 27(4): 1-10. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018004890017>.

Viana DM, Araújo RS, Vieira RM, Nogueira CA, Oliveira VC, Rennó HMS. **A educação permanente em saúde na perspectiva do enfermeiro na estratégia de saúde da família.** R. Enferm. Cent. O. Min. 2015. [Acesso 28 de Agosto 2020]; 5(2) 1658-1668. DOI <http://doi.org/10.19175/recom.v0i0.470>.

CAPÍTULO 14

QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA EM UM HOSPITAL DE ALTA COMPLEXIDADE DE TERESINA

Data de aceite: 01/07/2021

Data de submissão: 21/05/2021

Rosane da Silva Santana

Universidade Federal do Ceará – UFC, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-0601-8223>

Jardânia Sousa da Costa

Centro Universitário Maurício de Nassau –
Uninassau, Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-1752-4292>

Andiara Machado Araújo

Centro Universitário UNINOVAFAPI, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/1051851162732114>

Kamyla Sávia Mendes de Moraes

Centro Universitário Maurício de Nassau –
Uninassau, Brasil
<https://orcid.org/0000-0001-6240-1166>

Rosana Araújo Paz

Instituto de Ensino Superior de Teresina – IEST,
Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-2532-4194>

Reynan Pereira Costa

Centro Universitário UNINOVAFAPI, Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-0494-0975>

Sthephanine Mourão Freitas

Instituto de Ensino Superior de Teresina – IEST,
Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-2832-8660>

Ana Patrícia Rodrigues da Silva

Universidade Estadual do Piauí – UESPI, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/3000450006416281>

Francisca de Aquino Vieira Costa

Centro Universitário Maurício de Nassau –
Uninassau, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-0260-9720>

Jassia Kaline Silva Oliveira

Centro Universitário Maurício de Nassau –
Uninassau, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/5885997017691582>

Jordana Valéria Araújo de Carvalho

Faculdade Mauricio de Nassau, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-0084-5447>

Danila Barros Bezerra Leal

Universidade Federal do Piauí – UFPI, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/1312103274565912>

RESUMO: **Introdução:** A insuficiência renal crônica (IRC) tem aumentado, de forma significativa em todo o mundo. É considerada um problema de saúde pública no Brasil, sobretudo pelo aumento dos casos e pela prevalência dos fatores de riscos como hipertensão arterial (HA), diabetes mellitus (DM), doenças cardiovasculares e obesidade. Para a qualidade da assistência de enfermagem, o enfermeiro precisa utilizar a SAE, que é uma ferramenta metodológica utilizada para tornar a assistência de enfermagem sistemática, organizada em fases, com o objetivo de orientar o cuidado profissional de enfermagem, de promover a qualidade no cuidado prestado. **Objetivo:** Avaliar os cuidados que os enfermeiros desenvolvem no setor de hemodiálise para assistência de qualidade dos pacientes com insuficiência renal crônica.

Metodologia: Trata-se de uma pesquisa qualitativa com abordagem descritiva, realizada nos meses de setembro e outubro de 2017 na clínica de hemodiálise e no setor de nefrologia de um hospital de alta complexidade, localizado em Teresina, Piauí. Incluiu-se os enfermeiros com experiência mínima de 1 ano e excluiu-se os de licença ou férias no momento da coleta, desta forma participaram da pesquisa 07 enfermeiros. **Resultados:** Os dados foram organizados em duas categorias analíticas: cuidados de enfermagem com os pacientes que fazem tratamento de insuficiência renal crônica e condutas realizadas pelo enfermeiro para qualidade da assistência ao paciente com IRC. A identificação das necessidades de cuidados associada ao cuidado físico, técnico e emocional constituem requisitos para a eficácia do processo de cuidar. **Conclusão:** A condição de pacientes com insuficiência renal crônica é bastante complexa e necessita do envolvimento dos profissionais, paciente, familiares, gestores e instituições de saúde para um cuidado e tratamento adequado.

PALAVRAS - CHAVE: Insuficiência renal crônica; Qualidade da Assistência à Saúde; Cuidados de enfermagem.

QUALITY OF NURSING CARE TO PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY FAILURE IN A HIGH COMPLEXITY HOSPITAL IN TERESINA

ABSTRACT: Introduction: Chronic renal failure (CRF) has increased, significantly across the world. It is considered a public health problem in Brazil, mainly due to the increase in cases and the prevalence of risk factors such as arterial hypertension (HA), diabetes mellitus (DM), cardiovascular diseases and obesity. For the quality of nursing care, nurses need to use SAE, which is a methodological tool used to make nursing assistance systematic, organized in phases, with the objective of guiding professional nursing care, promoting quality care borrowed. Objective: To evaluate the care that nurses develop in the hemodialysis sector for quality care of patients with chronic renal failure. Methodology: This is a qualitative research with a descriptive approach, carried out in the months of September and October 2017 in the hemodialysis clinic and in the nephrology sector of a highly complex hospital, located in Teresina, Piauí. Nurses with a minimum experience of 1 year were included and those on leave or vacation at the time of collection were excluded, thus 07 nurses participated in the survey. Results: The data were organized into two analytical categories: nursing care with patients who are being treated for chronic renal insufficiency and behaviors performed by nurses for quality of care for patients with CRF. The identification of the care needs associated with physical, technical and emotional care are requirements for the effectiveness of the caring process. Final considerations: The condition of patients with chronic renal failure is quite complex and requires the involvement of professionals, patients, families, managers and health institutions for proper care and treatment.

KEYWORDS: Chronic renal failure; Quality of Health Care; Nursing care.

1 | INTRODUÇÃO

Doença renal crônica trata-se de uma doença de curso lento, insidioso e que, durante na maior parte do tempo de sua evolução, é assintomática. Muitos fatores estão associados tanto à etiologia quanto à progressão para perda de função renal. Por isso é

fundamental reconhecer quem são os indivíduos que estão sob o risco de desenvolver tal doença, com o objetivo do diagnóstico precoce, bem como quais são os fatores de pior prognóstico, definidos como aqueles fatores que estão relacionados à progressão mais rápida para perda de função renal (BRASIL, 2014).

A insuficiência renal crônica (IRC) tem aumentado, de forma significativa em todo o mundo. É considerada um problema de saúde pública no Brasil, sobretudo pelo aumento do número de casos e pela prevalência dos fatores de riscos como hipertensão arterial (HA), diabetes mellitus (DM), doenças cardiovasculares e obesidade (VIANNA et al., 2011). No Brasil, há aproximadamente 100.500 pacientes em hemodiálise. Portadores de IRC sob hemodiálise ou transplantados possuem estado clínico delicado e necessitam de atenção especial (MEDEIROS et al., 2014).

Tais doenças contribuem com aproximadamente 850 mil mortes a cada ano e 15 milhões de anos de vida ajustados por incapacidade, constituindo-se a 12^o causa de morte e na 17^o causa de incapacidade funcional no mundo. O crescimento da população com IRC tem grandes implicações para as políticas públicas de saúde, principalmente pelo alto custo dos pacientes, que sua maioria (85% a 95% dos casos) são subsidiados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (CHERCHIGLIA et al., 2010).

Dentre os tratamentos para a IRC tem-se a diálise ou transplante renal. A diálise pode ser de dois tipos: hemodiálise ou diálise peritoneal. No Brasil, a hemodiálise é um dos principais tratamentos utilizados e tem o propósito de retirar as impurezas concentradas nos rins pelo excesso de água acumulada para que o equilíbrio eletrolítico e ácido básico do organismo seja equilibrado. Em pacientes com insuficiência renal, os médicos recomendam diálise quando os exames mostram que os rins não conseguem mais filtrar os resíduos adequadamente e o acúmulo dos produtos causa problemas. Para a lesão renal aguda, os médicos continuam a diálise reestabelecimento da função renal. Nos casos de doença renal crônica, a diálise pode ser usada como terapia de longo prazo ou como uma medida temporária até surgir a possibilidade de um transplante renal. Também se pode utilizar a diálise a curto prazo quando se deseja eliminar líquidos, medicamentos ou toxinas do corpo (MENESES JÚNIOR et al., 2013).

Durante a realização da hemodiálise, a equipe de profissionais que trabalha no setor de nefrologia, em específico na hemodiálise deve estabelecer cuidados individualizados voltados a cada paciente. O enfermeiro, é um dos profissionais que acompanha diretamente os pacientes, monitorando o bem-estar geral do paciente, supervisionando o procedimento e as possíveis complicações com o procedimento (FRAZÃO; ARAÚJO; LIRA, 2013).

Para isso, os profissionais de Enfermagem devem estar cientes da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Entre os recursos utilizados para estruturar a assistência de enfermagem desenvolveu-se o Processo de Enfermagem (PE), que direciona as ações do enfermeiro na prática profissional e oferece estrutura de acordo com as necessidades individuais do cliente, da família e da comunidade. A taxonomia própria de

Enfermagem envolve não somente a padronização, como também a necessidade de atuar com princípios científicos e, conseqüentemente, ofertar cuidado de qualidade, além de facilitar o ensino, a pesquisa e a emancipação do cliente no plano terapêutico (MOREIRA et al, 2013, NOVAES; TORRES; OLIVA, 2015).

Portanto, objetivou-se avaliar os cuidados que os enfermeiros desenvolvem no setor de hemodiálise para assistência de qualidade dos pacientes com insuficiência renal crônica.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com abordagem descritiva, realizada nos meses de setembro e outubro de 2017 na clínica de hemodiálise e no setor de nefrologia de um hospital de alta complexidade, localizado no município de Teresina, Piauí.

Participaram da pesquisa sete enfermeiros e foi seguida a técnica de saturação, conforme Minayo (2017), que afirma que o número de sujeitos se torna suficiente quando há certa reincidência e complementaridade das informações. Como critérios de inclusão fizeram parte do estudo os enfermeiros efetivos com experiência mínima de um ano de trabalho nos setores e excluiu-se os que se encontravam de licença ou férias no momento da pesquisa.

Para extrair os dados utilizou-se como instrumento de coleta um roteiro semiestruturado constituído em duas etapas: a primeira, dados pessoais e profissionais; e a segunda, composta por duas questões abertas sobre o tema. A coleta de dados iniciou-se após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com o parecer de número: 2.255.964. Toda a pesquisa está em conformidade com o estabelecido na Resolução 466/12 (BRASIL, 2012).

Todas as entrevistas foram realizadas individualmente, respeitando a confidencialidade e o sigilo das informações de cada participante. Os participantes receberam todas as informações pertinentes aos objetivos do estudo e aqueles que aceitaram participar assinaram o Termo de Esclarecimento Livre e Esclarecido (TCLE). As respostas foram transcritas na íntegra e posteriormente analisadas, através das técnicas de análise do conteúdo, que incluíram as seguintes etapas: pré-análise, codificação do material e interpretação dos resultados (OLIVEIRA, 2008).

Os dados foram organizados e discutidos em duas categorias analíticas: cuidados de enfermagem com os pacientes que fazem tratamento de insuficiência renal crônica e condutas realizadas pelo enfermeiro para qualidade da assistência ao paciente com IRC.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Caracterização dos sujeitos

Participaram do estudo sete enfermeiros. Todos são do sexo feminino, com idades

que variam entre 33 a 51 anos. A maioria dos entrevistados possuía especialização na área do estudo. O tempo de serviço no hospital foi de 1 a 10 anos._

3.2 Categorias analíticas

Os dados coletados foram organizados, analisados e agrupados em duas categorias, as quais se apresentam a seguir.

3.2.1 Categoria 1: Cuidados de enfermagem com os pacientes que fazem tratamento de insuficiência renal crônica

A identificação das necessidades de cuidados associada ao cuidado físico, técnico e emocional constituem requisitos para a eficácia do processo de cuidar. O paciente com IRC é submetido a mudanças em seu cotidiano, como dieta, controle da ingestão de líquidos, uso de medicamentos, ameaça da autoimagem, que geram estresse e conflito, e interferem na adesão ao processo terapêutico. O paciente em tratamento hemodialítico é dependente da tecnologia e de profissionais capacitados, para lhe prestar um cuidado eficiente (SILVA; SILVA; SALVATO, 2016).

Os cuidados de enfermagem foram elencados nas falas a seguir:

“Os cuidados são inúmeros e dependem da demanda do paciente, de modo geral há procedimentos do cotidiano são: pesar em jejum, aferir sinais vitais, monitorar balanço hídrico, medir e anotar diurese das 24 horas, realizar o curativo do cateter duplo lúmen, restringir ingestão hídrica e supervisionar a adesão, oferecer informações acerca da condição clínica, intercorrências e conforme seja solicitado, contatar o serviço de nutrição para ver a necessidade de adequar o cardápio as restrições da DRC, supervisionar aceitação da dieta, monitorar os escores e escalas para avaliar risco lesão por pressão e de quedas.” (E1)

“Controlo a diurese, tem que ter cuidados com LLP e FAV, curativos, controle dos sinais vitais, agendamentos dos exames, acompanhamento da evolução clínica, cuidado ao paciente grave e crítico.” (E2)

“Eu realizo curativos em cateter, bem como cuidado com os mesmos a fim de outras infecções, orientar quanto aos cuidados com físicas, orientações quanto ao cuidado com líquidos e além de atenção constante no momento da dialise, ...” (E6)

A fístula arteriovenosa (FAV) é uma anastomose subcutânea de uma artéria por uma veia nativa adjacente, permitindo o fluxo direto da artéria para a veia (ANDRADE, 2016). É um de escolha para pacientes renais crônicos, visto que ele permite fluxo adequado para diálise prescrita durante muito tempo com menor índice de complicações e com menor número de intervenções (PESSOA; LINHARES, 2015).

É necessário reduzir os problemas evidenciados com a fístula arteriovenosa que são: trombose, hipotensão, estreitamento de vaso, diminuição do fluxo devido punções repetidas, hematomas, hemorragias, isquemias no membro com fístula. O enfermeiro deve

orientar o paciente e a equipe de enfermagem para que não seja permitido cateterismo e punções na fístula, deve verificar a pressão arterial para a confecção da fístula, orientar os clientes sobre a importância dos seus vasos, avaliar a indicação precoce dos acessos, respeitar o período de maturação, evitar dialisar no dia da cirurgia e realizar treinamentos contínuos sobre a FAV (ANDRADE, 2016).

A infecção é a segunda causa de morte em pacientes dialíticos. Diante disso a equipe de enfermagem deve adotar técnicas adequadas na manipulação dos cateteres utilizando a educação continuada como peça fundamental deste adequado preparo. Outra medida preventiva é a correta higienização das mãos antes e depois do manuseio do cateter e realização curativos ou troca de fixação com técnica asséptica (SANTOS, SOUZA, SCOFANO, 2016). E isso foi bastante observado nas falas dos enfermeiros, a preocupação em prevenir infecções com a realização de curativos dos cateteres com técnicas assépticas.

Além dos mencionados, deve-se assegurar os cuidados pré-diálise, como: realizar assepsia da fístula antes da punção para evitar infecção, incentivar esvaziamento da bexiga, verificar o peso calculando o peso final e inicial para estipular se há necessidade de ultrafiltração, observar concentrações e temperatura da solução dialisadora, verificar o funcionamento da máquina e preparar todo material necessário para o paciente realizar a hemodiálise (ANDRADE, 2016).

Durante e após a diálise também há cuidados específicos, como a verificação dos sinais vitais, controle do peso e do balanço hídrico, para intervir rapidamente em casos de intercorrências, esses cuidados foram citados por quase todos os enfermeiros, no entanto, cuidados quanto à mudança de posição, avaliação do nível de consciência, monitoração da sensibilidade dolorosa, vivenciados durante a coleta de dados, não foram relatados.

“Orientar quanto a aceitação da doença, avaliar acesso vascular, avaliar e orientar quanto a ingestão de líquidos...” (E3)

“Eu ligo o paciente na máquina de hemodiálise, verifico a pressão... converso sobre seu estado de saúde, organizo o setor.” (E4)

Em relação ao apoio emocional somente dois entrevistados relataram a realização desse cuidado. Um estudo realizado com pacientes com doença renal crônica em tratamento de hemodiálise com o objetivo de mensurar a prevalência da sintomatologia depressiva, identificou-se a prevalência de depressão de 20%, e, desse montante, 12% possuíam sintomatologia depressiva leve, 6% moderada e 2% grave. Este nível de incidência está em consonância com a literatura, cujos índices se situam entre 10 e 100%. Diante desses resultados, é possível inferir que esses pacientes são suscetíveis de serem acometidos pela sintomatologia da depressão e nesses pacientes, a sintomatologia depressiva parece estar relacionada a mudanças na qualidade de vida, diminuição da imunidade e da capacidade funcional, relaxamento dos cuidados pessoais e adesão aos tratamentos e dietas. Consequentemente, esses problemas acarretam o aumento do número de consultas

ambulatoriais, internações e até mortalidade (COSTA; COUTINHO, 2016).

Tendo em vista o paciente renal crônico, o enfermeiro deve avaliar as funções afetadas, o estado mental, a capacidade de comunicação e o estado das funções excretoras do paciente, para então identificar suas exigências de autocuidado e sua capacidade de efetuar-lo. Por meio das atividades educativas, o enfermeiro conduzirá o paciente à sua independência em questões de saúde, incentivando o autocuidado. Contudo, é necessário que ele aborde o cliente com uma linguagem acessível para facilitar adesão ao tratamento, incentivando-o a enfrentar as mudanças advindas com a doença e a alcançar o bem-estar (SILVA, 2014).

Visto isso, é primordial oferecer apoio emocional ao paciente, fornecer informações sobre seu estado de saúde e suas limitações para orientar para o autocuidado, permitindo o máximo de autonomia possível. E por meio da escuta ativa identificar as necessidades físicas, emocionais e psicossociais.

“Às vezes eu auxilio o médico em implante de cateter de duplo lúmen, faço curativos dos cateteres, punções de fístula arteriovenosa e prótese nas primeiras vezes, faço avaliação do peso, taxa de UF, checo parâmetros da máquina de hemodiálise, atender prontamente o paciente em caso de eventos adversos, fazer diagnóstico de enfermagem e intervenções, evolução, supervisionar a equipe.” (E5)

“Eu realizo evolução de enfermagem, prescrição, adesão dos pacientes a SAE, verifico sinais vitais, também realizo especialidade como auxilio no implante de cateter duplo lúmen, cateterismo vesical, realização de curativos dos cateteres exclusivos da internação da hemodiálise, presta atenção nas intercorrências, coleta de sangue para exames pré e pós diálise, pesagem do paciente, vacinação.” (E7)

A equipe de enfermagem tem um papel crucial na observação contínua dos pacientes durante a sessão de hemodiálise, podendo ajudar a salvar muitas vidas e evitar complicações ao fazer um diagnóstico precoce nas possíveis intercorrências. O enfermeiro deve estar apto a intervir nessas possíveis complicações desde a detecção até a ação, sendo um diferencial para a obtenção de segurança e qualidade no procedimento, todavia os cuidados de enfermagem envolvem a sistematização desde a entrada do paciente até sua saída (SANTOS, SOUZA, SCOFANO, 2016).

3.2.2 Categoria 2: Conduas realizadas pelo enfermeiro para qualidade da assistência ao paciente com IRC

As temáticas qualidade e segurança do paciente são relacionadas e vêm sendo discutidas no mundo todo e no Brasil por profissionais, organizações governamentais, órgãos acreditadores ou representantes de entidades vinculadas à saúde (QUADRADO; TRONCHIN, 2012).

Durante décadas a qualidade vem sendo foco de atenção no cuidado à saúde. Compreender a magnitude dos danos ocasionados pelo descaso ou negligência desses

atributos, remete a refletir e discutir a respeito dos componentes e elementos intervenientes na qualidade e segurança no setor saúde. Os gestores e trabalhadores desse setor vêm direcionando suas políticas, metas e ações para atender às expectativas e necessidades dos usuários (TASE, 2015).

O hospital no qual foi realizado o estudo está direcionando suas ações para a qualidade da assistência e para a segurança do paciente, como mostram as falas a seguir:

“Desde 2015 a equipe do HGV tem trabalhado com as metas internacionais de segurança do paciente. Os protocolos têm sido estabelecidos e a equipe treinada e sensibilizada, e ao meu ver, são ações quem tem contribuições para a melhoria da qualidade da assistência. Temos conseguido executar alguns protocolos de segurança do paciente como: identificação do correto do paciente; protocolo de passagem de plantão, como a comunicação eficaz; aplicação das escalas de avaliação para risco de queda e LLP; uso de checklist cirúrgico; seguimento, sensibilização para higienização das mãos; prevenção de IRAS. Acredita que de uma forma direta estas ações melhoram o cuidado e a qualidade da assistência o oferecido ao cliente.” (E1)

“Geralmente eu avalio os riscos de queda e LLP e sigo as normas técnicas do protocolo...” (E2)

“Realizo técnicas seguindo a rotina, coordeno a equipe para que todo processo possam ser executado.” (E3)

“Mantenho sempre a organização do setor, providencio o que for preciso e monitoro a necessidade da clínica para um bom funcionamento, interajo com os pacientes vendo suas necessidades física e emocional.” (E4)

Observa-se além da preocupação da gestão hospitalar com a qualidade e segurança do paciente a incorporação de tais atitudes na prática. Seguimento de normas e protocolos, e planejamento do cuidado são fundamentais para assistência de qualidade.

A identificação do paciente é uma área que está sendo bastante enfatizada dentre os processos gerenciais e assistenciais nos serviços de saúde, pois um erro ou evento adverso relativo à não conformidade na identificação podem ter desfechos catastróficos. Por outro lado, é uma prática detentora de medidas evitáveis se valorizada pelos profissionais de saúde e necessita de material de baixo custo (BATES et al., 2009).

A comunicação ineficaz repercute em cuidado inseguro sendo um fator contributivo para desfechos desfavoráveis. Ao reflexionar sobre comunicação no trabalho de equipes interdisciplinares em saúde, a partir da produção científica utilizada neste ensaio, evidenciou-se que programas de treinamentos de habilidades de comunicação, simulações práticas e maneiras padronizadas para apresentar informações do paciente constituem formas efetivas para transpor barreiras à comunicação ineficaz (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

O uso do checklist visa diminuir o atrito provocado por situações inesperadas, e a apresentação dos membros da equipe, antes do procedimento, melhora a segurança. É perceptível uma significativa redução de riscos de infecção por cateteres venosos e centrais e lesões por pressão e por quedas já que é instituído na unidade protocolos assistências

realizado nas 24 horas de permanência do paciente no âmbito hospitalar (PANCIERE, 2013).

“Para uma boa qualidade ... orientar o paciente sobre o autocuidado, estilo de vida, ...” (E5)

“As condutas para qualidade são inúmeras mas eu tenho atenção constante durante a realização dos procedimentos ...” (E6)

“As condutas realizadas para melhora a qualidade do atendimento são sistematização da SAE, planejando o cuidado individualizado e manter um vínculo bom com o paciente, utilizando normas e segurança do paciente, planejando cuidadosamente o cuidado.” (E7)

Para assistência de qualidade se requer da equipe que assiste ao usuário uma preparação adequada, especialmente da equipe de enfermagem, que está em tempo integral com o paciente e pode observar melhor as suas limitações e necessidades tendo condições assim de elaborar um plano de cuidados que visa priorizar e combater alguns danos causados pela doença e pelo tratamento (XAVIER et al., 2014).

Estudo de caso evidenciou que a paciente hospitalizada, portadora de insuficiência renal crônica, necessitou de condutas eficazes que visaram não somente o controle dos desequilíbrios na dimensão fisiopatológica, mas também com enfoque nos aspectos psicossocioespirituais (MASCARENHAS et al., 2011).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), neste contexto, emerge como instrumento essencial e de grande importância para a enfermagem que com foco na integralidade e na qualidade nas dimensões do cuidado e garantindo ao enfermeiro, autonomia e segurança, além de atendimento humanizado e individual (MASCARENHAS et al., 2011).

Neste sentido, para um atendimento individualizado o profissional enfermeiro possui este instrumento privativo, a SAE que é um método que proporciona ao enfermeiro a organização e realização do cuidado baseado em métodos científicos. A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) n° 358/2009 dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem (PE) em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem (COFEN, 2009).

Portanto, o processo de enfermagem é uma maneira sistemática e dinâmica de prestar o cuidado, promovendo a análise de resultados e após isso realizar mudanças para uma assistência humanizada. O PE organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes: histórico de enfermagem (anamnese e exame físico); diagnósticos de enfermagem; planejamento; implementação e avaliação de enfermagem (TANNURE; PINHEIRO, 2011). Desta forma, ao realizar todas as etapas, obtêm-se uma melhoria da assistência.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A condição de pacientes com insuficiência renal crônica é bastante complexa e necessita do envolvimento dos profissionais, paciente, familiares, gestores e instituições de saúde para um cuidado e tratamento adequado.

O trabalho permitiu conhecer quais os cuidados de enfermagem prestados a pacientes com insuficiência renal crônica e que tipo de condutas podem ser realizadas para melhorar a qualidade da assistência a esses pacientes. Apontou-se falhas na assistência quando foram excluídos alguns cuidados que devem ser prestados a pacientes com IRC.

É primordial a Sistematização da Assistência de Enfermagem, método que organiza a assistência e dá respaldo aos profissionais, além do seguimento de manuais, normas e protocolos da instituição, como o de segurança do paciente, que está sendo bastante enfatizado na atualidade por estar diretamente relacionado a melhoria da qualidade da assistência.

É necessário considerar que cada indivíduo tem uma resposta diferente para aceitação e enfrentamento da doença. Portanto um plano terapêutico individualizado é primordial para eficácia da terapia.

Observou-se que o principal caminho para fornecer qualidade de vida a pacientes com tal doença é a educação tanto para pacientes, voltada para melhoria da qualidade de vida, autonomia dentro das suas limitações, reabilitação e enfrentamento da doença para melhora da autoestima; quanto para os profissionais, que precisam estar sempre com conhecimentos técnicos e científicos atualizados para oferecer uma assistência de qualidade, e sensibilizados para oferecer cuidado não somente a doença física como também voltados ao apoio emocional e psicossocial.

Sugere-se que sejam desenvolvidos outros estudos sobre estratégias de educação voltadas tanto para a sensibilização dos esses profissionais como a adesão dos pacientes e seus familiares ao tratamento.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, N. C. S. Assistência de enfermagem a fístulas arteriovenosas: revisão de literatura. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, v. 9., p. 88-106, 2016.

BATES, D.W. et al. Global priorities for patient safety research. **BMJ**. 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/12. **Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196. 2012**. Acesso em 22 jul 2016. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde/** Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p. 37.

CHERCHIGLIA, M. L. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes em terapia renal substitutiva no Brasil, 2000-2004. **Rev. Saúde Pública.**, v. 44, n. 4, p. 639-649, 2010.

COFEN. **Resolução n.358, de 15 de outubro de 2009.** Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em 25 nov 2017.

COSTA, F. G.; COUTINHO, M. P. L. Síndrome depressiva: um estudo com pacientes e familiares no contexto da doença renal crônica. **Est. Inter. Psicol.**, v. 7, n. 1, p. 38-55, 2016.

FRAZÃO, C. M. F. Q.; ARAÚJO, A. D.; LIRA, A. L. B. C. Implementação do processo de enfermagem ao paciente submetido à hemodiálise. **Rev enferm UFPE on line**, v. 7, n. esp., p. 824-830, 2013.

MASCARENHAS, N. B. et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem ao portador de Diabetes Mellitus e Insuficiência Renal Crônica ao portador de Diabetes Mellitus e Insuficiência Renal Crônica. **Rev Bras Enferm.**, v. 64, n. 1, p. 203-208, 2011.

MEDEIROS, N. H. et al. A insuficiência renal crônica e suas interferências no atendimento odontológico – revisão de literatura. **Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo**, v. 26, n. 3, p. 232-242, 2014.

MENEZES JUNIOR, C. A. V. et al. Repercussões da doença renal crônica e da hemodiálise na função pulmonar: uma revisão bibliográfica. **Revista UNILUS Ensino e Pesquisa**, v.10, n.20, 2013.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 5, n. 7, p. 01-12, 2017.

MOREIRA, R. A. N.; et al. Diagnósticos de enfermagem, fatores relacionados e de risco no pós-operatório de cirurgia bariátrica. **Rev. esc. enferm. USP.**, v.47, n.1., fev. 2013.

NOGUEIRA, J. W. S.; RODRIGUES, M. C. S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente. **Cogitare Enferm.**, v. 20, n. 3, p. 636-640, 2015.

NOVAES, E. S.; TORRES, M. M.; OLIVA, A. P. V.; Diagnósticos de enfermagem em clínica cirúrgica. **Acta paul. enferm.**, v. 28, n. 1, 2015.

OLIVEIRA, D. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Rev. enferm. UERJ.**, v. 16, n. 4, p. 569-576, 2008.

PANCIERI, A. P. et al. Checklist de cirurgia segura: análise da segurança e comunicação das equipes de um hospital escola. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 34, n. 1, p. 71-78, 2013.

PESSOA, N. R. C.; LINHARES, F. M. P. Pacientes em hemodiálise com fístula arteriovenosa: conhecimento, atitude e prática. **Esc Anna Nery.**, v. 19, n. 1, p. 73-79, 2015.

QUADRADO, E. R. S.; TRONCHIN, D. M. R. Avaliação do protocolo de identificação do neonato de um hospital privado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v. 20, n. 4, 2012.

SANTOS, B. T.; SOUZA, M. S. V.; SCOFANO, P. S. A. S. P. **As atribuições do enfermeiro nas principais complicações da hemodiálise.** 2016. 18f. Monografia (Graduação em Enfermagem) FUNVIC-SP, Pindamonhangaba – SP, 2016.

SILVA, J. C.; SILVA, D. M.; SALVATO, R. S. Cuidados da equipe de enfermagem ao paciente com insuficiência renal crônica durante a sessão de hemodiálise: revisão integrativa. **Revista Ampliar**, v. 3, n. 3, p. 1-13, 2016.

SILVA, J. S. A Teoria de Orem e sua aplicabilidade na assistência ao paciente renal crônico. **Rev Enferm UFPI**, v. 3, n. 3, p. 05-08, 2014.

TANNURE, M. C; PINHEIRO, A. M. **Sistematização da Assistência de Enfermagem: guia prático**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

TASE, T. H. **Segurança do paciente em maternidade**: avaliação do protocolo de identificação do binômio mãe-filho em um hospital universitário. São Paulo, 2015. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

VIANNA, H. R. et al. Inflamação na doença renal crônica: papel das citocinas. **J Bras Nefrol.**, v. 33, n. 3, p. 351-164, 2011.

XAVIER, B. L. S. et al. Características individuais e clínicas de clientes com doença renal crônica em terapia renal substitutive. **Rev enferm UERJ**, v. 22, n. 3, p. 314-320, 2014.

CAPÍTULO 15

COMPETÊNCIA DO ENFERMEIRO PARA ATUAR EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Data de aceite: 01/07/2021

Data de submissão: 19/04/2021

Pamela Nery do Lago

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais / Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HC-UFGM/EBSERH).
Belo Horizonte – MG
<https://orcid.org/0000-0002-3421-1346>

Marlene Simões e Silva

HC-UFGM/EBSERH.
Belo Horizonte – MG
<https://orcid.org/0000-0002-1195-493X>

Regina de Oliveira Benedito

HC-UFGM/EBSERH.
Belo Horizonte – MG
<https://orcid.org/0000-0002-3164-5165>

Roseane Pereira Sousa

HC-UFGM/EBSERH.
Belo Horizonte – MG
<https://orcid.org/0000-0002-0928-6637>

Maria Ivanilde de Andrade

Prefeitura Municipal de Lagoa Santa
Lagoa Santa – MG
<https://orcid.org/0000-0002-1925-4559>

Edma Nogueira da Silva

Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF/EBSERH)
Juiz de Fora – MG
<https://orcid.org/0000-0002-6029-5862>

Lilian Maria Santos Silva

Hospital Universitário Maria Aparecida

Pedrossian da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (HUMAP-UFMS/EBSERH)
Campo Grande – MS
<https://orcid.org/0000-0001-9909-5115>

Veridiana de Oliveira Ursi Scotton

HUMAP-UFMS/EBSERH
Hospital da Unimed de Campo Grande
Campo Grande – MS
<https://orcid.org/0000-0002-2592-0319>

Márcia Rosa de Oliveira

HUMAP-UFMS/EBSERH
Campo Grande – MS
<https://orcid.org/0000-0001-7249-8555>

Fabiana Nascimento Silva

Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe (HU-UFS/EBSERH)
Aracaju – SE
<https://orcid.org/0000-0001-6201-6305>

Martapolyana Torres Menezes da Silva

Hospital Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (HUOL-UFRN/EBSERH)
Natal – RN
<https://orcid.org/0000-0002-9517-2600>

Diélig Teixeira

Hospital Adventista de Belém (HAB)
Belém – PA
<https://orcid.org/0000-0002-0520-6759>

RESUMO: Este estudo objetivou avaliar as competências que o enfermeiro precisa ter para atuar em unidade de terapia intensiva (UTI). Trata-se de uma pesquisa qualitativa de

natureza teórica, realizada a partir de material já publicado, como livros, artigos, periódicos, *Internet*, entre outros. Com o resultado da pesquisa foi possível concluir que a exigência da competência no trabalho em UTI é benéfica para as organizações hospitalares, já que com uma avaliação constante dos colaboradores, é possível premiar aqueles que estão integrados à estratégia organizacional, e que estão se empenhando para que possam fornecer mais competitividade para as organizações hospitalares. A competência é algo essencial para que se possa garantir a humanização do cuidado a este paciente, e a melhora da sua qualidade de vida e de seus cuidadores, somando-se ainda a garantia da segurança do paciente.

PALAVRAS - CHAVE: Competência. Enfermagem. Unidade de Terapia Intensiva.

NURSE'S COMPETENCE TO OPERATE IN AN INTENSIVE CARE UNIT

ABSTRACT: This study aimed to evaluate the competencies that nurses need to have to work in an intensive care unit (ICU). This is a qualitative research of theoretical nature, carried out from material already published, such as books, articles, periodicals, *Internet*, among others. With the result of the research, it was possible to conclude that the requirement of competence in ICU work is beneficial for hospital organizations, since with a constant evaluation of employees, it is possible to reward those who are integrated into the organizational strategy, and who are striving so that they can provide more competitiveness for hospital organizations. Competence is essential to ensure the humanization of care for this patient, and improve their quality of life and caregivers, adding to the guarantee of patient safety.

KEYWORDS: Competence. Nursing. Intensive Care Unit.

1 | INTRODUÇÃO

Um dos pilares do desenvolvimento humano nas organizações é a visão das dimensões da pessoa, abrangendo a individualidade e as formas pelas quais interage com a diversidade do meio em que se insere, independentemente do cargo que ocupa ou a sua posição na estrutura organizacional. Em relação à competência, observa-se que seu conceito se desenvolve em diversas direções, de acordo com o tempo, o local e a orientação das finalidades da organização.

Para que a competência se manifeste, é importante considerar que as relações de trabalho também envolvem relações culturais do colaborador e da empresa, situações inesperadas, obstáculos quanto a prazos, recursos materiais e tecnológicos, etc. A competência, portanto, se manifesta e se desenvolve sempre a partir da diversidade desses contextos, na habilidade demonstrada em mobilizar conhecimentos de acordo com cada situação específica. Da mesma forma, as pessoas, ao desenvolverem sua capacidade individual, transferem suas habilidades para a organização e o seu conhecimento capacita a mesma para enfrentar novos desafios (ZARIFIAN, 2011).

A Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) é concebida para atender pacientes que necessitam de cuidados altamente complexos e com controle restrito. Caracterizando-se pelo risco de vida, tecnologia intensiva, planejamento, controle permanente, respostas

rápidas e recursos especializados. A sobrevivência é o foco de toda a atividade de qualquer UTI e determina a sua organização técnica e administrativa (ALBANO *et al*, 2008).

Assim, pode-se afirmar que o nível da *performance* de desempenho do profissional em UTI e os conhecimentos requeridos para a execução do seu trabalho é mais complexo que noutras especialidades. Contudo, cabe destacar o estresse contínuo de atuar em uma UTI, bem como seus riscos inerentes (ARAÚJO NETO, 2013).

Desta forma, este artigo procura avaliar quais as competências que o enfermeiro precisa ter para trabalhar em UTIs.

Este trabalho foi desenvolvido através da metodologia de coleta de informações de natureza teórica, utilizando a pesquisa bibliográfica, qualitativa, de caráter exploratório, que procura proporcionar maior familiaridade com o problema a ser pesquisado. Tendo sido analisado material já publicado nos últimos 20 anos em livros, artigos, periódicos, *Internet*, etc.

2 | AVALIAÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Para uma organização, contar com as pessoas que possuam as características adequadas para contribuir com o cumprimento dos objetivos e metas organizacionais se converte, cada vez mais, em uma importante necessidade. Através desse enfoque, se deixa de perceber os cargos como unidades fixas, mas passa-se a embasá-los em capacidades que possam ser utilizadas de maneira transversal, ou seja, as habilidades que cada indivíduo possui para executar as tarefas necessárias para um posto de trabalho também são necessárias para outro, que aparentemente pode não ter relação direta com aquele (PONCHIROLLI, 2011).

Estudo de Levy-Leboyer apud Kanaane (2008) ao tratar do tema avaliação de competências, considera que devem ser avaliadas três categorias de características individuais: as atitudes, as aparências e as competências. Menciona também três tipos de instrumentos que podem ser utilizados com essa finalidade, os quais classifica em três categorias: sinais, mostras e referências. Os primeiros são obtidos por intermédio de testes abstratos, correspondentes a dimensões psicológicas identificadas em numerosas investigações e análises fatoriais, que permitem medir atitudes e descrever a personalidade.

Nessa espécie de instrumentos interfere uma série de fatores, como a independência subjetiva do examinador, a coerência, as chaves e o suporte teórico para interpretação, que devem ser controlados para que a avaliação se realize de forma eficaz.

Em investigações recentes, nas quais se empregou a análise fatorial, demonstrou-se que a personalidade pode ser descrita atendendo a cinco fatores: extroversão, estabilidade emocional, sociabilidade, abertura intelectual e uma dimensão com diferentes denominações, associada à consciência moral e o controle sobre si mesmo. A segunda categoria de instrumentos são as amostras ou testes de situação. Para Leboyer apud

Kanaane (2008), estas se definem como situações simplificadas que se dão em determinado período de tempo e se assemelham às atividades profissionais chaves que desempenha o indivíduo. Seguindo a caracterização, observa-se que as mostras se referem a uma série de exercícios, normalmente integrados em uma concepção metodológica que se aperfeiçoa continuamente.

A última categoria são as referências, que constituem qualquer informação sobre os comportamentos passados do indivíduo, que permitem descrever comportamentos futuros.

Principalmente, isso se refere ao significado preciso do vocabulário utilizado e às pontuações profissionais, que são afetadas pela tendência a se pontuar a todos os aspectos no mesmo nível, assim como pela tendência a pontuar os indivíduos por uma média.

Na seleção por competências, o mais importante dos processos envolvidos é a avaliação. Apesar de reconhecer-se que algumas práticas são tão válidas na atualidade como foram muitos anos atrás, surgiram novos desafios nesse campo, os quais requerem inovações e respostas diferenciadas. Dentre essas respostas, evidencia-se a necessidade de discernir entre a avaliação de potencial e da avaliação de competência. A primeira se realiza com o propósito de planificar treinamentos, seleção ou promoção de pessoal. Em geral, a avaliação nesse contexto trata de determinar o grau de congruência entre as exigências de um trabalho e as características de uma pessoa, estabelecendo suas probabilidades de êxito no mesmo e decidir sobre sua contratação ou sua promoção (CARVALHO, 2008).

3 I COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO EM UTI

Devido a essas características peculiares a um ambiente de UTI, a apreensão tanto dos pacientes e seus familiares, quanto da equipe intermultiprofissional, é notória. O ambiente da unidade de tratamento intensivo é tido como o mais agressivo, tenso e traumatizante no interior de um hospital. É neste contexto que o profissional de enfermagem apresenta uma preocupação com a questão do cuidado humanizado, sendo o profissional que passa a maior parte do tempo com o paciente (ALBANO et al, 2008).

A enfermagem em ambientes de unidades intensivas tornou-se tão complexa que deixou de ser possível padronizar, rotinizar e delegar muito do que faz o profissional. É mais do que um corpo de conhecimentos científicos, é também a socialização dos seus membros que têm que incorporar qualidades dinâmicas, que são únicas na profissão (BRUNNER; SUDDARTH, 2008).

Conforme Rocha e Martino (2010), o enfermeiro é um profissional que tem a tarefa de realizar uma atividade que demanda atenção, muitas vezes desempenha atividades com alto grau de dificuldade e responsabilidade, constituindo fatores psicossociais que por si só já condicionam a presença do estresse no trabalho. Esse ritmo acelerado, associado às jornadas excessivas e o turno de trabalho são também fatores que podem desenvolver

o chamado estresse ocupacional. Esse contexto gera também um intenso sofrimento psíquico, determinado por diversos fatores, como o ritmo excessivo de trabalho, as jornadas longas com poucas pausas para o descanso e para as refeições.

Os trabalhadores de enfermagem estão constantemente expostos a riscos ocupacionais que são causados por fatores químicos, físicos, mecânicos, biológicos, ergonômicos e psicossociais, sendo que tais fatores podem vir a ocasionar doenças ocupacionais e acidentes de trabalho. (MENDONÇA *et al*, 2015).

Em relação a capacitação Hetti *et al*(2013), analisaram a percepção dos profissionais sobre educação permanente e/ou continuada no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de um município do Estado de São Paulo. Foram realizadas entrevistas com 30 profissionais e os resultados revelaram que a educação permanente ainda é incipiente nesse serviço. Observou-se ainda que há a ausência de uso de protocolos, comunicação ineficaz, falha na supervisão, falta de capacitação para o atendimento a pacientes psiquiátricos, carência de humanização e falta de apoio psicológico aos profissionais. O estudo possibilitou identificar que grande atenção deve ser dada à educação permanente como estratégia de qualificação das práticas nos serviços de urgência e emergência e que a compreensão do conceito e a implantação na prática diária configuram-se em enorme desafio nesse cenário.

Laprovita *et al*(2016) analisaram a importância da educação permanente como ação transformadora das práticas individuais e coletivas no SAMU. Os resultados apontaram que a educação permanente acontece no cotidiano da prática, em um movimento constante de formação no mundo do trabalho. Na conclusão dos autores a educação permanente adquire potencialidade, visto que é identificada nas várias maneiras de se produzir saúde.

Silva *et al* (2011) destacaram ser de grande importância a atualização contínua dos profissionais da área sobre novos esquemas terapêuticos, farmacodinâmica, farmacocinética, características vesicantes e irritantes, ajuste por função renal e hepática, a fim de promover o uso racional e a segurança do paciente.

Um requisito essencial para o cuidado e a segurança do paciente é a comunicação consistente entre profissionais, de uma equipe para a próxima e entre profissionais, paciente e família (REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE, 2013).

O cuidado seguro resulta tanto de ações corretas dos profissionais de saúde, como de processos e sistemas adequados nas instituições e serviços, assim como de políticas governamentais regulatórias, exigindo um esforço coordenado e permanente. No entanto, para que o cuidado seja seguro, também é necessário construir uma cultura de segurança do paciente, em que profissionais e serviços compartilhem práticas, valores, atitudes e comportamentos de redução do dano e promoção do cuidado seguro (REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE, 2013).

A comunicação permeia todas as atividades que integram a assistência ao paciente. Quanto mais especializado for o serviço, maior a necessidade de informações técnicas,

especializadas e precisas (REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE, 2013).

Segundo Moura e Magalhães (2013), investir na mudança de sistema, no aperfeiçoamento da equipe de saúde, na utilização de boas práticas e no aprimoramento das tecnologias e melhoria dos ambientes de trabalho constitui questões primordiais para o alcance dos melhores resultados para os usuários dos serviços de saúde, família e comunidade.

Os processos de comunicação são muito complexos e dinâmicos nos serviços de saúde e, em especial, na área hospitalar. O alto fluxo de informações e o grande número de profissionais de diferentes equipes assistenciais, além da grande demanda de atividades, acarretam uma necessidade constante de atualização e troca de informações com os pacientes, os familiares e as equipes (MOURA; MAGALHÃES, 2013).

Na conclusão de Martins (2014), a comunicação interna é considerada uma necessidade para qualquer empresa, uma vez que relações reforçam a imagem da empresa perante os seus colaboradores positiva ou negativamente consoante for bem ou mal direcionada. Ainda, para os autores, os públicos internos são veículo de divulgação externa da imagem da empresa, há que envolver o público interno para consegui-lo efetivamente a nível externo.

Conforme Martins (2014), para comunicar com o público interno é importante ter em conta os tipos de meios utilizados na comunicação interna, que pode ser oral, escrita, audiovisual e comunicação não verbal. O conhecimento das características dos diferentes meios permite uma seleção adequada dos instrumentos a utilizar em relação aos objetivos que se pretendem atingir.

Na visão de Silva e Alvim (2010) o desenvolvimento do processo de cuidado requer que o profissional interaja com os diversos setores, pois a comunicação entre eles é imprescindível para o andamento das atividades, a fim de proporcionar uma assistência segura e efetiva ao cliente.

Mota e França (2010) buscaram identificar junto aos enfermeiros as principais necessidades de comunicação do paciente impossibilitado de comunicar-se oralmente em decorrência de uso de cânula de traqueostomia, durante a internação em UTI; otimizar e validar o método de comunicação visual por meio de cartões ilustrativos. A identificação das necessidades de comunicação foi feita por meio de entrevista com os enfermeiros e priorização dos temas. Os pacientes foram entrevistados visando determinar a pertinência dos temas e a eficácia da técnica. Os enfermeiros elencaram onze necessidades, as quais foram representadas por onze cartões. As necessidades identificadas incluíram dor, calor, frio, aspiração, mudança de decúbito, elevação da cabeceira da cama, sede, alimentação, comunicação com familiares, iluminação e higienização. Os cartões ilustrativos das temáticas dor e calor precisaram modificações, enquanto que os demais foram considerados adequados pelos pacientes. Esses sugeriram novas temáticas e melhorias gráficas. Na

conclusão dos autores, a identificação das necessidades dos pacientes pelos enfermeiros foi considerada satisfatória, porém limitada. O método se mostrou adequado como tal, porém necessitando ampliação das temáticas e melhoria do sistema visual. Esse método, após as modificações propostas poderá representar importante alternativa para melhoria da qualidade dos serviços prestados pelos enfermeiros aos pacientes.

Desta forma, o trabalho do enfermeiro em UTI se caracteriza por atividades assistenciais e gerenciais bastante complexas, sendo que estas exigem competência técnica e científica, e a tomada de decisões e adoção de condutas seguras se ligam de forma direta à vida e à morte das pessoas. Com isso, é vital que seja possível identificar as competências desses profissionais ao desenvolver a assistência de enfermagem de alta complexidade, como é o caso da UTI (CAMELO, 2012).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O que pode verificar no estudo feito, é que a execução de um serviço específico como o setor de saúde, é fundamental aos profissionais algumas qualidades: a educação, experiência, o envolvimento e habilidade técnica, como componentes da competência profissional, que também supõem comportamentos e atitudes ativas e efetivas no relacionamento com os clientes, os profissionais e os educadores.

Desta forma, as competências se tornam dinâmicas e maleáveis, com a finalidade de alcançar uma satisfação das expectativas e das necessidades que possuem tanto os clientes como a própria organização. O diagnóstico de competências implica também no diagnóstico dos meios úteis para adquiri-las, bem como a consideração do aspecto do desenvolvimento, já que este é indissociável do conceito de competências.

O profissional deve estar devidamente preparado para saber lidar e ter estratégias para trabalhar com toda a equipe junto aos pacientes e seus familiares, buscando uma boa comunicação para orientar de forma eficiente quanto as necessidades dos pacientes.

Assim, com o estudo foi possível entender que a exigência da competência no trabalho em UTI é benéfica para as organizações hospitalares, já que com uma avaliação constante dos colaboradores, é possível premiar aqueles que estão integrados à estratégia organizacional, e que estão se empenhando para que possam fornecer mais competitividade organizacionais. Ainda, a competência é algo essencial para que se possa garantir a humanização do cuidado, a melhora da qualidade de vida do paciente e de seus cuidadores, agregando ainda o fator da garantia da segurança do paciente de uma forma geral. Investir em comunicação é essencial, e as organizações de saúde devem sempre buscar a melhoria dos serviços prestados investindo neste segmento.

REFERÊNCIAS

ALBANO, N.; MIRANDA, L. E. V. **Organização da unidade de tratamento intensivo**. São Paulo, Atheneu, 2008.

ARAÚJO NETO, J. P. Centro de tratamento intensivo e anestesiologia, **Rev Bras Anesthesiol**, v. 33, n. 1, p. 63-65, 2013.

BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, R. S. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Interamericana, 2008.

CAMELO, S. H. H. Competência profissional do enfermeiro para atuar em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**; v. 20, n. 1:1-9; jan.-fev. 2012.

CARVALHO, I. M. V. **Recrutamento e seleção por competências**. Rio de Janeiro: FGV, 2008.

MENDONÇA, A. E. O.; OLIVEIRA, A. V. T.; SOUZA NETO, V. L.; SILVA, R. A. R. Perfil de acidentes de trabalho envolvendo profissionais de enfermagem no ambiente da Terapia Intensiva. **Enfermería Global**, n. 39, p. 202-210, Julho 2015.

HETTI, L. B.; BERNARDES, A.; GABRIEL, C. S.; FORTUNA, C. M.; MAZIERO, V. G. Educação permanente/continuada como estratégias de gestão no serviço de atendimento móvel de urgência. **Rev. eletrônica enferm**; v. 15, n. 4, p. 973-982, out.-dez. 2013.

KANAANE, R. Comportamento humano nas organizações: o homem rumo ao século XXI. 2 ed. 2 reimp. São Paulo: Atlas, 2008.

LAPROVITA, D.; FERNANDES, F. C.; ALMEIDA, L. P.; CORVINO, M. P. F.; CORTEZ, E. A.; BRAGA, A. L. S. Educação permanente no atendimento pré-hospitalar móvel: perspectiva de emerson merhy. **Rev. enferm. UFPE on line**; v. 10, n. 12, p. 4680-4686, dez. 2016.

MARTINS, M. E. **Plano de comunicação interna do Hospital do Espírito Santo de Évora**. Trabalho de Conclusão de Curso (Marketing), Universidade de Évora, EPE, Portugal, 2014. Disponível em: <<https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/11137/1/Trabalho%20de%20projeto%20-%20Plano%20de%20Comunica%C3%A7%C3%A3o%20Interna%20do%20HESE%20EPE%20-%20Maria%20Martins.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2021.

MOTA, G. P.; FRANÇA, F. C. V. Comunicação não verbal em unidade de terapia intensiva: validação de um método alternativo. **Comum. Ciênc. Saúde**, v. 21, n. 1, p. 39-48, 2010.

MOURA, G. M. S. S.; MAGALHÃES, A. M. M. **Eventos adversos relacionados à assistência em serviços de saúde: principais tipos**. In.: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Cap. 10. 1ª. Edição, 2013.

PONCHIROLLI, O. **Capital Humano: sua importância na gestão estratégica do conhecimento**. Curitiba: Juruá, 2011.

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE. **Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais da saúde**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 132 p., 2013.

ROCHA, M. C. P.; MARTINO, M. M. F. O estresse e qualidade de sono do enfermeiro nos diferentes turnos hospitalares. São Paulo. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 44, n. 2, Jun. 2010.

SILVA, N. P.; AREIAS, M. A. **Questões éticas das anotações de enfermagem**. 2011. Disponível em: <<https://semanaacademica.org.br/system/files/artigos/questoeseticasdasanotacoesdeenfermagem2011.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2021.

SILVA, D. C.; ALVIM, N. A. T. Ambiente do Centro Cirúrgico e os elementos que o integram: implicações para os cuidados de enfermagem. **Rev. Bras Enferm**, Brasília, v. 63, n. 3, p. 427-34, 2010.

ZARIFIAN, P. **Objetivo competência: por uma nova lógica**. São Paulo: Atlas, 2011.

CAPÍTULO 16

O PAPEL DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CÂNCER DE PULMÃO

Data de aceite: 01/07/2021

Elizabete Alves Rodrigues Mohn

Aluna do Curso de Enfermagem

RESUMO: Introdução: O câncer de pulmão está associado a altas taxas de mortalidade. Além da prevenção, medidas de detecção precoce são especialmente importantes para detectar a doença em estágios iniciais e permitir o tratamento curativo. **Objetivo:** identificar as principais intervenções de enfermagem relacionadas a prevenção e o diagnóstico precoce do câncer de pulmão. **Materiais e Métodos:** Este estudo constitui uma revisão bibliográfica de caráter exploratório onde foram utilizadas publicações de 2005 a 2020. **Resultados:** O câncer de pulmão inclui o tabaco como principal fator de risco, no entanto outros carcinógenos são importantes. Os enfermeiros tem atuação essencial nos programas de cessação do tabagismo e controle dos canceres de pulmão ocupacionais. Estudos recentes tem demonstrado a utilidade do rastreamento com tomografia computadorizada de baixa dose em populações de alto risco para o câncer de pulmão. Os enfermeiros podem participar de forma ativa desse processo que já ocorre nas redes particulares. **Conclusão:** Os profissionais enfermeiros tem papel fundamental na implantação e execução de programas de prevenção primaria e secundaria do câncer de pulmão, contribuindo assim para a redução dos índices de mortalidade desse câncer.

PALAVRAS - CHAVE: Câncer de Pulmão; Prevenção; Diagnóstico Precoce.

THE ROLE OS NURSING PROFESSIONALS IN PREVENTION AND EARLY DIAGNOSIS OF LUNG CANCER

ABSTRACT: Introduction: Lung cancer is associated with high mortality rates. In addition to prevention, early detection measures are especially important to detect the disease at an early stage and allow curative treatment. **Objective:** to identify the main nursing interventions related to the prevention and early diagnosis of lung cancer. **Materials and Methods:** This study constitutes an exploratory bibliographic review where publications from 2005 to 2020 were used. **Results:** Lung cancer includes tobacco as the main risk factor, however other carcinogens are important. Nurses have an essential role in smoking cessation and occupational lung cancer control programs. Recent studies have demonstrated the usefulness of screening with low-dose computed tomography in populations at high risk for lung cancer. Nurses can actively participate in this process that already occurs in private networks. **Conclusion:** Professional nurses have a fundamental role in the implementation and execution of primary and secondary lung cancer prevention programs, thus contributing to the reduction of mortality rates from this cancer.

KEYWORDS: Lung cancer; Prevention; Early Diagnosis.

INTRODUÇÃO

O carcinoma pulmonar é um dos cânceres mais prevalentes no mundo e está associado a altas taxas de mortalidade. Segundo a União Internacional de Controle do Câncer (UICC), o câncer de pulmão será a principal causa de morte por câncer nos Estados Unidos (EUA) em 2020. Estima-se que cerca de 1,6 milhões de novos casos sejam diagnosticados anualmente no mundo (NETO e QUEIROGA, 2015).

O câncer de pulmão geralmente não cursa com sintomas até atingir 1 a 2 centímetros de diâmetro. Eles são frequentemente diagnosticados em um estágio avançado, pois não existem ferramentas eficazes de triagem ou não são de fácil acesso (GIACONELLI *et al.*, 2017; BARROS *et al.*, 2006).

O principal fator de risco para o câncer de pulmão é o tabagismo. No entanto, uma porcentagem significativa de casos de câncer de pulmão é diagnosticada em não fumantes, sugerindo a influência de outros fatores de risco (ALGRANTI *et al.*, 2010).

A sobrevida em relação a este câncer depende em grande parte do estágio do tumor no momento do diagnóstico e da probabilidade de ressecção cirúrgica curativa. No entanto, apenas cerca de 20% dos pacientes com câncer de pulmão apresentam indicação cirúrgica no momento do diagnóstico. Aproximadamente 40% dos pacientes são indicados para terapia de radiação e quimioterapia como o principal tratamento, com uma taxa de cura inferior a 10% (GIACONELLI *et al.*, 2017). Portanto, é importante encontrar medidas que possibilitem a prevenção e o diagnóstico precoce da doença (NETO e QUEIROGA, 2015).

Considerando os enfermeiros como profissionais de saúde envolvidos em atividades de controle do câncer de pulmão em todo o mundo, este artigo tem como objetivo identificar as principais intervenções de enfermagem relacionadas a prevenção e o diagnóstico precoce do câncer de pulmão.

MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo constitui uma revisão bibliográfica de caráter exploratório a respeito das intervenções dos enfermeiros na prevenção e diagnóstico precoce do câncer de pulmão. Para a busca de artigos científicos foram utilizadas as bases de dados: National Library of Medicine (PUBMED), Google Acadêmico, SCIELO e LILACS. Foram utilizados artigos científicos, livros e websites de Institutos de pesquisa. Foram pré-selecionadas publicações de 2005 a 2020, a partir da utilização da combinação dos seguintes descritores: “câncer de pulmão”, “prevenção” e “diagnóstico precoce”. Posteriormente foram selecionados, pela análise dos resumos, os artigos de maior relevância para atingir o objetivo do presente trabalho sendo estes 32 artigos dos 63 pré-selecionados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Câncer de Pulmão

Segundo dados do INCA (2020a), o câncer de pulmão é a mais comum de todas as neoplasias no mundo (2,1 milhões), aumentando 2% ao ano em todo o mundo em 2020. Aproximadamente 625,370 novos casos de câncer são estimados para o Brasil em 2020, dos quais 32.960 ocorrerão no pulmão. A estimativa de incidência de câncer de pulmão no Brasil para 2020 em homens é de 20.520 e mulheres de 12.440 novos casos. A mortalidade por câncer de pulmão no Brasil em 2017 foi de 16.137 para homens e 11.792 para mulheres.

O câncer é uma doença caracterizada pela proliferação rápida e desregulada de células que invadem tecidos e órgãos. Essa proliferação descontrolada é causada por mutações que ocorrem no DNA das células do epitélio pulmonar e essas mutações podem ocorrer ao acaso ou ser induzidas por substâncias carcinogênicas (INCA, 2020).

O câncer de pulmão inclui o tabaco como principal fator de risco, e cerca de 90% dos tumores poderiam ser prevenidos com o abandono do tabagismo (SILVA *et al.*, 2014). A relação entre tabaco e câncer de pulmão foi descrita pela primeira vez no Reino Unido em 1927. Em 1950, Dole e Hill, além de revelar o aparecimento de neoplasias malignas de pulmão, demonstraram uma resposta à dose, um efeito relacionado à quantidade de consumo de fumaça (FILHO *et al.*, 2010).

O câncer de pulmão pode ser dividido em dois tipos principais, o câncer de pulmão de pequenas células (CPPC) e câncer de pulmão de células não pequenas (CPCNP), sendo este último responsável por mais de 80% dos casos (HUANG *et al.*, 2014).

O diagnóstico geralmente é tardio e ocorre aleatoriamente porque o câncer de pulmão não apresenta sinais ou sintomas específicos no estágio inicial (WHITAKER *et al.*, 2015). Quando presentes, os sinais mais comuns de câncer de pulmão são tosse, rouquidão, perda do apetite, falta de ar, fadiga e tosse com expectoração com sangue (OLIVEIRA, C; SARAIVA, 2010). Tais problemas podem ser evitados pela investigação precoce da doença e remoção do tumor por um processo cirúrgico ou tratamento com quimioterapia (BARROS *et al.*, 2006; FERNÁNDEZ-BUSSY *et al.*, 2015).

A investigação diagnóstica é realizada por radiografia de tórax, complementado por tomografia computadorizada. Um diagnóstico definitivo é estabelecido pelo exame histopatológico do material do tumor obtido por mediastinoscopia, broncoscopia, biópsia pleural, biópsia pulmonar ou punção por agulha fina (ARAÚJO *et al.*, 2018).

O tratamento depende do tipo de câncer de pulmão apresentado pelo paciente. As principais terapias empregadas para o combate ao câncer de pulmão são a radioterapia, a cirurgia, e a quimioterapia (ANDRADE e SILVA, 2007). O tratamento cirúrgico é o único método considerado potencialmente curativo. O tipo e duração do tratamento necessário para o paciente depende do subtipo de câncer que apresenta, da extensão e localização e do estado de saúde geral do paciente. Em geral, é necessária a utilização da combinação

de dois ou mesmo os três métodos de tratamento (OLIVEIRA e SARAIVA, 2010).

Atuação do enfermeiro na prevenção primária do câncer de pulmão

A principal maneira de reduzir o risco de câncer de pulmão ainda é evitar o tabagismo e a exposição passiva à fumaça do tabaco. Ao parar de fumar antes de ter câncer, o tecido pulmonar danificado será gradualmente reparado. Em pessoas que param de fumar, o risco de desenvolver a doença diminui gradualmente ao longo de 15 anos. A cessação do tabagismo pode reduzir o risco de doença, independentemente da idade ou do tempo de fumar (SOUZA *et al.*, 2014).

De acordo com a OMS o tabaco leva a óbito mais de 8 milhões de pessoas anualmente (OMS, 2020). Em 2014, o fumo no Brasil foi responsável por 82% das mortes por câncer de pulmão em homens. Para as mulheres, essa média caiu para 41% (SOUZA *et al.*, 2014).

Há três décadas no Brasil, o Ministério da Saúde realiza ações no combate ao tabagismo. Uma dessas ações é o Programa Nacional de Controle de Tabagismo (PNCT), que visa promover a saúde, orientando sobre o combate ao tabagismo e seu tratamento (MEIER, 2011). Dentre as principais ações do PNCT podemos citar parcerias para enfrentar a resistência no processo de cessação do tabagismo; incentivos para o início do tratamento; redução da ingestão de produtos que contenham o tabaco; alerta quanto aos riscos do tabagismo passivo; fiscalização dos produtos de tabaco comercializados no país e também monitoramento do marketing desses (GIRON, 2010).

O papel do enfermeiro em relação ao combate ao tabagismo pode ocorrer de diferentes maneiras. No contexto de uma equipe multidisciplinar, a equipe de enfermagem é uma importante fonte de conscientização, atuando como multiplicadores das ações de prevenção nos seus postos de trabalho, orientando seus pacientes a respeito dos malefícios decorrentes do uso de derivados do tabaco (CARMO e SANTOS, 2016). No entanto, o enfermeiro não atua só com a assistência, mas também tem participação na implantação e operacionalização dos programas em cada município. O enfermeiro também pode atuar na esfera legislativa por meio de seus órgãos de classe e apoiar projetos de lei em andamento (CRUZ e GONÇALVES, 2010; ADRIANO, 2017).

A abordagem dos enfermeiros em relação aos usuários de tabaco ocorre principalmente por meio da terapia cognitivo-comportamental durante a assistência. Segundo o comunicado, a abordagem individual dos usuários dependentes de tabaco pelos enfermeiros ocorre de maneira não estruturada durante a execução dos procedimentos de enfermagem. A maioria das ações concentra-se em consultas individuais, atividades na sala de espera e grupos de cirurgia (PORTES, 2014).

Mediante algumas dificuldades que possam encontrar para implementar intervenções ao adolescente, um bom início ao enfermeiro e equipe escolar, seria ações educativas, dirigidas a diferentes grupos-alvo, com objetivos disseminar informações sobre os

malefícios do tabaco, cessação de fumar, estratégias da indústria do tabaco e sobre a legislação para controle do tabagismo existente no Brasil, mobilizar apoio da sociedade brasileira, sobretudo de formadores de opinião; estimular, nestes, mudanças de atitude e comportamento (CARMO e SANTOS, 2016).

Apesar do principal fator de risco para o câncer de pulmão ser o tabagismo, muitos casos ocorrem em não fumantes. O ambiente de trabalho é um local de possível exposição a agentes cancerígenos, como fumos de solda e metálicos, fumaça de carvão vegetal, vapores de coberturas asfálticas, vapores de ácidos fortes, metais usados nos pigmentos de tintas, asbesto ou amianto, presentes em metalúrgicas, cerâmicas, construção civil, indústrias de fundição, mineração e outros (ALGRANTI *et al.*, 2010). Esses trabalhadores devem sempre estar ciente das medidas de segurança a serem adotadas e devem ser cuidadosamente orientados e monitorados para minimizar a exposição (ALVES E ESPÍNDULA, 2013). Quando esse trabalhador busca um serviço de saúde o profissional enfermeiro pode aproveitar o momento e esclarecer os riscos de determinados tipos de exposição.

Nesse contexto, os enfermeiros ocupacionais prestam assistência para controlar a exposição a vários riscos, para os quais as medidas devem primeiro ser tomadas diretamente na fonte, depois a proteção coletiva é inserida e por último o uso do equipamento de proteção individual (EPI) conscientizando sobre a importância de seu uso. Na ação preventiva dos enfermeiros do trabalho enfatiza-se: Conhecimento de condições e cargos para cada atividade; avaliação de riscos; combate a riscos; adoção de medidas preventivas (ALVES E ESPÍNDULA, 2013).

Como Instrumento de coleta de dados destinado a abordagem de clientes em uso ativo/passivo do tabaco, Dados de identificação, Autocuidado(Conhecimento, cultura e crenças; Motivos para parar de fumar; Sentimentos que identifica em si quando fuma; - Sensações ao fumar) Atividades do autocuidado(Houve tentativa prévia de parar de fumar; Interações interpessoais), Requisitos para o autocuidado, Desvios de saúde(História pessoal de doença cardiovascular anterior; Classificação do índice de massa corporal, História pessoal anterior e atual de CONSUMO ATIVO DE TABACO). (ARREGUY-SENA, 2006).

Para a abordagem geral do diagnóstico intitulado “Comportamento de busca de saúde” com vista a nortear/auxiliar a abordagem terapêutica inicial. O conteúdo do protocolo contempla: 1) a identificação dos benefícios e as razões para se interromper o hábito de fumar; 2) as justificativas que poderiam subsidiar as crenças de que o tabaco é um droga de adição; 3) a definição de uma data para iniciar a interrupção do tabagismo; 4) os motivos que levaram ao insucesso do cliente em suas tentativas anteriores de parar de fumar; 5) as formas de enfrentamento do estresse; 6) as possibilidades de enfrentamento da síndrome de abstinência, entre outras. A evolução foi realizada de forma objetiva a ponto de responder se o conteúdo das características definidoras (afirmações que nos permitiram

caracterizar uma situação como sendo problema) identificadas numa determinada situação continuam, foram resolvidas ou minimizadas. (ARREGUY-SENA, 2006)

Atuação do enfermeiro na prevenção secundária do câncer de pulmão

A prevenção secundária é o conjunto de ações tomadas para detectar problemas de saúde nos estágios iniciais, geralmente no estágio subclínico. A prevenção secundária permite o diagnóstico precoce, o início rápido do tratamento e a prevenção de metástases e efeitos a longo prazo (TESSER, 2017).

O diagnóstico tardio do câncer, especialmente o câncer de pulmão, é um dos principais desafios do Brasil. Pouca informação está disponível sobre o tempo necessário para que uma pessoa sintomática seja diagnosticada com câncer de pulmão e visite um centro de atendimento terciário para iniciar o tratamento. A alta taxa de diagnóstico em estágios avançados e, conseqüentemente, a baixa frequência de pacientes em tratamento para fins terapêuticos, reflete pelo menos atrasos e ineficiências significativos no processo de diagnóstico no sistema público de saúde (BARROS *et al.*, 2006).

O diagnóstico precoce do câncer de pulmão em pacientes com sintomas mínimos ou em grupos de alto risco pode resultar no uso de medidas terapêuticas com potencial curativo (NETO e QUEIROGA, 2015).

As principais tecnologias atualmente disponíveis para o diagnóstico do câncer de pulmão são radiografia de tórax, broncoscopia e tomografia computadorizada de baixa dose (TCBD).

A radiografia simples de tórax é o método inicial na avaliação do paciente com câncer pulmonar presumido ou conhecido. Vários estudos de triagem randomizados foram realizados usando radiografia de tórax e concluíram que não houve redução da mortalidade. Embora muitas neoplasias tenham sido diagnosticadas precocemente e mais ressecções cirúrgicas tenham sido realizadas, não foram mostradas alterações específicas na mortalidade por câncer de pulmão; portanto, a radiografia de tórax parece não representar um exame importante na redução da mortalidade do câncer do pulmão (POSTMUS, 2008).

Técnicas de broncoscopia foram desenvolvidas e utilizadas em indivíduos considerados de alto risco, avançando no diagnóstico precoce do câncer de pulmão. A broncoscopia além de permitir a visualização precoce dessa neoplasia é uma técnica que permite a coleta de amostras para confirmação histológica (KAMATH e CHHAJED 2006). No entanto, esses são testes invasivos e demorados, e essa técnica tem a principal desvantagem do alto custo (DIVISI, 2010). Em relação a broncoscopia cabe o enfermeiro, antes do procedimento, obter a assinatura do termo de consentimento informado; depois disso, o paciente deve ser instruído a suspender alimentos e líquidos dentro de 6 horas antes do teste, a fim de eliminar o risco de aspiração quando a anestesia começar a funcionar e bloquear o reflexo da tosse (NETO e QUEIROGA, 2015).

A tomografia computadorizada (TC) é um método de diagnóstico que utiliza a

reconstrução matemática auxiliada por computador de imagens de partes do corpo com base em uma série de análises de densidade realizadas pela vibração ou rotação de um conjunto de tubos de raios-x detectores (OLIVEIRA MCM *et al.*, 2019). Do ponto de vista técnico, a TC sofreu várias melhorias ao longo dos anos, como aumentar o número de detectores, tempo para cortar a imagem, reduzir artefatos e resolução de imagens ampliadas, fornecendo informações mais úteis para o diagnóstico com reduzida exposição a radiação. Os rápidos avanços nessa tecnologia levaram a estudos clínicos de diagnóstico e prognóstico em larga escala em várias populações de pacientes (CHAIKRIANGKRAI, 2014).

Um estudo chamado National Lung Screening Trial (NLST) foi realizado com o objetivo de estudar se o rastreamento com TCBD em comparação com a radiografia de tórax reduziria a mortalidade por câncer de pulmão entre indivíduos de alto risco. Esse estudo demonstrou uma melhor detecção do câncer de pulmão com TCBD do que com radiografia torácica e foi identificada uma diminuição de pessoas com câncer em estágio avançado em relação aos encontrados na radiografia torácica. Uma redução de mortalidade relativa de 20% por câncer de pulmão foi conferida ao rastreio com o TCBD quando realizado anualmente em relação à radiografia torácica (GUTIERREZ *et al.*, 2013).

De acordo com o estudo NLST, as recomendações para o rastreamento do câncer de pulmão destinam-se a pessoas de 55 a 74 anos, com bom estado geral de saúde e que também atendem aos seguintes requisitos: Histórico de tabagismo de no mínimo 30 maços/ano ou ex-fumantes que pararam de fumar há menos de 15 anos. Recomenda-se que o paciente elegível realize o rastreamento anualmente. Caso um nódulo seja encontrado, a periodicidade pode ser alterada para intervalos de três ou seis meses (DAVID *et al.*, 2019).

O rastreamento com TCBD mostrou alguns inconvenientes a serem considerados. Uma delas é a detecção de uma série de anomalias que devem ser verificadas com mais exames, mas que acabam não sendo câncer. Uma em cada 4 pessoas participantes do estudo tiveram essa constatação. Isso pode exigir testes adicionais, como outros testes invasivos, como tomografia computadorizada ou biópsia por agulha ou cirurgia para remover parte do pulmão. A tomografia computadorizada de baixa dose expõe as pessoas a uma pequena quantidade de radiação a cada exame. Isso é menor que uma tomografia computadorizada padrão, mas é maior que a dose recebida na radiografia de tórax (CHILES C, 2014).

O enfermeiro é um profissional, cujas atribuições deveriam dar especial contribuição às ações preventivas. Nesse quesito o enfermeiro na prevenção secundária do câncer de pulmão deve alertar aos pacientes sobre a importância de se fazer o rastreamento, por exemplo promovendo palestras, influenciando na formulação e a implementação de políticas públicas de saúde, desenvolvendo programas de educação, e identificação de indivíduos do grupo de risco. Com isso possibilitando a diminuição no número de mortes enfatizando que apesar de o rastreamento ter algumas desvantagens os riscos são mínimos

comparados aos benefícios (GONÇALVES AMS *et al.*, 2011).

CONCLUSÃO

O câncer de pulmão é um dos tipos mais comuns de câncer e o que mais mata no mundo. O tabaco é o seu principal fator de risco. Historicamente, os enfermeiros tem atuação muito importante nos programas de cessação do tabagismo no Brasil. Estudos recentes tem demonstrado a utilidade do rastreamento com tomografia computadorizada de baixa dose em populações de alto risco para o câncer de pulmão. Os enfermeiros tem papel fundamental na implantação e execução de programas de prevenção primária e secundária do câncer de pulmão, contribuindo assim para a redução dos índices de mortalidade desse câncer.

Visto que a detecção precoce e o tratamento curativo oferecem aos doentes uma melhor qualidade de vida e aumento da longevidade, é importante implementar o rastreio do cancro do pulmão com a tomografia computadorizada de baixa dose como uma prática clínica comum.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiro a Deus, porque sem Ele nada seria possível. Deixo um agradecimento especial à minha orientadora Patrícia Costa pelo incentivo e pela dedicação ao meu projeto e por me manter motivada durante todo o processo. Agradeço a Universidade ICESP e a todos os professores do meu curso que sempre proporcionaram um ensino de alta qualidade. Também agradeço a minha amiga enfermeira Raquel Santos que me ajudou com sua vasta experiência.

REFERÊNCIAS

ADRIANO Mayara Locatelli O Enfermeiro Frente ao Tratamento do Tabagismo, 2017. Disponível em: <http://repositorio.faema.edu.br/bitstream/123456789/2098/1/O%20ENFERMEIRO%20FRENTE%20AO%20TRATAMENTO%20DO%20TABAGISMO.pdf>

ALGRANTI, Eduardo; BUSCHINELLI, José Tarcísio Penteado; DE CAPITANI, Eduardo Mello. Câncer de pulmão ocupacional. J. bras. pneumol., São Paulo, v. 36, n. 6, p. 784-794, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132010000600017&lng=en&nrm=i so>.access on 08 July 2020.

ALVES Santos Naraline; Espíndula Brasileiro Marislei. O papel do enfermeiro do trabalho frente as doenças ocupacionais na construção civil. Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição 2013 jan-jul 2(2) 1-15.

ANDRADE, M; SILVA, SR. Administração de quimioterápicos: uma proposta de protocolo de enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília. Vol. 60, n. 3, pag. 331-5, 2007.

ARAUJO, Luiz Henrique et al. Câncer de pulmão no Brasil. J. bras. pneumol., São Paulo , v. 44, n. 1, p.55-64, Feb. 2018. Available from < https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132018000100055&lng=en&nrm=iso >. access on 10 Jun 2020.

ARREGUY-SENA Cristina; Gomes Eloiza Augusta ; Maria Inês Alves Cabral; Sabrina Centellas; Leonardo Neves Fonseca Interrupção do uso do tabaco: a consulta de enfermagem como estratégia para promoção da saúde baseada em protocolo 2006

BARROS, JÁ; VALLADARES, G; FARIA, AR et al. Diagnóstico precoce do câncer de pulmão: o grande desafio. Variáveis epidemiológicas e clínicas, estadiamento e tratamento. Jornal Brasileiro de Pneumologia. Vol. 32, n. 3, pag. 221-7, 2006.

CARMO, Hercules Oliveira; SANTOS, Grazielli Teixeira. Atuação do enfermeiro frente às estratégias do programa nacional de controle ao tabagismo. Revista Rede de Cuidados em Saúde, São Paulo, v. 10, n. 16, p.1-16, 2016.

CHAIKRIANGKRAI K, Choi SY, Nabi F, Chang SM. Important advances in technology and unique applications to cardiovascular computed tomography. Methodist Debakey Cardiovasc J. 2014.

CHILES C. Triagem para câncer de pulmão com tomografia computadorizada em baixas doses. Clínicas radiológicas da América do Norte.; v. 52 (1), 27-46, 2014.

CRUZ MS, Gonçalves MJF. O papel do enfermeiro no Programa Nacional de Controle ao Tabagismo. Rev 7 Bras Cancerol. 2010; 56(1):35-42

DAVID S. GIERADA, William C. BLACK, Caroline CHILES, Paul F. PINSKY, David F. YANKELEVITZ. LowDose CT Screening for Lung Cancer: Evidence from 2 Decades of Study Radiol Imaging Cancer. 27; 2(2), 2020.

FERNÁNDEZ-BUSSY, S.; LABARCA, G.; CANAL, S. et al. Diagnostic yield of endobronchial ultrasoundguided transbronchial needle aspiration for mediastinal staging in lung cancer. Jornal Brasileiro de Pneumologia. Vol. 41, n. 3, p.219-224, 2015.

FILHO, Victor Wünsch. et al. Tabagismo e câncer no Brasil: evidências e perspectivas Rev Bras Epidemiol 2010; 13(2): 175-87

GIACOMELLI, Iron Pedro et al. CÂNCER DE PULMÃO: DADOS DE TRÊS ANOS DO REGISTRO HOSPITALAR DE CÂNCER DE UM HOSPITAL DO SUL DO BRASIL. Arquivos Catarinenses de Medicina, [S.l.], v. 46, n. 3, p. 129-146, set. 2017. ISSN 18064280. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/314>. Acesso em: 12 jun. 2020.

GONÇALVES AMS Ferreira PS, Abreu AMM, Pillon SC, Jezus SV. Estratégias de rastreamento e intervenções breves como possibilidades para a prática preventiva do enfermeiro. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2011 abr/jun;13(2):355-60.

GUTIERREZ A, Suh R, Abtin F, Genshaft S, Brown K. Rastreo do câncer de pulmão. Semin Intervent Radiology; v.30 (2): p.114-120, 2013.

GIRON, MPN; SOUZA, DP; FULCO, APL. Prevenção do tabagismo na adolescência: um desafio para a enfermagem. Revista Mineira de Enfermagem v.14 p.587-594. 2010.

HUANG, CY.; HUANG, HY.; FORREST, MD. et al. Inhibition Effect of a Custom Peptide on Lung Tumors. PLOS ONE. Vol. 9, n. 10, 2014.

INCA, Instituto Nacional de Câncer. Tipos de câncer: Câncer de pulmão. 2020 Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-pulmao>. Acessado em maio de 2020.

KAMATH AV, CHHAJED PN. Papel da broncoscopia no diagnóstico precoce do câncer de pulmão. Indian J Chest Dis Allied Sci. vol.48 n. (4): p.265-269, 2006.

MEIER, Denise Andrade Pereira; VANNUCHI, Marli Terezinha Oliveira; SECCO, Iara Aparecida de Oliveira. Abandono do tratamento do tabagismo em programa de município do norte do Paraná. Revista Espaço para a Saúde, Londrina, v. 13, n. 1, p. 35-44, 2011. 8

NETO, Inês Domingues e QUEIROGA, Henrique José Correia. Diagnóstico precoce do cancro do pulmão. Arq Med [online]. vol.29, n.1, p.20-28, 2015.

OLIVEIRA MCM, Alvim NT, Teixeira MLO. Saberes e experiências de clientes sobre o exame de tomografia computadorizada compartilhados com enfermeiro. REME – Rev Min Enferm. 2019 23:e-1208. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1208.pdf> Acessado: maio de 2020

OLIVEIRA, Christopher; SARAIVA, António. Estudo comparativo do diagnóstico de câncer pulmonar entre tomografia computadorizada e broncoscopia. Radiol Bras, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 229-235, 2010. Disponível em:<https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010039842010000400006&lng=en&nrm=iso>. Acessado dia 11 07 2020.

PORTES, Leonardo Henriques et al. Ações voltadas para o tabagismo: análise de sua implementação na Atenção Primária à Saúde. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 439-448, 2014. Disponível em:<https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232014000200439&lng=en&nrm=iso> Acessado dia 11 06 2020.

POSTMUS PE. Screening and early diagnosis in lung cancer. Expert Rev Anticancer Ther; Vol 8(10):1529- 31, 2008.

SILVA, Sandra Tavares da et al. Combate ao Tabagismo no Brasil: a importância estratégica das ações governamentais. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 539-552, fev. 2014.

DE SOUZA MC, Vasconcelos AG, Rebelo MS, Rebelo PA, Cruz OG. Profile of patients with lung cancer assisted at the National Cancer Institute, according to their smoking status, from 2000 to 2007. Rev Bras Epidemiol. Vol 17(1):175-88, 2014.

TESSER, C. Por que é importante a prevenção quaternária na prevenção?. Revista de Saúde Pública, v. 51, p. 116, 2017.

WHITAKER KL, Winstanley K, Macleod U, Scott SE, Wardle J. Low cancer suspicion following experience of a cancer 'warning sign'. European journal of cancer. vol. 51,162473-2479. 2015

CUIDADOS DE ENFERMAGEM À CRIANÇA PORTADORA DE SÍNDROME CONGÊNITA PELO VÍRUS ZIKA

Data de aceite: 01/07/2021

Data da submissão: 19/04/2021

Claudia Claudiceia da Silva

Residência Multiprofissional em Atenção Básica e Saúde da Família pelo Centro Universitário Taboão de Almeida (ASCES-UNITA)
Caruaru, Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/5588020890970090>

Gabriela Cunha Schechtman Sette

Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)
Recife, Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/1960298058555683>

Ana Paula Esmeraldo Lima

Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem da UFPE
Recife, Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/0414624985066692>

RESUMO: O vírus Zika é um vírus recém-introduzido no Brasil, que ocasiona uma infecção de caráter brando e autolimitado, mas que acarreta graves consequências quando adquirido durante a gestação. A exposição do feto ao vírus pode acarretar complicações, como alterações no sistema nervoso central, além de alterações de ordem física, oftalmológicas e fonoaudiológicas. Devido ao amplo leque de manifestações, foi denominada de síndrome congênita do Zika, a qual demanda cuidados especializados de uma equipe multidisciplinar, incluindo o enfermeiro.

O estudo teve como objetivo analisar a literatura publicada sobre os cuidados de enfermagem à criança portadora da Síndrome Congênita do Zika. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, realizada através de um levantamento bibliográfico de dados. A coleta ocorreu de fevereiro a maio de 2017, com pesquisa em bases de dados, utilizando os descritores indexados nos Descritores em Ciências da Saúde: Zika Vírus; Microcefalia; Recém-nascidos e Gravidez. Na atenção primária em saúde, o cuidado gira em torno dos eixos: vigilância do desenvolvimento e orientações sobre o manejo da sintomatologia da síndrome. Exame físico com aferição de PC, coleta de exames e vinculação com os serviços especializados compõem o cuidado na média e alta complexidade. Assim, reuniu-se em um único documento, todo o conteúdo acerca da assistência de enfermagem prestada as crianças portadoras de SCZ, possibilitando uma melhor abordagem do profissional.

PALAVRAS - CHAVE: Assistência de enfermagem; Infecção por Zika vírus; Gravidez; Síndrome Congênita.

NURSING CARE FOR CHILDREN WITH ZIKA VIRUS CONGENITAL SYNDROME

ABSTRACT: The Zika virus is a newly introduced virus in Brazil, which causes a mild and self-limited infection, but which has serious consequences when acquired during pregnancy. Exposure of the fetus to the virus can cause complications, such as changes in the central nervous system, in addition to physical, ophthalmological and speech-language disorders. Due to the wide range of manifestations, it was called congenital

Zika syndrome, which requires specialized care from a multidisciplinary team, including nurses. The study aimed to analyze the published literature on nursing care for children with Zika Congenital Syndrome. It is a narrative review of the literature, carried out through a bibliographic survey of data. The collection took place from February to May 2017, with research in databases, using the descriptors indexed in the Health Sciences Descriptors: Zika Virus; Microcephaly; Newborns and Pregnancy. In primary health care, care revolves around the axes: surveillance of development and guidance on the management of the symptoms of the syndrome. Physical examination with CP measurement, collection of exams and connection with specialized services make up care in medium and high complexity. Thus, all content about the nursing care provided to children with SCZ was gathered in a single document, enabling a better approach to the professional.

KEYWORDS: Nursing Care; Zika Virus Infection; Pregnancy; Síndrome Congênita de Zika.

1 | INTRODUÇÃO

A partir de meados de 2015, observou-se um súbito aumento na incidência de casos de microcefalia no Brasil, com uma elevação de cerca de 20 vezes o esperado para o ano. No período de 2010 a 2014 foram registrados no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) 162 casos de microcefalia, enquanto em abril de 2015 a março de 2016 houve um registro médio de 5.000 casos suspeitos (VARGAS et al., 2016).

Paralelamente a essa situação, uma epidemia de Febre Zika, doença exantemática decorrente da infecção pelo vírus Zika- ZIKV se alastrava rapidamente pelo país. Por se tratar de uma arbovirose recém-introduzida no Brasil, a notificação passa a ser compulsória em fevereiro de 2015, e em cerca de dois meses, mais de 90 mil casos já haviam sido notificados, sendo cerca de 7.500 casos em gestantes (BRASIL, 2015).

A circulação do vírus, juntamente com o súbito aumento do nascimento de crianças microcefálicas, passou a indicar uma possível relação causal entre estes dois eventos epidemiológicos. Para contribuir para o fortalecimento dessa teoria, estava o fato das gestações se iniciarem no período de maior circulação do vírus.

O Brasil foi o primeiro país a confirmar esta relação, em novembro de 2015. Pesquisadores detectaram o vírus Zika no cérebro e no líquido cefalorraquidiano (LCR) de natimortos microcefálicos cujas mães apresentaram sinais clínicos da infecção durante o início da gestação (OLIVEIRA; VASCONCELOS, 2016).

No ano de 2016, de acordo com informações do Ministério da Saúde, mais de 10.000 casos de microcefalia foram notificados. Destes, 2.366, casos suspeitos já haviam sido investigados e confirmados. Uma epidemia dessa magnitude, além de chamar atenção pela elevada incidência, chama também pela complexidade e gravidade dos casos. No decorrer dos estudos, foi sendo observado o aparecimento de outros sintomas, além da microcefalia. Esses outros sintomas estavam aparecendo não apenas em crianças que foram expostas durante o primeiro trimestre, período de formação do feto, mas durante

toda a gestação (BRASIL 2016).

A síndrome congênita do Zika Vírus (SCZ), então, é uma condição clínica recém-definida, caracterizada por um conjunto de sinais e sintomas presentes nas crianças cuja mãe foi exposta e contaminada pelo vírus Zika durante a gestação (OPAS, 2016). Estas crianças apresentam os mais variados sinais e sintomas, tanto de ordem neurológica quanto oftalmológica e auditiva. Entre eles pode-se destacar a microcefalia e a artrogripose, além da dificuldade para deglutição, os quais podem interferir no crescimento e desenvolvimento adequado das mesmas. Isso demanda atenção integral dos cuidadores, interferindo assim na estrutura familiar.

O enfermeiro é integrante da equipe multiprofissional de saúde, que presta assistência a essas crianças e suas respectivas famílias. Prestando assistência em todos os três níveis de atenção à saúde. Desde a realização do pré-natal na atenção básica, passando pelo acompanhamento do crescimento e desenvolvimento durante as consultas de puericultura, além dos cuidados dispensados durante um internamento hospitalar. Durante o processo de trabalho, o enfermeiro visa assistir o ser humano, ajudando a atender todas as suas necessidades humanas básicas, contribuindo, para uma melhor qualidade de vida.

Diante da preocupante elevação da incidência da síndrome congênita do Zika vírus e graves repercussões na saúde da criança, pretende-se analisar a literatura publicada sobre os cuidados de enfermagem à criança portadora da Síndrome Congênita do Zika.

2 | DESENVOLVIMENTO

2.1 Síndrome Congênita do Zika

A Síndrome Congênita do Zika é definida como o conjunto de sinais e sintomas apresentados por recém-nascidos expostos ao vírus Zika durante o período intraútero. Assim como em outras síndromes congênitas, cada criança acometida pode apresentar um conjunto de sintomas diferentes (CDC, 2016). O acometimento do sistema nervoso central foi o primeiro sinal a ser identificado nessas crianças. O mesmo se deu através da observação da prevalência elevada de crianças com fenótipo de microcefalia, que apresentavam características bem peculiares (ABREU; NOVAIS; GUIMARÃES, 2016).

Desde o início das notificações, os parâmetros para a classificação da microcefalia vêm sendo modificados. Atualmente a microcefalia é caracterizada pela medida do crânio realizada, pelo menos, 24 horas após o nascimento e dentro da primeira semana de vida (até 6 dias e 23 horas), por meio de técnica e equipamentos padronizados para aferição, o Perímetro Cefálico (PC) deve apresentar medida menor que menos dois (- 2) desvios-padrões abaixo da média específica para o sexo e idade gestacional. PC igual ou inferior a 31,9 cm para os meninos e 31,5 cm para meninas, nascidos a termo. Já a microcefalia severa é caracterizada pela medida do PC menor que menos três (-3) desvios-padrões abaixo da média específica para o sexo e idade gestacional (BRASIL, 2015).

A cada dia, novas manifestações clínicas são incorporadas nos protocolos, aumentando o arsenal que caracteriza esta síndrome. Até o momento, além da microcefalia e das alterações neurológicas, já foram identificados sintomas auditivos, oftalmológicos e musculoesquelética, conforme apresentado no Quadro 1.

Na Síndrome Congênita pelo Zika, diferente do que ocorre em outras infecções congênicas, a crise convulsiva se apresenta sobre a forma de espasmo epiléptico. As crises se iniciam ainda no primeiro semestre de vida, por volta do 2º ao 6º mês, caracterizando se como crises de difícil controle medicamentoso (ALVES, et al,2016).

Dentre as alterações musculoesqueléticas, a artrogripose se apresenta de forma mais importante. A ocorrência de artrogripose é relacionada à acinesia, definida como a diminuição de movimentos fetais ativos intraútero. A ocorrência por três semanas já suficiente para lesionar o sistema articular, ocasionando assim fibrose na estrutura periarticular. Entre os fatores de risco, destacam-se os neurogênicos, sendo que quanto maior o comprometimento neural, alterando o processo de movimentação fetal, maior a probabilidade de lesão articular.

Alterações Neurológicas e Neurosensoriais	Alterações Oftalmológicas	Alterações Musculoesqueléticas	Alterações Fonoaudiológicas
Microcefalia Irritabilidade Choro excessivo Inconsolabilidade Hiperexcitabilidade Hidrocefalia Epilepsia Desenvolvimento de microcefalia após o nascimento com PC adequado.	Alterações em Fundo de Olho Atrofia do Nervo Ótico Palidez de Nervo Ótico Alterações de pigmentação na retina Atrofia coriorretiniana	Artrogripose distal ou generalizada Contratura de mãos e pés Pés tortos	Disfagia Dificuldade de sucção Respiração inadequada para a idade
			Alterações Auditológicas
			Surdez Diminuição da acuidade auditiva.

Fonte: (EICKMAM et al., 2016). (FEITOSA; FACCINI; SANSEVERINO, 2016)

Quadro 1 - Principais alterações neurológicas, oftalmológicas, musculoesqueléticas, fonoaudiológicas e auditológicas identificadas na Síndrome Congênita do Zika.

É caracterizada por contratura articular, envolvendo, no mínimo, duas áreas do corpo, frequentemente acometendo joelhos, tornozelos, punhos e quadris. Na SCZ as crianças acometidas por artrogripose apresentam um comprometimento neurológico extenso; o que é condizente com o mecanismo patológico da doença (ALVINO; MELLO; OLIVEIRA, 2016).

Entre os achados oftalmológicos na SCZ, Ventura et al. (2016) destacam as alterações maculares (depósito pigmentar grosseiro e atrofia coriorretiniana) e alterações a nível de nervo óptico (hiperplasia do disco com sinal de duplo anel, palidez e /ou aumento da escavação papilar).

Devido à complexidade dos casos e o grau de comprometimento, a assistência a essas crianças demanda um acompanhamento multiprofissional. Com fisioterapeutas, fonoaudiólogos, neurologistas, pediatras, terapeutas ocupacionais e o profissional enfermeiro (EICKMAM et al., 2016).

2.2 Cuidados de Enfermagem

2.2.1 Cuidados Primários em Saúde

No âmbito da atenção primária em saúde, é competência do enfermeiro o acompanhamento das gestantes de baixo risco e das crianças de zero os dois anos de idade, por meio das consultas de pré-natal e puericultura, respectivamente.

É durante o período gestacional, que muitas mulheres se veem diante de uma possível, ou já confirmada, malformação fetal proveniente da exposição do feto ao vírus Zika, necessitando assim que o enfermeiro esteja capacitado a prestar o cuidado integral à gestante de forma empática, sabendo conduzir de forma apropriada essa situação estressante. O profissional deve estar disponível para acolher a gestante que frequentemente apresenta e angústias e medos, permitindo que a mesma expresse dúvidas e receios, com liberdade e sem julgamentos (BRASIL, 2016a).

Para essas gestantes, o fluxograma de atendimento se mantém o mesmo preconizado pelo Ministério da Saúde para as gestantes de risco habitual, assim como a necessidade de atenção para a ocorrência de outros agravos que possam afetar o binômio mãe-bebê. A gravidez não é considerada como sendo de alto risco apenas pela suspeita de SCZ. Desta forma, o número e o tipo de consulta, assim como os exames laboratoriais e de imagem (USG obstétrica) devem seguir a rotina preconizada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2016c).

Nas gestantes com história de exantema, a medição da altura de fundo de útero é realizada de forma mais atenciosa, visando identificar possíveis alterações provenientes de diminuição de líquido amniótico e/ou diminuição do crescimento intrauterino, fatores que podem estar associados à exposição do feto ao vírus Zika. É importante também, nas consultas, ressaltar que a presença da sintomatologia da febre Zika, no curso da gestação, não resulta obrigatoriamente em microcefalia e/ou SCZ (BRASIL, 2016a).

O puerpério por si só, já é um período de adaptação para a mãe e para a família. A chegada de um novo componente seja ele desejado ou não interfere na estruturação familiar. Quando o novo membro chega apresentando um agravo na saúde, é comum que a mulher se sinta fragilizada, apresentando por vezes, culpa e frustração (BRASIL, 2016a;

BRASIL, 2016c).

Ao realizar a visita domiciliar, que deve ocorrer logo após a alta hospitalar, o enfermeiro busca avaliar as necessidades de demandas de saúde da mãe e do RN, orientando quanto aos cuidados com o bebê, como higiene geral e cuidados com o coto umbilical, posicionamento no leito, com o intuito de diminuir o risco para sufocamento e broncoaspiração da dieta, além de orientar quanto à importância da realização das triagens neonatais da vacinação (BRASIL, 2016a).

No que se refere às crianças acometidas pela SCZ, faz-se necessário que o profissional explique em linguagem de fácil entendimento a fisiopatologia da doença, a fim de esclarecer quaisquer dúvidas, com o intuito de amenizar o medo e as angústias dos pais e cuidadores.

A avaliação das mamadas, assim como a estimulação do aleitamento materno, também são componentes importantes do cuidado à criança com SCZ. O aleitamento materno deve ser encorajado a ocorrer de forma exclusiva nos primeiros seis meses de vida e complementado até os dois anos de idade, quando for possível. A sucção em seio materno contribui para um melhor desenvolvimento da musculatura orofacial; além de saciar a fome da criança, e lhe fornecer anticorpos contra diversas doenças (BRASIL, 2016a; BRASIL, 2016b).

Entretanto, frequentemente as crianças acometidas pela SCZ não conseguem controlar o processo de respiração-sucção-deglutição, acarretando a impossibilidade de amamentação no seio materno. Nesses casos, os benefícios do aleitamento materno podem ser mantidos, desde que as mães realizem a ordenha do leite. O mesmo pode ser ofertado através de sonda orogástrica, nasogástrica ou gastrostomias.

A ordenha e o armazenamento do leite humano apresentam benefícios tanto para a criança como para a mãe, que pode se dispor de um tempo maior para realizar suas atividades diárias. Para as mães e bebês com SCZ que apresentem problemas de deglutição, recebendo alimentação por sondas e gastrostomias, a ordenha do leite materno é a opção para que os mesmos se mantenham em aleitamento exclusivo, uma vez que esse leite pode ser ofertado por estes dispositivos.

O acompanhamento na atenção básica de todas as crianças é preconizado pelo Ministério da Saúde, inclusive, aquelas consideradas de risco, que realizam acompanhamento em ambulatórios especializados, devem ter o acompanhamento concomitante na Unidade Básica de Saúde, uma vez que a organização deste serviço, pautada na regionalização e territorialização, é propícia a formação de vínculo entre a família e o profissional atuante na área, que já tem conhecimento do histórico da família.

Assim, toda criança que apresente confirmação diagnóstica para a SCZ deve manter as consultas de puericultura na atenção básica em paralelo com a unidade especializada, ocorrendo um cuidado integrado entre unidades de saúde (BRASIL, 2016b). A consulta de enfermagem à criança tem como objetivo prestar assistência sistematizada de enfermagem,

de forma global e individualizada, identificando problemas de saúde-doença, executando e avaliando cuidados que contribuam para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação de sua saúde.

A realização envolve uma sequência sistematizada de ações: histórico de enfermagem e exame físico, estabelecimento do diagnóstico de enfermagem, elaboração do plano terapêutico ou prescrição de enfermagem implementação dos cuidados e avaliação da consulta (CAMPOS et al., 2011).

A anamnese visa resgatar o histórico da criança durante o seu tempo de vida, desde a fase concepcional. A primeira consulta visa principalmente a avaliação dos antecedentes gestacionais e obstétricos, como por exemplo: a exposição a substâncias químicas e tóxicas que apresentem potencial teratogênico, exposição à radiação ionizante e fármacos utilizados durante a gestação, além do histórico de doenças e arboviroses, presença de rash cutâneo e outros sinais e sintomas sugestivos de infecção por Zika. Os antecedentes familiares (presença de malformações congênitas, doenças hereditárias, anomalias cromossômicas) assim como a situação vacinal da mãe também compõe essa etapa (BRASIL, 2017).

O exame físico da criança com suspeita ou portadora de SCZ deve ser realizado de acordo com as normas preconizadas pelo Ministério da Saúde, apresentando um enfoque maior com relação à avaliação do Desenvolvimento Neuropsicomotor (DNPM) e da mensuração do perímetro cefálico. Por se tratar de um indicador de crescimento cerebral, a medida do PC deve ser realizada com cuidado, visando assegurar uma confiabilidade no valor expressado, o que é particularmente importante para as crianças portadoras de microcefalia, uma vez que permite a observação da normalização ou não desse padrão.

Sendo aferido ao nascimento e mensalmente na rotina da puericultura, o PC tem como objetivo identificar precocemente os riscos para alterações cerebrais que possam acarretar danos ao DNPM (BRASIL, 2017). A técnica para aferição correta do perímetro cefálico encontra-se abaixo descrita:

- Utilizar fita métrica não elástica;
- Posicionar a fita na altura das arcadas supraorbitárias, anteriormente, e da maior proeminência do osso occipital, posteriormente.
- Realizar a medida por três vezes;
- Anotar na caderneta da criança, para acompanhamento da evolução.

A avaliação do DNPM se dá principalmente pela avaliação dos Marcos do Desenvolvimento, que é um instrumento de vigilância presente na Caderneta de saúde da criança, pontuado conforme as aquisições da criança para sua faixa etária, sendo possível identificar riscos e averiguar potenciais atrasos no desenvolvimento.

A observação do comportamento da criança, da sua postura, a movimentação espontânea e a resposta ao manuseio, em conjunto com a avaliação dos reflexos primitivos,

compõem a avaliação neurológica da criança. A avaliação dos reflexos primitivos objetiva principalmente avaliar o estado de maturação do Sistema Nervoso Central. Nas crianças portadoras de SCZ, foi observada a presença exagerada e/ou a posterior persistência de alguns desses reflexos arcaicos, além do tempo oportuno para desaparecimento. Assim, torna-se indispensável a avaliação cuidadosa, a fim de identificar precocemente achados patológicos (BRASIL, 2017).

As crianças que evidenciam atrasos no DNPM ou apresentam riscos para o mesmo, seja ela portadora ou não de SCZ se beneficiam do programa de estimulação precoce, devendo ser encaminhadas desde o aparecimento dos primeiros sinais de atrasos. Considerando-se que os anos iniciais de vida são um período crítico, onde o cérebro, por se encontrar em período de maturação (zero a três anos de idade) apresenta uma plasticidade bem respondível a estímulos.

Além dos profissionais de saúde que atendem nos centros especializados, os pais, familiares e cuidadores, são corresponsáveis pelo fornecimento de estímulos a essas crianças, tendo em vista, que o ambiente social é o mais rico em elementos para a estimulação (BRASIL, 2016b).

Assim, o enfermeiro elucida a importância de se ter um ambiente tranquilo que seja propício para a criança se desenvolver. Onde os mesmos se utilizem dos momentos do dia a dia da criança como, por exemplo: a hora do banho, dos cuidados, da alimentação e principalmente da brincadeira para estimular a criança, através do toque, do cheiro, da voz, e da comunicação (BRASIL, 2016b). Acompanhar o peso e o crescimento da criança, buscando realizar intervenções para que se mantenham em ascendência nas curvas, é essencial, principalmente para aquelas que tenham dificuldades para se alimentar devido a problemas de deglutição. A estimulação do aleitamento materno ou, quando não for possível, a orientação adequada da oferta dos substitutos do leite materno, assim como a introdução oportuna da alimentação complementar constituem-se em cuidados essenciais. Realização de educação em saúde e busca ativa das crianças que faltam as consultas também compõe o conjunto de cuidados prestados (BRASIL, 2017).

Para que a família consiga contribuir de forma efetiva para a continuidade do cuidado a essas crianças, faz-se necessário que esteja confortável com a situação singular em que está inserido. Para tal, se faz necessário também que o profissional esteja disponível e atento para a realização de uma escuta qualificada capaz de identificar as demandas apresentadas. Assim, ele pode criar estratégias para dar resolutividade, seja de forma direta ou indiretamente através da articulação com outros serviços, pelo processo de referência e contrarreferência (BRASIL, 2017).

2.2.2 Cuidados de Média e Alta Complexidade.

A suspeita ou a confirmação da infecção congênita ZIKV, assim como a presença de

anomalias congênitas, quando não associada a outra morbidade materna ou do concepto que forneça risco de morte, não apresenta indicativo para a alteração da via de parto. Desta forma, deve-se presar pela realização do parto natural e humanizado (BRASIL, 2017).

De acordo com a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem-COFEN Nº 0516/2016, por não ser considerada uma gravidez de alto risco, a assistência integral durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, pode ser realizada pelo enfermeiro capacitado e/ou enfermeiro obstetra. As particularidades da parturiente, como em qualquer outra situação, devem ser respeitadas, focalizando-se no parto fisiológico e humanizado, através da diminuição das intervenções desnecessárias (ALMEIDA, GAMA, BAHIANA, 2015).

Diante de um recém-nascido exposto ao vírus Zika, a conduta do enfermeiro deve seguir as recomendações do Ministério da Saúde. Deve-se realizar clampeamento oportuno do cordão umbilical, após o cessamento das pulsações, que ocorre cerca de 1 a 3 minutos. Com o clampeamento tardio, RN recebe uma quantidade significativa de sangue, como resultado disso, se tem uma hemoglobina mais alta em 48 horas, além dessas crianças apresentarem menor deficiência de ferro durante a primeira infância. Os RNs portadores de SCZ quando apresentam boa vitalidade, tem indicação de clampeamento tardio tendo em vista os benefícios a curto e longo prazo (NÉSTOR, 2015; BRASIL, 2017).

O contato pele a pele, e a estimulação da amamentação na primeira hora de vida também são indicados nesses casos. Embora alguns estudos indiquem a presença de vírus no leite materno, a transmissão por essa via não é documentada. Desta forma, os benefícios advindos do aleitamento materno superam os possíveis riscos associados a essa transmissão. As mulheres devem ser orientadas que a falta de conhecimento e informação, seja um limitador nesse processo.

A assistência direta ao neonato inicia-se logo após o período expulsivo. A conduta do profissional deve ocorrer de acordo com a preconizada pelo Programa de Reanimação Neonatal. O recém-nascido com bom tônus muscular, respirando ou chorando, que apresentar respiração adequada, padrão respiratório suficiente para manter uma frequência cardíaca >100bpm, e tônus muscular em flexão dos membros, deverá seguir os cuidados de rotina, com contato pele a pele precoce, e aleitamento na primeira hora de vida. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2016; BRASIL, 2016C).

No processo de confirmação do caso suspeito de infecção por Zika, faz-se necessário o descarte de outras causas infecciosas, sendo assim, além da coleta rotineira para classificação sanguínea, realizam-se também sorologias para as STORCH + Zika como complementação diagnóstica.

Tratando-se de uma criança com SCZ, a avaliação da placenta se faz obrigatória, tendo em vista a pesquisa de possíveis alterações ocasionadas pela exposição ao vírus. A placenta é pesada, inspecionada e descrita macroscopicamente. Esses dados devem ser registrados na caderneta da criança e no prontuário, assim como no resumo de alta da

criança (BRASIL, 2016c).

A notificação dos casos suspeitos ou confirmados de complicações devido a exposição intraútero o vírus Zika deve ser imediata. Visa ativar o processo de investigação, servindo de referência para as ações de atenção à saúde. Deve ser realizada no Sistema de Nacional de Agravos de Notificação-Sinan, assim como no Registro de Eventos de Saúde Pública- RESP (BRASIL, 2016b).

Durante o período de internamento, o cuidado de enfermagem fornecido à criança com SCZ vai depender da sintomatologia apresentada. A realização do exame neurológico deve ocorrer após as 12 horas de vida, tendo em vista que o estresse do parto pode interferir nesse processo. (BRASIL, 2017).

Na criança com SCZ, durante a realização do exame físico, além dos procedimentos rotineiros, é crucial que o enfermeiro esteja atento para buscar e descrever quaisquer achados anormais. Os valores de PC encontrados devem ser registrados em gráficos de crescimento craniano específicos. Para os RNs termos, são utilizadas as curvas de crescimento e tabelas de avaliação da OMS. Enquanto para os Pré-termos, são utilizadas as de Fenton, permitindo assim, a construção da curva de cada criança.

A triagem neonatal é realizada através do teste do pezinho, que consiste na testagem laboratorial para alguns distúrbios de origem genética, metabólica, enzimática e endocrinológica. A coleta deve ser realizada até o quinto dia de vida. Nas crianças com SCZ os resultados também são utilizados para realização de diagnóstico diferencial, visto que algumas dessas doenças podem resultar em alterações no SNC. Todos os RNs devem ser encaminhados para a realização dos exames durante a sua permanência na unidade hospitalar (BRASIL, 2017).

As infecções STORCH e a infecção congênita pelo ZIKV, são consideradas indicativos de risco tanto para perdas auditivas quanto para problemas oftalmológicos, indicando mais uma vez a necessidade de maior atenção na realização das triagens. Quando não apresentarem alterações, as crianças devem ser monitoradas na atenção básica, sendo o teste repetido aos 7 e 12 meses, tendo em vista que as perdas auditivas podem se manifestar tardiamente (BRASIL, 2017).

A alta hospitalar do recém-nascido portador SCZ deve ocorrer em momento apropriado, para que ocorra uma transição segura entre a unidade hospitalar e domicílio com a finalidade de se evitar o risco para agravos na saúde e a morte. Para que essa transição ocorra de maneira ainda mais efetiva, faz necessário que os pais/ cuidadores, demonstrem capacidade para o cuidado dessas crianças. Para isso os mesmos são orientados quanto aos sinais de perigo que sinalizem o retorno imediato à unidade, como: dificuldade respiratória (apneia, dispneia), cianose, palidez, icterícia, convulsão, irritabilidade, hipoatividade, recusa alimentar e outras (BRASIL, 2017).

Entre os critérios para a alta, destacam-se a capacidade para alimentar-se por via oral ou enteral, para garantir o crescimento adequado e o ganho de peso, r capaz

de manter a temperatura corporal, apresentando estabilidade clínica através de funções cardiopulmonares e respiratórias maduras.

A vinculação da criança aos serviços que vão dar continuidade ao atendimento, como a atenção básica, os ambulatorios de especialidades e a estimulação precoce, durante o seu internamento hospitalar, facilita o acesso. Uma vez que os cuidadores não necessitarão procurar por si mesmos esses serviços, contribui para a continuidade desses cuidados.

Compreende também como parte desse cuidado as orientações que serão fornecidas aos pais/cuidadores das crianças durante a alta hospitalar: entregar o resumo de alta, explicar de forma clara e com linguagem de fácil entendimento as prescrições de medicação; entregar os resultados de exames, solicitações e agendamentos; explicar a importância da continuidade do cuidado e da estimulação precoce. Além de reforçar o aleitamento materno exclusivo e o cuidado para a prevenção de infecções.

Receber o diagnóstico de uma doença que demanda cuidados em longo prazo pode ser uma situação estressante. No que se refere às crianças portadoras de SCZ essa situação tende a ser pior, tendo em vista o pouco conhecimento apresentado sobre a doença. Assim quanto mais conhecimento os profissionais de saúde tiverem, melhor será a qualidade da assistência prestada à criança com SCZ e sua família.

REFERÊNCIAS

ABREU, T.; NOVAIS, M.; GUIMARÃES, I. Crianças com microcefalia associada à infecção congênita pelo vírus Zika: características clínicas e epidemiológicas num hospital terciário. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*. v.15, n 3.2016.

ALMEIDA, O. ;GAMA,E.; BAHIANA,P. Humanização do parto: a atuação dos enfermeiros. *Revista Enfermagem Contemporânea*. v 4 n 1. 2015.

ALVES, L. et al . Crises epilépticas em crianças com síndrome congênita do Zika. *Revista Brasileira Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 16, supl. 1.2016.

ALVINO, A.; MELLO, L.; OLIVEIRA, J. Associação de microcefalia pelo Zika vírus - série de casos. *Revista Brasileira Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 16, supl. 1, p. S83-S88, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cartilha para a mãe trabalhadora que amamenta. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde – 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia e/ou alterações do sistema nervoso central (SNC). Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Zika abordagem clínica na Atenção Básica./Departamento de atenção Básica. 2016.a

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes de estimulação precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor decorrente de microcefalia. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.b

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolo de atenção à gestante com suspeita de zika e à criança com microcefalia. Bahia .2016c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRUNONI, D. et al. Microcefalia e outras manifestações relacionadas ao vírus Zika: impacto nas crianças, nas famílias e nas equipes de saúde. Ciências saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 10, p. 3297-3302. 2016.

CAMPOS, C. et al. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. Revista da escola de enfermagem da USP, São Paulo, v 45 n 3 2011.

CDC.Centers for Disease Control and Prevention. Microcefalia e outros defeitos congênitos. Disponível em <<https://portuguese.cdc.gov/zika/healthHercts/birth-defects.html>>. Acesso em: 10/05/2017.

EICKMANN, S. et al. Síndrome da infecção congênita pelo vírus Zika. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 32, n. 7, 2016.

FEITOSA, I; FACCINI, L.; SANSEVERINO, M. Aspectos importantes da Síndrome da Zika Congênita para o pediatra e o neonatologista. Boletim Científico de Pediatria, Rio Grande do Sul, v 5, n 3, 2016.

NÉSTOR, E. Em tempo: Como e quando deve ser feito o clameamento do cordão umbilical. Editorial da revista paulista de pediatria. 2015

NUNES, M. et al. Microcephaly and Zika virus: a clinical and epidemiological analysis of the current outbreak in Brazil. J Pediatric (Rio J). 2016.

OLIVEIRA, C.; VASCONCELOS, P. Microcephaly and Zika vírus. Jornal de pediatria, Rio de Janeiro,2016.

OPAS. Organização Pan-Americana de saúde. OPAS/OMS atualiza caracterização da síndrome congênita. Disponível em <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5181:opas-oms-atualiza-caracterizacao-da-sindrome-congenita-do-zika&Itemid=821> Acesso em: 10/12/2016.

PORTAL BRASIL. Saúde divulga primeiro balanço com casos de zika no País. Disponível em <<http://www.brasil.gov.br/saude/2016/04/saude-divulga-pimeiro-balanco-com-casos-de-zika-no-pais.>> Acesso em 17/10/2016.

SÁ, F.; CARDOSO, K.; JUCÁ ,R. Microcefalia e Vírus Zika: do padrão epidemiológico à intervenção precoce .Revista Fisioterapia e Saúde Funional. Fortaleza, v 5 n 01,2016.

SALGE, A. et al. Infecção pelo vírus Zika na gestação e microcefalia em recém-nascidos: revisão integrativa de literatura. Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia, v. 18, 2016. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/39888>> Acesso em: 17/11/2016

SCHRAM, P. Zika virus and public health. Journal of Human Growth and Development, São Paulo , v. 26, n. 1, p. 7-8, 2016 .

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Diretrizes para Reanimação do recém-nascido maior que 34 semanas. 2016.

VARGAS, A. et al. Characteristics of the first cases of microcephaly possibly related to Zika virus reported in the Metropolitan Region of Recife, Pernambuco State, Brazil. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília , v. 25, n. 4, p. 691-700, 2016.

VENTURA, C. et al . Ophthalmological findings in infants with microcephaly and presumable intra-uterus Zika virus infection. Arquivo Brasileiro de Oftalmologia, São Paulo, v. 79, n. 1, p. 1-3, fev. 2016 .

TRAJETÓRIAS DO CUIDADO A MULHER EM SITUAÇÕES DE ABORTAMENTO: RELATOS DE UM PERCURSO NA ATENÇÃO BÁSICA

Data de aceite: 01/07/2021

Yárita Crys Alexandre Hissa Medeiros

Mestranda em Saúde Pública pela
Universidade de São Paulo (USP)
Fortaleza/CE
<http://lattes.cnpq.br/3468287831930756>

Katherine Jeronimo Lima

Doutoranda em Saúde Pública pela
Universidade Estadual do Ceará (UECE)
Fortaleza/CE
<http://lattes.cnpq.br/4977823780884971>

RESUMO: A maternidade apresenta-se como um dispositivo de controle sobre os corpos e subjetividades das mulheres e possui um marco histórico advindo da transição do Feudalismo para o Capitalismo onde o Estado, a Medicina e a Igreja, principais instituições sociais, adotaram valores e práticas pró-natalistas, os quais se ressignificaram e permanecem até a atualidade. (FREDERICI,2017).Portanto, este escrito configura-se como um resumo do trabalho desenvolvido como conclusão da Residência ¹em Saúde de Família em Fortaleza-CE e partiu de inquietações quanto ao lugar socio-histórico da mulher e os adoecimentos advindos das diversas violações sofridas por nós. Esta pesquisa, então, voltou-se a apreender os sentidos e significados atribuídos a vivência do abortamento clandestino pelas usuárias e por profissionais da saúde. Para tanto, utilizamos uma metodologia qualitativa,

a Entrevista Reflexiva, onde, a partir de entrevistas semi-dirigidas com duas enfermeiras, duas agentes comunitárias de saúde e duas enfermeiras residentes, compreendemos como as mulheres que foram levadas ao processo de abortamento clandestino são percebidas e cuidadas por profissionais da saúde. Após uma Análise Hermenêutica dos discursos elaboramos cinco categorias de significados onde explicitou-se os atravessamentos sócio-históricos e as vulnerabilidades presentes nessa trajetória. Nesse estudo compreendemos que a responsabilização exclusiva da mulher na escolha e evitação da maternidade, as vulnerabilidades sociais, a ausência de assistência social e de saúde para aquelas que decidem ser mãe atravessam diretamente a trajetória que leva à interrupção intencional da gestação. Outro ponto importante levantado foi o estigma que essas usuárias sofrem, o que impacta diretamente a sua acessibilidade aos equipamentos de saúde, apesar dos adoecimentos não somente físicos, mas também em saúde mental, advindos da imposição da maternidade e da criminalização do aborto.

PALAVRAS - CHAVE: Aborto, Saúde da Mulher, Direitos Reprodutivos, Atenção *Básica*

TRAJECTORIES OF CARING WOMEN IN ABORTION SITUATIONS: REPORTS OF A ROUTE IN BASIC ATTENTION.

ABSTRACT: Motherhood presents itself as a control device over the bodies and subjectivities of women and has a historical landmark arising from the transition from Feudalism to Capitalism,

¹ Residência Integrada em Saúde, com ênfase em Saúde da Família, pela Escola de Saúde Pública do Ceará.

where the State, Medicine and the Church, the main social institutions, have adopted values and practices pro -natalists, which will have a new meaning and remain until today. (FREDERICI, 2017). Therefore, this writing is a summary of the work developed as a conclusion of the Family Health Residency in Fortaleza-CE and started from concerns about the socio-historical place of women and the illnesses arising from the various violations suffered by us. This research, then, returned to apprehend the senses and meanings attributed to the experience of clandestine abortion by users and health professionals. Therefore, we use a qualitative methodology, Reflective Interview, where, based on semi-directed interviews with two nurses, two community health agents and two resident nurses, we understand how the women who were taken to the clandestine abortion process are perceived and cared for by health professionals. After a Hermeneutic Analysis of the speeches, we elaborated five categories of meanings where the socio-historical crossings and the vulnerabilities present in this trajectory were explained. In this study, we understand that the exclusive responsibility of women in choosing and avoiding motherhood, social vulnerabilities, the absence of social and health care for those who decide to become a mother directly cross the trajectory that leads to the intentional interruption of pregnancy. Another important point raised was the stigma that these users suffer, which directly impacts their accessibility to health equipment, despite not only physical illnesses, but also mental health, arising from the imposition of motherhood and the criminalization of abortion.

KEYWORDS: Abortion, Women's Health, Reproductive Rights, Primary Care.

INTRODUÇÃO

Este trabalho configura-se como um resumo da pesquisa desenvolvida como conclusão de Residência (TCR): “No pé que brotou Maria, nem Margarida nasceu: trajetórias do cuidado a mulher em situações de abortamento”, a ser publicada. Vale ressaltar que seu texto, em maior parte, é uma reprodução do resumo publicado pelas autoras nos Anais do 8º Encontro Cearense de Residências (2021) de mesmo título do TCR, com alguns acréscimos e modificações.

Para iniciar nossas discussões vamos lançar um olhar sobre as pesquisas de Silvia Frederici (2017) que nos aponta um marco histórico no campo de disputas do corpo feminino. A autora evidencia a transição entre o capitalismo e o feudalismo como um momento de institucionalização do controle sobre as mulheres, especialmente no que concerne a natalidade.

Para garantir a sobrevivência do regime capitalista a Igreja, o Estado e, posteriormente, a Medicina, uniram-se com esse objetivo, sendo este processo personificado na Caça às Bruxas, tendo, como principais acusações: feitiçaria, o uso de métodos contraceptivos, abortos e a prática de infanticídio, o que levou diversas mulheres à fogueira. Vale ressaltar que todas essas práticas lidas como “bruxaria” eram amplamente praticadas e legitimadas anteriormente.

Essas estratégias se ressignificaram através dos tempos e no campo da saúde evidencia-se o impacto de uma moral centrada na natalidade. Além do receio das mulheres

que vivenciaram o abortamento autoinduzido de procurarem os equipamentos de saúde, o desconhecimento e o medo das implicações legais inibem os profissionais de prestarem um atendimento efetivo e humanizado. (ADESSI, etall, 2016).Tendo em vista este contexto, Strefling et al (2013), aponta a necessidade de fomentar a discussão desta temática entre os profissionais da saúde a fim de desfazer estigmas, promover uma atenção integral à mulher após o abortamento e garantir métodos de prevenção à gravidez eficazes.

Apesar de haver uma diretriz orientando o cuidado a essas usuárias (BRASIL, 2011), ainda há entraves ideológicos que urgem de estudos objetivando um olhar mais crítico e consistente a esta temática. Atualmente temos apenas um estudo de âmbito nacional voltado a esta questão, desenvolvido por Diniz, Madeiro e Medeiros (2010), sendo reproduzido em 2016 e que aponta a incidência do abortamento autoinduzido, apesar da restrição advinda do recorte populacional da pesquisa, em 25% das mulheres participantes. Portanto, avaliando a importância desta questão, decidi direcionar este trabalho para analisar o percurso de cuidado que as mulheres que vivenciaram o aborto provocado experimentavam na Atenção Básica.

METODOLOGIA

Como metodologia adotamos a Entrevista Reflexiva (SZYMANSKI, ALMEIDA E PANDINI, 2011), um método qualitativo e não diretivo, pautado em uma relação horizontal entre pesquisadora e colaboradoras e em uma escuta empática e respeitosa.

A partir de perguntas disparadoras, procuramos construir um ambiente de confiança em que as entrevistadas se expressassem, a partir do ponto de vista delas enquanto profissionais, sobre a experiência das mulheres que passaram pelo abortamento clandestino e a assistência prestada na Atenção Básica. Para tanto, contamos com a participação de duas Enfermeiras, duas Residentes e duas Agentes Comunitárias. As entrevistas ocorreram de forma individual ou grupal, de acordo com a disponibilidade das participantes, sendo gravadas em áudio.

Após a coleta de dados, a análise foi realizada pela perspectiva Hermenêutica (SZYMANSKI, ALMEIDA E PANDINI, 2011), de base fenomenológica. Para iniciar nosso debate, partimos da construção de cinco categorias, advindas do que vivenciamos. São estas: Elas; Saúde da Mulher, o cuidado que a usuária tem consigo; A rede de apoio institucional; Os profissionais de Saúde e Experiência do Aborto.

Por fim, a pesquisa foi aprovada em 04/10/2019 pelo Comitê de Ética da Escola de Saúde Pública do Ceará, com CAEE: 21680719.7.0000.5037, obedecendo todas as normas éticas para pesquisa com humanos que consta na Resolução 466 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Na categoria Elas, um dos pontos levantados pelas profissionais quanto a gravidez indesejada/não planejada é a alienação da mulher quanto ao seu corpo, além de uma cultura machista e heteronormativa que, por muitas vezes, impulsiona a mulher para a maternidade a fim de manter um relacionamento e um ideal de família e, em paralelo, desresponsabiliza os parceiros quanto ao uso do método contraceptivo.

Outros dois fatores de vulnerabilidade apontados são as adolescentes, que veem na maternidade uma forma de romper o ciclo de pobreza que, atrelado ao déficit de práticas de Educação Sexual, fomenta nelas o desejo pela gestação. Por fim, a falta de acessibilidade à UBS e a alteração de consciência, devido ao uso abusivo de substâncias, que fragiliza as mulheres no que tange a violência sexual e potencializa a não aderência aos métodos contraceptivos, constitui-se também em fator de risco à gravidez não planejada ou não desejada.

“Muitas mulheres que fizeram ligação, ligadura e aí de repente se vê apaixonada por outro homem [...] Quer desfazer a ligação, né, pra poder engravidar deste homem, pra satisfazer esse homem. Muitas vezes nem é pra ela ‘ Ah, mas eu quero dar um filho pra ele” (Enfermeira A)

“Com certeza, com certeza! As vezes sai com uns homens duas, três vezes, porque vão usar, elas querem tá usando, e o homem que chegar leva mesmo, as vezes não tem nem a camisinha a disposição e elas ficam mesmo assim” (ACS A)

Já a categoria Saúde da Mulher, o cuidado que a usuária tem consigo, evidenciou-nos como o lugar de cuidadora imposto as mulheres impacta na atenção investida em sua própria saúde, já que muitas só buscam atendimento quando já apresentam sintomas, não adotando práticas de prevenção. Muitas mulheres frequentam as UBS’s como responsáveis por terceiros. Além disso, pode-se elencar como problemáticas as múltiplas jornadas de trabalho e as relações laborais que as impossibilitam de chegarem aos equipamentos de saúde.

“Sim, é e quando já tá sentindo alguma coisa, muitas tem vergonha de dizer, geralmente quando já estão com corrimento, coceira, é que vem, procura a gente pra passar um tratamento e receber a orientação. Mas pra prevenção geralmente não, é difícil.” (Residente 1)

“[...] mais fácil a mulher faltar o trabalho porque tá fazendo um pré-natal do que ela faltar o trabalho pra ela vir pro planejamento familiar porque mesmo a gente dando aquela declaração tem locais que eles dificultam agora pro pré-natal não ne?! porque é uma coisa que elas não podem deixar de vir de jeito nenhum. Então a gente sabe que tem muitas mulheres que em relação ao planejamento familiar elas compram porque fica mais difícil vir ao posto, mesmo tendo aquele horário do posto de atender até 19:00 hrs.” (Enfermeira B)

No que tange as duas categorias: Rede de Apoio Institucional e Profissionais de Saúde, indentificamos diversas barreiras de acessibilidade. Não há oferta suficiente de consultas para planejamento familiar, faltam contraceptivos condizentes com a realidade das comunidades, há ausência de políticas sociais que amparem a mulher na decisão pela maternidade, dentre outros. Percebeu-se também um déficit na formação dos profissionais para assistirem as usuárias adequadamente, após o abortamento clandestino, pois estes permitiam que seus valores morais interferissem no cuidado humanizado. Além disso, podemos apontar o funcionamento fragmentado da UBS onde ocorreu a pesquisa como um complicador adicional para a oferta de um cuidado integral a esse público.

“É difícil a realidade, no papel tudo é muito bonitinho, tem auxílio de enxoval, tem isso, tem aquilo, aí quando a gente manda as gestantes pra fazer um enxoval, pra ganhar, pra se inscrever...ahhh...eu mesma fui no CRAS e perguntei ela: ‘a minha filha, tinha um auxílio enxoval aqui, que dava umas coisas, mas já tá com um tempão que não tem” (ACS B)

“E os próprios profissionais, nós não somos muito preparados pra isso também, pra falar do aborto, não sei, do aborto em si, mais aprofundado.”(Residente 1)

“Fora que tem o viés religioso, muitos profissionais colocam, em pauta assim, na discussão do aborto e aí é muito difícil pra gestante tentar falar sobre quando vem um profissional e fala que aquele bebê é um presente de Deus na vida dela, tipo demonizando a mulher se ela vier a cometer um aborto.” (Residente 2)

O enfrentamento do abandono institucional e do estigma não podem ser negligenciados ao olharmos o processo saúde- doença destas mulheres. Esta percepção é reforçada por Adesse, et al (2016) ao apontar em seus estudos o impacto dos valores negativos e preconceitos embutidos na imagem da mulher que, em resistência, nega a maternidade.

Ainda no campo psicológico, o processo de internalizar ou de lidar com uma discriminação pode impactar diretamente a pessoa em sua autopercepção e levar à insegurança e à depressão. Com sentimentos de culpa, as mulheres vivenciam o aborto como uma “marca de caráter”. Opostamente, em países onde os direitos individuais são mais prezados, como a Austrália, a vivência do aborto pode ter expressão positiva: as mulheres sentem-se com autonomia e competência suficiente para decidir sobre interromper ou não uma gravidez (ADESSE et al, p. 3827, 2016)

No tópico Experiência do Aborto podemos afirmar, de acordo com o discurso das profissionais, que apesar de contar com uma rede de apoio informal (acesso a medicação, suporte de outras mulheres da comunidade, etc), o abortamento autoinduzido não tem apenas implicações na saúde física, mas também na mental, disparando processos de sofrimento psicológico, como Depressão e Ansiedade. Vale considerar, também, que apenas o fato da mulher expressar o não desejo pela maternidade já é um disparador de julgamentos, inclusive pelos profissionais de saúde.

“Ah T. eu não queria mais uma gravidez, tipo assim...eu já tenho 5 filhos [...] se eu já tava pensando em como é que eu ia fazer para trabalhar agora que eu não vou conseguir [...] essa mulher que às vezes tem múltiplos filhos, às vezes entra até num processo mesmo de depressão, ansiedade, por conta de achar que não vou dar conta disso “(Enfermeira A)

O percurso da pesquisa nos aponta, portanto, que o processo da maternidade é estruturante, tanto da cultura e sociedade como das subjetividades, especialmente das mulheres. Podemos afirmar, então, que mesmo aquelas que negam ou interrompem esta experiência, através do aborto autoinduzido, são constituídas pelos valores do “ser -mãe”, tendo em vista que é a partir da maternidade que algumas mulheres alçam o valor de sujeitas.(GONZAGA, MAYORGA, 2019) .

Evidencia-se, então, a necessidade de um olhar crítico para a complexidade deste tema, em especial do abortamento clandestino e uma atenção ao caminho de formação dos profissionais de saúde a fim de receberem de forma adequada essas usuárias, compreendendo os processos de saúde-doença que as atravessam em sua integralidade.

CONCLUSÃO

Concluimos, portanto, que a ideia de aborto enquanto escolha é questionável, afinal o Estado tem sido omissivo no que concerne a garantia da autonomia da mulher quanto a maternidade, já que, ao mesmo tempo que a defende, não oferece o suporte social e de saúde, especialmente ao criminalizar o abortamento e não ofertar meios eficazes e acessíveis de contracepção, para que esta decisão seja vivenciada de forma digna e haja resguardo da autonomia da mulher quanto a sua escolha (GONZAGA, MAYORGA, 2019). Faz-se urgente, então, discussões que lancem um olhar crítico quanto a esta temática, possibilitando, enfim, uma transformação desta realidade.

REFERÊNCIAS

- ADESSE, Leila et al . Aborto e estigma: uma análise da produção científica sobre a temática. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 12, p. 38193832, Dec. 2016 Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001203819&lng=en&nrm=iso>. access on 03 Jan. 2021.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466** . 12 de Dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 27 de Março de 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencaohumanizada.pdf>>. Acesso em: 02. jan. 2021.
- DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo; MADEIRO, Alberto. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. **Ciênc. saúde coletiva** , Rio de Janeiro , v. 22, n. 2, p. 653-660, Feb. 2017

FEDERICI, S. **Calibã e a bruxa** : mulheres, corpo e acumulação primitiva .1 Ed.São Paulo :Elefante, 2017.

GONZAGA, Paula Rita Bacellar; MAYORGA, Claudia. Violências e Instituição Maternidade: uma Reflexão Feminista Decolonial. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 39, n. spe2, e225712, 2019 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932019000600307&lng=en&nrm=iso>. Access on 27 Mar. 2021. Epub Nov 14,2019. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003225712>.

MEDEIROS, Y.C.A.H.; LIMA, J.K. No pé que brotou Maria, nem Margarida Nasceu: trajetórias do cuidado a mulher em situações de abortamento. *in* ENCONTRO CEARENSE DE RESIDÊNCIAS, 8, 2021, Fortaleza. **Anais**. Disponível em: <<http://www.even3.com.br/anais/8ecrs>>. Acesso em: 27. Mar. 2021.

STREFLING, Ivanete da Silva Santiago et al . Cuidado integral e aconselhamento reprodutivo à mulher que abortou: percepções da enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 4, p. 698-704, Dec. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000400698&lng=en&nrm=iso>. access on 27 Mar. 2021. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20130014>.

SZYMANSI, H. (org); ALMEIDA, A.R; PRANDINI, R.C.A.R. **A entrevista na pesquisa em Educação**: a prática reflexiva. 4. Ed. Brasília: Liber Livro Editora,2011

OS DESAFIOS DA ENFERMAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 01/07/2021

Jovana Correa Meneguelli

Graduanda em Enfermagem da Associação Educacional de Vitória (AEV)

Lorena Silveira Cardoso

Professora Orientadora, Enfermeira, Doutora em Saúde Coletiva, Professora Dra na Associação Educacional de Vitória (AEV)

Maria Clara Cunha Pinheiro

Graduanda em Enfermagem da Associação Educacional de Vitória (AEV)

RESUMO: Os cuidados paliativos consistem no tratamento oferecido por uma equipe multidisciplinar, que visa promover a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, diante de uma patologia que compromete a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Ao discorrer sobre cuidados paliativos é inevitável pensar em terminalidade, sendo necessário que o enfermeiro tenha conhecimento sobre esta temática. Partindo desse pressuposto, buscou-se identificar os desafios da enfermagem na prática dos cuidados paliativos. Procedeu-se uma revisão integrativa de estudos publicados entre 2012 e agosto de 2020, conduzidos nas bases de dados BVS e PubMed, onde sete estudos foram selecionados e apresentados através da técnica bibliométrica. Constatou-se que os enfermeiros apresentam pouco preparo na sua formação acadêmica e profissional, pouca habilidade para assistir, se comunicar e ser empático com os

pacientes e seus familiares, além de despreparo emocional e dificuldade na tomada de decisões referente ao tratamento dos seus pacientes.

PALAVRAS - CHAVE: Cuidados Paliativos; Enfermagem; Empatia.

ABSTRACT: Palliative care has been defined as a critical part of integrated, multidisciplinary, people-centred health services. This caregiving approach promotes an improved quality of life of patients affected by serious, complex and terminal diseases, promoting a better quality of life and mitigating suffering in the course of the illness. In this context, nurses have to be able to cope with the challenges posed by terminal illnesses. In this integrative review, seven studies published between 2012 and 2020 were selected from BVS and PubMed databases, using a bibliometric methodology. Nurses were found to be academically and professionally underprepared for the challenges of palliative care, particularly in the areas of empathy, emotional readiness and relevant decision-making.

KEYWORDS: Palliative Care; Nursing; Empathy.

RESUMEN: Los cuidados paliativos se han definido como una parte fundamental de los servicios de salud integrados, multidisciplinarios y centrados en las personas. Este enfoque de cuidado promueve una mejor calidad de vida de los pacientes afectados por enfermedades graves, complejas y terminales, promoviendo una mejor calidad de vida y mitigando el sufrimiento en el curso de la enfermedad. En este contexto, las enfermeras deben ser capaces de afrontar los retos que plantean las enfermedades terminales.

En esta revisión integradora, se seleccionaron siete estudios publicados entre 2012 y 2020 de las bases de datos BVS y PubMed, utilizando una metodología bibliométrica. Se encontró que las enfermeras no estaban preparadas académicamente y profesionalmente para los desafíos de los cuidados paliativos, particularmente en las áreas de empatía, preparación emocional y toma de decisiones relevantes.

PALABRAS CLAVE: Cuidados Paliativos; Enfermería; Empatía.

INTRODUÇÃO

O termo cuidados paliativos é entendido como uma forma de tratamento que visa promover qualidade de vida a pacientes e familiares que passam por situações complexas de saúde, que comprometem a continuidade da vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, tratamento da dor e de outros problemas biopsicossocioespirituais¹.

Assim, quando a vida das pessoas muda drasticamente por motivo de doença, estas passam por grandes questionamentos, que inclui desde as manifestações do processo da doença, bem como o desafio de se adequar e continuar vivendo mediante as novas circunstâncias. Todas as mudanças impostas pelo curso natural da patologia, podem resultar em perdas de oportunidades de renda, de segurança financeira, interferir nas experiências pessoais de valores, sentido e qualidade de vida, causando sofrimento².

Como base teórica inicial para esse estudo, utilizou-se, o Manual de Cuidados Paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) de 2012, por se tratar de um material que sintetiza os principais temas da área de cuidados paliativos e por ser uma publicação científica totalmente baseada na realidade do Brasil, trouxe em seu conteúdo conceito, fundamentos e assistência, com o objetivo propiciar o desenvolvimento de cuidados paliativos, garantindo rigor científico a uma resposta digna diante do sofrimento³.

Os cuidados paliativos visam a manutenção da dignidade humana no decorrer da doença, no fim de vida, na morte e no período de luto. É uma forma de cuidado que não se baseia em protocolos, mas em princípios, onde não há necessidade de falar em terminalidade e impossibilidade de cura, mas em doenças que ameaçam a vida e na possibilidade ou não de tratamento modificador da doença⁴.

Entretanto, mesmo com os avanços da medicina e apesar dos crescentes recursos de diagnóstico e tratamento, frequentemente os profissionais de saúde cuidam de pacientes com prognóstico fechado ou sem perspectiva de tratamento curativo. Nessas situações de terminalidade, o paciente, sua família e os profissionais de saúde precisam lidar com situações e sentimentos complexos de sofrimento⁵.

Nesse sentido, a terminalidade é destacada como presença de uma doença grave, incurável e em progressão que determinará o fim da vida, não havendo nenhum tratamento disponível capaz de modificar o curso dessa evolução. Terminalidade significa morte previsível e inevitável, mas não pode ser entendido como se não houvesse mais nada a ser feito⁵.

Para que haja uma compreensão adequada sobre o significado da assistência paliativa, é necessário entender o conceito de cuidados paliativos e sua evolução para a adequada execução na prática⁶.

Normalmente, os profissionais de enfermagem associam os termos terminalidade e cuidados paliativos, demonstrando conhecimento superficial sobre a temática e pelo fato do paciente ser encaminhado à assistência paliativa em estado tardio da evolução da doença, levando-os à diferentes sentimentos, uma vez que estes profissionais não estão habituados a lidar com perdas⁷.

Assim, devido a interação com os pacientes em cuidados paliativos e seus familiares nos momentos de sofrimento, dor, morte e luto, os profissionais de enfermagem representam uma das categorias com desgaste emocional acentuado⁸.

Sendo assim, aceitar o limite entre o tratável e o curável reflete a falta de compreensão de todos os envolvidos no processo de finitude. O primeiro passo para prestar um serviço mais humanizado e eficaz é admitir que a vida termina e assim, legitimar um espaço onde se possa discutir as necessidades do paciente no fim da vida. Mesmo assim, as atividades das equipes de cuidados paliativos são constantemente permeadas de desafios e incompreensões⁹.

Nessa perspectiva, pensar nas dimensões clínicas que envolvem o fim de vida, não é o suficiente, é necessário garantir todos os aspectos do cuidado para possibilitar dignidade e conforto para o paciente em cuidados paliativos e para os familiares que precisam passar pelo processo de perda, bem como os profissionais de saúde no exercício diário de saber perder⁹.

Assim sendo, com o intuito de estimular o desenvolvimento da assistência paliativa e garantir um serviço eficaz nessa área, a ANCP publicou no ano de 2020 o Atlas dos Cuidados Paliativos no Brasil 2019, demonstrando um levantamento sobre os serviços disponíveis no país. Foram registrados e atualizados 191 cadastros de serviços em 2019, evidenciando aumento de 7,9% na comparação com o total registrado no ano de 2018, que foi de 177 registros. Na distribuição do serviço de cuidados paliativos por região, a região Sudeste se destaca com 105 serviços, seguido das regiões Sul (33), Nordeste (26), Centro-Oeste (20) e Norte (7). No que se refere a disponibilidade de leitos, temos um quantitativo de 789 distribuídos nas regiões do país. Nota-se a predominância do atendimento público: 96 serviços são públicos (50%), 69 (36%) pertencem à iniciativa privada e 26 (14%) oferecem tanto atendimento em Cuidados Paliativos pelo SUS quanto de forma particular¹⁰.

Quanto a presença de enfermeiros, uma parte considerável dos serviços não tem enfermeiros dedicados apenas aos cuidados paliativos e a maioria das equipes dispõe de apenas um ou dois profissionais fixos formados em Enfermagem: 0 (54 serviços), 1 (79 serviços), 2 (25 serviços), 3 (5 serviços), 4 (9 serviços), 5 a 9 (12 serviços), 10 ou mais enfermeiros (7 serviços)¹⁰.

Esses índices indicam defasagem na composição de equipes multidisciplinares, tão

importantes para o funcionamento adequado dos serviços e requer atenção e esforços diante da necessidade de formação de profissionais com entendimento dos princípios dos cuidados paliativos, conteúdo que pode ser abordado em diferentes momentos da formação e da grade curricular de graduação, pós e educação continuada¹⁰.

Portanto, o objetivo principal dessa pesquisa foi fornecer um panorama dos desafios enfrentados pela equipe de enfermagem, no que diz respeito aos cuidados paliativos.

À vista disso, trata-se de um estudo relevante, pois conhecer os desafios que os profissionais de enfermagem enfrentam ao cuidar de pacientes em situação de paliatividade ou de finitude é imprescindível, uma vez que estes podem comprometer a qualidade do tratamento e dos serviços prestados.

MATERIAIS E MÉTODOS

O primeiro passo para adquirir o conhecimento científico é através da revisão da literatura, pois é por meio desse processo que surgem novas teorias ou ainda temos o reconhecimento de lacunas e oportunidades para a elaboração de pesquisas sobre um assunto específico¹¹.

Para realização dessa pesquisa, optou-se pela revisão integrativa da literatura científica, pois esse tipo de pesquisa, permite sintetizar o conhecimento por meio de um processo rigoroso e sistemático sobre o assunto de interesse, a qual pode contribuir com recomendações pautadas em resultados de pesquisas, bem como na identificação de lacunas do conhecimento direcionando o desenvolvimento de pesquisas futuras¹².

A revisão integrativa é a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, pois permite a inclusão de diversos tipos de estudo para a compreensão de um determinado assunto, combinando dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar diversos propósitos, como a definição de conceitos, revisão de teorias e análises de tópicos em particular¹³.

Nesse sentido, foram seguidas as etapas do método: 1) elaboração da pergunta da revisão; 2) busca e seleção dos estudos; 3) extração de dados; 4) avaliação crítica dos estudos; 5) síntese dos resultados e 6) apresentação do método¹².

Assim sendo, estabeleceu-se como pergunta norteadora do estudo: quais são os desafios enfrentados por profissionais de enfermagem ao prestar assistência ao paciente em cuidados paliativos e seu familiar?

Para restringir a busca por estudos, foram utilizados os descritores em ciências da saúde (DeCS): “CUIDADOS PALIATIVOS”, “ENFERMAGEM” e “EMPATIA”, inseridos nos TÍTULO, RESUMO, ASSUNTO, nos idiomas português, inglês e espanhol, com o operador booleano “AND” em cada base de dados.

A seleção do material científico foi definida pelos critérios de inclusão, como: artigos científicos nacionais e internacionais, publicados em português, inglês ou espanhol, no

período entre 2012 e agosto de 2020, que respondessem o problema da pesquisa e que estivessem disponíveis gratuitamente e na íntegra. Já os critérios de exclusão foram determinados pelos período de publicação anterior a 2012 e após agosto de 2020, que não respondessem ao objetivo da pesquisa após leitura do título, resumo e assunto e que não estivessem disponíveis na íntegra e gratuitamente. Assim sendo, a busca foi realizada nas bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Publicações Médicas (PubMed).

Os resultados da pesquisa foram apresentados utilizando técnicas bibliométricas, esta tem por finalidade quantificar a produção de trabalhos científicos e a disseminação do conhecimento. O foco desse tipo de estudo, bibliometria, é analisar a produção científica sobre determinado assunto e assim proporcionar de forma sistemática e resumida o entendimento e até mesmo indicar novas oportunidades de pesquisa¹⁴.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como resultado da pesquisa, entre o ano de 2012 e agosto de 2020, foram encontrados respectivamente nas bases de dados da BVS e PubMed, 208 e 305 artigos, totalizando 513. Iniciou-se assim, a filtragem de acordo com os critérios de inclusão e exclusão citados em materiais e métodos, tendo na base de dados da BVS, após a triagem, 57 artigos e na PubMed, 135. Como conclusão dessa etapa, foram selecionados 05 artigos na BVS e 02 na PubMed por estarem relacionados com o objetivo da pesquisa, com os critérios de inclusão e exclusão e contribuir para responder a pergunta norteadora desse estudo, resultando assim no *corpus* do estudo, conforme Quadro 1 abaixo.

Busca	Descritores: cuidados paliativos, enfermagem, empatia Período: 2012 à agosto de 2020 BVS: 208 artigos / PubMed: 305 artigos
Triagem	Pré-selecionados após leitura do título, resumo e assunto BVS: 57 artigos / PubMed: 135 artigos

Aplicação de critérios	BVS - Artigos excluídos Duplicidade: 02 Não respondem ao problema da pesquisa: 36 Indisponíveis de forma integral e gratuita: 14	PubMed - Artigos excluídos Duplicidade: 02 Não respondem ao problema da pesquisa: 87 Indisponíveis de forma integral e gratuita: 44
	Artigos selecionados para compor o <i>corpus</i> da pesquisa BVS: 05 artigos / PubMed: 02 artigos	
Amostra final		

Quadro 1 – Seleção da amostra
Fonte: Seleção da Amostra, 2020.

A escassez de artigos para compor o *corpus* da pesquisa está relacionada com o fato de 58 artigos, sendo 14 da BVS e 44 da PubMed, que mesmo respondendo a problemática da pesquisa, não estavam disponíveis de forma integral e gratuita, como descrito nos critérios de exclusão. Ademais, o descritor “empatia”, associado aos demais descritores também contribuiu para diminuição do resultado. Portanto, dentro das limitações dos critérios utilizados, o escopo dessa pesquisa foi representado por artigos nacionais e internacionais, com o público majoritário de enfermeiros assistenciais em hospitais, hospices e em instituições de longa permanência de países, como Brasil, Chile, Irã e Suécia. Abaixo, o Quadro 2 apresenta a síntese do *corpus* da pesquisa.

Nº	Ano	Título	Autores	País	Desafios Evidenciados
1	2017	Sofrimento moral dos enfermeiros, em situações de final de vida, em unidades de terapia intensiva.	Parola V, Coelho A, Sandgren A, Fernandes O, Apóstolo J.	Brasil	<ul style="list-style-type: none"> - Não ter experiência; - Saber lidar com o sofrimento do paciente e da família; - Trabalho em equipe; - Falta de envolvimento dos enfermeiros nas tomadas de decisão no final de vida.
2	2016	Formação em cuidados paliativos: experiência de alunos de medicina e enfermagem.	Costa, Álvaro Percínio; Poles, Kátia; Silva, Alexandre Ernesto	Brasil	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de empatia com o paciente e a família; - Não ter formação em cuidados paliativos; - Falta de trabalho em equipe.
3	2016	Cuidados de enfermagem ao idoso no fim da vida.	Lindolpho, Mirian da Costa; Caldas, Célia Pereira; Sá, Selma Petra Chaves; Santos, Noemi Duque dos.	Brasil	<ul style="list-style-type: none"> - Saber cuidar do paciente, dando autonomia para que o mesmo possa ser o senhor da sua história e ter a oportunidade de com ele compartilhar seus últimos momentos.

4	2017	Empatia, solidão, desgaste e satisfação pessoal de enfermeiras em cuidados paliativos e a atenção domiciliar no Chile.	Marilaf Caro, Magdalena; San-Martín, Montserrat; Delgado-Bolton, Roberto; Vivanco, Luis.	Chile	- Ter empatia.
5	2016	Conhecimento, atitude e desempenho de enfermeiros versus de médicos em cuidados à familiares de pacientes em fim de vida.	Abdollahimohammad A, Firouzkouhi M, Amrollahimishvan F, Alimohammadi N.	Irã	- Dificuldade para falar sobre a morte e o morrer com os pacientes e os seus familiares; - Dificuldade para assistir e se comunicar com os pacientes e os seus familiares; - Despreparo para atender as demandas de pacientes em fim de vida.
6	2016	Como apoiar pacientes que choram em clínicas de cuidados paliativos: um estudo por entrevista na perspectiva de enfermeiros.	Rydé K, Hjelm K.	Suécia	- Para saber confortar os pacientes quando choram; - Ter empatia.
7	2018	Cuidados paliativos: relação dialógica entre enfermeiros e pacientes em fase terminal.	Alves, Adriana Marques Pereira de Melo.	Brasil	- Comunicação verbal e não verbal.

Quadro 2 – Síntese do corpus do estudo

Fonte: Tradução livre, 2020.

A partir do *corpus* da pesquisa identificou-se que os profissionais de enfermagem que assistem pacientes em cuidados paliativos encontram diversos tipos de desafios em sua rotina de trabalho. Para a interpretação dos resultados, as autoras observaram que os desafios pontuados pelos artigos do *corpus* da pesquisa seriam melhor analisados se separados em duas categorias macros, sendo elas: os desafios pessoais e os desafios profissionais.

Categoria 1: Desafios Pessoais

O estudo evidenciou que os profissionais de enfermagem em sua assistência a pacientes em cuidados paliativos desenvolvem vínculos, ou seja, emoções que são resultantes de um conjunto de circunstâncias ou influenciadas pelo ambiente. O gerenciamento das emoções torna-se um desafio para este profissional. Entre as situações geradoras de sofrimento moral do enfermeiro, destacam-se:

Entre as diversas situações conflituosas que fazem parte do cotidiano do trabalho da enfermagem, destacam-se o lidar com a dor, com a doença e a morte, as quais se potencializam com a angústia e a ansiedade dos pacientes e de suas famílias¹⁵.

A prática de cuidados paliativos envolve fortemente o estado psicológico do paciente e, conseqüentemente, o prestador de cuidados sofre influências em seu estado emocional¹⁶.

Sobre o processo de finitude da vida e a morte, aceitar que a vida termina é essencial. A morte mobiliza emoções que surgem diante da inevitável separação, logo, paciente, família e equipe sentem-se impotentes e fracassados diante da morte iminente⁹.

Os profissionais de saúde foram preparados para atuar frente às demandas clínico-biológicas, e não nos aspectos psicossociais e emocionais, sendo assim, pouco se fala sobre a morte¹⁷.

O problema do homem é como lidar com as emoções oriundas da perda que a morte proporciona¹⁷.

A ciência assimilou muito bem o conceito de vida, contudo não conseguiu explicar o de morte apenas contrapondo-a à vida, como aquilo que não é, a ausência de vida, fato concreto e a completa inexistência de algo. No entanto, o enfermeiro está envolvido pelas situações que vão ao seu encontro enquanto ser humano e não como máquina que não falha¹⁷.

O sentimento de pesar pela perda de pacientes jovens, demonstrado pelos enfermeiros, também pode ser resultado da concepção de que a morte só deveria acontecer na velhice. Nessa perspectiva, espera-se que todas as pessoas passem por todas as etapas do ciclo biológico: nascimento, crescimento, envelhecimento e morte¹⁵.

No que se refere a assistência em si, criar vínculo é essencial para garantir o êxito nas possíveis intervenções, saber ouvir, dialogar, ser empático, acolher as necessidades do paciente e da família é fundamental.

O vínculo com os familiares se dá na tentativa de ouvir as queixas, dialogar e fornecer informações detalhadas acerca do quadro clínico do paciente. Os enfermeiros tentam oferecer apoio ou suporte para os envolvidos, relacionando a situação atual do paciente com as crenças religiosas e espirituais nas quais a família está inserida¹⁵.

A empatia entre o enfermeiro e o paciente é de grande importância no tratamento realizado, uma vez que provoca efeito terapêutico. Nesse sentido, é possível observar a existência de um relacionamento de respeito mútuo, em uma relação “eu-tu”, sendo imprescindível o exercício de colocar-se no lugar do outro¹⁵.

Um enfermeiro pode apoiar emocionalmente a pessoa que chora estando presente, sendo empático, oferecendo uma chance de falar e mostrando respeito pelas necessidades do indivíduo independentemente do seu tipo de choro, com ou sem lágrimas¹⁸.

Assistir pacientes em cuidados paliativos requer do profissional de enfermagem domínio de suas emoções, pois a intensidade da carga de trabalho pode provocar um desarranjo psicológico e esgotamento emocional que comprometa o autocontrole, sendo demonstrado em forma de doença.

A relação positiva encontrada entre empatia e satisfação com a vida, bem como a

relação inversa observada entre empatia e solidão e entre empatia e burnout confirmam o duplo papel que a empatia desempenha no cuidado da saúde e do bem-estar físico e emocional dos profissionais de enfermagem¹⁹.

Categoria 2: Desafios Profissionais

Diante dos artigos que compoem o *corpus* da pesquisa, constatou-se que o profissional de enfermagem é pouco preparado em sua formação para uma assistência satisfatória ao paciente em cuidados paliativos e seus familiares. Ressaltam-se ainda pontos importantes como: experiência ou in experiência profissional, comunicação efetiva e dificuldade nas tomadas de decisões.

As experiências de final de vida, vivenciadas pelos enfermeiros são muito difíceis no início da profissão, pois os profissionais ainda não estão habituados e amadurecidos para lidar com algumas situações. Porém, com o passar dos anos na profissão, é possível perceber que a forma de lidar com essas experiências torna-se mais tranquila, devido à grande diversidade de situações vivenciadas¹⁵.

A maioria se sente despreparada para oferecer este cuidado e ressalta a experiência na atuação como fundamental para fazer a diferença na assistência ao paciente e à família¹⁵.

Os profissionais de Enfermagem da UTI citam os sentimentos de angústia, sufocação e frustração profissional quando as tomadas de decisão vão contra seus valores e suas opiniões. Eles defendem que os médicos não estão à beira do leito diariamente, acompanhando a evolução do paciente e, quando tentam discutir as condutas, em muitas situações, não são ouvidos¹⁵.

Existem divergências de opiniões entre o enfermeiro e o médico quanto ao tratamento que será oferecido ao paciente e sempre prevalece a opinião médica. Essa contradição entre o poder e a fragilidade está relacionada ora à grande experiência do profissional de Enfermagem em cuidar, ora à falta de reconhecimento ou ao sentimento frustrante de ser excluído das decisões tomadas¹⁵.

Quanto ao pouco preparo dos profissionais de enfermagem durante a graduação para prestar assistência qualificada e humanizada a pacientes em cuidados paliativos e familiares, destacam-se:

Todos foram categóricos em afirmar que a abordagem curricular dos cuidados paliativos é insuficiente, tanto em conteúdo quanto em instigar o acadêmico a procurar mais conhecimento sobre o assunto. O aluno que não se envolve com atividades extracurriculares relacionadas aos cuidados paliativos gradua-se sem estar preparado para dar suporte aos pacientes e familiares nestas situações¹⁶.

O processo de mudança na percepção do que se tratavam os cuidados paliativos foi relatado em muitas entrevistas. Os alunos informaram que, antes de serem preparados para o contato com os pacientes, tinham em mente que os cuidados paliativos iniciavam-se quando não se tinha mais o que fazer por aquele doente. Com o aprofundamento no

assunto e as atividades práticas, perceberam a grande demanda de cuidados que este tipo de paciente possuía e que havia ainda muito a ser feito¹⁶.

Os alunos apontam que, com o ganho de experiência, percebiam que, além da parte técnica, voltada para o tratamento da dor física, também é importante que exista integração deste cuidado com outros que visem o tratamento da dor psicológica, espiritual e social. Concluem que esta ampliação da percepção das necessidades do paciente resultava em maior humanização do atendimento¹⁶.

Os entrevistados afirmam que a formação humanística os torna melhores profissionais, além de proporcionar aprendizados que vão além do âmbito do trabalho. Referem que lidar com pacientes em final de vida proporciona uma oportunidade de reflexão sobre a valorização da vida, de seus momentos e de seus relacionamentos interpessoais como um todo¹⁶.

A comunicação é essencial no cuidado integral ao paciente em cuidados paliativos, uma vez que favorece a criação de vínculo, uma relação de confiança que possibilita ao paciente expressar seus sentimentos, receios, participar das decisões sobre seu tratamento, tornando o tratamento mais qualificado, individualizado e humanizado.

As estratégias de comunicação que se destacaram foram a escuta ativa, o toque afetivo, o olhar, as expressões faciais e corporais, além das reafirmações verbais de solicitude²⁰.

A relação dialógica dos enfermeiros que assistem os pacientes sob cuidados paliativos e na finitude da vida mostrou-se permeada de sofrimento, sensibilidade, desejos de ouvir e confortar o paciente diante de suas necessidades físicas, emocionais e espirituais²⁰.

A maioria dos participantes negligenciou a importância de falar sobre a morte e morrer com o paciente terminal e seus familiares. Talvez indique um tabu ou uma falta de habilidades de comunicação no que diz respeito à morte e às questões do morrer²¹.

Uma vez que uma boa comunicação com os familiares é um dos mais importantes instrumentos da qualidade nos cuidados de fim de vida, o enfermeiro deve se comunicar sobre o processo de morrer com antecedência e de forma adequada com os familiares do paciente para prepará-los para situações críticas²¹.

De acordo com a percepção das autoras, ficou evidenciado que separar a categoria profissional da categoria pessoal, também se reflete como um desafio para o profissional de enfermagem, fato evidenciado na leitura dos artigos da pesquisa, pois em alguns deles os desafios que envolvem a parte emocional estão relacionados aos desafios que abrangem a categoria profissional.

Mesmo com o tempo de atuação profissional e o amadurecimento pessoal, os enfermeiros relatam que ainda se deparam com situações que os sensibilizam, comovem, entristecem e frustram, especialmente, em se tratando de pacientes jovens, dos quais se espera que tenham grande perspectiva de vida pela frente. Muitos enfermeiros recordam-

se de suas próprias perdas e acabam se colocando no lugar das famílias¹⁵.

CONCLUSÃO

Ao refletir sobre os principais desafios destacados pelos profissionais de enfermagem nos artigos do *corpus* da pesquisa que se incluíram na categoria pessoal, conclui-se que esses profissionais vivenciam situações relacionadas a sentimento de tristeza e impotência diante da finitude da vida, levando ao desgaste emocional, podendo ser demonstrado em forma de adoecimento e afastamento do trabalho.

Para assistir pacientes em cuidados paliativos é preciso que o enfermeiro tenha uma estrutura psíquica e emocional equilibrada para que possa prestar um atendimento humanizado e satisfatório ao paciente e seus familiares. Portanto, fica evidente que faz-se necessário que as instituições de saúde disponham de uma equipe especializada que possa acompanhar o profissional, oferecendo suporte psicológico.

No que se refere a categoria profissional, evidenciou-se que a temática cuidados paliativos é pouco discutida e praticada durante a formação acadêmica do enfermeiro, o que reflete no despreparo e inexperiência do profissional na assistência ao paciente e seus familiares.

Verificou-se que o profissional de enfermagem reconhece a dificuldade e o despreparo em assistir, ser empático e se comunicar com pacientes em cuidados paliativos e seus familiares diante da terminalidade.

Também ficou evidenciado que a comunicação entre o profissional, o paciente e o familiar seja vista como um desafio, pelo fato da morte ser um tabu e por falta de habilidade do profissional nesse assunto, dificultando a criação de vínculo com o paciente e o familiar, existe uma tendência de evitar falar sobre a morte, sendo necessário aprofundar o conhecimento que a sociedade e o profissional de enfermagem possuem sobre os cuidados paliativos e a finitude da vida, já que a morte persiste como assunto relacionado ao sofrimento, fazendo-o trabalhar de forma mecânica e oferecendo um tratamento pouco individualizado e humanizado.

Com isso, conclui-se que há uma necessidade de implementação de projetos pedagógicos que incluam a temática cuidados paliativos nas grades curriculares, de participação em cursos e em congressos sobre o assunto, uma vez que a assistência paliativa está presente nas instituições de saúde e o profissional de enfermagem, em especial, requer um preparo para conhecer, se atualizar e desenvolver habilidades necessárias para atender de forma qualificada e humanizada indivíduos que necessitam desse tipo de cuidado.

Ao mesmo tempo que pretendemos apontar os desafios da enfermagem em cuidados paliativos, buscando partir de um suporte teórico ainda pouco explorado, como revelou a revisão integrativa empreendida, pretendemos ter deixado aberto um campo de

pesquisa, ainda fecundo, para acolher novas leituras, pois falta discussão e, quando ela ocorre, vem geralmente acompanhada do tema terminalidade.

REFERÊNCIAS

1. Souza TM, Junqueira LCFL. Cuidados paliativos. Brasília: SE/UNA-SUS, 2017; 1-14.
2. SBGG - Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Cartilha vamos falar de cuidados paliativos. Rio de Janeiro: SBGG, 2016; 5-45.
3. Carvalho RT, Parsons HA. Manual de Cuidados Paliativos São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). 2º ed. 2012; 11.
4. Matsumoto, DY. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: Carvalho RT, Parsons HA. Manual de Cuidados Paliativos. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2012. p. 23-30.
5. Oliveira RG. Blackbook – Enfermagem. Belo Horizonte: Blackbook Editora, 2016; 182-3.
6. Sousa ATO et al. Palliative care: a conceptual analysis. Online braz. j. nurs. (Online) [periódico na internet]. 2010 ago [acesso em 2020 abr 24]; 9(2): [aproximadamente 12 p.]. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2947/667>.
7. Alcântara EH, Almeida VL, Nascimento MG, et al. Percepção dos profissionais da equipe de enfermagem sobre o cuidar de pacientes em cuidados paliativos. Rev. enferm. Cent.-Oeste Min. [periódico na Internet]. 2018 mar [acesso em 2020 nov 05]; [aproximadamente 6 p.]. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2673/1974>.
8. Hermes HR, Lamarca ICA. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. Ciênc. saúde coletiva [periódico na Internet]. 2013 set [acesso em 2020 set 15]; 18(9): [aproximadamente 11p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900012&lng=en.
9. Silva SMA. Os cuidados ao fim da vida no contexto dos cuidados paliativos. Rev. bras. Cancerol. [periódico na Internet]. 2016 jun [acesso em 2020 mai 01]; 62(3):[aproximadamente 5 p.]. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_62/v03/pdf/08-artigo-opinio-os-cuidados-ao-fim-da-vida-no-contexto-dos-cuidados-paliativos.pdf.
10. Santos AFJ, Ferreira EAL, Guirro UBP. Atlas dos cuidados paliativos no Brasil 2019. [livro eletrônico]. 1ª ed. São Paulo: ANCP, 2020 [acesso em 2020 nov 22]. Disponível em: https://api-wordpress.paliativo.org.br/wp-content/uploads/2020/05/ATLAS_2019_final_compressed.pdf
11. Botelho LLR, Cunha CCA, Macedo M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. Gestão e sociedade (Online) [periódico na Internet]. 2011 mai/ago [acesso em 2020 mar 31]; 5(11): [aproximadamente 16 p.]. Disponível em: <https://www.gestoesociedade.org/gestoesociedade/article/view/1220/906>.

12. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Uso de gerenciador de referências bibliográficas na seleção dos estudos primários em revisão integrativa. *Texto & contexto enferm.* [periódico na Internet]. 2019 fev [acesso em 2020 jun 04]; 28: [aproximadamente 11p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072019000100602&lng=en&nrm=iso.
13. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein (São Paulo)* [Internet]. 2010 mar [acesso em 2020 set 08]; 8(1): [aproximadamente 4 p.]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082010000100102&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>.
14. Silva FQ, Santos EBA, Brandão MM, Vils L. Estudo bibliométrico: orientações sobre sua aplicação. *ReMark.* [periódico na Internet]. 2016 jun [acesso em 2020 out 02]; 15(2): [aproximadamente 12p.]. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/307443521>.
15. Costa MRE, Guimarães ITR, Baliza MF, Bousso RS, Poles K. Sofrimento moral dos enfermeiros, em situações de final de vida, em unidades de terapia intensiva. *Rev. enferm. UFPE online* [periódico na Internet]. 2017 ago [acesso em 2020 nov 15]; 11(9): [aproximadamente 10 p.]. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234492/27693>.
16. Costa ÂP, Poles K, Silva AE. Formação em cuidados paliativos: experiência de alunos de medicina e enfermagem. *Interface (Botucatu, Online)* [periódico na Internet]. 2016 mai [acesso em 2020 nov 15]; 20(59): [aproximadamente 10 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000401041&lng=en&nrm=iso.
17. Lindolpho MC. , Caldas CP, Sá SPC, Santos ND. Cuidados de enfermagem ao idoso no fim da vida. *Ciênc. cuid. saúde* [periódico na Internet]. 2016 Jun [acesso em 2020 Nov 15]; 15(2): [aproximadamente 7 p.]. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38612016000200383&lng=pt.
18. Rydén K, Hjelm K. How to support patients who are crying in palliative home care: an interview study from the nurses' perspective. *Prim Health Care Res Dev.* [periódico na internet] 2016 mar [acesso em 2020 ago 08]; 17(5): [aproximadamente 7p.]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26932445/>.
19. Marilaf CM, San-Martín M, Delgado-Bolton R, Vivanco L. Empathy, loneliness, burnout, and life satisfaction in Chilean nurses of palliative care and homecare services. *Enferm Clin.* [periódico na internet]. 2017 jun [acesso em 2020 ago 07]; 27(6): [aproximadamente 5p.]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28587755/>.
20. Alves AMPM. Cuidados paliativos: relação dialógica entre enfermeiros e pacientes em fase terminal [monografia na internet]. *João Pessoa: UFPB, 2018* [acesso em 2020 ago 15]. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/12308/1/Arquivototal.pdf>.
21. Abdollahimohammad A, Firouzkouhi M, Amrollahimishvan F, Alimohammadi N. Nurses versus physicians' knowledge, attitude, and performance on care for the family members of dying patients. *Korean J Med Educ.* [periódico na internet]. 2016 mar [acesso em 2020 ago 15]; 28(1) [aproximadamente 6p.]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26838571/>.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO AUTOCUIDADO DOS DOENTES RENAI COM FÍSTULA ARTERIOVENOSA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 01/07/2021

Gabriela Aparecida Paz de Castro Barreto

União das escolas superiores de Rondônia –
UNIRON
<http://lattes.cnpq.br/1700749634465211>

Thaís Millena Cardoso de Lima

União das escolas superiores de Rondônia –
UNIRON
Porto Velho – RO
<http://lattes.cnpq.br/3547872357357185>

Thainá França Oliveira

União das escolas superiores de Rondônia –
UNIRON
Porto Velho- RO
<http://lattes.cnpq.br/7701839054838496>

Marcela Milrea Araújo Barros

União das escolas superiores de Rondônia –
UNIRON
Porto Velho – RO
<http://lattes.cnpq.br/7115766333830560>

RESUMO: Relatar as experiências das acadêmicas de enfermagem com pacientes doentes renais crônicos portadores de fístula arteriovenosa. Trata-se de um relato de experiência descritivo, de caráter reflexivo, vivenciado durante a construção do trabalho de conclusão de curso como parte de uma pesquisa-ação, subsidiada pela teoria da problematização e mediada pelo Arco de Magueres sobre as possíveis intervenções de

enfermagem no autocuidado dos doentes renais crônicos com fístula arteriovenosa em uma clínica de hemodiálise da Amazônia Ocidental. A estratégia de pesquisa implementada através das cinco etapas direcionou as acadêmicas na identificação da realidade através do uso de entrevistas com os pacientes como ponto de partida para a busca de conhecimento empírico, identificação dos pontos-chaves, teorização e hipóteses de solução para ação transformadora, proporcionando aprendizados sobre a temática e compreensão da importância do autocuidado com a fístula arteriovenosa dos doentes renais crônicos. A construção da “cartilha” como ferramenta estratégica para educação em saúde e produto de intervenção, tenciona ao empoderamento do paciente e colabora com a melhora da qualidade de vida do doente renal crônico, reafirmando assim a potencialização da enfermagem como ciência e seu papel significativo na promoção da saúde.

PALAVRAS - CHAVE: Doença Renal Crônica. Autocuidado. Educação em Saúde. Enfermagem.

NURSING INTERVENTIONS IN THE SELF-CARE OF KIDNEY PATIENTS WITH ARTERIOVENOUS FISTULA: EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: To report the experiences of nursing students with patients with chronic kidney disease with arteriovenous fistula. It is a descriptive experience report, reflective, experienced during the construction of the course conclusion work as part of an action research, subsidized by the problematization theory and mediated by the Arch of Magueres about possible

nursing interventions in self-care of chronic kidney patients with arteriovenous fistula in a hemodialysis clinic in Western Amazonia. The search strategy implemented through the five steps directed the academics to identify the reality through the use of interviews with patients, as a starting point for the search for empirical knowledge, identification of key points, theorization and hypotheses of a solution for transformative action, providing learning on the theme and understanding of the importance of self-care with arteriovenous fistula in chronic kidney patients. The construction of the “booklet” as a strategic tool for health education and intervention product, intends to empower the patient and collaborates with the improvement of the quality of life of the chronic kidney patient, thus reaffirming the empowerment of nursing as a science and its significant role in health promotion.

KEYWORDS: Chronic Kidney Disease. Self-care. Health Education. Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) é definida pela perda progressiva da função dos néfrons que levam a redução da capacidade de filtrar o sangue e manter a homeostase. Devido o quantitativo de morbidade e mortalidade considera-se um problema de saúde no Brasil e no mundo (FERREIRA *et al.*, 2021).

De acordo com os dados do censo de diálise realizado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia para pacientes com DRC em tratamento dialítico, em julho de 2017, a prevalência e incidência nacional de insuficiência renal crônica (IRC) foram estimadas em 610 por milhão de população (pmp). O número de pacientes em diálise é estimado em 126.583 (GUIMARAES e QUEIROZ, 2021).

O diagnóstico precoce da doença é essencial para que estratégias terapêuticas sejam satisfatórias para a prevenção ou retardamento de sua progressão e o ingresso do paciente na terapia renal, diálise ou transplante renal (MARINHO *et al.*, 2020). Apesar dos critérios para o diagnóstico da DRC estejam bem mais estabelecidos, ainda é significativa a quantidade desses pacientes em estágio avançado e que ainda não tiveram um contato com o nefrologista, dificultado pela aceitação da doença, levando a um aumento da morbidade e mortalidade que poderiam ser evitadas através de estratégias específicas de abordagem ao paciente de modo multidisciplinar (CARVALHO *et al.*, 2020).

Um fácil acesso a corrente sanguínea é primordial para que o dialisador (filtro ou capilar) e para que retorne ao corpo. Portanto, é necessário que se implante um cateter ou até mesmo a confecção de uma fístula arteriovenosa (FAV) usada para diálise, que consiste na ligação entre uma veia e uma artéria, realizada através de um pequeno procedimento cirúrgico permitindo que se tornem mais calibrosas, fornecendo um fluxo de sangue adequado para ser filtrado (FERREIRA *et al.*, 2020).

A FAV é o acesso de primeira escolha para pacientes com DRC e são indicadas para tratamentos de hemodiálise prolongados. Já os cateteres venosos são indicados quando é necessária uma hemodiálise de urgência ou quando não há possibilidade de confecção da FAV (SANTOS *et al.*, 2021). Estudos apontam que essa escolha é considerada a conduta

mais apropriada devido ao menor número de intervenções e por apresentar baixos índices de infecções (SCHAEFER *et al.*, 2021).

O interesse em estudar este assunto surgiu durante a disciplina de metodologia da pesquisa em enfermagem que nos levou a eleger a temática do autocuidado para o paciente renal e a necessidade de intervenção voltada para o processo de educação em saúde, visto que para o paciente renal crônico há necessidade de orientações para a prática do autocuidado, principalmente pelas dúvidas que surgem sobre os cuidados para uma melhor qualidade de vida (RIBEIRO e ANDRADE, 2018).

As contribuições de enfermagem são de suma importância durante o tratamento do DRC, visto que o enfermeiro está constantemente próximo a esse paciente, prestando cuidados e realizando intervenções educativas durante a assistência para que possa conviver com as mudanças e aceitação da doença. Rocha *et al.* (2017) afirmam que a enfermagem no tratamento de hemodiálise apresenta grande importância em relação a observação ininterrupta dos pacientes no período em que ocorre a sessão de hemodiálise, podendo a enfermagem ajudar a salvar vidas e também evitar as possíveis complicações à medida que se realiza o diagnóstico precoce.

Nesta perspectiva, o estudo se propõe a realizar um relato a partir das experiências vivenciadas por acadêmicas do curso de enfermagem como parte de uma pesquisa-ação mediada pelo Arco de Maguerez sobre as possíveis intervenções de enfermagem no autocuidado dos doentes renais crônicos com fístula arteriovenosa.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência descritivo, de caráter reflexivo, vivenciada por acadêmicas de enfermagem com os doentes renais em uma clínica de hemodiálise no município de Porto Velho, Rondônia, durante a construção do trabalho de conclusão de curso da graduação em enfermagem em uma Instituição de Ensino Superior na Amazônia Ocidental. A principal estratégia do plano de intervenção foi a realização de uma pesquisa-ação subsidiada pela teoria da problematização a partir do método Arco de Charles Maguerez e suas cinco etapas aplicadas durante o desenvolvimento da pesquisa. As experiências foram vivenciadas no período de 2019 a 2021.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

A escolha do tema ocorreu em 2019 por três acadêmicas durante a disciplina de metodologia da pesquisa em enfermagem, momento este em que se inicia a primeira etapa do trabalho de conclusão de curso, na qual escolhemos o tema sobre contribuições de enfermagem e o autocuidado dos doentes renais crônicos com a fístula arteriovenosa. A temática surgiu a partir de trabalhos voluntários realizados em uma clínica de hemodiálise na capital do Estado de Rondônia, Brasil.

O trabalho voluntário é a realização de qualquer atividade pelo voluntário, livremente, doando seu tempo, com o objetivo de atender as necessidades de outras pessoas, grupos ou organizações, sem retribuição financeira ou material (PEREIRA, 2021). De acordo com Wanzerler *et al.* (2020), a inserção da pesquisa na graduação é a oportunidade de ressignificar a formação do profissional, antes focada apenas na visão assistencial, busca formar profissionais mais completos e dinâmicos, denominados como pesquisador-assistencial ou enfermeiro cientista.

De primeira escolha iniciou-se o projeto com uma revisão da literatura. Após aprofundarmos no assunto foi possível identificar a importância de modificarmos o direcionamento da pesquisa para o método do tipo pesquisa-ação, identificando a problematização através da utilização de um esquema denominado Método do Arco de Charles Maguerez. O Arco de Maguerez é uma metodologia ativa, que inclui a contextualização da realidade a ser discutido e a elaboração de um plano de solução a partir da prática coletiva e tomada de decisão comum entre os discentes, de forma que culmina na construção de estratégias factíveis para a resolução e melhoria da situação ou problema (SOUSA *et al.*, 2021).

Junior *et al.* (2019), destacam que a metodologia do Arco de Maguerez segue cinco passos de forma sequencial: Observação da realidade; Identificação dos Problemas (Pontos chaves); Teorização; Hipóteses de solução (Planejamento) e por último, a Execução da ação.

Na primeira etapa, observação da realidade, possibilitou participação ativas como acadêmicas de enfermagem, percebeu-se empiricamente que os usuários com FAV não realizavam adequadamente as práticas de autocuidado, sendo perceptível a importância de seguir as orientações realizadas pela equipe de enfermagem. Considerando a necessidade de obedecer aos aspectos éticos da pesquisa, o desenvolvimento do projeto ocorreu no período de dois anos sob a orientação da docente pesquisadora.

Para a observação da realidade vivida pelos usuários DCR com fístula arteriovenosa, realizou-se uma entrevista com roteiro semiestruturado, relacionadas ao alcance do primeiro objetivo deste estudo: a investigação do conhecimento de pacientes renais crônicos sobre o autocuidado para a preservação da fístula arteriovenosa.

Gonçalves *et al.* (2020) descrevem os principais cuidados que melhoram a qualidade de vida dos pacientes em hemodiálise como por exemplo: higiene adequada, não realizar atividades que exigem muito esforço, não usar pomadas ou cremes na fístula, não permitir que seja coletado sangue na fístula, não usar garrote para aferir pressão arterial no braço da fístula e não retirar crostas formada pela punção. Além disso, deve ser evitado punções repetidas, observar sinais de inflamação, controlar o peso seco e adotar o hábito diário de exercitar os braços e mãos diariamente.

O trabalho da enfermagem é destacado como primordial pois possui competências e habilidades cognitivas e técnicas que se articulam no ambiente de cuidar com os demais

profissionais da área da saúde de forma multidisciplinar. Seu papel é fundamental na identificação de problemas e complicações que possam prejudicar o funcionamento da FAV e, conseqüentemente, podem afetar o portador de DRC que necessita de sua integridade para a realização da hemodiálise (GONÇALVES *et al.*, 2020).

Nessa perspectiva, Silva *et al.* (2020) ressaltam a complexidade exigida pela equipe de enfermagem sob supervisão do enfermeiro com os pacientes em hemodiálise com FAV, colaborando para resultados clínicos satisfatórios a partir da sua competência técnico-científica e humanística presente no ato de cuidar, proporcionando qualidade, segurança ao paciente e autonomia do enfermeiro (a).

Na sequência, a segunda etapa determinou que as acadêmicas realizassem um levantamento dos pontos – chaves. Os resultados das entrevistas suscitaram questionamentos que conduziram a discussão, contribuindo para a reflexão sobre o tema em questão pelas pesquisadoras. Para a identificação dos pontos - chave, os resultados das entrevistas foram analisados mediante análise de conteúdo.

Na terceira etapa do Arco, a teorização, as acadêmicas buscaram textos que pudessem estimular a reflexões acerca dos pontos chaves, nessa etapa favoreceu o crescimento intelectual das participantes por meio de leituras de artigos científicos sobre os doentes renais crônicos. É importante destacar que nessa etapa prevalece o princípio da autonomia e todas as participantes estudaram o assunto, abordando sobre o autocuidado com a fístula arteriovenosa.

Segundo Silva *et al.* (2021), apesar das implicações físicas e psicossociais de viver com fístula, os pacientes a entendem como uma forma de manter a vida, ou seja, não há vida sem fístula. Nesse sentido, o mundo adquire um novo significado para eles, no qual há um sentimento de gratidão por se manterem vivos, mas também de extrema cautela por medo de perder a fístula que é a fonte da sua existência.

Com base na análise dos resultados da etapa coleta de dados para observação da realidade, identificação dos pontos - chave e teorização e, na perspectiva de promover melhora nas situações problemas encontrados, propomos alternativas viáveis para solucionar os problemas identificados, de maneira crítica e criativa, a partir do confronto entre a teoria e a realidade. Esta é uma fase muito importante, pois é a teorização que permite o embasamento através das evidências científicas como alicerce para hipóteses de solução.

As hipóteses de soluções consistem na penúltima etapa do Arco e nela as pesquisadoras propuseram alternativas viáveis para solucionar o problema. A partir da análise de dados de modo empírico para a melhor compreensão, foram elencadas duas categorias temáticas que ajudaram a metodizar o processo de discussão relacionadas aos sentimentos e dificuldades vivenciados pelos pacientes portadores de FAV e estratégias de autocuidado para a preservação da fístula arteriovenosa. Como produto gerado, propomos a construção de uma ferramenta educativa lúdica direcionada ao autocuidado do paciente

com DRC e a FAV.

De acordo com Silva *et al.* (2021) o enfermeiro, no exercício de suas atividades, pode utilizar tecnologias educativas de saúde, de forma que a utilização da cartilha se mostre uma ferramenta que facilita o processo ensino-aprendizagem, mantendo uma boa aceitação. Souza *et al.* (2020) ressaltam que todos os envolvidos no processo de ensino e aprendizagem devem, em conjunto, pensar e refletir sobre as estratégias adequadas a cada realidade.

A última etapa desenvolvida pelas participantes foi a aplicação da realidade. Esse momento destina-se a prática das discentes na realidade social presente na vida dos doentes renais crônicos na unidade de hemodiálise com apresentação da cartilha e educação em saúde. Essa fase possibilita a realizar a intervenção como o exercitar e manejar situações que favorecem na solução do problema.

A estratégia implementada através das etapas de acordo com o Arco de Maguerez direcionou as acadêmicas a identificação da realidade como ponto de partida para a busca de conhecimento, conscientização e ação transformadora, proporcionando vivências e aprendizados sobre a temática, compreendendo a importância do autocuidado com a fistula arteriovenosa dos DRC. Como limitações, referimos o tempo hábil para validação da cartilha por especialistas considerando os prazos para a defesa e conclusão do curso.

4 | CONCLUSÃO

Concluiu-se que durante a implementação das etapas da pesquisa desenvolvida pelas acadêmicas, que a enfermagem possui papel significativo para a promoção à saúde especialmente no autocuidado dos doentes renais crônicos. Vale ressaltar ainda que, as educações em saúde, por meio da graduação universitária tornam-se marcantes e necessárias não só para os pacientes, mas também para nós, acadêmicas, visto que a fundamentação teórica adquirida o universo acadêmico está sendo aplicada na realidade, possibilitando assim, a troca de saberes.

A educação em saúde proposta por meio do uso da cartilha, relaciona-se a possibilidade do seu uso em qualquer momento, como por exemplo, no domicílio, como guia orientador do autocuidado frente ao surgimento de dúvidas que podem surgir na ausência de um profissional da equipe de saúde. A proposta se propõe ao empoderamento do paciente e colabora com a melhora da qualidade de vida do doente renal crônico, reafirmando assim a potencialização da enfermagem como ciência e cuidado.

REFERÊNCIAS

CARVALHO, RICARDO FURTADO DE et al. **Perfil nosológico dos pacientes acometidos por doença renal crônica acompanhados no serviço ubaense de nefrologia/inaf de ubá, polo microrregional de saúde na zona da mata de minas gerais.** Revista Científica UNIFAGOC | Caderno Saúde | ISSN: 2525-5045 | Volume II | 2020.

FERREIRA, Agata et al. **Importância do tratamento da água no setor de terapia renal.** Cuid Enferm. 14(2):181-187. jul-dez, 2020.

FERREIRA, Flaviane Torres et al. **Ações educativas na atenção primária para prevenção da doença renal crônica.** Brazilian Journal of Health Review, Curitiba, v.4, n.2, p. 6411-6422 mar./apr, 2021.

GONÇALVES, Fábio de Azevedo et al. **Análise do conhecimento sobre o autocuidado com acesso vascular em pacientes hemodialíticos atendidos em um hospital de Belém-Pará.** Braz. J. Hea. Rev., Curitiba, v. 3, n. 4, p. 10331-10348 jul./aug, 2020.

GONÇALVES, Letícia Mattos et al. **Cuidados de enfermagem a clientes com fistula arteriovenosa: uma revisão integrativa da literatura.** R. pesq.: cuid. fundam. online 12: 457-462. jan/dez, 2020.

GUIMARAES, Anuska da Silva Maia; QUEIROZ, Paula Barbosa de. **Determinantes sociais da saúde e adesão do paciente renal crônico em tratamento hemodialítico.** Atenção Primária Forte, v. 2 n. 9, 2021.

JUNIOR, José de Siqueira Amorim. **Prática na comunidade mediada pelo Arco de Maguerez: problematização em uma residência multiprofissional em saúde mental.** Revista Eletrônica Acervo Saúde, n. 35, p. e1456, 8 nov, 2019.

MARINHO, Ana Wanda Guerra Barreto; GALVÃO, Tais Freire; SILVA, Marcus Tolentino. **Prevalência de doença renal crônica autorreferida em adultos na Região Metropolitana de Manaus: estudo transversal de base populacional, 2015.** Epidemiologia e Serviços de Saúde [online]. v. 29, n. 1, 2020.

PEREIRA, Hélio Araújo. **Voluntários no combate à pandemia no Brasil.** Revista de Extensão da UPE, v. 6, número especial, p. 5-12, 2021.

RIBEIRO, Wanderson Alves; ANDRADE, Marilda. **Enfermeiro protagonista na educação em saúde para o autocuidado de pacientes com doenças renal crônica.** Revista Pró-UniverSUS. .,09 (2): 60-65., Jul./Dez2018

ROCHA, Maria Tereza Ferreira Barros; et.al. **O Papel da Enfermagem na Sessão de Hemodiálise.** Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ed. 11, Ano 02, Vol. 04. pp 39-52, Nov, 2017.

SANTOS, Kerolaine Alexsandra Soares dos. **Principais intercorrências durante sessões de hemodiálise em pacientes com comorbidades.** Brazilian Journal of Development, Curitiba, v.7, n.2, p. 14066-14079 feb, 2021.

SCHAEFER, Roberta Ferreira; CANTARINO FERNANDES, Sabrina Cristina. **Hemodiálise: Análise Das Taxas De Infecção Relacionadas Aos Acessos**. Revista Científica de Enfermagem-RECIEN, v. 11, n. 33, 2021.

SILVA, Dejanilton Melo da et al . **O corpo marcado pela fístula arteriovenosa: um olhar fenomenológico**. Rev. Bras. Enferm., Brasília , v. 71, n. 6, p. 2869-2875, Dec, 2018.

SILVA, Rodrigo Santos da; TORRES, Shirley Sayonara Bezerra de Melo; LIMA, Angélica de Godoy Torres. **Assistência de enfermagem na manutenção do acesso vascular arteriovenoso de pacientes renais crônicos em hemodiálise: uma revisão narrativa**. Revista Eletrônica Acervo Saúde, n. 44, p. e2956, 19 mar, 2020.

SOUSA, Jonatan Deyson do Nascimento de. **Efetividade do Arco de Maguerez no ensino de enfermagem sobre cateterismo vesical: estudo quase-experimental**. Rev Gaúcha Enferm. 2021;42:e20200105, 2021.

CAPÍTULO 21

TECNOLOGIAS DE CUIDADO UTILIZADAS POR ENFERMEIROS OBSTETRAS NA ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO

Data de aceite: 01/07/2021

Data de submissão: 21/03/2021

Orácio Carvalho Ribeiro Junior

Professor Auxiliar I da Universidade do Estado do Pará (UEPA)
Altamira-PA
<http://lattes.cnpq.br/0046295261211278>

Tayane Moura Martins

Enfermeira do Distrito Sanitário Especial Indígena de Altamira
Altamira-PA
<http://lattes.cnpq.br/8513740313686731>

Rosane Silva dos Santos

Professora da Universidade do Estado do Pará (UEPA)
Altamira-PA
<http://lattes.cnpq.br/6287741366815448>

Janete de Oliveira Briana

Professora da Universidade do Estado do Pará (UEPA)
Altamira-PA
<http://lattes.cnpq.br/8299075383383611>

Aline Verçosa de Figueiredo

Professora da Universidade do Estado do Pará (UEPA)
Altamira-PA
<http://lattes.cnpq.br/0180353949031044>

William Cardoso da Cunha

Enfermeiro Obstetra do Hospital Geral de Altamira
Altamira-PA
<http://lattes.cnpq.br/5432151444467697>

Patrícia Resende Barbosa

Enfermeira do Distrito Sanitário Especial Indígena de Altamira
Altamira-PA
<http://lattes.cnpq.br/6209492703139711>

Higor Barbosa da Silva

Enfermeiro do Distrito Sanitário Especial Indígena de Altamira
Altamira-PA
<http://lattes.cnpq.br/9913957095273315>

Natália Miranda Monteiro

Enfermeira pela Universidade do Estado do Pará
Santarém-PA
<http://lattes.cnpq.br/1194957682551748>

Josephine Muelas

Enfermeira Obstetra pelo Centro Universitário do Norte (UNINORTE)
Manaus-AM
<http://lattes.cnpq.br/1192393774878058>

Fabrcio Miranda de Souza

Enfermeiro Obstetra pelo Centro Universitário do Norte (UNINORTE)
Manaus-AM
<http://lattes.cnpq.br/9346245984000642>

Marcos Rafael Campos Lopes

Enfermeiro pelo Centro Universitário do Norte (UNINORTE)
Manaus-AM
<http://lattes.cnpq.br/6860625910245332>

Antônio Victor Souza Cordeiro

Discente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário do Norte (UNINORTE)
Manaus-AM
<http://lattes.cnpq.br/8816938468187690>

Rodolfo Martins Magalhães Neto

Enfermeiro pelo Centro Universitário do Norte (UNINORTE)
Manaus-AM
<http://lattes.cnpq.br/5809971806803097>

Eliane Magalhães Farias

Enfermeira pelo Centro Universitário do Norte (UNINORTE)
Manaus-AM
<http://lattes.cnpq.br/1995913643028323>

Murilo Henrique Nascimento Araújo

Discente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário do Norte (UNINORTE)
Manaus-AM
<http://lattes.cnpq.br/9163112879039416>

Michele Lima Albuquerque dos Santos

Centro Universitário do Norte (UNINORTE)
Manaus-AM
<http://lattes.cnpq.br/0242784166130545>

Tatiane Silva de Araújo

Universidade Federal do Amazonas (UFAM)
Manaus-AM
<http://lattes.cnpq.br/2313899982722070>

Suzana Maria da Silva Ferreira

Universidade Federal de Roraima (UFRR)
Boa Vista-RR
<http://lattes.cnpq.br/2566956034165695>

RESUMO: **Objetivo:** analisar as principais tecnologias de cuidados utilizados por enfermeiros obstetras na atenção ao parto e nascimento. **Método:** revisão integrativa da literatura com busca por artigos disponíveis nas bases de dados SCIELO, LILACS e MEDLINE no período de janeiro de 2009 a janeiro de 2019. **Resultados:** através de 11 artigos analisados foi possível identificar os exercícios respiratórios, banho morno de aspersão, movimentos pélvicos, massagem, livre posição de parir, banqueta meia lua, cavalinho, contato pele a pele da mãe com o bebê, deambulação, aromaterapia, escalda pés, rebozo, musicoterapia, a presença do acompanhante, e o clampeamento oportuno do cordão umbilical, como as principais tecnologias de cuidado utilizadas no parto e nascimento por enfermeiros obstetras. **Conclusão:** a partir do estudo realizado foi possível caracterizar as principais tecnologias de cuidado utilizadas pelos enfermeiros obstetras na atenção ao parto e nascimento, assim como a necessidade de implementação de práticas educativas com as mulheres sobre estas tecnologias de cuidado e disseminação das mesmas na formação dos enfermeiros obstetras. **PALAVRAS - CHAVE:** Enfermagem Obstétrica, Parto Humanizado, Tecnologia.

CARE TECHNOLOGIES USED BY OBSTETRIC NURSES IN LABOR AND BIRTH CARE

ABSTRACT: **Aim:** to analyze the main care technologies used by obstetric nurses in labor and birth care. **Method:** integrative literature review with search for articles available in SCIELO, LILACS and MEDLINE databases in the period from January 2009 to January 2019. **Results:** through 11 analyzed articles, it was possible to identify the breathing exercises, warm sprinkling bath, pelvic movements, massage, free birthing position, half-moon stool, skin-to-skin contact between mother and baby, ambulation, aromatherapy, foot scalding, rebozo, music therapy, the presence of a companion, and timely clamping of the umbilical cord, as the main care technologies used in labor and birth by obstetric nurses. **Conclusion:** based on the study, it was possible to characterize the main care technologies used by obstetric nurses in labor and birth care, as well as the need to implement educational practices with women about these care technologies and disseminate them in the training of obstetric nurses. **KEYWORDS:** Obstetric Nursing, Humanizing Delivery, Technology.

1 | INTRODUÇÃO

O parto e nascimento são eventos que vêm sofrendo diversas mudanças no decorrer dos anos, onde os mesmos fazem parte de um processo fisiológico que envolve diversos fatores, no entanto, devido ao crescente número de intervenções sobre os eventos fisiológicos, este processo perdeu sua essência, deixando de ser algo natural, para ter foco em um modelo institucionalizado, mecânico e intervencionista, onde a mulher e seus direitos acabaram sendo esquecidos (LEAL *et al.*, 2014; HANUM *et al.*, 2017).

Atualmente a assistência ao parto e nascimento ainda é marcada por práticas desnecessárias, com baixo percentual de uso do partograma no acompanhamento do trabalho de parto, com prevalência de altas taxas de cesarianas e desrespeito a vontade da parturiente, tendo como consequências desfechos maternos e neonatais desfavoráveis (LEAL *et al.*, 2014; LUCENA; MORAIS; SANTOS, 2019). A Organização Mundial de Saúde (OMS), em razão do uso descontrolado e de rotina de técnicas intervencionistas como episiotomia, amniotomia, enema, tricotomia, manobra de Kristeller e dentre outras, que são comprovadas como maléficas e desnecessárias, propôs mudanças na assistência prestada onde tais intervenções só podem ser usadas em casos de necessidade comprovada, sendo algumas destas abolidas e consideradas como violência obstétrica (BRASIL, 2017; RODRIGUES *et al.*, 2017; JARDIM; MODENA, 2018; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Neste contexto, é notória a necessidade de repensar o cuidado que vem sendo oferecido às gestantes, de forma a refletir e a trazer para as discussões o modelo de atenção hoje oferecido, bem como, a evolução ocorrida no que tange às tecnologias de cuidado atualmente existentes no processo parto e nascimento, que trazem a centralidade e o protagonismo da usuária e suas redes de afeto. O empoderamento da mulher neste contexto, possibilita que a mesma seja dotada de autonomia e liberdade, o que visa que a

mesma seja capaz de avaliar e tomar decisões, do que é benéfico e de qualidade para si (ALVARES *et al.*, 2018).

Diante das técnicas intervencionistas e institucionalizadas ao longo de décadas, o modelo humanizado ainda encontra forte resistência em sua operacionalização e capilarização. Em face deste cenário, a enfermagem obstétrica tem se destacado pelos seus esforços de se fazer implementar o modelo de cuidado humanizado às parturientes, com condutas individualizadas, respeitando a fisiologia de cada uma, com o objetivo de trazer bem-estar e conforto no processo parturitivo (SILVA; COSTA; PEREIRA, 2011; ALVARES *et al.*, 2018).

Segundo Silva, Costa, Pereira *et al.* (2011) os cuidados que vem sendo empregados pela enfermagem obstétrica são fundamentados na visão que, os processos que envolvem o parto e nascimento são eventos naturais, onde as técnicas empregadas nesse processo devem ocorrer de forma a trazer benefícios, acolhimento, conforto e bem-estar, com o intuito de reduzir os riscos das técnicas intervencionista invasivas, respeitando assim a autonomia da mulher neste contexto de sua vida reprodutiva. Estas ações constituem as denominadas tecnologias de cuidado.

As tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem podem ser categorizadas em três dimensões: as tecnologias duras que dizem respeito aos equipamentos tecnológicos, máquinas, e protocolos delineados e utilizados nas instituições de saúde; as tecnologias leve-duras são os mais diversos campos de saberes bem estruturados, como a clínica médica, a clínica psicanalítica e a epidemiologia, que concorrem para o desenvolvimento do processo de trabalho; as tecnologias leves dizem respeito as relações estabelecidas entre os profissionais para com os usuários e envolvem o acolhimento, o estabelecimento de vínculo, autonomia, gestão, como possibilidade de se fazer o processo de trabalho (SALVADOR *et al.*, 2012) É possível perceber o conceito de tecnologias de cuidado envolve os elementos que juntos vão compor as competências profissionais que serão utilizadas dentro de determinado contexto e tempo para produzir a satisfação das necessidades básicas de cada indivíduo (TAKEMOTO; CORSO, 2013).

Afunilando estes conceitos para o modelo de cuidado da enfermagem obstétrica, temos as chamadas Tecnologias Não Invasivas de Cuidado de Enfermagem Obstétrica (TNICEO) que consistem em competências que se estruturam na formação destes profissionais e que são construídas por este para que possam utilizar no cotidiano de trabalho junto às mulheres para que estas possam ressignificar a experiência acerca do parto e nascimento. Em outros termos, as TNICEO são a base para um novo paradigma na assistência ao parto e nascimento, onde os enfermeiros buscam estabelecer vínculo com as mulheres, respeitando sua autonomia e protagonismo e se colocando como aquele que está ao lado, como agente secundário para que os desfechos possam acontecer de forma fisiológica e segura (VARGENS; PROGIANTI; SILVEIRA, 2008; VARGENS; SILVA; PROGIANTI, 2013; VARGENS; SILVA; PROGIANTI, 2017).

Assim torna-se relevante aprofundar o conhecimento sobre quais são essas tecnologias que os enfermeiros obstetras vêm empregando no processo parto e nascimento, suas características de efetividade e perfil de uso por estes profissionais. Isto permitirá traçar um perfil das principais TNICEO empregadas no cuidado da enfermagem obstétrica. Assim surge a seguinte pergunta de pesquisa: Quais as principais tecnologias de cuidados utilizados pelos enfermeiros obstetras na atenção ao parto e nascimento?

Neste contexto, este estudo tem por objetivo analisar as principais tecnologias de cuidados utilizados pelos enfermeiros obstetras na atenção ao parto e nascimento.

2 | MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo revisão integrativa da literatura, conduzida pelos autores a partir de buscas independentes na literatura por estudos cujo escopo análise foram a implementação das tecnologias de cuidado utilizadas pelos enfermeiros obstetras na atenção ao parto e nascimento. Esta revisão foi produzida a partir de seis fases interdependentes, conforme preconiza a literatura de base sobre este tipo de estudo (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010; TEIXEIRA *et al.*, 2013).

Na 1ª fase: elaboração da pergunta norteadora: a partir de leituras preliminares sobre a temática, verificando-se a necessidade de compilar os conhecimentos acerca das TNICEO, obteve a seguinte pergunta norteadora: Quais as principais tecnologias de cuidados utilizadas pelos enfermeiros obstetras na atenção ao parto e nascimento?

Posteriormente na 2ª fase: busca ou amostragem na literatura, foram realizadas pesquisas por dois autores de forma independente, tendo como interface a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), afim de encontrar os artigos afetos ao objetivo, presentes em periódicos indexados nas seguintes bases de dados: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), MEDLINE (Literatura Internacional em Ciência da Saúde) e SCIELO (Scientific Electronic Library Online).

Foram utilizados os seguintes descritores: “Enfermagem Obstétrica”, “Parto”, “Parto Humanizado”, “Obstetrícia”, “Enfermagem”, “Nascimento”, “Tecnologias”. Todos disponíveis nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Na base de dados SCIELO foi feito a busca a partir dos seguintes cruzamentos: (Enfermagem Obstétrica AND Parto), (Enfermagem Obstétrica AND Parto Humanizado), (Tecnologia AND Enfermagem Obstétrica). Já na base LILACS os cruzamentos foram os seguintes: (Enfermagem Obstétrica AND Parto), (Enfermagem Obstétrica AND Parto Humanizado), (Tecnologia AND Enfermagem Obstétrica). Por fim na base MEDLINE os cruzamentos foram: (Enfermagem Obstétrica AND Parto), (Enfermagem Obstétrica AND Parto Humanizado), (Tecnologia AND Enfermagem Obstétrica).

Através das buscas foram feitas as filtragens dos artigos, sendo a seleção inicial dos estudos realizada por meio de aplicação de critérios de inclusão, a partir dos quais foram

selecionados os artigos que estavam em texto completo, em idioma português, inglês e espanhol, que compreendiam o período proposto de janeiro de 2009 a janeiro de 2019 e que atendessem os objetivos da revisão. Os critérios de exclusão foram: monografia, teses, dissertações, relatos de experiências e artigos repetidos nas bases de dados.

Já na 3ª fase: coleta de dados, obtive os requisitos básicos, conforme análise dos artigos para se extrair as informações necessárias à construção do texto compilado, verificando quais as principais tecnologias utilizadas pelos enfermeiros obstetras na atenção ao parto e nascimento. Fez-se então um quadro que organizou cada artigo selecionado contendo: base, revista, título, autores, objetivo, metodologia e ano, afim de facilitar o entendimento e organização dos mesmos.

Na 4ª fase: análise crítica dos estudos incluídos, considerando os estudos selecionados, verificou-se a adequação aos objetivos propostos por meio de leitura fluante e aprofundada, a fim de extrair as informações do desfecho já concebido na pergunta norteadora e no objetivo.

Na sequência, compreendendo a 5ª fase: discussão dos resultados: houve a verificação das principais tecnologias utilizadas pelos enfermeiros obstetras na atenção ao parto e nascimento, comparando os aspectos metodológicos utilizados pelos diferentes autores para a concepção de seus estudos, agrupando as convergências de cada estudo e dissertando também sobre as divergências.

Por fim, na 6ª fase: apresentação da revisão: os dados foram expostos de forma qualitativa, através da dissertação em texto de categoria única, sobre as principais tecnologias de cuidado utilizadas pelos enfermeiros obstetras na atenção ao parto e nascimento. Utilizou-se ainda, o quadro síntese e fluxograma de apresentação dos estudos selecionados, como ferramentas para melhor apresentar os dados. Por tratar-se de uma revisão, não foi necessário a submissão do estudo a um Comitê de Ética em Pesquisa, entretanto, a construção textual foi feita seguindo as normas de citação, afim de preservar os direitos autorais das obras consultadas.

3 | RESULTADOS

Nesta pesquisa os resultados obtidos desde a busca inicial, foram num total de 164 artigos nas bases: Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e MEDLINE – Literatura Internacional em Ciências da Saúde, anos publicados posterior à 2009, que conforme os critérios de inclusão e exclusão e leituras minuciosas para a seleção, obtive como amostra final 11 artigos, conforme evidenciado na figura 1.

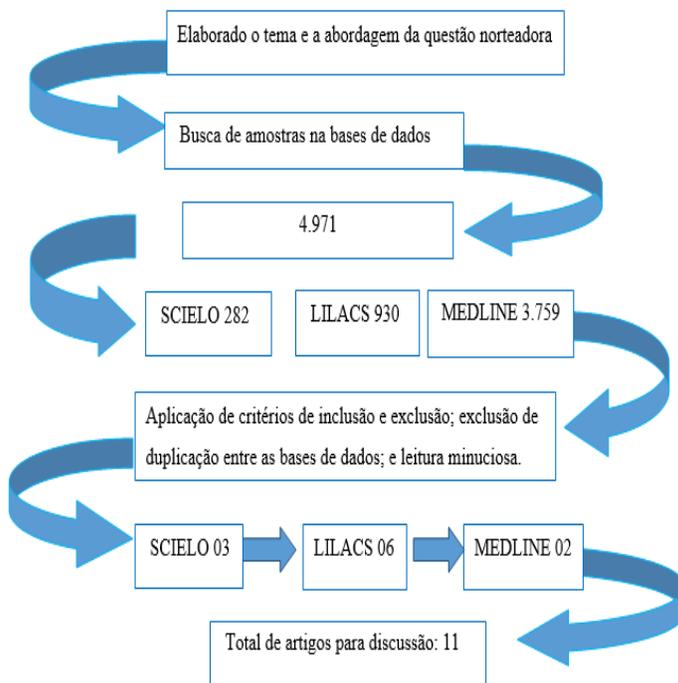


Figura 1: Fluxograma de seleção dos artigos para a composição da revisão integrativa.

Fonte: Autores

Todos os artigos que foram selecionados têm como interesse buscar quais as principais tecnologias utilizadas pelos enfermeiros obstetras na atenção ao parto e nascimento. A partir da análise geral dos estudos selecionados foi possível perceber que dos 11 artigos, 06 foram indexados na base LILACS, 03 na base SCIELO, 02 na base MEDLINE, por outro lado observa-se que a maioria das publicações constam de fato nas revistas de enfermagem consolidando então o papel da profissão no que diz respeito ao desenvolvimento de conhecimento de técnicas sobre a referida temática, além disso quando se faz-se a análise temporal observa-se ainda que os estudos tem um caráter relativamente recente na literatura evidenciando que a maioria compreende dos anos de 2009 a 2019. Essas e outras informações podem ser verificadas no quadro 1.

Nº	Base	Revista	Titulo	Autor (es)	Objetivo	Metodologia		Ano
						Tipo de estudo	Abordagem	
1	SCIELO	Escola Anna Nery.	Tecnologias não invasivas de cuidado no parto realizadas por enfermeiras: a percepção de mulheres	Nascimento NM, et al.	Identificar as atitudes e práticas de enfermeiras obstétricas e discutir seus efeitos durante o trabalho de parto na percepção de mulheres, atendidas em uma casa de parto	Descritivo	Qualitativa	2010
2	LILACS	Rev.Cogitare Enfermagem	Cuidados de enfermagem obstétrica no parto normal	Silva TF, Costa GAB, Pereira ALF.	Descrever os cuidados de Enfermagem Obstétrica aos partos normais e identificar as tecnologias de cuidado utilizadas pelos enfermeiros no trabalho de parto e parto.	Descritivo	Quantitativa	2011
3	LILACS	Rev. Rene	Cuidado no parto e nascimento: percepção de puérperas	Rocha FAA, et al.	Descrever o cuidado oferecido à mulher durante o trabalho de parto e parto na percepção de puérperas.	Exploratório	Qualitativa	2015
4	LILACS	Rev. Brasileira de Enfermagem- REBEn	Cuidados humanizados: a inserção de enfermeiras obstétricas em um hospital de ensino	Medeiros RMK, et al.	Analisar a assistência prestada em uma unidade de Pré-parto/Parto/ Pós-parto (PPP) de um hospital de ensino após a inserção de enfermeiras obstétricas.	Transversal	Quantitativa	2016
5	LILACS	Rev. de Enfermagem UFPE On Line- REUOL	Estratégias não farmacológicas para o alívio da dor no trabalho de parto: efetividade sob a ótica da parturiente	Hanum SP, et al.	Identificar métodos não farmacológicos empregados para o alívio da dor durante o trabalho de parto, bem como sua eficácia segundo a percepção de puérperas	Descritivo, Transversal	Quantitativa	2017

6	LILACS	Rev. de Enfermagem Uerj	Boas Práticas na atenção obstétrica e sua interface com a humanização da assistência.	Andrade LFB, Rodrigues QP, Silva RCV	Caracterizar os partos assistidos por enfermeira obstétrica quanto aos métodos não farmacológicos de alívio da dor no processo de parturição.	Descritivo	Quantitativa	2017
7	LILACS	Rev. de Enfermagem UFPE On Line- REUOL	Manejo não farmacológico de alívio da dor em partos assistidos por enfermeira obstétrica.	Lehuteur D, Strapasson MR, Fronza E	Caracterizar os partos assistidos por enfermeira obstétrica quanto aos métodos não farmacológicos de alívio da dor no processo de parturição.	Descritivo, Transversal	Quantitativa	2017
8	SCIELO	Rev. Brasileira de Enfermagem- REBEn	Práticas humanizadas da enfermeira obstétrica: Contribuições no bem- estar materno	Alvares AS, et al.	Analisar a pratica de EO atuantes em uma unidade de pré-parto/parto/pós-parto (PPP) de um hospital universitário do Estado do Mato Grosso e o bem-estar materno resultante da assistência nesse cenário.	Transversal, Descritivo	Quantitativa	2018
9	MEDLINE	Rev. de Enfermagem UFPE On Line- REUOL	Tecnologias não invasivas de cuidado: percepção das puérperas	Ribeiro IAP, et al.	Analisar a satisfação de puérperas acerca das tecnologias não invasivas de cuidados a elas prestados.	Descritivo, Exploratório	Qualitativa	2018
10	SCIELO	Cogitare Enfermagem	Tecnologias do cuidado na enfermagem obstétrica: contribuição para o parto e nascimento	Duarte MR, Alves VH, Rodrigues DP, Souza KV, Pereira AV, Pimentel MM et al.	Identificar as tecnologias do cuidado utilizadas por enfermeiras obstétricas em um Centro de Parto Normal.	Descritivo	Qualitativa	2019

11	MEDLINE	Rev. Online: Cuidado é Fundamental.	Análise do preenchimento do partograma como boa prática obstétrica na monitorização do trabalho de parto.	Lucena TS, Santos AAP, Morais RJL	Analisar o preenchimento do partograma realizado por profissionais que prestam assistência ao trabalho de parto em um hospital escola referência materno infantil do Vale do São Francisco.	Descritivo documental, Retrospectivo, Transversal	Quantitativa	2019
----	---------	-------------------------------------	---	-----------------------------------	---	---	--------------	------

Quadro 1: Caracterização dos estudos a partir dos seguintes tópicos: Base, Revista, Título, Autor (es), Objetivo, Metodologia e Ano.

Fonte: autores.

4 | DISCUSSÃO

Segundo Rocha *et al.*, (2015) e Duarte (2019) as tecnologias empregadas, aliadas com a interação entre o enfermeiro obstetra e a parturiente contribuem para um parto e nascimento saudável. As técnicas utilizadas para diminuição da dor como, banho de aspersão, bola suíça, banqueta, aromaterapia, cavalinho, deambulação, mudança de decúbito e massagens, liberdade de movimento, foram relatadas como tecnologias que minimizaram a dor, e promoveram relaxamento. Ficou evidenciado também que a atuação dos enfermeiros obstetras através das tecnologias de cuidados como os métodos não farmacológicos para o alívio da dor, a presença do acompanhante, o ambiente acolhedor, o clampeamento oportuno do cordão umbilical e a ausência do uso de técnicas invasivas como a episiotomia, contribuem para um parto humanizado, onde a mulher tem total liberdade nas suas escolhas sendo está o centro do cuidado.

Estudo realizado por Nascimento *et al.*, (2010) em uma casa de parto do Rio de Janeiro, com o objetivo de identificar as tecnologias não invasivas de cuidado realizados durante o trabalho de parto pelo enfermeiro obstetra, evidenciou o impacto de três TNICEO: abordagem carinhosa, livre movimentação corporal e estímulo à presença do acompanhante. Estas tecnologias geraram percepções de acolhimento, segurança, protagonismo entre as mulheres atendidas.

Outro estudo realizado por Hanum *et al.* (2017) em uma maternidade pública de Goiás identificou-se, a partir da percepção de puérperas, que as principais tecnologias de cuidado utilizadas na assistência ao parto e nascimento foram o banho morno 53,4%, exercícios respiratórios 20,2%, a massagem lombossacral, 16,6%, bola suíça 4,8%, cavalinho 2,4% e movimento de balanço do quadril 2,4%. Além disso, algumas TNICEO, como o banho morno e o estímulo à presença do acompanhante foram descritas como sendo as mais satisfatórias entre as puérperas.

Segundo Silva, Costa e Pereira *et al.* (2011), a partir de um estudo realizado com

informações de partos normais assistidos por enfermeiros obstétricos em uma maternidade pública do Rio de Janeiro, as principais TNICEO empregadas foram: exercícios respiratórios 77,8%, movimentos pélvicos 39,5%, banho morno de aspensão 20,4%, decúbito lateral 18,9% e, representando 5%, outros cuidados como deambulação, agachamento, banquinho meia lua e bola bobath. Ressalta-se que 83,2% parturientes atendidas que não foram submetidas à episiotomia. Por outro lado, o estudo mostrou que 51,3% das parturientes receberam infusão de ocitocina, mostrando que. Apesar do uso das TNICEO ainda persistem algumas técnicas e procedimentos não afetos às políticas que concorrem para a humanização do parto e nascimento.

Em estudo desenvolvido em um hospital público de Porto Alegre que analisou 232 prontuários de parturientes que tiveram parto vaginal e foram assistidos por enfermeiro obstetras, a grande maioria utilizou algum tipo de TNICEO, tendo se destacado os seguintes: deambulação 79,2%, banho 73,1%, massagem 60,0%, variedade de posição 58,8%, aromaterapia 46,9%, bola suíça 42,0%, rebozo 12,7%, escalda-pés 2,4% e musicoterapia 2%. Segundo os autores, a implementação destas tecnologias permite a adequação do cuidado à mulher, à medida em que a torna protagonista no processo e faz com que os desfechos maternos e neonatais possam ser os melhores possíveis (LEHUGEUR; STRAPASSON; FRONZA, 2017),

Outras TNICEO empregadas em contextos assistenciais descritas, foram: livre escolha do companheiro, utilizaram métodos de alívios da dor, livre escolha de posição durante o parto, utilização de bola suíça, banho morno de aspensão, massagem, deambulação precoce, escalda pés, agachamento, posição verticalizada no período expulsivo, clameamento oportuno do cordão umbilical, contato pele a pele imediato com o bebê, amamentação na primeira hora de vida e estímulo à presença do acompanhante (MEDEIROS *et al.*, 2016; ANDRADE; RODRIGUES; SILVA, 2017; RIBEIRO *et al.*, 2018).

Em estudo realizado por Lucena, Santos e Morais *et al.*, (2019) em uma maternidade do nordeste, foi demonstrado como TNICEO o preenchimento correto do partograma, uma vez que este pode contribuir para uma avaliação fidedigna da evolução do trabalho de parto e da assistência prestada, diminuindo assim o uso de práticas invasivas desnecessárias, porém ficou evidenciado através deste estudo que sua utilização ainda é de baixa adesão, onde o autor destaca que se faz necessário a sensibilização dos profissionais que utilizam o partograma quanto a sua importância.

Para além das TNICEO já elencadas, que também foram demonstradas no estudo realizado por Alvares *et al.* (2018), houve percepção positiva das puérperas em relação ao exame tocológico, onde somente 2% das pacientes relataram desconforto quando toque foi realizado pelo enfermeiro obstetra, enquanto que esse percentual chegou a 16,7% quando o exame foi realizado pelo médico assistente. Uma informação importante obtida neste estudo foi o fato de que maioria das mulheres não eram conhecedoras das TNICEO, fato que é tido pelos autores como desafio no processo de empoderamento das mesmas.

51 CONCLUSÃO

A partir do estudo realizado foi possível caracterizar as principais tecnologias de cuidado utilizadas pelos enfermeiros obstetras na atenção ao parto e nascimento que variam de acordo com os diferentes contextos de atenção, porém, podem ser consideradas tecnologias seguras e baseadas em evidências. Destaca o fato de um estudo ter mostrando o quão estas usuárias têm fragilidades no sentido de conhecer seus direitos, fato que torna a difusão de um modelo de cuidado baseado nas TNICEO ainda mais desafiador, necessitando de projetos educativos que possam suprir essa necessidade de conhecimentos.

REFERÊNCIAS

ALVARES, Aline Spanevello *et al.* **Humanized practices of obstetric nurses: contributions in maternal welfare.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 71, n. 6, p. 2620-2627, 2018.

ANDRADE, Larisse Ferreira Benevides de; RODRIGUES, Quessia Paz; SILVA, Rita de Cássia Vellozo da. **Boas Práticas na atenção obstétrica e sua interface com a humanização da assistência.** Revista Enfermagem UERJ, v. 25, p. 1-7, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal:** versão resumida. Brasília, DF, 2017.

DUARTE, Micheliana Rodrigues *et al.* **Tecnologias do cuidado na enfermagem obstétrica: contribuição para o parto e nascimento.** Cogitare Enfermagem, v. 24, p. 1-11, 2019.

HANUM, Samira dos Passos *et al.* **Estratégias não farmacológicas para o alívio da dor no trabalho de parto: efetividade sob a ótica da parturiente.** Revista de Enfermagem UFPE on line, v. 11, n. 8, p. 3303-3309, 2017.

JARDIM, Danúbia Mariane Barbosa; MODENA, Celina Maria. **Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 26, p. 1-12, 2018.

LEAL, Maria do Carmo *et al.* **Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual.** Cadernos de Saúde Pública, v. 30, n. 1, p. S17-S32, 2014.

LEHUGEUR, Danielle; STRAPASSON, Márcia Rejane; FRONZA, Edegar. Manejo não farmacológico de alívio da dor em partos assistidos por enfermeira obstétrica. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 11, n. 12, p. 4929-4937, 2017.

LUCENA, Tâmara Silva de; MORAIS, Ramon José Leal de; SANTOS, Amuzza Aylla Pereira dos. **Análise do preenchimento do partograma como boa prática obstétrica na monitorização do trabalho de parto.** Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, v. 11, n. 1, p. 222-227, 2019.

LUCENA, Tâmara Silva de; SANTOS, Amuzza Aylla Pereira dos; MORAIS, Ramon José Leal de. **Análise do pré-início do partograma como prática obstétrica no acompanhamento do trabalho de parto.** Rev. Pesqui. Cuidar. Fundam, v. 11, n. 1, p. 222-227, 2019.

- MEDEIROS, Renata Marien Knupp *et al.* **Cuidados humanizados: a inserção de enfermeiras obstétricas em um hospital de ensino.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 69, n. 6, p. 1091-1098, 2016.
- NASCIMENTO, Natália Magalhães do *et al.* **Tecnologias não invasivas de cuidado no parto realizadas por enfermeiras: a percepção de mulheres.** Escola Anna Nery, v. 14, n. 3, p. 456-461, 2010.
- RIBEIRO, Italo Arao Pereira *et al.* **Tecnologias não invasivas de cuidado: percepção das puérperas.** Revista de Enfermagem UFPE, v. 12, n. 8, p. 2129-2136, 2018.
- ROCHA, Francisca Alanny Araújo *et al.* **Care during labor and birth: mothers: perception.** Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, v. 16, n. 6, p. 782-789, 2015.
- RODRIGUES, Francisca Alice Cunha *et al.* **Violência obstétrica no processo de parturição em maternidades vinculadas à Rede Cegonha.** Reprodução & Climatério, v. 32, n. 2, p. 78-84, 2017.
- SALVADOR, Pétala Tuani Cândido de Oliveira *et al.* **Tecnologia e inovação para o cuidado em enfermagem.** Revista Enfermagem UERJ, v. 20, n. 1, p. 111-117, 2012.
- SILVA, Taís Folgosa da; COSTA, Guilherme Augusto Barcello; PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo. **Cuidados de enfermagem obstétrica no parto normal.** Cogitare Enfermagem, v. 16, n. 1, p. 82-87, 2011.
- SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. **Integrative review: what is it? how to do it?.** Einstein (São Paulo), v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.
- TAKEMOTO, Angélica Yukari; CORSO, Marjorie Rabel. **Parto humanizado e a assistência de enfermagem: uma revisão da literatura.** Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR, v. 17, n. 2, p. 117-127, 2013.
- TEIXEIRA, Elizabeth *et al.* **Integrative literature review step-by-step & convergences with other methods of review.** Revista de Enfermagem da UFPI, v. 2, n. 5, p.3-7, 2014.
- VARGENS, Octavio Muniz da Costa; PROGIANTI, Jane Márcia; SILVEIRA, Anna Carolina Ferreira da. **O significado de desmedicalização da assistência ao parto no hospital: análise da concepção de enfermeiras obstétricas.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 42, n. 2, p. 339-346, 2008.
- VARGENS, Octavio Muniz da Costa; SILVA, Alexandra Celento Vasconcellos da; PROGIANTI, Jane Márcia. **The contribution of nurse midwives to consolidating humanized childbirth in maternity hospitals in Rio de Janeiro-Brazil.** Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem, v. 21, n. 1, p. 1-8, 2017.
- VARGENS, Octavio Muniz da Costa; SILVA, Alexandra Celento Vasconcellos; PROGIANTI, Jane Márcia. **Non-invasive nursing technologies for pain relief during childbirth—The Brazilian nurse midwives' view.** Midwifery, v. 29, n. 11, p. 99-106, 2013.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience.** Geneva, 2018.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTES EM DIÁLISE PERITONEAL: UM CUIDADO ESSENCIAL

Data de aceite: 01/07/2021

Data de submissão: 30/05/2021

Tábata de Cavatá Souza

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Porto Alegre – Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0000-0002-7758-218X>

Angélica Kreling

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Porto Alegre – Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0000-0002-0263-8281>

Lisiane Nunes Aldabe

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Porto Alegre – Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0000-0001-9674-4634>

Aline dos Santos Duarte

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Porto Alegre – Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0000-0002-5357-1179>

culturais aos pacientes e familiares, oferecendo-lhes um maior conhecimento sobre o assunto. Objetiva-se conhecer a atuação do enfermeiro frente aos cuidados a pacientes em diálise peritoneal. Trata-se de uma revisão integrativa com sete artigos selecionados nas bases de dados LILACS e PubMed entre o período de 2011 e 2021. Após a leitura, análise e interpretação dos dados, as publicações evidenciaram diferentes desafios enfrentados pelo enfermeiro no cuidado ao paciente em diálise peritoneal, sendo sua atuação na orientação sobre a doença e tratamento. O cuidado de enfermagem deve ser embasado na reflexão sobre as atitudes a serem tomadas frente a estes pacientes, inserindo-os em práticas humanizadas e visando transformar a atuação dos enfermeiros em essencial a esse cuidado.

PALAVRAS- CHAVE: Cuidados de Enfermagem. Diálise Peritoneal. Adulto.

NURSING CARE FOR PATIENTS ON PERITONEAL DIALYSIS: AN ESSENTIAL CARE

ABSTRACT: Chronic kidney disease is considered a serious public health problem worldwide, with the prospect of a significant increase in the number of patients treated with different dialysis therapies. In Brazil, prevalence rates have progressively increased in all regions, which has a major impact on public health and the quality of life of patients. Thus, it is necessary for nurses to be present in multidisciplinary actions related to patients using peritoneal dialysis, encompassing educational, technical and cultural proposals to patients and families,

RESUMO: A doença renal crônica é considerada um sério problema de saúde pública mundial, com perspectiva de aumento expressivo no número de pacientes tratados com diferentes terapias dialíticas. No Brasil, as taxas de prevalência aumentaram progressivamente em todas as regiões, o que causa grande impacto na saúde pública e na qualidade de vida dos pacientes. Dessa maneira, faz-se necessário a presença do enfermeiro em ações multidisciplinares ligadas a pacientes em uso de diálise peritoneal, englobando propostas educativas, técnicas e

offering them greater knowledge on the subject. The objective is to know the role of nurses in the care of patients on peritoneal dialysis. It is an integrative review with seven articles selected in the LILACS and PubMed databases between the period 2011 and 2021. After reading, analyzing and interpreting the data, the publications showed different challenges faced by nurses in the care of patients on dialysis peritoneal, and its role in providing guidance on the disease and treatment. Nursing care must be based on reflecting on the attitudes to be taken towards these patients, inserting them into humanized practices and aiming to transform nurses' performance into essential to this care.

KEYWORDS: Nursing Care. Peritoneal Dialysis. Adult.

1 | INTRODUÇÃO

A insuficiência renal crônica (IRC) é considerada quando os rins apresentam uma deficiência na sua função, não conseguindo remover líquidos e produtos residuais urêmicos do organismo, dificultando a homeostasia do mesmo. Quando a depuração de creatinina cai abaixo de 10 mL/min, há a necessidade de um método eficaz que substitua a função renal. É caracterizada pela redução progressiva e irreversível da função renal, podendo ser manifestada por alterações na frequência e volume urinários, edema, hipertensão arterial, fraqueza, fadiga, anorexia, náuseas, vômitos, insônia, câibras, prurido, palidez cutânea, confusão, sonolência e coma (SOUSA *et al.*, 2019).

Os principais métodos de terapia renal substitutiva são a hemodiálise e algumas formas de diálise peritoneal – a intermitente, a ambulatorial contínua e a automática (LI *et al.*, 2014). A diálise peritoneal (DP) promove a retirada lenta e contínua de fluídos, e causa menos lesões hemodinâmicas. Comparada à hemodiálise, ela pode ser, do ponto de vista teórico, uma alternativa mais adequada para tratar pacientes portadores de doença renal crônica (DRC) avançada com concomitante insuficiência cardíaca congestiva (ICC) e, também, pacientes com ICC refratária, mesmo sem grave disfunção da função renal (SADALA *et al.*, 2012).

No Brasil, as taxas de prevalência de pacientes em diálise crônica aumentaram progressivamente em todas as regiões, exceto na região Sul. De acordo com o censo realizado anualmente pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), a taxa de pacientes incidentes em diálise foi de 119 pacientes por milhão (ppm) em 2005 para 204 ppm em 2015. A DP é a modalidade utilizada em cerca de 10% a 12% dos pacientes com DRC em programa de diálise no Brasil (NEVES *et al.*, 2020).

Dessa maneira, faz-se necessário que o enfermeiro atue em ações multidisciplinares, englobando propostas educativas ao problematizar a insuficiência renal crônica dialítica, favorecendo um maior conhecimento sobre o assunto. Para tanto, o enfermeiro deve ser capacitado a fim de compreender as atitudes e anseios culturais para realizar o planejamento de ações para melhoria da qualidade de vida desses pacientes (CAVALCANTE *et al.*, 2013).

Neste contexto, o presente estudo objetiva conhecer a atuação do enfermeiro frente

aos cuidados a pacientes em diálise peritoneal.

2 | MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa, de natureza qualitativa e abordagem exploratória, desenvolvida em seis etapas: (1) elaboração da pergunta norteadora; (2) busca ou amostragem da literatura; (3) coleta de dados; (4) análise crítica dos estudos incluídos; (5) discussão dos resultados; e (6) apresentação da revisão integrativa. A revisão integrativa tem sido apontada como uma ferramenta ímpar no campo da saúde, pois sintetiza as pesquisas disponíveis sobre determinada temática e direciona à prática, fundamentando-se em conhecimento científico (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

O desenvolvimento deste trabalho se deu por meio da formulação da seguinte questão norteadora: nos artigos analisados, qual é a atuação do enfermeiro frente a pacientes que fazem diálise peritoneal?

A busca por estes artigos foi realizada nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e PubMed. Os descritores utilizados foram: “diálise peritoneal” (*peritoneal dialysis*), “cuidados de enfermagem” (*nursing care*) e “adulto” (*adult*). Foram utilizadas combinações entre os descritores “peritoneal dialysis” AND “nursing care” AND “adult”. A coleta dos dados deu-se em abril de 2021 e os critérios de inclusão foram: artigos publicados entre 2011 e 2021; artigos com resumo e texto na íntegra, disponíveis nas bases de dados online; e artigos escritos em inglês, espanhol ou português. Os critérios de exclusão foram estudos que abordassem a temática de hemodiálise convencional e publicações classificadas como artigos de revisão bibliográfica, sistemática ou integrativa.

3 | RESULTADOS

Utilizando os descritores citados, foram encontrados nove artigos na LILACS e 10 no PubMed, totalizando 19 artigos nas bases de dados. Após leitura rigorosa, sete artigos se enquadraram dentro da questão em estudo para análise e apresentação de dados (Quadro 1).

Título/Citação	Periódico	Base de dados	País de estudo
1. Efficacy of Omaha system-based nursing management on nutritional status in patients undergoing peritoneal dialysis: a randomized controlled trial protocol (PENG <i>et al.</i> , 2020)	Medicine	PubMed	China
2. Effects of post-discharge nurse-led telephone supportive care for patients with chronic kidney disease undergoing peritoneal dialysis in China: a randomized controlled trial (LI <i>et al.</i> , 2014)	Peritoneal Dialysis International	PubMed	China

3. Assessment of health-related quality of life of patients after kidney transplantation in comparison with hemodialysis and peritoneal dialysis (CZYZEWSKI <i>et al.</i> , 2014)	Annals of Transplantation	PubMed	Polônia
4. Conhecendo as estratégias de ação e interação utilizadas pelos clientes para o enfrentamento da diálise peritoneal (SANTOS; VALADARES, 2013)	Escola Anna Nery	LILACS	Brasil
5. Ambiência domiciliar para a realização da diálise peritoneal (ABUD <i>et al.</i> , 2017)	Revista Enfermagem UERJ	LILACS	Brasil
6. Assistência de enfermagem em diálise peritoneal: aplicabilidade da teoria de orem – estudo de método misto (LEONE <i>et al.</i> , 2021)	Escola Anna Nery	LILACS	Brasil
7. Vivendo entre o pesadelo e o despertar – o primeiro momento no enfrentamento da diálise peritoneal (SANTOS; VALADARES, 2011)	Escola Anna Nery	LILACS	Brasil

Quadro 1 – Relação dos artigos selecionados

Observa-se que quatro artigos encontrados são oriundos do Brasil, dois da China e um da Polônia. Publicados em distintos periódicos, três artigos foram selecionados na base de dados PubMed e quatro da LILACS. Verificou-se que quatro artigos são recortes de dissertação e teses de enfermagem e três artigos advieram de programas de pós-graduação e grupos de pesquisa.

Os principais tópicos explorados nos estudos, referentes à atuação do enfermeiro com pacientes que realizam diálise peritoneal, estão descritos no Quadro 2.

Artigo	Tópicos explorados
1	Elaboração de protocolo sobre cuidados de paciente com insuficiência renal crônica em diálise peritoneal para os enfermeiros
2	Eficácia de cuidados pós alta hospitalar (suporte telefônico) por enfermeiros
3	Auxílio da equipe de enfermagem na avaliação da qualidade de vida aos pacientes em diálise peritoneal
4	Enfermeiro atua como facilitador no processo de enfrentamento a favor da adaptação à diálise peritoneal
5	Auxílio da equipe de enfermagem a pacientes em diálise peritoneal domiciliar
6	Aplicabilidade do processo de enfermagem a pacientes em diálise peritoneal domiciliar
7	Orientações de enfermagem sobre as formas do portador da doença renal crônica enfrentar a diálise peritoneal

Quadro 2 – Tópicos explorados em cada artigo

4 | DISCUSSÃO

Os artigos 4 e 7 destacam a importância do enfermeiro no processo de aceitação e adaptação do paciente renal crônico à diálise peritoneal.

Para Figueiredo, Kroth e Lopes (2005), a educação do paciente com insuficiência renal crônica começa assim que é fechado o diagnóstico, pois o paciente deve ser orientado

sobre o curso da doença, especificando o tipo de tratamento a ser definido. A ação educativa direcionada ao paciente renal crônico contribui positivamente na vida deste, pois possibilita descobrir maneiras de viver dentro da sua realidade, respeitando o seu estilo de vida e que consiga conviver com a doença e com o tratamento dialítico. Para que os pacientes assumam os cuidados e controle do esquema terapêutico, é necessário identificar as suas necessidades, auxiliá-los a se sentirem responsáveis e capazes de cuidarem de si próprios.

O enfermeiro é o profissional de saúde que atua de modo mais próximo aos pacientes em diálise peritoneal. Dessa maneira, no desenvolvimento de práticas educativas, o enfermeiro deve ter, além da fundamentação científica e da competência técnica, conhecimentos dos aspectos que levam em consideração os sentimentos, necessidades e desejos do paciente sob sua orientação. É necessário, então, um material didático flexível que promova questionamentos e diálogo adequados, originando ao paciente motivação interna para mudar o seu estilo de vida (PEREIRA *et al.*, 2016).

O estudo de Oliveira e colaboradores (2019) relata que, além do apoio familiar, o portador de doença crônica precisa de uma readaptação das suas rotinas, em especial das atividades da vida diária, o que representa um sobrepeso imposto pela doença. Sendo assim, os pacientes têm uma condição de vida na qual são obrigados a se adaptarem em busca da sobrevivência, sendo importante o auxílio do enfermeiro na busca por estratégias de enfrentamento diante das repercussões físicas, psicoemocionais e sociais.

O psicólogo e o enfermeiro se inserem na realidade do paciente em IRC visando a trabalhar os conteúdos psicológicos e técnicos, possibilitando uma busca de soluções para as mudanças advindas com a doença, melhorando a compreensão desta e a adesão ao tratamento. Destaca-se uma troca de informações entre os membros da equipe multiprofissional assistente, como médicos, enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas e psicólogos, priorizando a melhoria na qualidade de vida do paciente dialítico (PASCOAL *et al.*, 2009).

Dessa maneira, verifica-se a necessidade do enfermeiro possuir a fundamentação técnica e conhecimentos pertinentes a aspectos que levam em consideração os sentimentos e as necessidades do paciente, a fim desse adaptar-se bem ao novo estilo de vida.

Os artigos 1 e 3 enfatizam a enfermagem como fundamental na qualidade de vida dos pacientes. Para Silva *et al.* (2016), o fato do paciente ter que conviver com uma doença crônica que ocasiona limitações físicas, sexuais, psicológicas, familiares e sociais, pode afetar significativamente a qualidade de vida dos mesmos, como dos familiares, pois passam a conviver com um membro da família em uso contínuo de uma terapia.

O enfermeiro se insere nesse contexto como um importante facilitador do cuidado aos pacientes em tratamento por DP, seja realizando os procedimentos de enfermagem e prestando orientações sobre seu estado de saúde, exames, medicamentos, dieta e auxílio psicológico. Nesse processo de cuidar dessa clientela, torna-se imprescindível interpretar as respostas humanas de modo preciso para selecionar as intervenções apropriadas e

avaliar o resultado alcançado. Cabe ao enfermeiro desenvolver e aplicar o Processo de Enfermagem, pautado no pensamento crítico e julgamento clínico ao cuidado seguro e eficaz do paciente em que corrobora na melhoria da qualidade de vida dos pacientes de DP (CAMPOS *et al.*, 2019).

Já os estudos 2, 5 e 6 destacam a realização da diálise peritoneal domiciliar. Para Abrahão *et al.* (2010), o enfermeiro é responsável pelas orientações do processo que norteia a terapia dialítica. Assim, o mesmo deve solucionar as questões pertinentes trazidas pelo paciente ou cuidador envolvido no processo, principalmente em relação à prevenção da peritonite, que geralmente é a causa da descontinuidade do tratamento, sendo necessária a busca de outra forma de terapia, o que desencadeia angústia, sofrimento e prejuízo ao seu estado de saúde. Quanto a prevenção da peritonite, o enfermeiro deve ser capaz de propiciar ao paciente total entendimento sobre a execução da técnica correta, utilizando linguagem adequada, levando em consideração o nível cultural e de entendimento do paciente, a fim de que todo o processo seja realizado de forma efetiva.

Da mesma maneira, outra pesquisa verificou que no cuidado clínico ao paciente em programa de diálise peritoneal em domicílio, a assistência deverá se basear num processo de cuidado e orientações, cujo profissional deverá possuir habilidades técnicas, cognitivas e interpessoais, dentre as quais se destacam a educação, comunicação e uma base de conhecimento de enfermagem sobre a terapia domiciliar (SADALA *et al.*, 2012).

Como trata-se de um estudo de revisão integrativa, suas limitações estão associadas à busca em descritores definidos pelos autores e à restrição da quantidade de estudos publicados a pacientes em diálise peritoneal.

5 | CONCLUSÃO

Com base na análise dos artigos, destaca-se que a atuação do enfermeiro proporciona um cuidado aprimorado e um olhar diferenciado em uma assistência humanizada aos pacientes renais crônicos, possibilitando atuar com competência e habilidades científicas direcionados à obtenção de uma melhor qualidade de vida desses pacientes.

A sistematização da assistência de enfermagem torna-se relevante para os cuidados de paciente em DP na medida que o enfermeiro pode interagir, ouvir e orientar estratégias para adequação da terapêutica proposta como, por exemplo, a identificação com mais facilidade de complicações geradas pelos método dialítico, garantindo uma solução mais ágil e eficiente.

Evidenciou-se que o portador de insuficiência renal crônica sente muita dificuldade em aderir às terapias necessárias, como a diálise peritoneal, enfatizada nesse estudo. Desse modo, uma rede de apoio familiar e de profissionais de saúde adequada é um fator de adesão muito significativo, na medida em que as necessidades físicas, emocionais e técnicas são atendidas.

Assim, é importante que pesquisas futuras sejam publicadas sobre a importância do papel educativo da enfermagem aos pacientes renais crônicos em diálise peritoneal. Acredita-se que os resultados do estudo podem oferecer subsídios para a equipe de enfermagem colaborar com a adesão dos pacientes ao tratamento dialítico, o que resulta em benefícios palpáveis a saúde dos mesmos.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, S. S. *et al.* **Estudo descritivo sobre a prática da diálise peritoneal em domicílio.** *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 45-50, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbn/a/tqFMGqNtsYdNMntRvBYB4zP/?lang=pt>. Acesso em: 28 maio 2021.

ABUD, A. C. F. *et al.* **Ambiência domiciliar para a realização da diálise peritoneal.** *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 25, p. e15210, 2017. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/15210>. Acesso em: 28 maio 2021.

CAMPOS, M. X. B. *et al.* **Pacientes em diálise peritoneal: associação entre diagnósticos de enfermagem e seus componentes.** *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 32, n. 6, p. 651-658, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/KVdYHdQjGX7ypNMqHSmB6Fq/?lang=pt>. Acesso em: 28 maio 2021.

CAVALCANTE, E. F. O. *et al.* **Prática da educação permanente pela enfermagem nos serviços de saúde.** *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, Recife, v. 7, n. 2, p. 598-607, fev. 2013.

CZYZEWSKI, L. *et al.* **Assessment of health-related quality of life of patients after kidney transplantation in comparison with hemodialysis and peritoneal dialysis.** *Annals of Transplantation*, New York, v. 19, p. 576-585, 2014.

FIGUEIREDO, A. E.; KROTH, L. V.; LOPES, M. H. I. **Diálise peritoneal: educação do paciente baseada na teoria do autocuidado.** *Scientia Medica*, Porto Alegre, v. 15, n.3, p. 198-202, jul./set. 2005.

LEONE, D. R. R. *et al.* **Assistência de enfermagem em diálise peritoneal: aplicabilidade da teoria de orem – estudo de método misto.** *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. e20200334, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/bhNNF3NKfRkdPrKLXz3pMVD/?lang=pt>. Acesso em: 28 maio 2021.

LI, J. *et al.* **Effects of post-discharge nurse-led telephone supportive care for patients with chronic kidney disease undergoing peritoneal dialysis in China: a randomized controlled trial.** *Peritoneal Dialysis International*, Thousand Oaks, v. 34, n.3, p. 278-288, May 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4033328/>. Acesso em: 28 maio 2021.

NEVES, P. D. M. M. *et al.* **Brazilian Dialysis Census: analysis of data from the 2009-2018 decade.** *Brazilian Journal of Nephrology*, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 191-200, May 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbn/a/Dbk8Rk5kFYCSZGJv3FPpxWC/?lang=en>. Acesso em: 28 maio 2021.

OLIVEIRA, J. F. *et al.* **Qualidade de vida de pacientes em diálise peritoneal e seu impacto na dimensão social.** Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. e20180265, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/ean/v23n1/pt_1414-8145-ean-23-01-e20180265.pdf. Acesso em: 28 maio 2021.

PASCOAL, M. *et al.* **A importância da assistência psicológica junto ao paciente em hemodiálise.** Revista da SBPH, Belo Horizonte, v. 12, n. 2, p. 2-11, dez. 2009.

PENG, L. *et al.* **Efficacy of Omaha system-based nursing management on nutritional status in patients undergoing peritoneal dialysis: a randomized controlled trial protocol.** Medicine, Hagerstown, v. 99, n. 51, p. e23572, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7748208/>. Acesso em: 28 maio 2021.

PEREIRA, E. *et al.* **Escolha do método dialítico - variáveis clínicas e psicossociais relacionadas ao tratamento.** Jornal Brasileiro de Nefrologia, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 215-224, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/jbn/v38n2/0101-2800-jbn-38-02-0215.pdf>. Acesso em: 28 maio 2021.

SADALA, M. L. A. *et al.* **A experiência vivida pelos pacientes em diálise peritoneal domiciliar: uma abordagem fenomenológica.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, p. 68-75, jan./fev. 2012. Disponível em: <http://revistas.usp.br/rlae/article/view/4480/5976>. Acesso em: 28 maio 2021.

SANTOS, F. K.; VALADARES, G. V. **Vivendo entre o pesadelo e o despertar – o primeiro momento no enfrentamento da diálise peritoneal.** Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 39-46, jan./mar. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/K7mD5djWzhFVYZSNWK9qJcR/?lang=pt>. Acesso em: 28 maio 2021.

SANTOS, F. K.; VALADARES, G. V. **Conhecendo as estratégias de ação e interação utilizadas pelos clientes para o enfrentamento da diálise peritoneal.** Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 423-431, jul./set. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/wmfBpnqpsnHKRnSHFqkycD/?lang=pt>. Acesso em: 28 maio 2021.

SILVA, R. A. R. *et al.* **Coping strategies used by chronic renal failure patients on hemodialysis.** Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 147-154, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/m3sSdZx9nzZLyK9jNkmKxBw/?lang=en>. Acesso em: 28 maio 2021.

SOUSA, C. L. A. A. *et al.* **Assistência de enfermagem ao paciente com insuficiência renal crônica: uma revisão integrativa.** Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research, Cianorte, v. 28, n. 1, p. 75-79, set./nov. 2019. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20190905_224407.pdf. Acesso em: 28 maio 2021.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. **Revisão integrativa: o que é e como fazer.** Einstein (São Paulo), São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf. Acesso em: 28 maio 2021.

CAPÍTULO 23

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PERÍODO PRÉ-NATAL EM GESTANTES HIPERTENSAS: REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 01/07/2021

Data de submissão: 04/06/2021

Joanderson Nunes Cardoso

Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte – FMJ.
Juazeiro do Norte – Ceará.
<http://lattes.cnpq.br/2671942648283024>

Patrícia Silva Mota

Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte - FMJ.
Juazeiro do Norte – Ceará.
<http://lattes.cnpq.br/0711630043926532>

Cicera Nathalya Da Silva Dias

Centro Universitário Dr. Leão Sampaio.
Juazeiro do Norte – Ceará.
<http://lattes.cnpq.br/681250608876849392>

Davi Pedro Soares Macêdo

Faculdade de medicina Paraíso - Ceará,
Juazeiro do Norte – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/68125060887669392>

Maria Jeanne Alencar Tavares

Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte – FMJ.
Juazeiro do Norte – Ceará.
<http://lattes.cnpq.br/4852865879580038>

Shady Maria Furtado Moreira

Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte – FMJ.
Juazeiro do Norte – Ceará.
<http://lattes.cnpq.br/8895306166370244>

Uilna Natércia Soares Feitosa

Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte – FMJ.
Juazeiro do Norte – Ceará.
<http://lattes.cnpq.br/1361775486227948>

Izadora Soares Pedro Macêdo

Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte – FMJ.
Juazeiro do Norte – Ceará.
<http://lattes.cnpq.br/3105930280091250>

Edglê Pedro de Sousa Filho

Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte – FMJ.
Juazeiro do Norte – Ceará.
<http://lattes.cnpq.br/9013495353834780>

Kamila Oliveira Cardoso Morais

Hospital Infantil Municipal Maria Amélia Bezerra de Menezes
Juazeiro do Norte – Ceará.
<http://lattes.cnpq.br/9052081865892999>

Igor de Alencar Tavares Ribeiro

Juazeiro do Norte – Ceará
Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba – FCM
<http://lattes.cnpq.br/4057782170184631>

Maria Solange Cruz Sales de Oliveira

Hospital Infantil Municipal Maria Amélia Bezerra de Menezes
Juazeiro do Norte – Ceará.
<http://lattes.cnpq.br/2964569388919074>

RESUMO: No Brasil, as Síndromes Hipertensivas ocupam o segundo lugar no ranking de causas

de mortes maternas, ficando atrás apenas das hemorragias, sendo responsáveis por cerca de 14% dos óbitos maternos no mundo, que pode apresentar-se como hipertensão crônica (observada antes da gestação ou até 20^a semana gestacional). Desta forma, este trabalho tem como objetivo analisar a assistência de enfermagem em gestantes com complicações da Síndrome Hipertensiva Gestacional. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura de artigos publicados na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), nas bases de dados, Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline), na Base de Dados em Enfermagem (BDENF) e na Biblioteca eletrônica Scientific Electronic Library Online (SCIELO), foi executada a leitura crítica das publicações nos anos 2015 a 2020. Os dados foram dispostos em tabelas, e posteriormente categorizados. Os resultados obtidos foram positivos e promissores, após realizada leitura analítica das demais obras, somente 09 artigos atenderam aos objetivos do estudo, emergiram duas categorias temáticas: Hipertensão Gestacional/ Pré-eclâmpsia e a assistência de enfermagem frente à Doença Hipertensiva da Gestação (DHEG). De acordo com a análise dos achados, essa pesquisa possibilitou expender a importância do atendimento qualificado do profissional de saúde no período perinatal e as condutas de enfermagem diante da gestante com hipertensão, sendo essa atenção essencial na preservação e manutenção da vida da mulher e do feto/neonato.

PALAVRAS - CHAVE: Hipertensão Gestacional. Pré-eclâmpsia. Assistência de Enfermagem. Gestantes hipertensas.

NURSING CARE IN THE PRENATAL PERIOD IN HYPERTENSIVE PREGNANT WOMEN: INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: In Brazil, the Hypertensive Syndromes occupy the second place in the ranking of causes of maternal deaths, second only to hemorrhages, being responsible for about 14% of maternal deaths in the world, which may present as chronic hypertension (observed before gestation or until the 20th gestational week). Thus, this paper aims to analyze nursing care in pregnant women with complications of Gestational Hypertensive Syndrome. This is an integrative literature review of articles published in the Virtual Health Library (VHL), in the databases, Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline), the Database in Nursing (BDENF) and the electronic library Scientific Electronic Library Online (SCIELO), the critical reading of publications in the years 2015 to 2020 was performed. The data were arranged in tables, and later categorized. The results obtained were positive and promising, after analytical reading of the remaining works, only 09 articles met the objectives of the study, two thematic categories emerged: Gestational hypertension/pre-eclampsia and nursing care in the face of hypertensive disease of pregnancy (HEAD). According to the analysis of the findings, this research allowed to expose the importance of qualified care of health professionals in the perinatal period and the nursing care when faced with pregnant women with hypertension, being this essential attention in the preservation and maintenance of the life of women and fetus/neonate.

KEYWORDS: Gestational hypertension. Preeclampsia. Nursing Assistance. Pregnant women with hypertension.

1 | INTRODUÇÃO

No Brasil, as síndromes hipertensivas ocupam o segundo lugar no ranking de causas de mortes maternas, ficando atrás apenas das hemorragias, sendo responsáveis por cerca de 14% dos óbitos maternos no mundo, principalmente quando se instala em uma de suas formas graves, como a eclâmpsia (FERREIRA *et al.*, 2016).

ADHEG – Doença Hipertensiva Específica Gestacional, é uma das complicações mais comuns na gestante hipertensa, apesar do desenvolvimento nos avanços tecnológicos, por meios de detectar essa patologia, ainda continua alto o índice da mortalidade e morbidade em consequência da gestação e parto (COSTA *et al.*, 2016).

Sua etiologia ainda é desconhecida, sendo considerada multifatorial, entretanto, sabe-se que ela é potencialmente perigosa para a saúde materna e fetal. Sabemos que as gestantes com PE necessitam de cuidados não apenas biológico e sim os aspectos emocionais que envolve a doença (THEODORO; CECHETTO; MARIOT, 2016).

A Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação – SHEG, é uma ocorrência de grande morbimortalidade materna e perinatal, que pode apresentar-se como hipertensão crônica, observada antes da gestação ou até 20^a semana gestacional, pré-eclâmpsia, definida pela presença de hipertensão e de proteinúria após a 20^a semana de gestação, podendo ser leve ou grave, eclampsia, caracteriza-se pela presença de convulsões tônico-crônicas generalizadas ou coma em mulher com qualquer quadro hipertensivo, não causado por epilepsia ou qualquer outra doença convulsiva, pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica, surgimento de pré-eclâmpsia em mulheres com hipertensão crônica ou doença renal, hipertensão gestacional sem proteinúria (BRITO *et al.*, 2015).

Segundo Oliveira *et al.*, (2016), a assistência de enfermagem ao ciclo gravídico- puerperal começa, com uma assistência pré-natal de qualidade baseada em ações concretas que facilitam a interação do conjunto de ações oferecidas à mulher. A aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) contribui de maneira plausível para a assistência em saúde, de maneira que a execução é realizada pela equipe de enfermagem, porém os resultados envolvem a equipe multiprofissional.

As síndromes hipertensivas representam a principal causa de morte materna no Brasil. Seu diagnóstico é extremamente simples: requerem apenas um profissional capacitado, um tensiômetro e uma fita de medir proteína na urina. Na atenção primária, gestante diagnosticada com hipertensão crônica, o enfermeiro deve agendar consulta com médico em 7 dias, orientar a gestante a manter uma dieta hipossódica, iniciar alfa metildopa 250 mg VO 8/8 h, gestante com IG < 16 semanas iniciar AAS 100mg e Cálcio 1 g/dia, orientar a paciente sobre cefaleia, visão turva, náuseas, vômitos, dor epigástrica e hipocôndrio direito, em seguida, agendar consulta em serviço secundário de 15 em 15 dias alternando médico e enfermagem (SOUZA *et al.*, 2018).

De acordo com Sbardelotto *et al.* (2018) é necessário conhecer os sinais

premonitórios da síndrome, a fim de elaborar estratégias para a prevenção e início imediato da terapêutica, privando a evolução para complicações graves. A compreensão dos sinais, por parte dos profissionais, é de suma importância, uma vez que, a equipe é responsável por identificar os sinais e sintomas, direcionando para o diagnóstico precoce, a fim de reduzir ou minimizar as complicações maternas e neonatais (LIMA *et al.*, 2018).

Esse estudo torna-se relevante por tratar de uma patologia que origina várias complicações no período gestacional. Este tema é de suma importância, não só para pacientes com gestação de alto risco, que apresenta síndrome de hipertensão específica da gravidez, mas também para as gestantes que devem conhecer os possíveis riscos na gestação. Dessa forma, é necessário o enfermeiro oferecer uma assistência qualificada e humanizada às gestantes com Síndrome Hipertensiva Gestacional, conscientizando sobre as sintomatologias desta doença, tornando-as protagonistas do processo terapêutico, realizando o autocuidado e mudança no estilo de vida.

Diante disso, partimos dessa pesquisa a seguinte pergunta: De que forma a assistência de enfermagem contribui na redução de riscos maternos e perinatais em gestantes hipertensas?

2 | REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Síndrome Hipertensiva Gestacional

A gestação é um fenômeno fisiológico e deve ser vista pelas gestantes e equipes de saúde como parte de uma experiência de vida saudável. Entretanto, trata-se de uma situação limítrofe, onde a pré-existência de alguma doença ou agravo, torna maior a probabilidade de evolução desfavorável na gestação, implicando em riscos tanto para a mãe quanto para o feto, caracterizando essas mulheres como “gestantes de alto risco” (BRITO *et al.*, 2015).

Além disso, é uma doença multissistêmica, caracterizada por manifestações clínicas como hipertensão e proteinúria, as quais se manifestam a partir da vigésima semana de gestação, denominando-se pré-eclâmpsia. Nas suas formas graves, em virtude da irritabilidade do sistema nervoso, instalam-se as convulsões e a doença é chamada eclâmpsia. O edema, outrora considerado forte indicador para esta patologia, entra atualmente como critério de risco e não de definição (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Segundo Montenegro (2016), a Síndrome Hipertensiva Gestacional pode levar alterações hepáticas, cerebrais, sanguíneas, hidroeletrólíticas e uteroplacentárias, e o prognóstico vincula-se à presença de crises convulsivas. Na a mortalidade eclâmpsia mostra-se elevada, enquanto que na pré-eclâmpsia é rara. Já para o feto, advém o retardo no crescimento intrauterino, infartos placentários, descolamento prematuro da placenta, prematuridade e oligodrâmnia.

2.2 Pré-Eclâmpsia

A pré-eclâmpsia (PE) é uma síndrome que ocorre especificamente na gestação, ela surge após a 20ª semana, apresentando pressões iguais ou maiores que 140x90 mmHg, acompanhada de edema visível ou oculto, evidenciado pelo aumento do peso corporal e por uma importante proteinúria (MELO, 2015).

Quando a pré-eclâmpsia (PE) ocorre em gestante com HAS crônica, considera-se como tendo pré-eclâmpsia sobreposta. Pré-eclâmpsia grave (PEG) é definida como a PE associada a complicações materno-fetais que são graves o suficiente para que haja risco iminente de comprometimento materno-fetal. A presença de PE, independentemente de sua gravidade, determina risco fetal e materno aumentados. Eclâmpsia é a ocorrência de convulsões motoras generalizadas, tipo grande mal, em gestante com PE (FEBRASGO, 2017).

Segundo o Ministério de Saúde (2016), as gestantes que apresentam pré-eclâmpsia leve, preferencialmente, devem ser hospitalizadas para avaliação diagnóstica inicial, sendo mantidas dietas hipossódicas e repouso. Gestantes com diagnóstico de pré-eclâmpsia grave deverão ser internadas, solicitados os exames de rotina e avaliadas as condições maternas e fetais. Se a idade gestacional for maior ou igual a 34 semanas de gestação, devem ser preparadas para interrupção da gestação, conforme a Figura 1.

INDICAÇÕES PARA O PARTO NA PRÉ-ECLÂMPسيا

MATERNA	FETAL
Aumento persistente da pressão arterial até níveis de gravidade.	Restrição grave do crescimento fetal
Cefaleia grave e distúrbios visuais persistentes.	Suspecta ou comprometimento da vitalidade fetal.
Dor epigástrica grave persistente, náuseas ou vômitos.	Oligohidramnio (Índice de líquido amniótico < 5).
Contagem de plaquetas < 100.000/mm ³	Maturidade fetal.
Deterioração progressiva da função hepática	
Deterioração progressiva da função renal	
Suspeita de descolamento de placenta.	
Trabalho de parto ou sangramento.	

Figura 1. Indicações para o parto na pré-eclâmpsia.

Fonte: Caderno de Atenção ao Pré-Natal Alto Risco, 2020.

2.3 A Organização dos Serviços de Saúde para a Assistência Ao Pré-Natal De Alto Risco

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento da PE são primigestação, história prévia ou familiar de PE, hipertensão crônica, diabete, colagenase, raça negra, obesidade e trombofilias. Nestas pacientes, deve-se ter atenção especial no pré-natal para realizar o diagnóstico da pré-eclâmpsia o mais cedo possível (FEBRASGO, 2017).

O cuidado à saúde da gestante com pré-eclâmpsia merece especial atenção, considerando a gestação como um período de mudanças físicas e emocionais, associada ainda ao risco de complicações materno-fetais. Sendo necessário identificar o nível de ansiedade, explicar todos os procedimentos, oferecer informações sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico, e encorajar a família para que permaneça com a paciente durante os cuidados. O enfermeiro tem um importante papel na equipe multiprofissional, para a detecção precoce de intercorrências, na educação em saúde e encaminhamento ao atendimento especializado dos casos mais graves (FERREIRA *et al.*, 2016).

Conforme o Ministério da Saúde (2016), o atendimento pré-natal deve ser organizado para atender às reais necessidades de toda a população de gestantes de sua área de atuação por meio da utilização de conhecimentos técnico-científicos e dos meios e recursos adequados e disponíveis. É de extrema relevância o trabalho das equipes de Saúde da Família (SF) com o mapeamento da população da sua área de abrangência, respectiva classificação de risco das gestantes e a identificação dos equipamentos de saúde responsabilizados para atendimento em cada caso específico.

2.4 Assistência de Enfermagem em Gestantes Hipertensas

A atuação do enfermeiro na assistência a mulheres com hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia contribui para a minimização da mortalidade materno-neonatal, implementando a SAE para a qualidade da atenção à saúde da mulher, a fim de garantir um suporte adequado ao cotidiano do pré-natal, parto e pós-parto. A qualidade da assistência contribui para a melhoria do atendimento as gestantes, porque o relacionamento desenvolvido entre ambos é de suma importância para a segurança e o conforto das parturientes durante as consultas de pré-natal (GUIDÃO; VIEIRA; ALMEIDA, *et al.* 2020).

A assistência de Enfermeiros à pacientes com Síndrome hipertensiva durante todo o processo de parto e nascimento é essencial para resguardar a saúde do binômio mãe-filho, prevenindo complicações e assistindo as intercorrências, refletindo na qualidade da assistência prestada e preservando a vida humana (MEDEIROS, 2016).

Segundo Silva (2014), a coleta de dados detalhada, o exame físico criterioso e atento aos valores pressóricos e a outros sinais de pré-eclâmpsia; a detecção precoce dos casos; a coleta e o acompanhamento dos exames laboratoriais pertinentes, principalmente a proteinúria de 24h e a avaliação fetal; estabelecer acesso venoso calibroso e iniciar a terapia com sulfato de magnésio; a educação em saúde durante todo o ciclo gravídico-

puerperal e na alta hospitalar são ações que, se realizadas, garantem uma assistência de excelência e a redução da morbimortalidade materno-fetal nestes casos.

Durante a assistência ao pré-natal, as intervenções devem se adequar para a redução de complicações das mortes maternas. Às equipes de saúde cabe o aprimoramento das práticas direcionadas à gestante, com atribuição do risco gestacional a cada consulta, visando a contribuir para a continuidade da redução da mortalidade materna e infantil (THULER; WALL; BENEDET, *et al.*, 2018).

3 | MÉTODO

Este estudo trata-se de uma revisão integrativa de literatura. A revisão integrativa concerne em um método criterioso e de natureza ampla, que visa identificar o conhecimento produzido sobre determinado tema. Além disso, fornece informações suficientes sobre o tema pesquisado, direcionando para a definição de conceitos, revisão de teorias ou análise metodológica (ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014).

Na seleção da amostra realizou-se busca das publicações na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), indexadas nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), da Base de Dados da Enfermagem (BDENF – Enfermagem) e da Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE) e na Biblioteca eletrônica Scientific Eletronic Library Online (SCIELO). Os descritores utilizados foram: hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia, assistência de enfermagem.

Do material coletado, relacionados ao tema proposto, procedeu-se à leitura minuciosa de cada resumo/artigo, destacando aqueles que respondiam ao objetivo deste estudo, a fim de organizar e delimitar os dados.

Os critérios de inclusão utilizados foram: pesquisas publicadas em português, em formato de artigos, publicações indexadas nos referidos bancos de dados nos últimos cinco anos e artigos na íntegra e os de exclusão serão artigos que não tenham relação com o tema da pesquisa, dissertações, teses e artigos de revisão.

Contudo, foi executada a leitura crítica das publicações nos anos 2015 a 2020. Os dados foram analisados por meio de uma síntese, buscando o grau de concordância entre os autores sobre a pergunta deste estudo, sendo encontradas 35 artigos sobre o tema, posteriormente uma leitura na íntegra dos estudos selecionados resultando em uma amostra final de 09 artigos encontrados.

Na aplicação dos filtros de análise na BVS, com base no critério indexação nas bases de dados LILACS, MEDLINE, SCIELO e BDENF foram selecionados 35 artigos. Aplicando o filtro de exclusão e duplicação, o universo dos artigos encontrados e após leitura prévia dos resumos e realizada primeira triagem de dados, foram excluídos 21 artigos. Após realizada leitura analítica das demais obras, somente 09 artigos atenderam aos objetivos do estudo, conforme descrito no Quadro 1.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

O estudo de Thuler *et al.* (2018), relata que o pré-natal de qualidade permite a identificação e o acompanhamento precoces de alterações nos níveis pressóricos das gestantes e possibilita o controle do agravo como nos casos de hipertensão grave, em que o tratamento iniciado previamente com medicamentos anti-hipertensivos possibilita o alcance de melhores resultados durante a gestação. Os estudos que compuseram a categoria estilo de vida, menciona que a obesidade e o ganho de peso excessivo durante a gravidez aumentam o risco de complicações obstétricas e neonatais, particularmente a hipertensão e a hemorragia pós-parto.

Segundo Peraçoli (2018), na assistência pré-natal, deve-se dar atenção para o ganho de peso, principalmente quando ele acontece de maneira rápida e se acompanhada de edema de mãos e face. Deve-se ainda atentar para os níveis pressóricos e para as queixas relacionadas a sinais ou sintomas de comprometimento de órgãos-alvo.

Gasparin (2018), traz estudos cuja literatura indica que a recomendação de atividade física ainda não é praticada por todos os profissionais, demonstrando a necessidade de que essa orientação seja concretizada por meio de protocolos assistenciais visando a prevenção da SHG. Desse modo, a prática de atividade física por gestantes saudáveis seja encorajada no decorrer do acompanhamento pré-natal propiciando uma reflexão por parte dos profissionais que prestam assistência durante a gestação.

No estudo de Brito *et al.* (2015), o mesmo destacou a importância de se realizar a identificação do perfil da clientela de modo periódico a fim de se nortear o atendimento e contemplar as necessidades da população, como também desenvolver a melhoria da relação entre o profissional e o usuário, pois a partir da informação recebida os usuários poderão tomar decisões com o intuito de promover sua saúde e prevenir doenças e agravos, e desta forma poderão assumir novos hábitos e condutas, podendo traçar de forma participativa um conhecimento sobre o processo saúde-doença.

Diante disso, a atuação do enfermeiro é de extrema importância na assistência e no encaminhamento desta gestante e na orientação a sua família. A prestação de um acolhimento humanizado, demonstrando conhecimento e sensibilidade, apoio e orientação devem ser fatores cruciais neste novo caminho que está família irá trilhar.

Para Guidão *et al.* (2020), a melhor conduta está nas orientações e diálogos entre o enfermeiro e cliente, porque quando há o vínculo entre ambos é possível analisar o comportamento e as necessidades reais da gestante, humanizando o cuidado e fazendo a enfermagem ter um papel de promotora da saúde.

Tal achado corrobora a qualidade de uma assistência com enfermeiros qualificados contribuindo para a melhoria nas unidades em relação ao atendimento da gestante, visto que aperfeiçoar a prática e aprimorar os conhecimentos, beneficiam ao perfil do profissional e ao cliente.

De acordo com Ferreira (2016), estudos mostram uma série de medidas adotadas por uma equipe multidisciplinar de um hospital para melhorar o atendimento a gestantes em risco de desenvolver pré-eclâmpsia. A estratégia adotada pelo serviço consistiu em quatro diretrizes: padronização dos métodos de aferição da PA; início da terapia medicamentosa em 30 minutos quando $PA \geq 160 \times 105$ mmHg; avaliação de pacientes que necessitaram de medicação anti-hipertensiva e, após o diagnóstico de pré-eclâmpsia, implementar o tratamento nos moldes do método PDCA (Planejar, Desenvolver, Implementar e Avaliar).

Estudos apontam que todas as ações da equipe multidisciplinar devem ser regidas pelas necessidades da mãe e do feto. Ressalta-se, portanto, a importância de uma equipe treinada, capaz de reconhecer os sinais e sintomas apresentados pela mulher, de excluir os diagnósticos diferenciais e, então, instituir e aplicar o tratamento correto e necessário em quadros de pré-eclâmpsia e/ ou eclâmpsia.

Entretanto, criar e adotar protocolos de cuidado pautados em evidências científicas na prática clínica do enfermeiro, diariamente, pode ser útil para nortear o processo de tomada de decisão e garantir a prestação de uma assistência de qualidade e segura.

Segundo Santos e Batista (2018), o tipo de parto mais frequente nas pacientes com a pré-eclâmpsia é a cesariana, isso ocorre devido às gravidades das complicações, obrigando aos obstetras, a interrupção da gestação em fase precoce devida o feto encontrar-se com o bem-estar comprometido, e com a apresentação desfavorável. Pacientes com PE devem ser tratadas em Centro de Cuidados Terciários, contando com profissionais experientes no manejo deste tipo de cliente bem como na disponibilidade permanente de outros especialistas como hematologista, cirurgião, anestesista, neonatologista e intensivista.

Sarmento et al. (2020), ressalta que a consulta de enfermagem na atenção primária à saúde, é realizada de acordo com o roteiro estabelecido pelo Ministério da Saúde. Esse roteiro proporciona a orientação adequada e que favorece a abordagem apropriada das necessidades peculiares das mulheres com quem os profissionais interagem em consultas no pré-natal, nas Unidades Básicas de Saúde que devem ser a porta de entrada de referência da gestante. O uso de uma abordagem eficaz e humanizada, levará uma melhora dos resultados, pois irá proporcionar uma maior capacidade no atendimento, diminuindo gastos devido à redução de morbimortalidade.

Conforme o estudo de Oliveira (2017), é característica de um pré-natal de qualidade, a abordagem de temas essenciais para a educação em saúde dessas gestantes, através da consulta de Enfermagem e de atividades em grupo, onde os diversos temas serão explanados, como o desconforto próprio do período e maneiras de aliviá-lo, aspecto emocionais, nutrição adequada e ganho ponderal, sexualidade, aleitamento materno, desenvolvimento fetal, movimento do feto e contrações, sinais de bem-estar fetal, trabalho de parto e execução do parto, a conduta a ser adotada pela cliente, hospitalização, puerpério, retorno da mulher e seu filho para casa, relacionamento familiar e planejamento familiar.

Remetendo ainda às questões anteriormente discutidas, e pode ser fixado até como forma falha na assistência do pré-natal, a falta de treinamento dos profissionais da Atenção Básica. Assim, tais situações perpassam no cotidiano, o que demonstra que os pré-natais podem estar sendo de baixa qualidade, dificultando a resolutividade da assistência.

5 | CONCLUSÕES

Essa pesquisa possibilitou reconhecer a importância do atendimento qualificado do profissional enfermeiro de saúde no período perinatal diante da gestante com hipertensão, sendo essa atenção essencial na preservação e manutenção da vida da mulher e do feto/neonato. Sendo importante para evitar problemas como a pré-eclâmpsia e agravamento dessa patologia.

A Síndrome Hipertensiva Gestacional, é uma patologia que necessita sempre estar sendo estudada pelo profissional de enfermagem obstétrico, acondicionando métodos e práticas atualizadas para proporcionar um atendimento holístico às gestantes.

As ações humanísticas realizadas pelos enfermeiros buscam uma assistência com excelência, pois agem de forma acolhedora preservando a vida da paciente, que além de prestar uma assistência competente à saúde materna, inclui a avaliação da vitalidade fetal, por meio de exames entre outros procedimentos.

Destaca-se a necessidade de estudos sobre a temática com rigor metodológico, buscando fornecer ao enfermeiro subsídios para assistência; incentivando estudantes e atuantes da área da saúde desenvolverem pesquisas e trabalhos acadêmicos que abranjam o papel do enfermeiro a portadoras de pré-eclâmpsia. É importante ofertar Educação Permanente aos profissionais de saúde melhorando cada vez mais os atendimentos e despertando o pensamento crítico do enfermeiro quanto as suas condutas contribuindo para uma assistência eficaz e direcionada a preservação da vida humana.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica**: Saúde das Mulheres/ Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde. 2016.

BRITO, K. K. G et al. Prevalência das síndromes hipertensivas específicas da gestação (SHEG). **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, vol. 7, núm. 3, jul - setem, p. 2717-2725. 2015.

DALLA, C. L. et al. Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 2, jun. 2016.

ERCOLE, F. F.; MELO, L. S.; ALCOFORADO, C. L. G. C. Revisão Integrativa versus Revisão Sistemática. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 18 n. 1, p. 9-11, 2014.

FEBRASGO. **Pré-eclâmpsia nos seus diversos aspectos** - São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Série Orientações e Recomendações FEBRASGO. n. 8, 2017.

FERREIRA et al. Nursing care for women with pre-eclampsia and/or eclampsia: integrative review. **Revista da Escola de Enfermagem USP**; v. 50, n. 2, 320-330. 2016.

GASPARIN V. A et al. Atividade física em gestantes como prevenção da síndrome hipertensiva gestacional. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, 12(4):1017-26, abr., 2018.

GUIDÃO N. D. B. N et al. Assistência de enfermagem no cuidado às gestantes com complicações da síndrome hipertensiva gestacional: uma revisão bibliográfica. São Paulo: **Revista Científica de Enfermagem**; v. 10, n. 29, 173-179. 2020.

LIMA, J. P et al. Perfil socioeconômico e clínico de gestantes com Síndrome Hipertensiva Gestacional. **Revista Rene**. 2018.

MEDEIROS et al. Avaliando diagnósticos e intervenções de enfermagem no trabalho de parto e na gestação de risco. **Revista Gaúcha de Enfermagem**; v. 37, n. 3, 21-9. 2016.

MELO, W. F. et al. A hipertensão arterial e o risco de pré-eclâmpsia: revisão bibliográfica. **Revista Brasileira de Educação e Saúde**, v. 5, n. 3, 2358 - 91. 2015.

MONTENEGRO, C. A. B.; PEREIRA. M. N.; REZENDE, J. J. **Toxemia Gravídica**. In: Rezende MF. Obstetrícia Fundamental. 13ª ed. p. 315-56. 2016.

OLIVEIRA, K. K. P. A. et al. Assistência de enfermagem a parturientes acometidas por pré-eclâmpsia. **Revista de enfermagem UFPE online**, v. 10, n. 5, p. 1773-1780, 2016.

OLIVEIRA, G. S et al. Assistência de enfermeiros na síndrome hipertensiva gestacional em hospital de baixo risco obstétrico. **Revista Cuidarte**, v. 8, n. 2, 1561-72. 2017.

PERAÇOLI, J. C et al. **Pré-eclâmpsia/eclâmpsia**. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia – Febrasgo. 2018.

SARMENTO, R. S. et al. **Pré-eclâmpsia na gestação**: ênfase na assistência de enfermagem. **Enfermagem Brasil**: v. 19 n. 3. 2020.

SBARDELOTTO, T. et al. Características Definidoras e Fatores Associados à Ocorrência das Síndromes Hipertensivas Gestacionais. **Cogitare Enfermagem**., Curitiba, v. 23, n. 2, e53699, 2018.

SILVA, M. L. C et al. Mulheres com risco cardiovascular após pré-eclâmpsia: há seguimento no Sistema Único de Saúde? **Revista Latino - Am Enfermagem**. v. 22, n. 1, 93-9. 2014.

SOUZA, L. A. R. et al. **Nascer no Ceará**: condutas assistenciais para a linha de cuidado materno-infantil do estado do Ceará. Fortaleza: Littere, 2018.

THEODORO, M. T.; CECCHETTO, F. H.; MARIOT, M. D. Assistência de enfermagem com gestante com pré-eclâmpsia: uma revisão bibliográfica. **Revista Cuidado em Enfermagem** v. 2, n. 3, p. 12-20, nov. 2016.

THULER, A. C. M. C et al. Medidas preventivas das síndromes hipertensivas da gravidez na atenção primária. **Revista de Enfermagem UFPE ONLINE.**, Recife, v. 12, n. 4, 1060-71, abr., 2018.

INTERVENÇÃO PERCUTÂNEA CORONÁRIA E CURATIVOS PÓS LESÕES DE PELE EM SITIO DE PUNÇÃO: REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 01/07/2021

Data de submissão: 06/04/2021

Vitor Latorre Souza

Enfermeiro Especialista em Enfermagem
Cardiovascular pelo Instituto Dante Pazzanese
de Cardiologia
Graduado na Faculdade de Medicina de Marília
– FAMEMA
Marília, São Paulo.
<http://lattes.cnpq.br/8043919348879494>
<https://orcid.org/0000-0003-1514-1079>

RESUMO: Objetivo: Identificar literaturas sobre lesões de pele por curativo pós intervenção coronária percutânea (IPC). **Método:** Revisão integrativa, seguindo as etapas: estabelecimento da questão de pesquisa, definição dos critérios de inclusão e exclusão, categorização e avaliação dos estudos, interpretação dos resultados e síntese do conhecimento. Utilizando os descritores Wounds and Injuries; Angioplasty, Balloon, Coronary; Nursing Care; Cardiovascular Nursing; Compression Bandages; Percutaneous Coronary Intervention nas bases Medline, LiLaCS e BDEF. Incluiu artigos primários, de revisão, na íntegra, todos idiomas, excluindo duplicadas e não relacionados ao tema. **Resultado:** Do total de 91 artigos, 17 estudos foram selecionados e destes 4 atenderam aos critérios. De 4 artigos, 2 foram publicados nos Estados Unidos, 1 na Dinamarca e 1 na Suíça, no período entre 2002 e 2009. **Conclusão:** Concluímos que existe a necessidade de estudos sobre a incidência

dessas lesões e também que enfermeiros construam protocolos para pautar suas atribuições técnicas no momento de avaliar a pele, para definir o material e técnica de curativo pós IPC.

PALAVRAS - CHAVE: Bandagens Compressivas; Intervenção Coronária Percutânea; Angioplastia; Cuidados de Enfermagem.

PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION AND SKIN INJURIES IN PUNCTURE SITE: INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: Objective: To identify literature on skin lesions caused by dressing after percutaneous coronary intervention (CPI). **Method:** Integrative review, following the steps: establishment of the research question, definition of inclusion and exclusion criteria, categorization and evaluation of studies, interpretation of results and synthesis of knowledge. Using the descriptors Wounds and Injuries; Angioplasty, Balloon, Coronary; Nursing Care; Cardiovascular Nursing; Compression Bandages; Percutaneous Coronary Intervention in Medline, LiLaCS and BDEF bases. It included primary, review articles, in full, all languages, excluding duplicates and not related to the topic. **Result:** From a total of 91 articles, 17 studies were selected and of these 4 met the criteria. Of 4 articles, 2 were published in the United States, 1 in Denmark and 1 in Switzerland, between 2002 and 2009. **Conclusion:** We concluded that there is a need for studies on the incidence of these injuries and also that nurses build protocols to guide their duties techniques when assessing the skin, to define the material and dressing technique after IPC.

KEYWORDS: Compressive Bandages; Percutaneous Coronary Intervention; Angioplasty; Nursing care.

INTRODUÇÃO

A doença isquêmica do coração é a causa mais frequente de morte em adultos e, embora sua taxa de mortalidade ajustada por idade tenha diminuído durante as últimas décadas, a doença isquêmica do coração ainda causa aproximadamente 20% de todas as mortes no mundo. (De SOUZA; SILVA C.G, et al., 2018)

As doenças cardiovasculares são, atualmente, a principal causa de mortalidade no Brasil e a terceira principal causa de hospitalização no Sistema Único de Saúde (SUS). O Infarto Agudo do Miocárdio é a forma mais precoce das doenças isquêmicas do coração em 40% dos casos, e se apresenta de forma fatal em 10 a 20% dos casos. (Dos SANTOS J; et al., 2018)

A Organização Mundial da Saúde elencou as doenças cardiovasculares como as principais causas de mortes no mundo e responsáveis pelo aumento de taxas de internação, esse cenário leva a um aumento de custos hospitalares. A gravidade dos dados citados impulsionou os investimentos em técnicas e tecnologias utilizadas para definição de diagnóstico e tratamento eficazes para o controle dessas doenças. Com essa realidade e avanços temos um aprimoramento de estudos realizados em laboratórios de hemodinâmica. (TEIXEIRA T.R.F; DE AVILA M.A.G; BRAGA E.M; 2019)

A Cardiologia Intervencionista tem avançado muito nos últimos anos, sendo atualmente o método de revascularização do miocárdio mais aplicado em todos os cenários clínicos, incluindo a doença arterial coronária estável e as síndromes coronárias agudas. Isso ocorre, devido ao grande desenvolvimento tecnológico dos dispositivos percutâneos, melhoria das técnicas de procedimento e principalmente por aumento nas indicações, que são apoiadas por grandes estudos que avaliam desfechos clínicos, segurança e eficácia a longo prazo. (FERES F; et al., 2017)

No Brasil, a intervenção percutânea coronária (IPC) foi introduzida por volta de 1979, em Curitiba, onde foi realizada a primeira angioplastia coronariana por Costantino Costantini, em um paciente de 55 anos. Mundialmente a IPC, foi ganhando força e aceitação em diversos centros hospitalares, particularmente no ocidente, onde são executados cerca de 400.000 procedimentos ao ano. Desde então, a Angioplastia Transluminal Coronária (ATC) tem demonstrado ser um método seguro e eficaz de revascularização do miocárdio, proporcionando grandes resultados, principalmente em aplicação em situações clínicas e lesões coronarianas complexas. (Lima, V.C.G.S; 2018)

A IPC é o tratamento não cirúrgico das obstruções das artérias coronárias, utilizando um cateter balão, para desobstruir a artéria e conseqüentemente aumentar o fluxo de sangue na coronária e conseqüentemente no coração. Muitas vezes ela poderá evitar a

necessidade de uma cirurgia cardíaca de grande porte. Ela é feita por uma incisão mínima, pela qual é colocado um cateter no óstio das artérias coronárias. (Lima, V.C.G.S; 2018)

A IPC é realizada através de um acesso arterial, sendo eles: femoral, ulnar, radial ou braquial. O acesso pode ser obtido por punção ou dissecação cirúrgica, porém os acessos por punção são mais frequentemente usados. Na prática diária, geralmente, os acessos mais encontrados na são os femorais e os radiais. (FERES F; et al., 2017)

Mesmo com o avanço das técnicas, evolução dos dispositivos percutâneos, existe o risco de complicações e as vasculares estão essencialmente relacionadas com o acesso vascular. As principais complicações vasculares evidenciadas em diversos estudos incluem hematoma no sítio de punção, hematoma retro peritoneal, pseudoaneurisma, fístula arteriovenosa e dissecação arterial e/ou oclusão. (FERES F; et al., 2017)

O enfermeiro é fundamental na eficácia do curativo compressivo no local de punção da IPC. A função do curativo compressivo no sítio de punção arterial é a hemostasia através de uma pressão mecânica eficaz no local. O curativo pode ser realizado com gaze estéril e fita adesiva ou pulseira de compressão nos casos de punção radial. O curativo impõe certas restrições no membro abordado, sendo necessário manter imobilizado por um período de três a seis horas em punção femoral e manter o punho em extensão em caso de punção radial. (Lima, V.C.G.S; 2018)

A presença do curativo compressivo, pode favorecer os aparecimentos de lesões por MARSÍ, a literatura ainda não possui um consenso sobre sua fisiopatologia. Sabemos que a lesão ocorre quando o contato entre o adesivo e a camada da pele é mais intenso do que entre as várias camadas da pele, ocasionando a separação das células durante a remoção do adesivo. Muitas causas podem influenciar nesse tipo de lesão, como o tipo de adesivo médico aplicado, assim como a técnica utilizada para posicionar e remover os adesivos também influencia no surgimento das lesões. Condições inerentes ao paciente também podem influenciar para o risco da lesão de pele. (PAIVA, D.R.O. 2018) (ZHAO, H. et al., 2017)

A literatura é escassa na identificação de informações sobre lesões de pele causadas por curativos compressivos em sítio de punção arterial de IPC, em pesquisa prévia, não foram encontrados dados epidemiológicos, fatores que predispõe a essas lesões, medidas que possam prevenir esses quadros, técnicas de curativos assertivas, ou outros itens referentes ao tema.

Este estudo tem como objetivo identificar literaturas sobre lesões de pele após curativo em sítio de punção arterial pós IPC, onde possamos encontrar todo conhecimento técnico produzido sobre a temática, para discutir possíveis fatores de risco, medidas preventivas, técnicas de curativo que favoreçam a diminuição de lesões desse tipo, visando oferecer conteúdo de apoio a atuação prática do enfermeiro ou profissional responsável pelo paciente pós IPC.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada no período de março a abril de 2020. Para tanto, seguiram-se seis etapas: estabelecimento da questão de pesquisa, definição dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos, categorização dos estudos, avaliação dos estudos da revisão, interpretação dos resultados e por fim síntese do conhecimento. (MENDES, K.S; SILVEIRA, R.C.C.P; GALVÃO, C.M; 2018)

Na primeira etapa, elaborou-se o tema por meio da estratégia “PICO” onde o **P** de população (Pacientes submetidos a intervenção percutânea coronária); **I** de intervenção ou área de interesse (aspectos de prevenção de lesão de pele decorrente ao curativo compressivo por IPC); **C** de comparação entre intervenção ou grupo (não foi empregado) e o **O** de desfecho (os cuidados necessários) e a pergunta de pesquisa: “Quais os fatores de risco, medidas preventivas, técnicas de curativo que favoreçam a diminuição de lesões de pele decorrentes de curativo compressivo em sítio de punção de IPC”.

Utilizou-se uma biblioteca virtual internacional de saúde, a PubMed, e as seguintes bases de dados MEDLINE, LILACS e BDNF através dos descritores Wounds and Injuries; Angioplasty, Balloon, Coronary; Nursing Care; Cardiovascular Nursing; Surgical Wound; Bandages; Nursing Care; Compression Bandages; Percutaneous Coronary Intervention.

Estabeleceu-se na segunda etapa, os critérios de inclusão: artigos primários e de revisão disponíveis na íntegra com leitura do título seguido da análise do resumo e de acesso gratuito, com o uso de descritores em português, inglês, espanhol e francês. Como critério de exclusão: as publicações duplicadas e artigos sem relação com o tema.

Identificaram-se na terceira e quarta etapa os artigos pré-selecionados e selecionados, utilizando um roteiro adaptado que contemplou as bases de dados, os títulos da publicação, os periódicos, o ano de publicação, os idiomas, os objetivos, os tipos de estudo, os assuntos relacionados com o tema e o nível de evidência classificado. (URSI, E.S; GALVÃO, C.M; 2006) (MELNYK, B.M; FINEOUT-OVERHOLT, E; 2005)

Para a análise e síntese dos estudos selecionados que são a quinta e sexta etapa utilizou-se uma tabela estruturada e construída pelos autores com a finalidade de organizar, analisar, e categorizar as seguintes informações: nome da pesquisa; nome dos autores; idioma; tipo de estudo; nível de evidência e assuntos pertinentes com a temática. Os estudos selecionados foram analisados em duplas checagens por especialistas.

RESULTADO

Do total de 91 artigos, 46 foram encontrados na MEDLINE e 45 estudos foram encontrados na LILACS, 17 estudos foram selecionados e destes quatro atenderam aos critérios de elegibilidade. De quatro artigos, dois foram publicados na Estados Unidos, um na Dinamarca e um na Suíça, no período entre 2002 e 2009, em importantes revistas internacionais.

No que diz respeito ao delineamento da pesquisa, os quatro estudos eram quantitativos. Referente ao tipo de estudo, todos os quatro estudos *são* de coorte prospectivos. Quanto ao nível de evidência, três estudos apresentam nível II e um com nível III. O Quadro¹ sintetiza os resultados do roteiro de coleta.

TÍTULO/PERIÓDICO	ANO/IDIOMA	AUTOR	TIPO DE ESTUDO / NÍVEL DE EVIDENCIA/ BASE DE DADOS
1-) Haematoma after coronary angiography and percutaneous coronary intervention via the femoral artery frequency and risk factors. <i>European Journal of Cardiovascular Nursing</i>	2005, inglês	Kirsten Andersen*, Marianne Bregendahl, Helen Kaestel, Mette Skriver, Jan Ravkilde	Estudo de coorte prospectivo, não randomizado Nível III / MedLine
2-) Effects of Three Groin Compression Methods on Patient Discomfort, Distress, and Vascular Complications Following a Percutaneous Coronary Intervention Procedure. <i>Nursing Research</i>	2005, Inglês	Linda L. Chlan 4 Julie Sabo 4 Kay Savik	Estudo de coorte, prospectivo, randomizado Nível II / MedLine
3-) Transparent film Dressing vs pressure Dressing after percutaneous Transluminal Coronary angiography. <i>American Journal Of Critical Care</i>	2009, Inglês	By Stacie Mcle, RN, BSN, Trisha Petite, RN, BSN, Lori Pride, RN, BSN, Donna Leeper.	Estudo de coorte, prospectivo, randomizado. Nível II / MedLine
4-) Comparison of Costs and Safety of a Suture-Mediated Closure Device With Conventional Manual Compression After Coronary Artery Interventions. <i>Wiley InterScience</i>	2002, Inglês	Hans Rickli,1* MD, Martin Unterweger,2 MD, Gabor Su ^ˆ tsch,3 MD, Hans Peter Brunner-La Rocca,3 MD, Markus Sagmeister,1 MD.	Estudo de coorte, prospectivo, randomizado. Nível II / MedLine

Fonte: Elaborado pelo próprio autor, 2020.

DISCUSSÃO

A punção do acesso arterial constitui etapa inicial e fundamental para a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos cardiovasculares percutâneos. A primeira via de acesso utilizada para a coronariografia e para a ICP foi a via braquial, sendo posteriormente substituída pelo acesso femoral. Na última década, a opção pela via radial tem sido cada vez mais frequente comparada com a punção femoral. Fundamentalmente, a preferência por uma ou outra técnica deve se basear nas características clínicas e anatômicas do paciente, em aspectos técnicos relacionados ao procedimento e na experiência do cardiologista intervencionista. (FERES F; et al., 2017)

A via femoral é de mais fácil punção devido ao maior calibre da artéria femoral e relaciona-se a menor curva de aprendizado. Essa via de acesso possibilita maior versatilidade dos instrumentais. (FERES F; et al., 2017)

A via radial previne a ocorrência de complicações vasculares e hemorrágicas do sítio de punção, com isso, os pacientes submetidos a coronariografia e intervenção coronária por essa via, tem deambulação e alta hospitalar mais precoces, e resulta em maior satisfação dos pacientes, comparativamente à via femoral. (FERES F; et al., 2017)

Todos estudos sobre complicações decorrentes do acesso arterial da IPC relatam eventos, que incluem hematomas, pseudoaneurismas, fístulas arteriovenosas e hematomas retroperitoneais, no caso de punção femoral, e são primordialmente influenciadas por variações anatômicas, idade do paciente, presença de obesidade (fatores não modificáveis) e pela técnica da punção.

As lesões de pele não são citadas como complicações dos procedimentos cardiológicos percutâneos, mas sabemos que elas existem e são possíveis realmente de ocorrer, essas lesões cutâneas relacionadas à adesivos médicos são conhecidas internacionalmente pela sigla MARSÍ, elas são comuns, pouco reconhecidas e evitáveis. (NASIMOTO, M.C.G; DOMANSKY, R. C. 2014)

O estudo 1 buscou realizar uma auditoria no serviço de hemodinâmica dos autores do estudo, onde realizaram uma investigação para determinar o número de pacientes que desenvolveram hematoma após IPC por via femoral. Foram incluídos no estudo 463 pacientes, e deste Seis (1,3%) desenvolveram um hematoma de > 10 cm. No total, 41 pacientes (8,9%) desenvolveram hematoma > 5 cm. Não houve relatos de lesões de pele, técnica utilizada no curativo compressivo ou outros aspectos relacionados ao curativo não foram citadas nas complicações/estudo. (ANDERSEN, K; et al. 2005)

O estudo 2 os principais objetivos deste estudo foram determinar se um método de compressão (manual, Femostop UMA, ou clamp C) após a remoção da bainha femoral após PCIP causa o menor número de complicações vasculares e menos desconforto e angústia do paciente. Foram incluídos 306 pacientes no estudo, as conclusões deste estudo randomizado não resultaram em um método de compressão para causar menos desconforto ou angústia e não houve diferença nas complicações vasculares pelo método de compressão. Aspectos sobre os curativos, condições da pele, materiais utilizados no curativo, não foram abordados. (CHLAN, L.L; SABO, J; SAVIK, K; 2005)

No estudo 3 Um total de 100 pacientes foram avaliados nas variáveis dos curativos: curativo sob pressão, curativo transparente ou curativo adesivo. A motivação do estudo foi que muitos pacientes têm lembranças de desconforto e irritação da pele durante e após a remoção do curativo. Especificamente, as queixas dos pacientes incluem irritação da pele, dor, tração, erupção cutânea, bolhas e queimaduras na pele após a remoção do curativo. Os enfermeiros estavam preocupados com sua incapacidade de visualizar o local de remoção da bainha para verificar se havia hematoma, sangramento ou complicações na

virilha em um estágio inicial quando o curativo sob pressão estava em vigor. Eles também estavam preocupados com os pacientes que experimentaram desconforto, especialmente durante e após a remoção do curativo. Os resultados do estudo, revelaram satisfação significativamente maior entre os pacientes após o cateterismo cardíaco, quando o local de inserção da bainha na virilha foi vestido com um curativo transparente ou um curativo adesivo simples, em vez do curativo sob pressão padrão. Os enfermeiros também relataram maior facilidade de avaliação do local da virilha em pacientes com o filme transparente ou curativos adesivos. (MCLE, S; et al., 2009)

No estudo 4 o fechamento realizado por sutura do local de acesso arterial femoral para ICP em comparação com a compressão manual é econômico e seguro. Além disso, o uso de um dispositivo de fechamento mediado por sutura resulta em uma diminuição estatisticamente significativa no desconforto do paciente e é a técnica preferida pela maioria dos pacientes. Assim, dispositivos de fechamento mediados por sutura podem ser utilizados rotineiramente em pacientes com acesso femoral para ICP eletiva. Como complicações, o presente estudo evidenciou que de 193 pacientes, somadas ambas as técnicas do estudo, 12% apresentaram hematoma evidenciado por ultrassom e 2% apresentaram pseudoaneurisma também identificado por ultrassom. Lesões de pele, técnica utilizada no curativo compressivo ou outros aspectos relacionados ao curativo não foram citadas nas complicações/estudo. (RICKLI, H; et al., 2008)

Na pesquisa foi evidenciado que a maioria dos estudos, tem por objetivo a identificação de alterações vasculares causadas pela IPC, sempre os hematomas, fístulas arteriovenosas, pseudoaneurismas, entre outros, são abordados nessas pesquisas. As lesões de pele foram consideradas uma alteração decorrente de IPC em apenas um estudo.

A responsabilidade pelo curativo e avaliação da pele dos pacientes é do enfermeiro. A maioria das diretrizes práticas de IPC até hoje são baseadas em opiniões de especialistas. Pesquisas demonstram que muitas intervenções de enfermagem não são baseadas em pesquisas, confirmando a necessidade de pesquisas clínicas sobre IPC. Os enfermeiros estão em uma posição muito importante e pertinente para reconhecer áreas de prática que precisam de mais pesquisas e avaliar os resultados na prática de suas atribuições. O curativo na punção arterial é um dos itens que necessita de mais estudos e pesquisas pela enfermagem, a criação de protocolos, intervenções de enfermagem baseada em evidências, contribuiria para essa melhora profissional e conseqüente melhoria para os pacientes. (ODOM, B.S; 2008)

Em 2013, foi publicada a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n°. 36 que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Com isso a manutenção da integridade da pele é um indicador da qualidade da assistência prestada pela Enfermagem. Esta Resolução tem por objetivo instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde.

Há uma escassez de informações, tanto sobre lesões de pele após IPC ou sobre

MARSI. No entanto, é possível observar que a maioria dos casos podem ser evitados e a prevenção dessas lesões é uma reflexão direta sobre a qualidade da assistência prestada, principalmente pela Enfermagem, que acompanha o paciente em todo momento. As MARSI têm impacto negativo na segurança do paciente, e seu tratamento gera custos significativos para as instituições de saúde. Desta maneira, estudos que mostrem a incidência dessas lesões pós IPC, ou outros tipos de lesões que se enquadrem na MARSI no Brasil são importantes para traçar uma visão desse possível problema e auxiliar na gestão das práticas dos profissionais. (NASIMOTO, M.C.G; DOMANSKY, R. C. 2014)

CONCLUSÃO

O presente estudo concluiu que o conteúdo acerca das complicações vasculares pós IPC estão bem elucidados na literatura, porém existe uma lacuna de conhecimento sobre as complicações, fatores de risco, medidas preventivas, técnicas de curativo que favoreçam a diminuição de lesões desse tipo em pacientes submetidos a IPC, tanto em punção radial ou femoral.

Este estudo expõe a necessidade de estudos sobre a incidência dessas lesões de pele decorrentes de curativos pós IPC, visto que elas existem, porém, essas informações são escassas na literatura.

Por fim, também concluímos que é necessário que enfermeiros construam protocolos para pautar suas atribuições técnicas no momento de avaliar a pele do paciente, para definir o tipo, material e técnica de curativo pós IPC.

REFERÊNCIAS

1. Andersen K, et al. Haematoma after coronary angiography and percutaneous coronary intervention via the femoral artery frequency and risk factors. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2005;4:123-27.
2. BRASIL. Agência nacional de vigilância sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada- RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. *Diário Oficial da União, Brasília(DF)*; 26 de julho de 2013.
3. Chlan LL, Sabo J, Savik K. Effects of Three Groin Compression Methods on Patient Discomfort, Distress, and Vascular Complications Following a Percutaneous Coronary Intervention Procedure. *Nursing Research*. 2005;54(6):391-98.
4. de Souza e Silva CG, et al. Sobrevida em até 15 Anos de Homens e Mulheres após Intervenção Coronariana Percutânea Paga pelo Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, 1999-2010. *Arq Bras Cardiol*. 2018 May 23;111(4):553-61.
5. dos Santos J, et al. Mortalidade por infarto agudo do miocárdio no Brasil e suas regiões geográficas: análise do efeito da idade-período-coorte. *Ciência & Saúde Coletiva*,. 2018;23(5):1621-634.
6. Feres F, Costa RA, Siqueira D, Costa Jr JR, Chamié D, Staico R, et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia e da Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista Sobre Intervenção Coronária Percutânea. *Arq Bras Cardiol*. 2017;109.1-81.

7. H Zhao, et al. Prevalence of medical adhesive-related skin injury at peripherally inserted central catheter insertion site in oncology patients. *The Journal of Vascular Access, China*. 2017;19(1):23-27.
8. Lima VCGS. Protocolo De Cuidados Básicos De Enfermagem Para Clientes Pós-Angioplastia Transluminal Coronariana [Dissertação]. Rio De Janeiro: Universidade Federal Fluminense; 2018. 106 s. Mestrado Profissional.
9. McLe S, et al. Transparent Film Dressing Vs Pressure Dressing After Percutaneous Transluminal Coronary Angiography. *American Journal Of Critical Care*. 2009;18(1):14-20.
10. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidencebased practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. *Evidencebased practice in nursing & healthcare. A guide to best practice*. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2005.3-24.
11. Mendes KS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. Florianópolis, 2008;17(4): 758-64.
12. Nasimoto, M.C.G.; Domansky, R. C. Prevenção De Lesões De Pele Relacionadas À Adesivos Médicos. In: Domansky, R.C.; Borges, E. L. *Manual para prevenção de lesões de pele: recomendações baseadas em evidências*. Rio de Janeiro, Rubio, 2014. Cap. 4, pag. 65-92.
13. Odom BS. Management of Patients After Percutaneous Coronary Interventions. *Critical Care Nurse*. 2008;28:26-42.
14. Paiva DRO. Incidência de lesões cutâneas relacionadas à adesivos médicos em uma unidade coronariana [Monografias de Especialização]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2018. 58 s. Especialização em Enfermagem.
15. Rickli H, et al. Comparison of Costs and Safety of a Suture-Mediated Closure Device With Conventional Manual Compression After Coronary Artery Interventions. *Catheterization and Cardiovascular Interventions*. 2002;57:297-02.
16. Teixeira TRF, de Avila MAG, Braga EM. Compreensão De Pacientes Às Orientações De Enfermagem No Cateterismo Cardíaco: Uma Pesquisa Qualitativa. *Cogitare enferm*. 2019;24
17. Ursi ES, Galvão CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2006;14(1):124-31.

CAPÍTULO 25

PERFIL CLÍNICO DE INTERNAÇÃO DOS ADOLESCENTES ATENDIDOS EM UMA ENFERMARIA ESPECIALIZADA

Data de aceite: 01/07/2021

Data de submissão: 20/04/2021

Ellen Marcia Peres

Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Departamento de Enfermagem Médico-
Cirúrgica. Rio de Janeiro - Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-4262-6987>

Jayne Gleyce dos Santos Silva

Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Residência em Enfermagem em Saúde do
Adolescente. Rio de Janeiro. Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-7709-6114>

Bruna Maiara Ferreira Barreto Pires

Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Departamento de Enfermagem Médico-
Cirúrgica. Rio de Janeiro - Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-5584-8194>

Helena Ferraz Gomes

Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Departamento de Enfermagem Médico-
Cirúrgica. Rio de Janeiro - Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-6089-6361>

Priscila Cristina da Silva Thiengo de Andrade

Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Departamento de Enfermagem Médico-
Cirúrgica. Rio de Janeiro - Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-0840-4838>

Dayana Carvalho Leite

Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Hospital Universitário Pedro Ernesto. Rio de
Janeiro. Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-6354-9111>

Juliana Almeida de Oliveira

Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Residência de Enfermagem em Saúde do
Adolescente. Rio de Janeiro - Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-7709-6114>

Aline de Assis Góes

Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Residência de Enfermagem em Saúde do
Adolescente. Rio de Janeiro – Brasil
<https://orcid.org/0000-0001-8567-5354>

Inez Silva de Almeida

Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Departamento de Fundamentos de
Enfermagem. Rio de Janeiro - Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-5082-5607>

Pâmela Sousa Monteiro

Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Voluntária de Iniciação Científica da Faculdade
de Enfermagem. Rio de Janeiro - Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-8653-7751>

Andréia Jorge da Costa

Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Hospital Universitário Pedro Ernesto. Rio de
Janeiro - Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-6923-4401>

Carolina Cabral Pereira da Costa

Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Departamento de Enfermagem Médico-
Cirúrgica. Rio de Janeiro - Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/5964142169735523>

RESUMO: Objetivou-se: analisar o perfil clínico de adolescentes hospitalizados em uma

enfermaria especializada em saúde do adolescente. Método: Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo de análise documental de fontes secundárias, com abordagem quantitativa, desenvolvido em uma enfermaria especializada de um Hospital Universitário do Rio de Janeiro. A amostra do estudo foi coletada dos prontuários e formulários do próprio setor, totalizando 360 hospitalizações. A coleta primária ocorreu em julho de 2017, e os dados secundários foram coletados nos meses de novembro e dezembro de 2019. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva simples. Resultados: Constatou-se que 64,7%(n=233) dos adolescentes hospitalizados são do sexo feminino e 35,3%(n=127) do sexo masculino. A faixa etária em que se observou o maior índice de internações foi dos 12 aos 19 anos, com 21,1%(n=76). Observou-se que o sistema mais acometido é o Sistema Hematopoiético, correspondendo a 79 casos, ou seja, 26% das hospitalizações de adolescentes. Os resultados desta pesquisa ratificam a importância da existência de enfermarias especializadas em saúde do adolescente dentro dos hospitais frente as peculiaridades que envolvem essa população. Conclusão: Conclui-se que é importante a singularidade da assistência de enfermagem ao adolescente que se encontra inserido no processo de hospitalização, a fim de contribuir para a melhoria da qualidade do cuidado prestado.

PALAVRAS - CHAVE: Saúde do Adolescente; Hospitalização; Enfermagem.

CLINICAL PROFILE OF HOSPITALIZATION OF ADOLESCENTS SERVED IN A SPECIALIZED NURSING

ABSTRACT: The objective was: to analyze the clinical profile of adolescents hospitalized in a ward specialized in adolescent health. Method: This is a descriptive, retrospective study of documentary analysis of secondary sources, with a quantitative approach, developed in a specialized ward of a University Hospital in Rio de Janeiro. The study sample was collected from medical records and forms from the sector itself, totaling 360 hospitalizations. The primary collection took place in July 2017, and the secondary data were collected in the months of November and December 2019. The data were analyzed using simple descriptive statistics. Results: It was found that 64.7% (n = 233) of hospitalized adolescents are female and 35.3% (n = 127) male. The age group in which the highest rate of hospitalizations was observed was 12 to 19 years old, with 21.1% (n = 76). It was observed that the system most affected is the Hematopoietic System, corresponding to 79 cases, that is, 26% of hospitalizations of adolescents. The results of this research confirm the importance of the existence of specialized wards for adolescent health within hospitals in view of the peculiarities that involve this population. Conclusion: It is concluded that the singularity of nursing care to adolescents who is inserted in the hospitalization process is important, to contribute to improving the quality of care provided.

KEYWORDS: Adolescent Health; Hospitalization; Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

A adolescência é compreendida como uma etapa do ciclo da vida caracterizada por intensas mudanças no desenvolvimento físico, mental, emocional, sexual e social. Nesta fase, o adolescente busca a sua inserção na sociedade em que vive, com objetivos

relacionados às suas expectativas frente a vida (BRASIL, 2013; BRASIL, 2017).

Para o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em seu artigo 2º, a adolescência é delimitada cronologicamente entre os 12 e 18 anos de idade. Além disso, o Estatuto garante que o adolescente tenha acesso a todos os seus direitos, dentre eles a saúde, com vistas a promover o seguro desenvolvimento deste indivíduo (BRASIL, 1990).

Vale destacar que no contexto em que o adolescente se insere deve-se considerar os determinantes socioeconômicos, políticos e culturais que irão caracterizar suas atitudes frente às situações cotidianas (BRASIL, 2013; BRASIL, 2017). Dentre essas situações, destaca-se o processo de hospitalização, e conforme aponta Almeida et al. (2008) corroborado por Reis et al. (2019) e Santos et al. (2018) a vivência da hospitalização, por conta das diversas transformações decorrentes da adolescência, principalmente, emocionais e mentais, pode gerar medo, ansiedade, angústia, entre outros sentimentos e emoções que se acentuam em decorrência das modificações fisiológicas dessa fase da vida.

Para Alamy (2007) o cotidiano hospitalar é novo e desconhecido para o adolescente, pois esse deixa de vivenciar a sua rotina e passa a viver em um ambiente diferente, que irá fomentar a perda de sua identidade social, modificando os seus hábitos e levando-o a obter o *status* de doente, além de afastá-lo do seu convívio familiar e social.

Deste modo, todos esses sentimentos que emergem do processo de hospitalização podem interferir no sucesso do tratamento deste indivíduo e em seu desenvolvimento, requerendo uma equipe multiprofissional qualificada e uma rede de apoio, formada por familiares e amigos (REIS et al., 2019).

Soma-se a isso, as causas de internações de adolescentes, com destaque para as comorbidades crônicas (ARAÚJO et al., 2011; LUZ; MARTINI, 2012). A condição crônica na adolescência leva o adolescente a conviver com mudanças e efeitos provocados pela doença e pelo tratamento que, muitas vezes, são irreversíveis, além das questões relacionadas à faixa etária (ARAÚJO et al., 2011).

Diante desse contexto de hospitalização, ressalta-se a importância da equipe de enfermagem, que se encontra mais próxima ao cliente durante esse processo. Logo, esses profissionais devem estar capacitados para atender as demandas que emergem desses sujeitos, fornecendo uma assistência de qualidade (REIS et al., 2019).

Para tal, Reis et al. (2019) afirmam que o profissional deve construir laços com o adolescente, a partir de diálogos, buscando detectar as demandas e os problemas de enfermagem que emergem do processo de hospitalização.

Diante do exposto, torna-se premente que os profissionais de saúde conheçam o perfil clínico dos adolescentes hospitalizados. Ademais, o conhecimento do perfil clínico dos adolescentes hospitalizados oferece um panorama sobre as causas das hospitalizações e as condições clínicas relacionadas ao processo saúde-doença.

Fundamentado nesse contexto, emergiu o seguinte problema de pesquisa: Qual o

perfil clínico de internação de adolescentes hospitalizados em uma enfermaria especializada em saúde do adolescente, entre os anos de 2016 e 2017? Logo objetivou-se: analisar o perfil clínico de adolescentes hospitalizados em uma enfermaria especializada em saúde do adolescente.

2 | MÉTODO

Estudo descritivo, retrospectivo de análise documental de fontes secundárias, com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada numa enfermaria especializada na atenção integral a saúde do adolescente de um Hospital Universitário do Estado do Rio de Janeiro, Brasil.

A enfermaria dispõe de 8 leitos, sendo quatro para o sexo feminino e quatro para o sexo masculino, e responde pela atenção integral desse público com idade compreendida entre 12 e 18 anos. É um centro de referência para internação de adolescentes de ambos os sexos com quadros clínicos e cirúrgicos que requeiram investigação diagnóstica e tratamento, com exceção de adolescentes em trabalho de parto ou em surto psicótico.

A amostra foi composta de 360 hospitalizações de adolescentes, a partir dos seguintes critérios de inclusão: prontuários e formulários próprios do setor, referente às hospitalizações de adolescentes, entre maio de 2016 e maio de 2017. Critérios de exclusão: prontuários e formulários próprios do setor fora do período delineado na coleta de dados.

A coleta primária ocorreu em julho de 2017, e os dados secundários nos meses de novembro e dezembro de 2019 em um Banco de Dados no *Microsoft Excel* do Projeto Original. Os dados secundários foram coletados dos prontuários e formulários próprios do setor, referentes às hospitalizações de adolescentes, entre os meses de maio de 2016 e maio de 2017.

O Instrumento de coleta de dados versava com as variáveis: idade, sexo, diagnóstico médico por sistemas, conforme Classificação Internacional de Doenças (CID-10), motivo de internação, invasões utilizadas pelos adolescentes (cateteres vasculares, cateteres urinários, sondas de alimentação, drenos, monitorizações, suporte de oxigênio), controles clínicos (curva térmica, curva pressórica, controle de diurese, controle hidroeletrolítico, peso em jejum, pH urinário, hemoglicoteste (HGT), saturação de O₂).

Ressalta-se que o estudo integra o Projeto de Pesquisa intitulado: “Vulnerabilidades e desigualdades sociais na Adolescência: contribuições da Enfermagem na Perspectivas das Políticas Públicas de Saúde”, aprovado no CEP sob número de Parecer 2.281.435. Por se tratar de dados secundários, dispensa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram cumpridas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, dispostas na Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012, do Plenário do Conselho Nacional de Saúde. A referida Resolução tem por objetivo principal fazer respeitar

os referenciais da bioética – tais como autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros – e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (BRASIL, 2012).

O termo de justificativa de ausência do TCLE foi solicitado pelas seguintes razões: Trata-se de levantamento de dados em impresso próprio do setor pesquisado, o que não interfere no cuidado recebido pelo paciente; Não há riscos físicos e/ou biológicos para o paciente uma vez que o estudo é meramente retrospectivo de análise documental; A confidencialidade da identificação pessoal do paciente é garantida pelo pesquisador principal e pelas técnicas de levantamento e guarda dos dados: o paciente será identificado apenas através de iniciais e números de registro que servem apenas para validar a individualidade da informação. Esses dados não foram objetos de análise.

Os dados foram analisados através de estatística descritiva simples, por meio de frequências relativa, absoluta e porcentagem.

3 | RESULTADOS

A amostra foi composta por 360 hospitalizações de adolescentes. Destes, 233 (64,7%) eram do sexo feminino e 127 (35,3%) do sexo masculino.

Quanto à distribuição das internações por faixa etária, dos 12 aos 19 anos, percebeu-se que 21,1% (n=76) dessas hospitalizações ocorreram com os adolescentes de 14 anos; 18,6% (n=67) com 16 anos e 16,9% (n=61) com adolescentes com 15 anos. O gráfico 1 apresenta a frequência das internações por cada faixa etária.

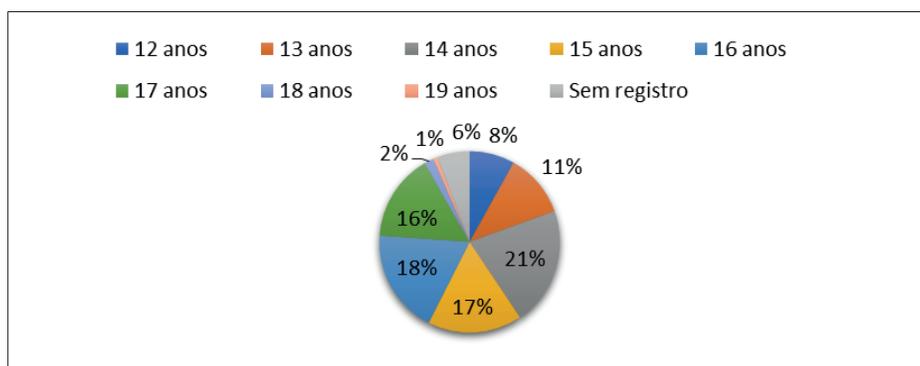


Gráfico 1- Perfil clínico de hospitalizações de adolescentes segundo a idade, de maio de 2016 a maio de 2017- Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2020 (n=360).

Fonte: Autores, 2020.

No que concerne aos aspectos clínicos, revelou-se que os sistemas mais acometidos eram os Sistema Hematopoiético, correspondendo a 79 casos, ou seja, 26%

das hospitalizações de adolescentes; o Sistema Geniturinário com 11% (n=34) e o Sistema Nervoso com 10% (n=30), conforme aponta o gráfico 2.

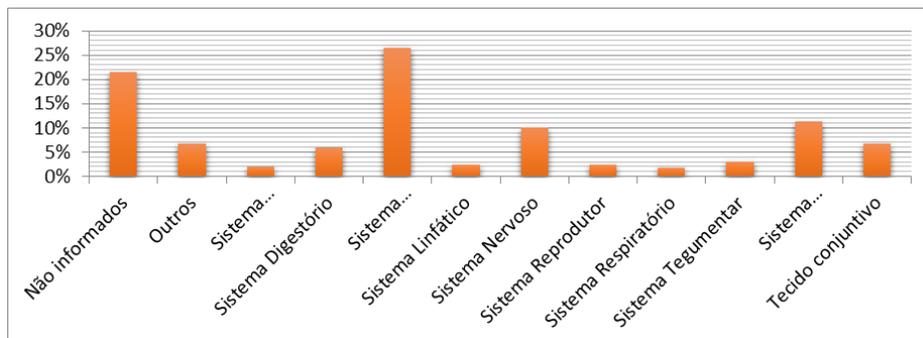


Gráfico 2 - Perfil clínico de hospitalizações de adolescentes, segundo diagnóstico agrupado conforme os tecidos e sistemas acometidos, de maio de 2016 à maio de 2017 - Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2020 - (n=360).

Fonte: Autores, 2020.

Em relação aos motivos de internação, verificou-se que 20% (n=79) ocorreram para a realização de procedimentos cirúrgicos e 19% (n=69) para tratamentos. Foram constatados outros motivos para a hospitalização, como infecções, correspondendo a 7% (n=26); exames, 3% (n=11); neutropenia febril, 4% (n=13); crise convulsiva, 3% (n=9); outros, 9% (n=32) e 36% (n=128) não foram informados nos registros de internação, conforme (Tabela 1).

Variável	N	%
Classificação dos motivos de internação		
Não informados	128	36%
Cirúrgico	72	20%
Exame	11	3%
Tratamento	69	19%
Infecção	26	7%
Crise convulsiva	9	3%
Neutropenia Febril	13	4%
Outros	32	9%
Total	360	100%

Tabela 1- Motivos de internações dos adolescentes em uma enfermaria especializada em saúde do adolescente, de maio de 2016 a maio de 2017 – Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2020 – (n=360).

Fonte: Autores, 2020.

Quanto aos controles clínicos observados na assistência de enfermagem, constatou-se que os mais prevalentes foram: a curva térmica, correspondendo a 27,2% (n=139); o Balanço Hidroeletrólítico com 10,80% (n=55); a curva pressórica com 7,8% (n=40); o peso em jejum com 6,80% (n=35) e o controle de diurese com 5,90% (n=30), conforme representado no gráfico 3.

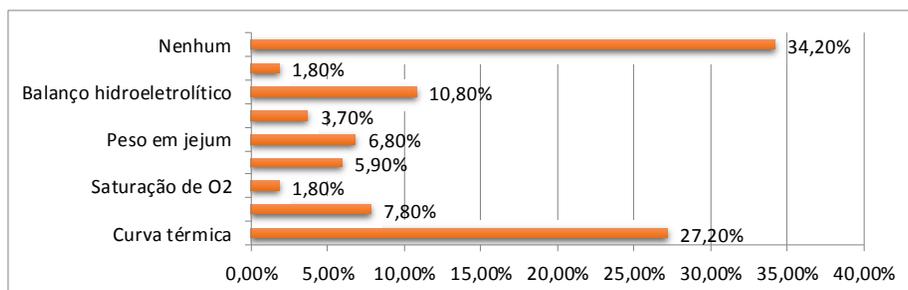


Gráfico 3 - Controles Clínicos dos adolescentes hospitalizados em uma enfermaria especializada em saúde do adolescente, de maio de 2016 à maio de 2017. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2020.

Fonte: Autores, 2020.

Ao analisar os dispositivos utilizados, constatou-se que 46% (n=196) utilizaram o Acesso Venoso Periférico (AVP); 24,2% (n=103) não utilizaram nenhum dispositivo e 13,8% utilizaram outros cateteres, conforme (Tabela 2).

Dispositivos*	N	%
Acesso Venoso Central	5	1,2%
Acesso Venoso Periférico	196	46,0%
Cateteres	59	13,8%
Dreno	10	2,3%
Gastrostomia	21	4,9%
Macronebulização	7	1,6%
Monitorização dos parâmetros clínicos	8	1,9%
Sonda	9	2,1%
Nenhum dispositivo	103	24,2%
Total		100%

Tabela 02 – Dispositivos utilizados em adolescentes hospitalizados em uma enfermaria especializada em saúde do adolescente, de maio de 2016 a maio de 2017 – Rio de Janeiro 2020.

Observação: *teve adolescente que utilizou mais de um dispositivo

Fonte: A autora, 2020.

4 | DISCUSSÃO

Este estudo permitiu conhecer as características clínicas dos adolescentes hospitalizados. Os resultados apontam que, 64,7% (n=233) das internações de adolescentes, durante o período da pesquisa, foram de pacientes do sexo feminino e 35,3% (n=127) do sexo masculino.

Freitas et al. (2018), em seu estudo sobre internação de adolescentes por Condições Sensíveis a Atenção Primária, constatou que meninas compreendiam a 66,64% (n=6.569) das hospitalizações e meninos a 33,36% (n=3.289). Tais dados reforçam sobre a importância de compreender a singularidade de gênero, nas ações voltadas a saúde do adolescente, visto que influencia o processo saúde/doença do indivíduo.

Quanto à disposição de hospitalizações por faixa etária, observou-se um maior índice de internações em adolescentes com 14 anos, correspondendo 76 (21,1%), seguindo pela faixa etária de 16 anos com 18,6% (n=67). Freitas et al. (2018) apontam que a maior frequência de internações de adolescentes por condições sensíveis a Atenção Primária estava compreendida na faixa dos 15 aos 19 anos de idade.

Ademais, no Brasil, entre 2013 e 2017 o número de internações de adolescentes de 10 a 19 anos foi de 5.615.724 (Dias et al., 2017). Esses dados, reforçam a importância de profissionais capacitados ao atendimento dessa população, considerando as peculiaridades que envolvem essa fase da vida. (REIS et al., 2018).

É preciso que a equipe de enfermagem busque compreender este adolescente em todas as suas demandas, visualizando as particularidades de cada faixa etária nesta fase do desenvolvimento (FREITAS et al. 2018).

Ao avaliar os sistemas mais acometidos pelos adolescentes hospitalizados, destacam-se: o Sistema Hematopoiético com 26% (n=79); o sistema Geniturinário com 11% (n=34) e o Sistema Nervoso com 10% (n=30). De acordo com Luz e Martini (2012) a maior parte de internações de adolescentes ocorre por patologias crônicas, demandando do profissional de saúde uma postura empática e ética, não focando apenas nas questões fisiológicas da doença, mas também nos aspectos psicossociais que perpassam o sujeito adolescente.

No entanto, Hatisuka et al. (2015) aponta que em um período de 2009 a 2011 houve 938 internações de adolescentes, dentre 15 a 19 anos, por pneumonia bacteriana no Estado do Paraná. Considerando os motivos de internação, destacam-se intervenções cirúrgicas (20%) e realização de tratamento (19%).

Contudo, no estudo em tela 36% não continham as informações referentes a justificativa de internação. De acordo com Freitas et al. (2018) as causas de hospitalizações na adolescência devem ser estudadas, a fim de proporcionar melhores ações de promoção de saúde e prevenção de agravos para este grupo.

Observa-se que, embora, haja muitos estudos sobre as características clínicas

de internações infantis, há uma incipiente produção de pesquisas sobre tais aspectos na adolescência (GOMES et al. 2012).

No que se refere aos controles clínicos utilizados na assistência, destacam-se a curva térmica e o balanço hidroeletrólítico. Já os dispositivos mais utilizados destacam-se o Acesso Venoso Periférico em 46% (n=196) das internações.

Em um estudo de coorte realizado por Fernandes et al. (2020) com uma amostra de 27 pacientes, internados em uma enfermaria de um determinado hospital, observou-se a realização de 40 acessos venosos. Lima et al. (2020) também aponta em sua pesquisa com uma população de 50 pacientes a execução de 148 cateterizações venosas periféricas, corroborando com os dados da pesquisa, pois demonstra que os pacientes são submetidos a tal procedimento de forma rotineira durante o período de internação. A punção venosa se caracteriza como uma das atividades mais desenvolvidas pela equipe de enfermagem durante o processo de hospitalização.

A partir dos dados apresentados, observa-se a importância de conhecer as características de saúde e adoecimento de um determinado grupo etário, com vistas a subsidiar o planejamento da assistência de enfermagem. A avaliação do perfil clínico dos adolescentes contribui para a implementação de cuidados baseados na realidade do serviço e na peculiaridade dos sujeitos.

Portanto, diante do processo de adoecer, é importante atentar-se para as singularidades dos adolescentes, voltando a assistência de enfermagem para as demandas inerentes a essa fase da vida. Compreender as causas de internações desses sujeitos, suas condições clínicas permite um olhar holístico e humano frente ao sujeito a ser cuidado, contribuindo, sobremaneira, para uma assistência de enfermagem de qualidade.

No entanto, dentre as limitações do estudo tem-se a escassez de pesquisas sobre perfil nosológico de internação de adolescentes o que dificulta uma ampla discussão dos resultados, além da ausência de algumas informações nos prontuários e impressos do setor.

5 | CONCLUSÃO

Este estudo apontou o perfil de internação de adolescentes hospitalizados em uma enfermaria especializada na assistência ao adolescente, no período de maio de 2016 a maio de 2017. Destacou-se que 64,7% (n=233) eram do sexo feminino; 21,1% (n=76) das internações ocorreram em indivíduos com 14 anos de idade. Ao observar aspectos clínicos, o sistema hematopoiético foi o mais acometido em 26% (n=79) das internações.

Quanto aos motivos de internação, 20% (n=79) foram para a realização de procedimentos cirúrgicos e 19% (n=69) para tratamentos. Quanto aos controles clínicos, a curva térmica foi a mais utilizada. Já os Acessos Venosos Periféricos foram os dispositivos mais utilizados na assistência, em 46% (n=196) das internações de adolescentes.

Conclui-se que o estudo buscou compreender as questões que envolvem o processo de hospitalização do adolescente e o cuidado implementado em uma unidade especializada. Os resultados da pesquisa ratificam a importância da existência de enfermarias especializadas em saúde do adolescente dentro dos hospitais, pois estudos envolvendo apenas a população de adolescente ainda são incipientes.

Reforça-se, portanto, a necessidade de pesquisas que abordem a hospitalização, as suas causas, o tratamento, e o impacto da doença crônica na vida dos adolescentes.

REFERÊNCIAS

ALAMY, S. Crianças hospitalizadas. **Ensaio de psicologia hospitalar: a auscultação da alma**. Belo Horizonte: Edição Independente, p. 117-135, 2007.

ALMEIDA, I. S. et al. **Hospitalização do adolescente e a participação familiar**. IN: Aben. Programa de Atualização em Enfermagem Saúde da Criança e do Adolescente (PROENF). Porto Alegre: Artmed, p. 109-34, 2008.

ARAÚJO, Y. B. et al. Saberes e experiências de adolescentes hospitalizados com doença crônica. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 274-9, abr/jun, 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n2a17.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, 2012. **Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1 p. 59. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 06 abr. 2021.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm#art266>. Acesso em: 16 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica**. Brasília, DF, 2017a. Disponível em: <https://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proteger_cuidar_adolescentes_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 06 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde**. Brasília, DF, 1 ed., 1 reimpr., 2013. Disponível em: <http://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacao_basica_saude_adolescente.pdf>. Acesso em: 22 set. 2020.

DIAS, S. M.; GOMES, M. S.; GOMES, H.G.; MEDEIROS, J.S.N.; FERRAZ, L. P.; PONTES, F.L. Perfil de internação hospitalares no Brasil no período de 2013 a 2017. **R. Interd.** v.10; n.4; p.96 -104. out. nov. dez. Disponível em: <<https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/1322>>

FERNANDES, E. S. et al. Ocorrência de flebite associada a cateterismo venoso periférico em pacientes hospitalizados. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 5, e154953301, abr. 2020. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/3301/4787>>. Acesso em: 30 set. 2020.

FREITAS, J. S., et al. Internações de adolescentes por condições sensíveis à atenção primária em uma regional de saúde. **Cogitare Enferm.** v.23, n.4, 2018. Disponível em: < <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/56188/pdf>>. Acesso em: 01 out. 2020.

GOMES, I. L. V. et al. A hospitalização no olhar de crianças e adolescentes: sentimentos e experiências vivenciadas. **Cogitare Enferm.** v.17, n.4, p. 703-9, out/dez. 2012. Disponível em: < <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/30378/19654>>. Acesso em: 02 out. 2020.

HATISUKA, M. F. B. et al. Análise das tendências das taxas de internações por pneumonia bacteriana em crianças e adolescentes. **Acta Paul. Enferm.** v. 28, n.4, p. 294-300. Disponível em: < <https://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500051> >. Acesso em: 01 out. 2020.

LIMA, N. O. et al. Caracterização da utilização de cateteres venosos periféricos em unidade clínica de um hospital universitário. **J. nurs. Health.** v. 10, n. 3, e. 20103003, jul. 2020. Disponível em: <<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/18367/11636>>. Acesso em: 29 set. 2020.

LUZ, J. H.; MARTINI, J. G. Compreendendo o significado de estar hospitalizado no cotidiano de crianças e adolescentes com doenças crônicas. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, DF, v. 65, n. 6, p. 916-21, nov/dez., 2012. Disponível em:< <https://www.scielo.br/pdf/reben/v65n6/a05v65n6.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2020.

REIS, N. S. P. et al. A hospitalização do adolescente na ótica dos profissionais de enfermagem. **Rev. Enferm. em foco**, v.9, n.2, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.21675/2357-707X.2018.v9.n2>>. Acesso em: 01 out. 2020.

SANTOS, M. F. G. et al. A percepção da hospitalização pelos adolescentes: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Res. fundam. care.**, v.10, n.3, p. 663-8, jul/set. 2018. Disponível em:< http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6147/pdf_1>. Acesso em: 02 out. 2020.

SOBRE O ORGANIZADORA

CAROLINA CARBONELL DEMORI - Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria, tendo sido na graduação bolsista do Programa de Educação Tutorial (PET/MEC, 2007-2010). Especialista em Cuidado pré-natal pela Universidade Federal de São Paulo. Especialista de enfermagem ginecológica e obstétrica e especialista em enfermagem clínico-cirúrgica. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria e Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Pelotas. Atualmente é docente do curso de Enfermagem na Universidade Federal de Pelotas/RS. Pesquisadora do AFRODITE: Laboratório Interdisciplinar de Ensino, Pesquisa e Extensão em sexualidade/ Universidade Federal de Santa Catarina/SC. Atua na área de enfermagem obstétrica, saúde do adolescente e enfermagem clínico-cirúrgica.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Abortamento 15, 181, 182, 183, 185, 186, 187

Acreditação 14, 104, 109, 110, 112

Atenção Primária 10, 11, 12, 14, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 38, 40, 42, 46, 47, 113, 114, 121, 135, 167, 172, 207, 238, 241, 258, 261

Auditoria 11, 12, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 69, 70, 71, 112, 247

C

Câncer de pulmão 15, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167

Centro Cirúrgico 13, 72, 73, 74, 76, 83, 84, 85, 89, 157

Cuidado 9, 10, 15, 16, 4, 8, 10, 11, 12, 13, 16, 18, 19, 24, 25, 27, 29, 30, 31, 34, 35, 38, 39, 40, 41, 45, 46, 47, 48, 52, 54, 56, 57, 58, 63, 71, 73, 75, 79, 80, 83, 84, 85, 100, 104, 121, 125, 132, 134, 137, 138, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 150, 152, 153, 154, 155, 168, 172, 173, 174, 175, 177, 178, 181, 182, 183, 184, 185, 187, 188, 189, 190, 196, 197, 198, 206, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 226, 227, 235, 237, 238, 239, 240, 241, 252, 255, 259, 260, 261, 262

Curativo 37, 128, 141, 158, 160, 163, 165, 189, 242, 244, 245, 247, 248, 249

D

Decisão 13, 22, 28, 38, 54, 56, 66, 72, 73, 74, 75, 76, 78, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 122, 185, 186, 193, 196, 204, 238

Dilema Ético 80

Dor 14, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 154, 189, 190, 194, 197, 216, 217, 218, 219, 220, 232, 247

E

Educação Permanente 14, 2, 17, 113, 115, 118, 122, 123, 124, 129, 132, 133, 136, 153, 156, 228, 239

Enfermagem 2, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 2, 4, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 46, 47, 49, 50, 51, 52, 53, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 69, 70, 71, 73, 74, 79, 80, 81, 83, 84, 85, 86, 87, 89, 90, 93, 95, 96, 97, 100, 101, 103, 104, 105, 106, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 115, 119, 121, 122, 124, 126, 128, 129, 131, 132, 133, 134, 135, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 145, 146, 147, 148, 150, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 161, 165, 166, 168, 170, 172, 173, 174, 176, 177, 178, 179, 180, 187, 188, 190, 191, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 212, 213, 215, 216, 217,

220, 221, 222, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 257, 258, 259, 260, 261, 262

Equipe 9, 12, 2, 5, 6, 7, 11, 12, 13, 15, 17, 18, 20, 22, 23, 26, 27, 30, 31, 33, 34, 35, 36, 39, 41, 45, 46, 47, 48, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 63, 64, 66, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 93, 97, 102, 104, 107, 108, 110, 111, 115, 122, 123, 124, 125, 128, 129, 130, 132, 133, 135, 139, 142, 143, 144, 145, 147, 148, 152, 153, 154, 155, 161, 168, 170, 188, 191, 193, 195, 198, 199, 204, 205, 206, 225, 226, 228, 232, 233, 235, 238, 253, 258, 259

F

Feridas 119

Fístula Arteriovenosa 16, 141, 143, 147, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 208, 244

G

Gerenciamento 9, 10, 12, 13, 12, 13, 16, 18, 19, 20, 26, 28, 31, 32, 34, 37, 38, 39, 51, 52, 53, 56, 58, 69, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 86, 87, 88, 90, 91, 92, 95, 96, 97, 98, 100, 108, 124, 129, 131, 132, 133, 194

Gerenciamento de conflito 12, 51, 53

Gestão 2, 9, 11, 13, 1, 2, 3, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 33, 34, 37, 38, 39, 40, 41, 44, 45, 46, 47, 48, 52, 53, 54, 56, 57, 58, 65, 69, 71, 83, 84, 85, 87, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 108, 109, 110, 112, 122, 144, 156, 199, 212, 220, 249

Gestão de qualidade 12, 15, 16, 22, 23, 27, 28

Gestor 12, 12, 15, 17, 18, 19, 22, 23, 24, 26, 28, 29, 30, 32, 33, 37, 52, 124

L

Legislação 12, 14, 12, 59, 60, 61, 64, 68, 69, 70, 76, 77, 78, 89, 94, 123, 125, 133, 162

Lesões de pele 17, 242, 244, 245, 247, 248, 249, 250

Liderança 9, 12, 13, 15, 17, 20, 23, 24, 26, 27, 33, 35, 38, 39, 40, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 52, 54, 56, 74, 134

P

Pandemia 13, 4, 5, 7, 97, 99, 100, 101, 102, 103, 207

Pré-Natal 16, 16, 170, 172, 184, 230, 232, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 262

S

Saúde 2, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 1, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 52, 53, 57, 58, 59, 60, 61, 63, 64, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 73, 74, 75, 76, 79, 80, 81, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 100, 101, 102, 103, 104, 105,

106, 107, 108, 109, 110, 111, 113, 114, 115, 116, 118, 119, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 142, 143, 144, 146, 147, 153, 154, 155, 156, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 166, 167, 168, 169, 170, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 188, 189, 190, 191, 192, 195, 196, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 205, 206, 207, 208, 211, 212, 213, 214, 220, 221, 222, 224, 226, 227, 228, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 243, 245, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262

Segurança do paciente 11, 1, 10, 22, 24, 27, 28, 148, 153, 154, 156

T

Terapia Intensiva 15, 32, 149, 150, 156, 193, 200

Tuberculose 128

Z

Zika Vírus 168, 170, 178, 179

ENFERMAGEM:

Assistência, gestão e políticas públicas em saúde

2

-  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:

Assistência, gestão e políticas públicas em saúde

2

-  www.atenaeditora.com.br
-  contato@atenaeditora.com.br
-  [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
-  www.facebook.com/atenaeditora.com.br

 **Atena**
Editora

Ano 2021