

Atena
Editora
Ano 2021

SABERES, ESTRATÉGIAS E IDEOLOGIAS DE ENFERMAGEM

I



MARCUS FERNANDO DA SILVA PRAXEDES
(Organizador)

Atena
Editora
Ano 2021

SABERES, ESTRATÉGIAS E IDEOLOGIAS DE ENFERMAGEM

I



MARCUS FERNANDO DA SILVA PRAXEDES
(Organizador)

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Camila Alves de Cremo

Daphynny Pamplona

Gabriel Motomu Teshima

Luiza Alves Batista

Natália Sandrini de Azevedo

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

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 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 Federaci do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
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

Saberes, estratégias e ideologias de enfermagem

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Bruno Oliveira
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizador: Marcus Fernando da Silva Praxedes

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S115 Saberes, estratégias e ideologias de enfermagem /
Organizador Marcus Fernando da Silva Praxedes. –
Ponta Grossa - PR: Atena, 2021.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5983-647-5

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.475212311>

1. Enfermagem. 2. Saúde. I. Praxedes, Marcus
Fernando da Silva (Organizador). 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

Temos o prazer de apresentar a coleção “Saberes, estratégias e ideologias de enfermagem”. Trata-se de uma obra que reúne trabalhos científicos relevantes das mais diversas áreas da Enfermagem. A coleção divide-se em dois volumes, em que o objetivo central foi apresentar de forma categorizada e clara estudos desenvolvidos em diversas instituições de ensino e pesquisa nacionais e internacionais.

O primeiro volume traz estudos relacionados à sistematização da assistência da enfermagem em diferentes unidades hospitalares e na atenção básica, destacando a importância do trabalho da equipe de enfermagem do pré-natal até os cuidados paliativos; discussão sobre os desafios da enfermagem frente ao contexto da pandemia de COVID-19; questões gerenciais como o dimensionamento de pessoal e auditoria em saúde; e por fim, a importância da qualidade do cuidado e a segurança do paciente.

O segundo volume reúne variados estudos que abordam temáticas atuais e sensíveis a uma melhor atuação da enfermagem. Dentre algumas discussões, tem-se o processo de educação em saúde, tanto para os profissionais e estudantes da área quanto para os usuários do sistema de saúde; a saúde da mulher, a qualidade do atendimento obstétrico e à criança hospitalizada, com destaque para a humanização do cuidado; a gestão da dor e a importância de intervenções não farmacológicas; atenção à saúde do idoso e necessidade de inovação da prática clínica em relação ao exercício da parentalidade.

Ressaltamos a relevância da divulgação científica dos trabalhos apresentados, para que os mesmos possam servir de base para a prática segura dos profissionais de saúde. Nesse sentido, a Atena Editora se destaca por possuir a estrutura capaz de oferecer uma plataforma consolidada e confiável para estes pesquisadores exporem e divulguem seus resultados.

Marcus Fernando da Silva Praxedes


SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

A UTILIZAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE CUIDADOS ESPECIAIS NEUROLÓGICA SOB A ÓTICA DO ENFERMEIRO

Rozemy Magda Vieira Gonçalves

Terezinha de Fátima Gorreis

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4752123111>

CAPÍTULO 2..... 8

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO MANEJO DE PACIENTES COM CRISE HIPERTENSIVA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Ana Karoline Caetano Santos

Sueli Rodrigues de Azevedo

Juliana Mendonça dos Santos Lopes

Ricardo Otávio Maia Gusmão

Adelia Dayane Guimarães Fonseca

Manuele Miranda Mafra Oliveira

Patrícia de Sousa Fernandes Queiroz

Isabela Barbosa Cruz


Alvaro Ataide Landulfo Teixeira

Laudileyde Rocha Mota

Jeniffer Silva Oliveira

Gizele Freitas Rodrigues

Rene Ferreira da Silva Junior

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4752123112>


CAPÍTULO 3..... 21

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO TRATAMENTO DE PACIENTES COM DOENÇA DE ALZHEIMER: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Guilherme Pinto Viana

Cássia Rozária da Silva Souza

Yone Almeida da Rocha

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4752123113>

CAPÍTULO 4..... 33

BENEFITS OF THE PREOPERATIVE VISIT OF THE NURSE OF THE SURGICAL CENTER FOR THE RECOVERY OF THE PATIENT IN THE POSTOPERATIVE PERIOD

Rozilda Batista Da Silva

Rodrigo Marques da Silva

Lincoln Agudo Oliveira Benito

Danielle Ferreira Silva

Leila Batista Ribeiro

Wanderlan Cabral Neves


Alberto César da Silva Lopes

Arianne Ferreira Vieira

Taniela Márquez de Paula

Osmar Pereira dos Santos

Danilo César Silva Lima

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4752123114>

CAPÍTULO 5..... 43

IMPORTÂNCIA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NAS ORIENTAÇÕES SOBRE O JEJUM PRÉ-OPERATÓRIO


Graziele Salcher

Carine Cecconello

Luana Roberta Schneider

Lucimare Ferraz

Diego Boniatti Rigotti

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4752123115>

CAPÍTULO 6..... 49

THE PERFORMANCE OF NURSES IN THE PREOPERATIVE PERIOD OF CARDIAC SURGERIES - REVIEW OF BRAZILIAN STUDIES

Marcio Silva dos Santos

Rodrigo Marques da Silva

Lincoln Agudo Oliveira Benito

Leila Batista Ribeiro

Wanderlan Cabral Neves

Alberto César da Silva Lopes


Danilo César Silva Lima

Danielle Ferreira Silva

Osmar Pereira dos Santos

Sandra Suely Magalhães

Kerlen Castilho Saab

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4752123116>

CAPÍTULO 7..... 58

CONSIDERAÇÕES DE ENFERMAGEM A PACIENTES MASTECTOMIZADAS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Aline dos Santos Duarte


Tábata de Cavatá Souza

Bibiana Fernandes Trevisan

Michelle Batista Ferreira

Mari Ângela Victoria Lourenci Alves

Rodrigo D Ávila Lauer

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4752123117>

CAPÍTULO 8..... 64


CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE ACOMETIDO COM FERIDA TUMORAL EM ESTÁDIO AVANÇADO

Adelita Noro

Paula de Cezaro

Lisiane Paula Sordi Matzenbacher


Débora Rosilei Miquini de Freitas Cunha
Mariana Neiva Assunção
Ana Paula Wunder Fernandes
Ana Paula da Silva Costa Dutra
Elisiane Goveia da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4752123118>

CAPÍTULO 9..... 69

A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO PARA A PREVENÇÃO DA LESÃO POR PRESSÃO (LPP) NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA


Daniele Chaves Maximo da silva
Lídia Raquel Freitas
Renê dos Santos Spezani
Roberta dos Santos Paim
Viviane Bras da Silva
Gabrielle Souza Santos
Genilda Vicente de Medeiros Manoel
Daniele Coutinho Pereira de Sousa
Marcelly Martins Alves

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4752123119>

CAPÍTULO 10..... 88

ENTENDIMENTO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE A FOTOTERAPIA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Gabrielle Caroline Sena de Queiroz
Hernanes Macedo Modesto
Camila Micheli Monteiro Vinagre
Larissa Borges da Silva
Ana Paula Figueiredo Barbosa
Camila Andreza Ferro Serra
Stefhanye Yone Costa de Souza
Augusto César de Souza Lopes
Milena Conceição Santos de Souza
Michelle Quaresma Cardoso
Emerson Wilson da Costa Martins
Tamires de Nazaré Soares


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.47521231110>

CAPÍTULO 11 95

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM REGISTRADOS EM PRONTUÁRIOS DE IDOSOS EM SITUAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: ESTUDO DOCUMENTAL

Fabrcia Martins Sales
Eliezer do Nascimento Peixoto
Tháís Aparecida de Castro Palermo
Sonia Regina Belisario dos Santos
Rodrigo Rodrigues de Azevedo
Lud Mylla Dantas Pacheco dos Santos


Luciana Pessanha Abreu
Luciana Iglesias de Castro Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.47521231111>

CAPÍTULO 12..... 106

ENFERMAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS


Thicianne da Silva Roque
José Ismar dos Santos Sousa
Carolina de Souza Carvalho Serpa Santos
Bárbara Tarouco Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.47521231112>

CAPÍTULO 13..... 111

ABORDAGENS QUANTITATIVAS E QUALITATIVAS NOS ESTUDOS DE AVALIAÇÃO DE ATITUDES FRENTE A MORTE NA ENFERMAGEM


Andressa da Fonseca Xavier
Raylane da Silva Machado
Maria José Pereira de Sousa
Franciele da Silva Almeida
Magno Batista Lima
Phellype Kayyaã da Luz
Karla Vivianne Araujo Feitosa Cavalcante

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.47521231113>

CAPÍTULO 14..... 127

OS DESAFIOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO PROCESSO DE TRABALHO NO ENFRENTAMENTO DO SARS-COV-2


Isabela de Oliveira Bannwart
Gabriella Patrial
Fabio da Silva Ferreira Vieira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.47521231114>

CAPÍTULO 15..... 137

PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM QUANTO AOS CUIDADOS IMEDIATOS PRESTADOS AO RECÉM-NASCIDO

Maria Cristina da Silva Nunes Vilarinho
Antonia Carla Figueredo de Sousa
Eulália Sipaúba de Sousa Araújo
Francisca Mayra Brandão da Silva
Wesley Fernandes Araújo
Francilene de Sousa Vieira
Lindalva de Moura Rocha


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.47521231115>

CAPÍTULO 16..... 152

RELAÇÃO DA FAMÍLIA E EQUIPE DE ENFERMAGEM

Graciele de Matia


Ana Paula Taquete Sales Garcez
Neriane Heusser Lermen

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.47521231116>

CAPÍTULO 17..... 163

ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR PARA PACIENTES SURDO E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA: UM DESAFIO A SER ENFRENTADO


Mariana Crissângila Trigueiro da Silva
Rosilene Silva Marinho
Suênia Ferreira de Araújo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.47521231117>

CAPÍTULO 18..... 170

A RELAÇÃO ENTRE O DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM E A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA


Graciele de Matia
Ana Caroline Terres dos Santos Linhares
Danieli Prado de Lima
Fernanda Karoline Schamne
Gislaine Cristina Marção

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.47521231118>

CAPÍTULO 19..... 188

CONTRIBUIÇÃO DA AUDITORIA PARA A ALOCAÇÃO DE RECURSOS EM SAÚDE: REVISÃO DE LITERATURA


Aline dos Santos Duarte
Bibiana Fernandes Trevisan
Mari Ângela Victoria Lourenci Alves
Michelle Batista Ferreira
Rodrigo D Ávila Lauer
Tábata de Cavata Souza






 <https://doi.org/10.22533/at.ed.47521231119>

CAPÍTULO 20..... 194

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE ATRAVÉS DE PROTOCOLO ASSISTENCIAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA


Adelita Noro
Paula de Cezaro
Lisiane Paula Sordi Matzenbacher
Débora Rosilei Miquini de Freitas Cunha
Mariana Neiva Assunção
Ana Paula Wunder Fernandes
Yanka Eslabão Garcia
Marlize Müller Monteiro de Oliveira
Ana Paula da Silva Costa Dutra
Elisiane Goveia da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.47521231120>

CAPÍTULO 21.....	199
PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS COMO COMPETÊNCIA PROFISSIONAL PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE	
Aline Branco Amorim de Almeida Sacramento Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.47521231121	
CAPÍTULO 22.....	215
QUALIDADE NO ATENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NOS SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA: REVISÃO DA LITERATURA	
Ana Karla Da Conceição Trindade Edcleide Azevedo Pontes Da Silva Gilberto Costa Teodozio Kallyany Santos Sousa Lenistela Fernandes Correa Luciana Maria Sorrentino Caldas Lindinalva Vitoriano Velez Loise Maria Alves Diniz Kátia Jaqueline Da Silva Cordeiro Talita Costa Soares Silva	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.47521231122	
CAPÍTULO 23.....	225
ANÁLISIS RETROSPECTIVO DEL INDICADOR DE CALIDAD, TRATO DIGNO EN PERSONAS QUE VIVEN CON VIH	
García Leal Susuky Elvira María Antonieta Cuevas Peñaloza	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.47521231123	
CAPÍTULO 24.....	234
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA ASSISTÊNCIA À PACIENTES COM REAÇÃO HANSÊNICA: RELATO DA EXPERIÊNCIA DE VIDA COMO ENFERMEIRO	
Fabrícia Araújo Prudêncio Sonia Regina Lambert Passos	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.47521231124	
CAPÍTULO 25.....	236
DIDÁTICA DE SEGURANÇA PARA ESTUDANTES DE ENFERMAGEM EM ENSINO CLÍNICO: PROCESSO E RESULTADOS ESPERADOS DA FICHA DE TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA	
Paulo Jorge Marcos Cruchinho	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.47521231125	
CAPÍTULO 26.....	244
METODOLOGIA PROBLEMATIZADORA APLICADA À FORMAÇÃO ACADÊMICA ACERCA DAS COMPETÊNCIAS GERENCIAIS DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO	

PRIMÁRIA


Fernanda Norbak Dalla Cort
Nathália Silva Mathias
Clarissa Bohrer da Silva
Francielli Girardi

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.47521231126>

CAPÍTULO 27.....256

OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTÁGIO OBRIGATÓRIO EM SAÚDE DA MULHER NO CURSO DE ENFERAGEM - RELATO DE EXPERIÊNCIA

Lena Maria Barros Fonseca
Claudia Teresa Frias Rios
Luzinéa Maria Pastor Santos Frias
Paula Cristina Alves da Silva
Bruna Caroline Silva Falcão

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.47521231127>

SOBRE O ORGANIZADOR267

ÍNDICE REMISSIVO.....268

CAPÍTULO 1

A UTILIZAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE CUIDADOS ESPECIAIS NEUROLÓGICA SOB A ÓTICA DO ENFERMEIRO

Data de aceite: 01/11/2021

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: A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma metodologia científica que organiza toda a instrumentação e operacionalização do processo de enfermagem, proporcionando melhoria imprescindível na qualidade da assistência prestada ao paciente através do planejamento individualizado nas ações de enfermagem elaboradas pelo profissional enfermeiro. Permite sustentar a gestão e o cuidado no processo de enfermagem, garantindo a continuidade e a integralidade do cuidado sistematizado e humanizado com maior segurança da prática assistencial envolvente. Este trabalho tem uma abordagem qualitativa embasado nos resultados da revisão de literatura em bases científicas. Assim, enfatiza-se que o papel do enfermeiro é fundamental desde o desenvolvimento da SAE até implementação e avaliação da sua funcionalidade em uma unidade de cuidados especiais. Este processo oferece ao enfermeiro autonomia; organização; atendimento individual humanizado, qualificado e integralizado; maior segurança, pois os

registros garantem respaldo técnico e legal; sendo também relevante para a valorização do profissional enfermeiro, para um atendimento eficaz no emprego da assistência em unidade de cuidados especiais neurológica, assim como para os indivíduos que nela permanecem.

PALAVRAS-CHAVE: Processo de Enfermagem. Assistência ao paciente. Enfermeiros. Acidente Vascular Cerebral. Trombólise.

THE USE OF NURSING CARE SYSTEMATIZATION IN A SPECIAL NEUROLOGICAL CARE UNIT FROM THE PERSPECTIVE OF NURSES

ABSTRACT: The Nursing Care Systematization (NCS) is a scientific methodology that organizes the entire instrumentation and operationalization of the nursing process, providing some improvement in the quality of care provided to the patient through individualized planning in nursing actions developed by professional nurses. It allows sustaining the management and care in the nursing process, ensuring the continuity and comprehensiveness of systematized and humanized care with greater security in the surrounding care practice. This work has a qualitative approach based on the results of a scientific literature review. Thus, it is emphasized that the role of the nurse is fundamental from the development of the NCS to the implementation and evaluation of its functionality in a special care unit. This process offers nurses autonomy, organization, individual care, humanized, qualified, integrated care, better safety, because the records guarantee technical and legal support. It is also relevant for the valuation of the

professional nurse, for an effective service in the use of assistance in a special neurological care unit, as well as for those who remain there.

KEYWORDS: Nursing Process. Patient Care. Nurses. Stroke. Thrombolysis.

1 | INTRODUÇÃO

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma prática deliberada e sistemática que deve ser implantada no planejamento, execução e avaliação do cuidado individualizado, oferecido ao paciente assistido em uma Unidade de Cuidados Especiais (UCE) neurológica, assim como, em todos os ambientes, seja público ou privado, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem (COFEN, 2009).

Sua sistematização é uma metodologia capaz de nortear a atuação da equipe de enfermagem por meio de instrumentos e protocolos, além de contribuir para um cuidado individualizado, efetivo e eficaz instrumentalizando o profissional enfermeiro para o desenvolvimento de uma assistência qualificada. Essa assistência sistematizada, propicia aos pacientes que os cuidados sejam centrados em suas prioridades com maior qualidade, melhorando seu prognóstico e os custos de seu atendimento (RODRIGUES et al., 2021).

Essa sistematização precisa ser baseada em uma teoria específica que seja do conhecimento de todos os profissionais da instituição que realizam o cuidado. Além disso, a SAE envolve não somente a operacionalização do processo, mas também a organização e a estruturação do trabalho da enfermagem quanto aos recursos humanos e materiais, instrumentos e métodos laborais. Assim, a formulação e utilização de protocolos e Procedimentos Operacionais Padrões (POPs) durante as atividades assistenciais também se constituem como formas de sistematizar o cuidado e favorecer uma prática segura, tanto para os pacientes, quanto para os profissionais (GOMES et. al, 2021).

A SAE vem sendo largamente utilizada na última década como método baseado em evidências científicas para instrumentalizar a resolução de problemas dos pacientes e tornar o cuidado holístico, humanizado e individualizado, além de embasar e fundamentar cientificamente as ações do enfermeiro (SILVA, 2004).

Este processo é considerado como atividade privativa do enfermeiro, onde utiliza método e estratégia de trabalho baseados em evidências científicas para a identificação das situações de saúde/doença, subsidiando ações de assistência de enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade (COFEN, 2002).

Este estudo tem por objetivo analisar a utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em uma Unidade de Cuidados Especiais (UCE) neurológica sob a ótica do enfermeiro, através da revisão bibliográfica.

2 | METODOLOGIA

Este estudo caracteriza-se por ter uma abordagem qualitativa por meio de revisão de literatura, a fim de verificar a utilização e aplicação da SAE em UCE. Para o levantamento bibliográfico acerca da SAE, foram utilizadas as bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de dados de Enfermagem (BDENF) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), no período de agosto de 2021. Para proceder à busca, utilizaram-se as palavras-chaves: processo de enfermagem, assistência ao paciente, enfermeiros, acidente vascular cerebral e trombólise. Foram encontrados vários trabalhos que abordam a temática, sendo selecionados 17 artigos para fins de análise. As bases científicas foram desenvolvidas em âmbito nacional e publicados em periódicos científicos que abordavam aspectos importantes para o estudo.

A revisão integrativa tem a capacidade de engendrar conhecimento em enfermagem, produzindo, um saber uniforme para os enfermeiros realizarem uma prática clínica de excelência. Pode ainda diminuir algumas barreiras do emprego do conhecimento científico, tornando os resultados de pesquisas mais acessíveis, uma vez que em um único estudo o leitor tem acesso a diferentes pesquisas efetivadas, ou seja, admite agilidade na divulgação do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

3 | DESENVOLVIMENTO

A SAE configura-se como uma metodologia para organizar e realizar o cuidado embasado nos princípios do método científico. No entanto, é um instrumento privativo do processo de trabalho do enfermeiro, o qual possibilita o desenvolvimento de ações que modificam o estado do processo de vida e de saúde-doença dos indivíduos (TRUPPEL, 2009).

Dalri e Carvalho (2002) também dizem que a elaboração da SAE é um dos meios que o enfermeiro dispõe para aplicar seus conhecimentos técnico-científicos e humanos na assistência ao paciente e caracterizar sua prática profissional, colaborando na definição do seu papel. O enfermeiro necessita estabelecer o conhecimento das fases do processo de enfermagem, sob o contexto de um referencial teórico e assim promover o cuidado e o restabelecimento do paciente.

Neste sentido, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) coloca que, para o enfermeiro desenvolver a SAE, o mesmo deverá realizar a implantação, planejamento, organização, execução e avaliação do processo de enfermagem, que compreende as seguintes etapas: anamnese, exame físico, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem. Devendo ocorrer em toda instituição de saúde pública e privada, e registrada formalmente no prontuário do paciente/cliente/usuário assistido (COFEN, 2002).

A SAE é o método que possibilita ao enfermeiro exercer a arte do cuidar, oportunizando atendimento individualizado ao paciente, planejando as suas devidas condutas, analisando

o histórico do paciente com olhar integral, realizando exame físico, para assim diagnosticar e conduzir um cuidado integral e individualizado a cada ser humano (BARROS; CHIESA, 2007).

Horta (1979) afirmava que, com o aprimoramento cultural e científico relativo ao cuidado, a enfermagem caminhava rumo à ciência, sem perder o aspecto humano. Ao longo dos anos, várias teorias abordaram o tema, demonstrando que, apesar de haver diversas formas de prestar assistência, o cuidado deve ocorrer de maneira individualizada e sistematizada, garantindo um cuidado eficaz, uma assistência de qualidade (Ibid.).

Porém, alguns fatores interferem na aplicação do processo de enfermagem e estes se inter-relacionam. Alguns desses fatores estão no âmbito da organização (políticas, normas, objetivos dos serviços, muitas vezes estabelecidos por médicos e administradores sem a participação dos enfermeiros), outros fatores fazem parte do próprio cotidiano desses profissionais (atitudes, crenças, valores, habilidades, técnicas e ideologias), para os quais muitas vezes se busca explicação nas deficiências do ensino formal e na sua relação com a prática. Outro fator é a maneira como o processo tem sido operacionalizado nos serviços - uma imposição da chefia de enfermagem que valoriza mais a documentação necessária à implementação dessa metodologia de forma efetiva na prática (ROSSI, 2001).

Já para Hermida (2004), nem sempre se atinge o êxito desejado na SAE, pois “esbarram” em dificuldades das mais variadas, como administrativas, gerenciais, aspectos econômicos e institucionais.

A SAE possibilita a gestão do processo de qualidade, pois as sequências das fases do processo de enfermagem integram as ações intelectuais da sistematização, visto que este é dinâmico, flexível, modificável e científico. A sistematização traz implicações para o cuidado, garantindo assim o atendimento com critérios padronizados, propondo uma assistência de qualidade, e oferece meios de avaliação, fornecendo dados confiáveis.

Deste modo, percebe-se que os desafios e limitações destacam a estrutura organizacional das instituições de saúde desfavorável por falta de tecnologia de informação, carência de pessoal, quantitativo e qualificado, pois a sistematização necessita de profissionais capacitados para adoção da SAE.

Contudo, Thomaz e Guidardello (2002) chamam atenção que na formação do enfermeiro é importante ampliar conhecimentos e colocar em prática, qualificando a cientificidade do enfermeiro, fazendo com que este coloque com propriedade a SAE nas suas atividades profissionais. Pois o primeiro olhar, a avaliação, é o melhor ensejo que o enfermeiro tem para colocar uma relação terapêutica e ativa ao paciente. Em outras palavras, a avaliação é uma tanto intelectual como interpessoal para um correto levantamento de diagnósticos de enfermagem para aplicação do SAE (NANDA INTERNATIONAL, 2018).

Vários são os diagnósticos de enfermagem que podem ser elencados dentro da SAE para uma adequada assistência de enfermagem ao paciente que sofreu um Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCi). Mas os pacientes que internam na UCE neurológica

são oriundos do serviço de emergência após serem submetidos a trombólise. Para fazer a trombólise, o paciente acometido pelo AVCi passa previamente por exames (principalmente de imagem) e avaliação do neurologista que designa a inclusão ou exclusão desse tratamento medicamentoso. A segurança e eficácia desse tratamento deve ser iniciado em até 4,5 horas do início dos sinais e sintomas do AVCi (MATHIAS, 2020). A trombólise consiste na administração por via endovenosa do fármaco alteplase.

A substância ativa de Alteplase é o alteplase, um ativador de plasminogênio tecidual humano recombinante, uma glicoproteína que ativa o plasminogênio diretamente para a plasmina. Quando administrado por via intravenosa, o alteplase permanece relativamente inativo no sistema circulatório. Uma vez ligada à fibrina, a substância é ativada, induzindo a conversão de plasminogênio em plasmina que, por sua vez, promove a dissolução da fibrina do coágulo. (MATHIAS, 2020)

Os enfermeiros que atuam em uma UCE neurológica em um hospital do Sul do Brasil consideram adequado a utilização do diagnóstico de enfermagem “Risco de Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz”, pois consiste na suscetibilidade a uma redução na circulação do tecido cerebral que pode comprometer a saúde (NANDA INTERNATIONAL, 2018), para assim adequar os cuidados de enfermagem exclusivos e qualificados para um plano de intervenções o mais conciso possível.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A SAE é uma metodologia científica essencial para que as equipes possam realizar a melhor assistência aos pacientes. Por isso, os profissionais precisam conhecer sua finalidade e como deve ser executada, para que, desse modo, possam realizar um atendimento com qualidade e segurança.

A SAE é uma prática atual no cotidiano do enfermeiro que atua em UCE, discutida diariamente, demonstrando interesse em ampliar a implementação desta metodologia nas mais diversas especialidades assistenciais.

A equipe de enfermagem deve analisar as facilidades e dificuldades que encontram na implantação do processo de enfermagem, uma vez que cada estabelecimento de saúde possui suas particularidades, a fim de que o método seja utilizado com conhecimento de todos e com metas possíveis de serem alcançadas.

Dessa forma, a SAE é relevante para a valorização do profissional enfermeiro, para um atendimento eficaz no emprego da assistência em UCE neurológica, assim como para os indivíduos que nela permanecem.

REFERÊNCIAS

BARROS, D. G.; CHIESA, A. M. Autonomia e necessidades de saúde na sistematização da assistência de Enfermagem no olhar da saúde coletiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [s. l.], v. 41, n. esp., dez. 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-62342007000500009>>.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 272, de 27 de agosto de 2002**. Brasília, 2002. Disponível em: <<https://www.diariodasleis.com.br/busca/exibelinck.php?numlink=1-39-34-2002-08-27-272>>.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 358, de 15 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 2009. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html>.

DALRI, M. C. B.; CARVALHO, E. C. Planejamento da assistência de enfermagem a pacientes portadores de queimadura utilizando um software: aplicação em quatro pacientes. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s. l.], v. 10, n. 6, dez. 2002. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-11692002000600006>>.

GOMES, E. S.; SANTOS, E. B.; MARTINS, F. C.; DALMOLIN, A.; JERKE, L. C.; RECHICO, A. F.; GUETERRES, E. C.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O. Sistematização da assistência de enfermagem (SAE) no período perioperatório: um relato de experiência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [s. l.], v. 13, n. 1, e5598, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.25248/reas.e5598.2021>>.

HERMIDA, P. M. V. Desvelando a Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 57, n. 6, p. 733-737, dez. 2004. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-71672004000600021>>.

HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

MATHIAS, F. T. **Bula do Alteplase**. Consulta Remédios. 8 mai. 2020. Disponível em: <<https://consultaremedios.com.br/alteplase/bula>>. Acesso em 18 set. 2021.

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**, [s. l.], v. 17, n. 4, dez. 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>>. Acesso em: 10 de set. 2021.

NANDA INTERNATIONAL INC. **Diagnósticos de enfermagem da Nanda-I: definições e classificação – 2018/2020**. 11ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

RODRIGUES, T. T.; CERCILIER, P. M. C.; SOUZA, S. R.; PINTO, A. R. C. Sistematização da Assistência de Enfermagem: uma década de implementação sob a ótica do Enfermeiro. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, [s. l.], v. 95, n. 34, e-021055, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.31011/reaid-2021-v.95-n.34-art.996>>.

ROSSI, C. L. D. R. Processo de Enfermagem: a ideologia da rotina e a utopia do cuidado individualizado. In: CIANCIARULLO, T. I.; GUALDA, D. M. R.; MELLEIRO, M. M.; ANABUKI, M. H. (Orgs.). **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo: Ícone; 2001. p. 41-62.

SAUER, A. G.; PASQUETTI, D.; KWIATKOWSKI, H. S.; PINHEIRO, L. J.; AGUIAR, D. C. M.; MOSER, G. A. S.; HANAUER, M. C. Systematization of perioperative nursing care in the surgical center: a report of experience. **Scientific Electronic Archives**, [s. l.], v. 14, n. 2, p. 56-59, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.36560/14220211207>>.

SILVA, M. J. P. **Qual o tempo do cuidado? Humanizando os cuidados de enfermagem**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, Loyola, 2004.

THOMAZ, V. A.; GUIDARDELLO, E. B. Sistematização da assistência de enfermagem: problemas identificados pelos enfermeiros. **Nursing**, [s. l.], v. 5, n. 54, p. 28-34, nov. 2002. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-355572>>.

TRUPPEL, T. C.; MEIER, M. J.; CALIXTO, R. C.; PERUZO, S. A.; CROZETA, K. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 62, n. 2, abr. 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000200008>>.

CAPÍTULO 2

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO MANEJO DE PACIENTES COM CRISE HIPERTENSIVA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Data de aceite: 01/11/2021

Data de submissão: 24/05/2021

Ana Karoline Caetano Santos

Faculdades Santo Agostinho
Montes Claros – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/4838678286960177>

Sueli Rodrigues de Azevedo

Universidade do Estado da Bahia
Salvador – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/9315626265612448>

Juliana Mendonça dos Santos Lopes

Universidade Federal de Alfenas
Alfenas – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/0710068675784045>

Ricardo Otávio Maia Gusmão

Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/4411913606493834>

Adelia Dayane Guimarães Fonseca

Universidade Federal de Juiz de Fora
Juiz de Fora – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/7103389489147020>

Manuele Miranda Mafra Oliveira

Universidade Estadual de Montes Claros
Montes Claros – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/1040633947740880>

Patrícia de Sousa Fernandes Queiroz

Universidade Estadual de Montes Claros
Montes Claros – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/0937973683734027>

Isabela Barbosa Cruz

Universidade Estadual de Montes Claros
Montes Claros – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/8940723992528479>

Alvaro Ataíde Landulfo Teixeira

Faculdades Integradas Pitágoras
Montes Claros
<http://lattes.cnpq.br/7882206177317629>

Laudileide Rocha Mota

Faculdade Santo Agostinho
Montes Claros – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/4338289225490690>

Jeniffer Silva Oliveira

Faculdades Unidas do Norte de Minas Gerais
Montes Claros – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/5994956075615388>

Gizele Freitas Rodrigues

Faculdades Unidas do Norte de Minas Gerais
Montes Claros – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/8381688560056170>

Rene Ferreira da Silva Junior

Instituto Federal de Santa Catarina
Joinville – Santa Catarina
<http://lattes.cnpq.br/1033568209575828>

RESUMO: Introdução: o profissional de enfermagem é essencial para o cuidado ao paciente com crise hipertensiva no cenário da atenção básica à saúde. Objetivo: descrever a assistência de enfermagem no manejo de pacientes com crise hipertensiva na atenção primária à saúde. Métodos: foi conduzido um estudo de revisão integrativa da literatura com

artigos selecionados na Biblioteca Virtual em Saúde e com as bases de dados LILACS e Scielo e foram utilizados como descritores para seleção: “crise hipertensiva”, “atenção primária à saúde” e “enfermagem”. Resultados: os resultados indicam que a assistência de enfermagem no manejo de usuários com quadro clínico hipertensivo na atenção primária à saúde configura-se na assistência primária do usuário, avaliação primária, ações de enfermagem associadas a cuidados de emergência, ações educativas e aferição e monitorização da pressão arterial. Considerações finais: a assistência de enfermagem ao usuário com crise hipertensiva é complexa e dinâmica, tendo medidas imediatas e pontuais e até ações de educação em saúde. Sugere-se que pesquisas mais específicas sejam realizadas para abordar a atuação do enfermeiro nas crises hipertensivas com a intenção de produzir evidências sobre o Processo de Enfermagem, identificação de diagnósticos e intervenções de enfermagem e assim produzir contribuições ao campo do conhecimento sobre a temática.

PALAVRAS-CHAVE: Crise Hipertensiva. Atenção Primária à Saúde. Enfermagem.

NURSING CARE IN THE MANAGEMENT OF PATIENTS WITH HYPERTENSIVE CRISIS IN PRIMARY CARE

ABSTRACT: Introduction: the nursing professional is essential for the care of patients with hypertensive crisis in the context of primary health care. Objective: to describe nursing care in the management of patients with hypertensive crisis in primary health care. Methods: an integrative literature review study was conducted in lilacs and scielo secondary databases of the Virtual Health Library, and was used as descriptors for selection hypertensive crisisiv, primary health care and nursing. Results: the results indicate that nursing care in the management of users with hypertensive clinical picture in primary health care is configured in primary user care, primary evaluation, nursing actions associated with emergency care, educational actions and blood pressure measurement and monitoring. Final considerations: nursing care to users with hypertensive crisis is complex and dynamic, having immediate and punctual measures and even health education actions. It is necessary to researches that address the role of nurses in the care provided in the context of primary care, with the objective of elaborating evidence to ensure the best way of evaluating the user and establishing nursing diagnoses to propose resolution interventions.

KEYWORDS: Hypertensive Crisis. Primary Health Care. Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

Com a mudança no perfil de morbimortalidade, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) tem se destacado no atual contexto epidemiológico como um grave problema de saúde pública. Entende-se a HAS como uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis de pressão arterial sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e/ou pressão diastólica maior ou igual a 90 mmHg, aferida com técnica correta em pelo menos duas aferições diferentes, na ausência de medicação anti-hipertensiva (BARROSO et al., 2020).

Estima-se que 9,4 milhões de pessoas vão a óbito em virtude da hipertensão e das doenças cardiovasculares (DCV), o que as coloca como a principal causa de morte no continente americano. No Brasil, a HAS atinge 32,2% (36 milhões) de indivíduos adultos e

mais de 60% da população idosa do sexo masculino, o que contribui direta ou indiretamente para 50% das mortes por DCV (WHO, 2017).

No mundo, acredita-se que 30% da população seja hipertensa, assemelhando-se assim com a prevalência no Brasil. A problemática é intensificada pelo fato de um terço da população não aderir ao tratamento, o que implica na manutenção de níveis pressóricos acima de 140/90 mmHg (BARROSO et al., 2020).

A hipertensão está associada ao aumento do risco de acidente vascular encefálico, infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca, cegueira e doenças renais. Ademais, o risco pode ser potencializado na presença de outros fatores como tabagismo, obesidade e diabetes mellitus (CARVALHO, 2013).

Nesse sentido, a crise hipertensiva, complicações da HAS, caracteriza-se como uma série de situações clínicas de diferentes graus de severidade na qual há a elevação abrupta e intensa da pressão arterial (PA). As manifestações clínicas variam desde sintomas leves como cefaleia, tontura e zumbido, até sintomas graves como dispnéia, dor precordial e coma (MALACHIAS et al., 2016).

As crises hipertensivas são divididas em emergência hipertensiva, que se caracteriza como uma alteração grave do quadro clínico com possíveis lesões de órgãos alvo; urgência hipertensiva, na qual ocorre elevação sintomática da PA sem gerar risco à vida e pseudocrise hipertensiva, gerada por fatores neurológicos e hormonais (BRAGA, 2014).

Diante da complexidade do quadro, o profissional de enfermagem possui papel fundamental na prevenção, assistência e cuidados ao paciente com crise hipertensiva, uma vez que atende a demandas de saúde individuais e coletivas de forma integral, em situações que necessitem de medidas relacionadas com a promoção, proteção e recuperação da saúde das pessoas com HAS. Entretanto, os profissionais que atuam no cenário da atenção primária apresentam dificuldades para reconhecer a situação de crise hipertensiva, o que pode refletir no manejo inadequado, surgimento de complicações e retardo na transferência do paciente para um serviço de maior complexidade (PIERIN et al., 2019).

As intervenções de enfermagem são indispensáveis para o rastreamento de pessoas com maior risco na emergência e para a implementação imediata dos cuidados de enfermagem com o objetivo de evitar ou reduzir o comprometimento de órgãos-alvo, posicionando-se de forma adequada, rápida e ágil conforme o quadro clínico do paciente. Assim, o objetivo do presente estudo é descrever a assistência de enfermagem no manejo de pacientes com crise hipertensiva na atenção primária à saúde.

2 | MATERIAL E MÉTODOS

Para responder ao objetivo proposto, conduziu-se uma revisão integrativa de literatura. Esse tipo de revisão é um método de pesquisa que constitui ferramenta importante, considerando que possibilita a análise de subsídios na literatura de maneira ampla e

sistemática, além de divulgar informações científicas elaboradas por outros autores. Essa abordagem científica proporciona o resumo do conhecimento já elaborado e provê amparo para o progresso da assistência em saúde. Oferece, ainda, aos profissionais da área da saúde o acesso ágil aos resultados relevantes de estudos que se baseiam nas condutas ou na tomada de decisão, resultando em um conhecimento crítico (SOUZA et al., 2010).

Para a realização da revisão integrativa foram seguidas seis fases interdependentes: 1) elaboração da pergunta norteadora; 2) busca na literatura; 3) coleta de dados; 4) análise crítica dos estudos incluídos; 5) discussão dos resultados e 6) apresentação da revisão integrativa (URSI, 2005). Considerou-se como questão norteadora: como ocorre a assistência de enfermagem no manejo de pacientes com crise hipertensiva na atenção primária à saúde?

O levantamento das publicações foi realizado entre os meses de janeiro a junho de 2021, a partir das bases de dados LILACS e Scielo que se encontram disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Para a coleta de dados foi utilizado instrumento adaptado e validado por URSI (2005) com as seguintes informações: título, autores, objetivo e delineamento. A seleção dos artigos foi realizada de forma independente pelos pesquisadores, as divergências foram resolvidas com o uso do instrumento validado.

Foram utilizados como descritores “Crise hipertensiva”, “Atenção Primária à Saúde” e “Enfermagem”, utilizando o operador booleano “and” para combinação. Dessa forma, foram identificadas inicialmente 25 publicações elegíveis para a inclusão nesta revisão. Para selecionar as publicações foram estabelecidos critérios de inclusão: textos completos, disponibilidade do artigo completo, textos redigidos em português, inglês ou espanhol. Todos os artigos selecionados pela estratégia de busca proposta foram analisados pela leitura completa.

Foram excluídos os estudos que não atendiam as exigências anteriores e aqueles que não abordaram o tema de pesquisa, resultando em 10 publicações selecionadas.

3 | RESULTADOS

No Quadro 1 apresenta-se a síntese das principais características dos artigos utilizados na análise desta revisão integrativa de literatura. Para melhor visualização dos artigos selecionados, estes foram organizados de acordo com o título, autores, objetivo e delineamento do estudo. No quadro 2 estão dispostos os principais cuidados na assistência de enfermagem no manejo de pacientes em crise hipertensiva.

Título	Autores	Objetivo	Delineamento
Sistematização da assistência de enfermagem na atenção básica aos hipertensos: relato de experiência.	Brito SS, Nóbrega RV, Santos SR, Bezerra EP, Costa KNFM, Costa MML.	Relatar a experiência na elaboração de uma das fases da construção de um protocolo de atendimento de enfermagem a usuários hipertensos atendidos nas unidades de saúde da família.	Estudo descritivo, tipo relato de experiência.
Diagnósticos de enfermagem em portadores de hipertensão arterial na atenção primária.	Mendes FA, Silva MP, Ferreira CRS.	Identificar diagnósticos de enfermagem (DEs) em portadores de hipertensão arterial atendidos na Unidade Básica de Saúde/ UNIFAP.	Estudo descritivo de abordagem quantitativa.
O papel da equipe de enfermagem frente ao paciente em crise hipertensiva.	Oliveira SG, Silva LL.	Entender e esclarecer como a equipe de enfermagem em seus diferentes níveis de complexidade, associados a uma junta médica podem auxiliar no manejo e no restabelecimento desse paciente, além de tomar ciência de forma científica sobre a questão clínica do estudo.	Revisão de literatura.
Recent Advances in the Treatment of Hypertensive Emergencies.	Smithburger PL, Kane- Gill SL, Nestor BL, Seybert AL.	Fornecer aos enfermeiros de cuidados intensivos atualizações. sobre o manejo das emergências hipertensivas.	Revisão da literatura.
Hypertensive Emergency.	Day MW.	Não mencionado.	Estudo de caso.
Severely Elevated Blood Pressure When Is It an Emergency?	Lawson L.	Auxiliar os enfermeiros a reconhecer quando a pressão arterial severamente elevada é uma emergência.	Revisão da literatura.
Aneurysmal subarachnoid hemorrhage: follow the guidelines.	Rank W.	Revisar as diretrizes atuais, que versam sobre a incidência, prevalência, tratamento e prevenção de complicações associadas ao aneurisma subaracnóideo.	Revisão da literatura.

Crise hipertensiva: competências elencadas pelo enfermeiro para atendimento em hospitais de Curitiba-PR.	Caveião C, Visentin A, Hey AP, Oliveira VBCA, Moraes EO, Nunes LSA.	Identificar as competências elencadas pelo enfermeiro para o atendimento do paciente com crise hipertensiva e analisar a atuação descrita pelo enfermeiro perante o paciente com crise hipertensiva.	Exploratório e quantitativo.
Assistência de Enfermagem a mulheres com pré- eclâmpsia e/ou eclâmpsia: revisão Integrativa.	Ferreira MBG, Silveira CF, Silva SR, Souza DJ, Ruiz MT.	Analisar as evidências disponíveis na literatura acerca da temática: assistência de enfermagem às mulheres com pré-eclâmpsia e/ou eclâmpsia.	Revisão integrativa.
Crise hipertensiva: estudo de caso com utilização da classificação das intervenções de enfermagem para alcançar respostas adaptativas baseadas no Modelo Teórico de Roy.	Guedes CVM, Araújo LT.	Objetivo: Este trabalho objetivou descrever as intervenções de enfermagem coerentes com a situação de crise hipertensiva, com apoio na Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), buscando a interface com o Modelo de Adaptação de Roy.	Estudo de caso.

Quadro 1. Síntese dos artigos selecionados.

Adaptação de QUEIROZ *et al.*, 2018.

Abordagem inicial	<p>Coletar histórico de saúde do paciente;</p> <p>Avaliar sintomas que sugerem lesão a órgãos-alvo;</p> <p>Verificar sinais vitais;</p> <p>Instalar monitorização multiparamétrica;</p> <p>Acionar equipe médica e multiprofissional;</p> <p>Puncionar acesso venoso periférico;</p> <p>Instalar oxigênio suplementar;</p> <p>Administrar medicação endovenosa conforme prescrição médica.</p>
Avaliação do paciente	<p>Realizar exame físico;</p> <p>Realizar avaliação neurológica;</p> <p>Avaliar perfusão capilar;</p> <p>Avaliar presença de edemas.</p>

Intervenções de enfermagem	<p>Monitorizar sinais vitais;</p> <p>Avaliar e acompanhar os valores de PA;</p> <p>Coletar exames laboratoriais conforme solicitação;</p> <p>Realizar eletrocardiograma de 12 derivações conforme solicitação;</p> <p>Encaminhar à radiografia de tórax ou tomografia computadorizada conforme solicitação;</p> <p>Garantir repouso do paciente no leito; Manter a cabeceira da cama elevada 30 graus;</p> <p>Acompanhar resultados de exames laboratoriais e de imagem;</p> <p>Monitorar paciente que esteja em risco de apresentar convulsões;</p> <p>Registrar e documentar os cuidados prestados.</p>
Intervenções para a educação em saúde	<p>Orientar o paciente quanto aos sinais e sintomas das crises hipertensivas e complicações tardias;</p> <p>Orientar o paciente sobre a importância da adesão ao tratamento para hipertensão arterial;</p> <p>Orientar o paciente quanto à monitorização residencial da pressão arterial;</p> <p>Orientar o paciente quanto à adoção de hábitos de vida saudáveis;</p> <p>Orientar a paciente quanto ao acompanhamento ambulatorial em longo prazo.</p>

Quadro 2. Principais cuidados na assistência de enfermagem no manejo de pacientes com crise hipertensiva.

Adaptação de QUEIROZ *et al.*, 2018.

4 | DISCUSSÃO

Considerando os resultados encontrados, é importante definir e discutir a HAS e a Crise Hipertensiva, considerando a interface com os cuidados de enfermagem. A HAS representa o principal fator de risco para desenvolvimento de doenças cardiovasculares e mortalidade em todo o mundo. É uma doença multifatorial, caracterizada e diagnosticada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial, possuindo, como critério clínico, em indivíduos maiores de 18 anos, níveis tensionais iguais ou maiores a 140 mmHg x 90 mmHg (BARROSO *et al.*, 2020).

A HAS destaca-se como um importante problema de saúde pública. Ademais, configura-se como o principal fator de risco para a ocorrência de DCV, renais e

cerebrovasculares. A HAS é responsável por aproximadamente 40% das mortes por acidente vascular encefálico (AVE) e quando associada à diabetes mellitus, responde por cerca de 30% das mortes por doença arterial coronariana (DAC) e 50% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2013).

As complicações proporcionadas pela HAS geram grande preocupação nos profissionais de saúde e o conhecimento da sua fisiopatologia pode ser algo importante para a intervenção adequada. Ela se deve ao aumento inadequado de substâncias vasoconstritoras, por exemplo, a vasopressina, norepinefrina e a angiotensina, que como resultado do mecanismo de ação aumentam a resistência vascular sistêmica (NOBRE et., 2013).

Com isso, as forças de cisalhamento desencadeiam dano endotelial, fazendo uma deposição de plaquetas e fibrina, o que leva a alterações anatômicas compatíveis com necrose fibrinóide arteriolar, determinando a perda da autorregulação circulatória e isquemia de órgãos- alvo. Adiante, essas modificações morfológicas e funcionais induzem a liberação de substâncias vasoativas que atuam na vasoconstrição e remodelamento vascular secundário à proliferação e espessamento miointimal (FERREIRA et al., 2009).

Nesse sentido, as modalidades terapêuticas visam ao restabelecimento do paciente como um todo e fundamentam-se no grau de comprometimento da hipertensão. Assim, o tratamento envolve medidas medicamentosas e não medicamentosas. No tratamento não medicamentoso as ações estão relacionadas à promoção e incentivo de um estilo de vida saudável. Já o tratamento medicamentoso, está indicado em estágios em que as medidas compensatórias do organismo tornam-se incapazes de restabelecer a homeostase. Os fármacos são selecionados de acordo com a necessidade de cada pessoa, como a avaliação da presença de comorbidades e complicações da lesão parenquimatosa (BRASIL, 2013).

Nos casos das Urgências Hipertensivas, a pressão arterial diastólica (PAD) apresenta-se com níveis iguais ou maiores que 120 mmHg, porém há estabilidade clínica, não havendo comprometimento de órgãos-alvo, o que viabiliza o tratamento em ambiente ambulatorial, enfermarias ou pronto atendimento através de medicações por via oral e o controle dos níveis tensionais dentro de 24 horas. Dentre as urgências hipertensivas destacam-se a hipertensão descontrolada, efeito rebote após suspensão de medicações hipotensoras, queimaduras extensas, hipertensão em pós-operatório, glomerulonefrites agudas e crise renal (BRAGA, 2014).

Por outro lado, as emergências hipertensivas levantam risco de morte. As principais emergências hipertensivas são classificadas em cerebrovasculares, cardíacas e miscelâneas. Entre as cerebrovasculares mais recorrentes evidencia-se a encefalopatia hipertensiva, hipertensão maligna, hemorragia intracerebral, hemorragia subaracnóidea, acidente vascular cerebral aterotrombótico com hipertensão arterial grave (OLIVEIRA et al., 2016).

No que se refere às emergências hipertensivas cardíacas destaca-se a dissecação

de aorta aguda, síndrome coronariana aguda, edema agudo de pulmão e complicações durante e após cirurgia cardíaca. As condições que constituem casos de miscelânea estão relacionadas ao excesso de produção de catecolaminas, trauma cranioencefálico e eclâmpsia (BRAGA, 2014). Pode-se citar também a pseudocrise hipertensiva que, mesmo não se caracterizando como uma crise de urgência hipertensiva e emergência hipertensiva, é frequente em serviços de saúde. Pode ser manifestada pelo aumento da PA e estar associada à cefaléia ou sinais e sintomas de ansiedade, sem sinais de comprometimento do órgão alvo. Nesses casos, o tratamento deve ser baseado na causa da elevação arterial, por exemplo, através do uso de analgésicos na presença de cefaléia, de forma a evitar o risco de hipotensão, isquemia cerebral e miocárdica (BRASIL, 2013).

Pela complexidade do quadro, a doença exige do profissional de enfermagem uma atenção qualificada para a implementação de um tratamento efetivo e em tempo oportuno, uma vez que traz potenciais complicações para o paciente com o comprometimento de órgãos-alvo e riscos iminentes. Isso aponta a importância da adequada assistência e intervenção dos profissionais de enfermagem na atenção primária à saúde. Sendo assim, é necessário o investimento na gestão de saúde para qualificação dos profissionais para assistir essa emergência clínica (OLIVEIRA et al., 2016).

Estima-se que a crise hipertensiva acometa 1% da população com hipertensão arterial, e em sua maioria são situações de gravidade, o que requer do profissional de enfermagem preparação para um atendimento imediato, visto que a redução rápida e gradual dos níveis pressóricos é fundamental para a resolução do quadro em tempo adequado (BELLO, 2012).

É fundamental a investigação e análise do histórico do paciente, a realização do exame físico e a orientação sobre a importância do tratamento para a sua continuidade e adesão. Assim que o paciente inicia um tratamento anti-hipertensivo, as avaliações da pressão arterial são necessárias para determinar se a terapia medicamentosa está fazendo efeito, ou apresenta oscilações que indiquem a necessidade de alterar o plano de tratamento (SMELTZER; BARE, 2005).

Durante o exame físico devem ser avaliados os sintomas indicativos de lesão do órgão alvo como dor anginosa, falta de ar, alterações na fala, visão ou equilíbrio, epistaxes, cefaleias, tonteira e noctúria, além das alterações da frequência, ritmo e caráter dos pulsos apical e periférico. A correta e completa avaliação podem fornecer informações valiosas sobre as complicações da crise hipertensiva e a extensão do comprometimento dos órgãos-alvo, o que é primordial para o diagnóstico e o fornecimento de subsídios para um efetivo tratamento (BRASIL, 2013).

Durante a assistência de enfermagem é necessário que haja agilidade no atendimento, na atenção dispensada ao paciente tanto na forma de acolher e coletar as informações como em verificar sinais e sintomas, principalmente em situações em que o usuário não saiba ou não consiga expressar sua queixa (SOARES, 2013).

O enfermeiro deve estar preparado para um atendimento imediato, para instituir o melhor tratamento em menos de uma hora, bem como atuar na prevenção ou limitação de lesões em órgãos alvo nas primeiras 24 horas, no caso da urgência hipertensiva. Um tempo de espera maior que sessenta minutos pode ser extremamente comprometedor para a pessoa em emergência hipertensiva, podendo causar inclusive a morte (PIERIN et al., 2019).

Quando o diagnóstico de emergência hipertensiva estiver estabelecido, a recomendação é de redução da PA média entre 20 e 25% na 1ª hora. Quando a pressão arterial diastólica (PAD) for atingida entre 100 e 110 mmHg, manter esses níveis entre a 2ª e a 6ª hora, exceto nas dissecações agudas da aorta. É recomendado utilizar fármacos anti-hipertensivos por via endovenosa através de bombas de infusão contínua e com monitorização pressórica rigorosa (SOUSA; PASSARELLI, 2014).

Um fator importante é a velocidade da elevação pressórica, ainda que seja de difícil mensuração. Quanto mais rápida for a elevação da pressão, maior é a probabilidade de não haver adaptação ao mecanismo de auto regulação pressórica. A redução dos níveis pressóricos deve ser cuidadosa, evitando-se queda abrupta da PA, pelo risco de complicações como hipoperfusão, isquemia cerebral, lesão miocárdica e renal (SOUSA; PASSARELLI, 2014).

O profissional de enfermagem tem um papel importante na prevenção, proteção e recuperação ao paciente em crise hipertensiva, pois, além de ser capacitado para realizar a redução progressiva da crise em até 24 horas nos casos de uma urgência hipertensiva, o mesmo tem consciência dos cuidados quanto à doença (DEMÉZIO et al., 2013).

O enfermeiro que atua na Atenção Primária à Saúde têm que, entre outras funções, prestar assistência ao paciente, executar tratamento e coordenar a equipe de enfermagem. É necessário que este profissional tenha conhecimento científico, prático e técnico, a fim de que possa tomar decisões rápidas e concretas, transmitindo segurança a toda equipe e principalmente reduzindo os riscos que ameaçam a vida do paciente (SOARES, 2013).

Independente do cenário de atuação, seja no atendimento pré-hospitalar ou no intra-hospitalar, a dinâmica de trabalho exige do profissional de enfermagem uma postura de agilidade e competências para lidar com diferentes situações incluindo neste processo as complicações clínicas severas de urgência e emergência como a crise hipertensiva (FERREIRA et al., 2016).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados apontam que a assistência de enfermagem no manejo de usuários com hipertensos e com crise hipertensiva na atenção primária à saúde é fundamental para o ordenamento de ações preventivas, protetivas e de recuperação desses pacientes. São diversificadas as ações desenvolvidas pela enfermagem nesse contexto destacando-

se as ações diretas nos cuidados em emergência, ações educativas, monitoramento da pressão arterial com sua regular aferição. Sugere-se que pesquisas mais específicas sejam realizadas na Atenção Primária à Saúde para abordar a atuação do enfermeiro nas crises hipertensivas com a intenção de produzir evidências sobre o Processo de Enfermagem, identificação de diagnósticos e intervenções de enfermagem e assim produzir contribuições ao campo do conhecimento sobre a temática.

REFERÊNCIAS

BARROSO, Weimar Kunz Sebba et al. Posicionamento Brasileiro sobre Hipertensão Arterial Resistente – 2020. **Arq Bras Cardiol**, v.114, n.3, p.576-596, 2020.

BRAGA, Tatiana Lima. Protocolo de enfermagem para atendimento De Crise Hipertensiva em Unidade de Emergência. Monografia (Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem). **Universidade Federal de Santa Catarina**, Santa Catarina, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, **Departamento de Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRITO, Silmery Silva, et al. Sistematização Da Assistência De Enfermagem Na Atenção Básica Aos Hipertensos: Relato de Experiência. **Rev enferm UFPE**, v.7, n.8, p.5345-5350, 2013.

CARVALHO, Maria Virgínia, et al. A influência da hipertensão arterial na qualidade de vida. **Arq. Bras. Cardiol**, v. 100, n.2, p. 164-174, 2013.

CAVEIÃO, Cristiano, et al. Crise hipertensiva: competências elencadas pelo enfermeiro para o atendimento em hospitais de Curitiba-PR. **Rev pesqui Cuid Fundam**, v.6, n.4, p.1437-1444, 2014.

DAY, Michael. Hypertensive emergency. **Nursing**, v.41, n.8, p.63-72, 2011.

DEMÉZIO, Caetano Santos, et al O enfermeiro frente à crise hipertensiva no atendimento de urgência e emergência. **RECEEN**. v.4, n.4, p.1-15, 2013.

FERREIRA, Maria Beatriz Guimarães, et al. Assistência de enfermagem a mulheres com pré-eclâmpsia e/ou eclâmpsia: revisão integrativa. **Rev Esc Enferm USP**, v.50, n.23, p.20-30, 2016.

FERREIRA, Ricardo Frederico, et al. Emergências Hipertensivas. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ**, 2009.

GUEDES, Maria Vilani Cavalcante, ARAÚJO, Thelma Leite. Crise hipertensiva: estudo de caso com utilização da classificação das intervenções de enfermagem para alcançar respostas adaptativas baseadas no Modelo Teórico de Roy. **Acta Paul Enferm**, v.18, n.3, p.241-246, 2005.

LAWSON, Lu. Severely elevated blood pressure: when is it an emergency?. **J Cardiovasc Nurs**, n.26, v.6, p.519-523, 2011.

MALACHIAS, Marcus Vinícius Bolívar, et al. Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v.107, n.3, p.1-83, 2016.

MENDES, Fabrizio do Amaral, SILVA, Marluclena Pinheiro, FERREIRA, Cecília Rafaela Salles. Diagnósticos de enfermagem em portadores de hipertensão arterial na atenção primária. **Estação Científica (UNIFAP)**, v.8, n.1, p.91-101, 2018.

NOBRE, Fernando, et al. Geleilete. Hipertensão Arterial Sistêmica primária. **Medicina**. v.46, n.3, p.256-272, 2013.

OLIVEIRA, Kátia Karine Pessoa Andrade, et al. Assistência de enfermagem a parturientes acometidas por pré-eclâmpsia. **Rev enferm UFPE**, v.10, n.5, p.1773-1780, 2016.

OLIVEIRA, Suelen Gonçalves, SILVA, Lisiane Lange. O papel da equipe de enfermagem frente ao paciente em crise hipertensiva. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v.10, n.5, p.181-195, 2016.

PIERIN, Angela Maria Geraldo, FLÓRIDO, Carime Farah, SANTOS, Juliano. Crise hipertensiva: características clínicas de pacientes com urgência, emergência e pseudocrise hipertensivas em um serviço público de emergência. **Einstein**, v.17, n.4, p.1-8, 2019.

QUEIROZ A.C *et al.* Cuidados de enfermagem em crise hipertensiva: uma revisão integrativa. **Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo**. - Supl v. 28, n.3, p.365-371, 2018.

RANK, Wendi. Aneurysmal subarachnoid hemorrhage: follow the guidelines. **Nursing**. v.43, n.5, p.42-50, 2013.

SMELTZER, S.C, BARE, B.G. Tratado de enfermagem médico cirúrgico. Insuficiência Renal Crônica. 10. ed.Rio de Janeiro: **Ganabara Koogon**, v.3, p.1323-1412, 2005.

SOARES, Stefânia Santos Soares, et al. O papel da atenção básica no atendimento às urgências: um olhar sobre as políticas. 2013. Monografia (Especialização Gestão da Atenção Básica) – **Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca**, Rio de Janeiro, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 7ª Diretriz Brasileira de **Hipertensão Arterial**. **Arq Bras Cardiol**, v.107, n.3, p.1-83, 2016.

SOUZA, Marcela Tavares, et al. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v.8, n.1, p.102-106, 2010.

SOUZA, Cristiano Freitas, et al. **Guia de bolso em cardiologia** (2ªed.). São Paulo: Atheneu, 2013.

SOUSA, Márcio Gonçalves, PASSARELLI, Júnior Oswaldo. Emergências hipertensivas: epidemiologia, definição e classificação. **Rev. bras. hipertens**, v. 21 n.3, p.34-139, 2014.

SMITHBURGER, Pamela Lois, et al. Recent advances in the treatment of hypertensive emergencies. **Crit Care Nurse**, v.30, n.5, p.24-30, 2010.

URSI, Elizabeth Silva. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. [dissertation]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto**; 2005.

World Health Organization. **Global status report on noncommunicable diseases 2010** [Internet]. Genebra: World Health Organization, 2017.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO TRATAMENTO DE PACIENTES COM DOENÇA DE ALZHEIMER: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Data de aceite: 01/11/2021

Data de submissão: 06/08/2021

Guilherme Pinto Viana

Escola Superior de Ciências da Saúde da
Universidade do Estado do Amazonas
Manaus-AM
<https://orcid.org/0000-0003-3572-5469>

Cássia Rozária da Silva Souza

Escola Superior de Ciências da Saúde da
Universidade do Estado do Amazonas
Manaus-AM
<http://orcid.org/0000-0001-9790-3713>

Yone Almeida da Rocha

Escola Superior de Ciências da Saúde da
Universidade do Estado do Amazonas
Manaus-AM
<http://orcid.org/0000-0001-9407-469X>

RESUMO: **Introdução:** Atualmente tem-se percebido um aumento expressivo na expectativa de vida da população mundial, juntamente com o envelhecimento muitas doenças crônicas surgem, a Doença de Alzheimer (DA) é um exemplo, caracterizada pela destruição de células cerebrais e nervos, prejudicando as transmissões cerebrais responsáveis pelo armazenamento de memórias, nesse contexto, o profissional de enfermagem como portador de conhecimentos acerca do cuidado, deve desenvolver ações voltadas à saúde do idoso com DA, avaliando suas necessidades e conhecendo suas limitações para o desenvolvimento de um

plano de cuidados específico. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura nos bancos de dados: SciELO, LILACS e BDEF, publicados no período de 2010 a 2020, a revisão foi realizada no primeiro semestre de 2021. **Resultados:** 11 artigos foram incluídos na revisão seguindo os critérios de inclusão e exclusão e após leitura na íntegra, sendo 4 no SciELO, 3 na LILACS e 4 na BDEF. **Discussão:** Parte da produção científica vigente sobre o tema aborda o cuidado da enfermagem ao paciente com Alzheimer como um cuidado paliativo, principalmente na fase intermediária e grave da doença, outros estudos acentuam a relevância dos instrumentos e intervenções da enfermagem com foco na recuperação racional do paciente, essencialmente na fase inicial. Em todos os estudos identificou-se a importância do bem-estar social e familiar do paciente, sendo delegado esse cuidado à enfermagem. **Conclusão:** O cuidado da enfermagem ao paciente com Alzheimer caracteriza-se por ser um cuidado centrado em cada indivíduo e sua família, preparando o ambiente e os familiares com o objetivo de reeducar e ensinar ao paciente a tomada de decisões racionais, prevenir agravamentos, levando em consideração as limitações físicas, psíquicas e sociais do paciente, além de ser um cuidado paliativo, para prevenir e aliviar o sofrimento imposto pela doença e que, ainda não tem cura.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados de enfermagem; Doença de Alzheimer; Idoso.

NURSING CARE IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH ALZHEIMER'S DISEASE: INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: Introduction: Currently there has been a significant increase in the life expectancy of the world population, along with aging many chronic diseases arise, changing the organic systems of the elderly, Alzheimer's disease (AD) is an example, characterized by destruction of brain cells and nerves, impairing brain transmissions responsible for storing memories, in this context, the nursing professional, as a bearer of knowledge about care, must develop actions aimed at the health of the elderly with AD, assessing their needs and knowing their limitations to the development of a specific care plan. **Methodology:** This is an integrative review with bibliographic data in databases: SciELO, LILACS and BDNF, published from 2010 to 2020, the review was carried out in the first half of 2021. **Results:** QUANTIFY THE ARTICLES. part of the current scientific production on the subject addresses nursing care for patients with Alzheimer's as palliative care, especially in the intermediate and severe stages of the disease, other studies emphasize the relevance of nursing instruments and interventions with a focus on the rational recovery of the patient, essentially in the initial phase. **Discussion:** In all studies, the importance of the social and family well-being of the patient was identified, with this care being delegated to nursing, attributing a fundamental role to this professional in all phases of the disease. **Conclusion:** Nursing care for patients with Alzheimer's is characterized by being a care centered on each individual and their family, preparing the environment and family members in order to re-educate and teach the patient to make rational decisions, prevent worsening, leading taking into account the physical, psychological and social limitations of the patient, in addition to being palliative care, to prevent and alleviate the suffering imposed by the disease, which still has no cure. **KEYWORDS:** Nursing care; Alzheimer's disease; Old man.

1 | INTRODUÇÃO

Atualmente tem-se percebido um aumento expressivo na expectativa de vida da população mundial, sendo este, um processo crescente do desenvolvimento humano, caracterizado pelas melhorias no estilo de vida e nos avanços feitos nas áreas de ciências da saúde, através desse conhecimento gerado pôde-se observar o compromisso dos profissionais de saúde com o envelhecimento e suas particularidades (DE OLIVEIRA *et al.*, 2020).

O processo de envelhecimento é de caráter multifatorial e junto a ele tem-se o surgimento de patologias crônicas que geram grandes desafios para os sistemas de saúde, tais doenças alteram os sistemas orgânicos desses indivíduos, modificando o processo de envelhecimento natural, um exemplo é a Doença de Alzheimer (DA), que é a causa mais comum de demência, causando a destruição de células cerebrais e nervos, prejudicando as transmissões cerebrais responsáveis pelo armazenamento de memórias (URBANO *et al.*, 2020; PRINCE *et al.*, 2015).

De acordo com o relatório da Associação Internacional de Alzheimer (ADI) de 2015, a cada 3,2 segundos um novo caso de demência é identificado no mundo, porém

estimativas mostram que em 2050 esse tempo deve cair para um segundo. (PRINCE *et al.*, 2015). A ADI ressalta ainda que os governos devem trabalhar para o desenvolvimento de estratégias voltadas às vidas de pessoas que vivem com demência, demonstrando a importância e a necessidade de tais ações, assim mostra-se que considerar a demência como uma prioridade de saúde global é fundamental pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (SCHERER e CARRETTA, 2012; DADALTO e CAVALCANTE, 2021).

Ao entender e compreender que a DA torna o idoso dependente à medida que as funções orgânicas são alteradas pelo processo patológico, torna-se necessário também conhecer as fases do processo degenerativo ocasionado pela doença, assim as ações de saúde direcionadas a essa população deve ser objetiva, com o intuito de prevenir as possíveis complicações ou promover saúde aos indivíduos (URBANO *et al.*, 2020).

Nesse contexto, o profissional de enfermagem como portador de conhecimentos acerca do cuidado, deve desenvolver ações voltadas à saúde do idoso com DA, avaliando suas necessidades e conhecendo suas limitações para o desenvolvimento de um plano de cuidados específico para cada idoso, com o objetivo de preservar ao máximo as capacidades funcionais e cognitivas de cada indivíduo nos estágios da doença (URBANO *et al.*, 2020).

Utilizando-se da Sistematização da Assistência de Enfermagem, um método utilizado para a prestação de cuidados, com o objetivo de obter resultados satisfatórios durante a assistência de saúde, o profissional utiliza-se de raciocínio clínico para entender as necessidades tanto do paciente quanto de sua família, prestando cuidado baseado nos conhecimentos técnico-científicos no qual sua categoria desenvolve (SILVA *et al.*, 2011).

Frente ao exposto, justifica-se a realização desse estudo para sintetizar as informações disponíveis sobre assistência de enfermagem ao paciente com doença de Alzheimer, como forma de desenvolvimento das ações voltadas à população idosa. Assim, a pergunta norteadora que alicerçou o estudo foi: qual o papel da enfermagem no tratamento de pacientes com doença de Alzheimer?

Dessa forma, o objetivo da pesquisa é identificar qual o papel da enfermagem no tratamento de pacientes com doença de Alzheimer utilizando revisão integrativa de literatura.

2 | METODOLOGIA

O estudo foi elaborado seguindo as etapas: identificação do tema da revisão integrativa, busca na literatura, categorização dos estudos, interpretação dos resultados e apresentação da revisão integrativa (WHITTEMORE, 2005).

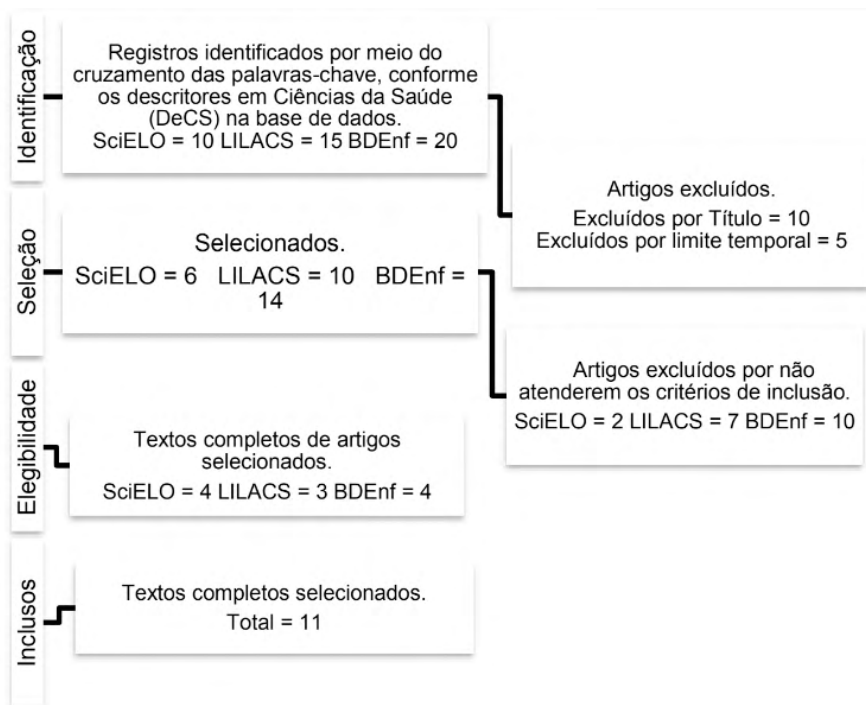
Os bancos de dados utilizados foram: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Banco de Dados em Enfermagem (BDENF), com o cruzamento dos descritores nos idiomas em português,

espanhol e inglês: Cuidados de enfermagem; Doença de Alzheimer e Idoso.

Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos científicos foram: Artigos publicados em português, inglês e espanhol, artigos na íntegra, publicados entre 2010 a 2020, com enfoque exclusivamente na atuação da enfermagem no cuidado de pacientes com Alzheimer, foram excluídos documentos como teses, dissertações e editoriais.

Na seleção dos artigos foi utilizado o diagrama PRISMA (BMJ, 2020). Na etapa de identificação dos trabalhos foram encontrados dez artigos no SciELO, 15 artigos no LILACS e 20 no BDeInf. Para a etapa de pré-seleção, realizou-se leitura minuciosa dos títulos e dos resumos, com o objetivo de redefinir a amostra, por meio da exclusão de duplicações, limite temporal e título, resultando em seis artigos no SciELO, dez no LILACS e 14 no BDeInf. Na fase de elegibilidade, os artigos foram lidos exaustivamente na íntegra e os que não atenderam a pergunta norteadora e critérios de inclusão foram excluídos, totalizando quatro no SciELO, três no LILACS e quatro no BDeInf, sendo incluídos 11 artigos (Quadro 1).

Tanto a análise quanto a síntese dos dados extraídos dos artigos foram realizadas de forma descritiva, possibilitando observar, contar, descrever e classificar os dados, com o intuito de reunir o conhecimento produzido sobre a temática proposta (Fluxograma 1).



Fluxograma 1: Representação das fases de identificação, seleção, elegibilidade e inclusão de artigos na revisão integrativa com base no PRISMA, (BMJ 2020).

Fonte: produção dos autores, 2021.

3 I RESULTADOS

A revisão foi constituída por 11 artigos científicos que contemplavam a temática em questão, ficando assim identificadas:

Procedência	Título	Autores	Periódico/Ano	Considerações
SciELO	Cuidados de enfermagem al anciano enfermo de Alzheimer.	Camacho, A.C.L.F., Coelho, M.J.	Enferm. Glob. n.17 murcia oct. 2010.	Compreende que o cuidado de enfermagem é direcionado aos pacientes com doença de Alzheimer, seus familiares e seus cuidadores. O plano de cuidado engloba a educação em saúde, promoção das necessidades humanas básicas e terapias para a reversão do declínio cognitivo do paciente.
BDEF	Processo de enfermagem: uma ferramenta para o cuidado ao idoso com Alzheimer	Nogueira,D.; Oliveira,E.N, Brito,M.C.C, Borges,V.S, Vasconcelos, D. P., Pinto, P.D.	Rev. Enferm. UFPE on line: 5(6): 1518- 1525, ago. 2011	A participação do enfermeiro no cuidado ao portador de Alzheimer permite que o cuidado não seja realizado de forma empírica por cuidadores, mas com eficácia, visando à qualidade de vida do portador dessa doença e de seus familiares.
LILACS	Avaliação da estimulação cognitiva para o idoso com demência de Alzheimer realizada pelo cuidador no domicílio: uma tecnologia de cuidado em enfermagem	Cruz, T.J.P.	Niterói; s.n; 148 p. 2011.	O enfermeiro pode intervir com atividades de estimulação cognitiva em domicílio, acompanhamento da função cognitiva do paciente 1 vez ao mês. Orientar e capacitar os cuidadores para realizar as atividades e acompanhamento.
SciELO	Doença de Alzheimer: declínio funcional e estágio da demência	Talmeli,L.F.S.; Vale,F.A.C., Gratão,A.C.M. Kusumo, L., Rodrigues, R. A. P.	Acta Paul. Enferm. 26 (3):2013	A avaliação funcional do paciente com Alzheimer é parte integrante do cuidado de enfermagem, com foco na pessoa e no sistema de apoio com que ele pode contar. Assim possibilitando o enfermeiro e a equipe multidisciplinar intervir na demanda de cuidados.

LILACS	Revisão integrativa sobre os cuidados de enfermagem à pessoa com doença de Alzheimer e seus cuidadores	Camacho, A.C.L.F., Abreu,L.T.A., Leite, B. S., Mata,A.C.O., Marinho,T.F., Valente, G.S.C	<i>Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online) ; 5(3): 186-193, jul.-set. 2013.</i>	O cuidado ao idoso com DA traz grandes e diferentes repercussões à vida dos cuidadores e familiares as orientações de Enfermagem podem esclarecer dúvidas, facilitar o cuidado e propor estratégias visando à qualidade de vida.
LILACS	A relação entre os diagnósticos de enfermagem e testes de cognição realizados em idosos com doença de Alzheimer	Louredo,D.S. Sá, S.P.C., Camacho, A.C.L.F. Câmara,V. D., Louzada, A.B.D., Rodrigues,I.B.	Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online) ; 6(1): 271-281, jan.-mar. 2014.	A enfermagem dispõe de diagnósticos de enfermagem para pacientes com Alzheimer que são semelhantes aos testes neurológicos que ajudam no planejamento dos cuidados, são eles: Confusão crônica; Risco de quedas; Conhecimento deficiente; Padrão de sono prejudicado; Risco de solidão e tristeza crônica.
SciELO	Gerenciamento do cuidado de enfermagem ao idoso com Alzheimer.	Ramos,A.K., Silveira, A., Almeida, K.S.A., Lucca,D.C., Luciano, F.R.S.	Rev Cubana Enfermer vol.31 no.4 Ciudad de la Habana oct. 2015.	O enfermeiro desempenha principal papel na orientação aos familiares quanto à evolução e progressão da doença. Capacitando a equipe de enfermagem, cuidadores, familiares e ao próprio paciente o autocuidado.
BDEF	Intervenções de enfermagem nos cuidados aos pacientes idosos com Alzheimer: revisão integrativa.	Correa, L.P., Braga, T.R., Malaquias, L.C., Bessa, M.E.P., Marques,M.B.	Rev. Enferm. UFPI;5(1): 84-88, jan.-mar. 2016.	A enfermagem dispõe de intervenções que melhoram o estado de saúde dos idosos, diminuindo ou retardando o avanço da doença, e influenciando positivamente na qualidade de vida como: Promover atividades Essenciais de Vida Diárias; Alimentação; Melhora do sono; Arteterapia; Musicoterapia; Aumento da socialização; Administração de medicamentos; Estimulação cognitiva; Controle da dor.
BDEF	Cuidados de enfermagem a pessoas com demência de Alzheimer	Farfan, A.E., Farias, G.B., Rohs, R.M.S., Magalhães, M.S.S.P., Silva, D. F., Schulz, R.,	CuidArte, Enferm; 11(1): 138-145, jan.2017.	O profissional de enfermagem deve criar métodos interativos com o paciente e os familiares, com o objetivo de desenvolver conhecimento específico e consciência ampliada sobre o processo de declínio cognitivo.

SciELO	Interdisciplinarietà de la atención a los ancianos con enfermedad de Alzheimer: reflexión basada en las teorías de Leininger y Heller	Barbosa, M.E.M., Corso, E.R., Carreira, L., Scolari, G.A.S.	Esc. Anna Nery 24 (1) 2020	A enfermagem desempenha o papel de atuar tanto no cuidado ao indivíduo propriamente dito quanto do ambiente e meio social do paciente. Atuando com o conhecimento da enfermagem transcultural, da etiologia sociocultural para consolidar os objetos de cuidado e perfil profissional.
BDEF	Assistência de enfermagem aos pacientes portadores de alzheimer: uma revisão integrativa	Silva, S.P.Z., Bernardo, A. V., Lô, C.L.N., Campeiro, G.V.T., Santos, L.R.	Nursing (São Paulo); 23(271): 4991-4998,dez., 2020	A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) dispõe de recursos que abrangem integralmente as necessidades humanas básicas do paciente com doença de Alzheimer. A taxonomia NANDA possibilita aos enfermeiros identificar os principais diagnósticos dos portadores de DA, destacando-se entre eles: nutrição, mobilidade física, autocuidado, memória e comunicação prejudicadas, confusão crônica, baixa autoestima crônica, ansiedade, dentre outros.

Quadro 1 – Descrição dos artigos segundo procedência, título, autores, periódicos, ano e considerações.

Fonte: produção dos autores, 2021.

Quando se refere aos objetivos, todos os artigos selecionados buscam descrever, analisar e identificar qual o papel da enfermagem frente ao cuidado de pacientes com Alzheimer. Dentre estes, 82% dos estudos correspondem a periódicos da área de enfermagem e 18% à área da saúde pública.

Pôde-se constatar que todos os estudos ressaltam a particularidade da enfermagem para intervir de forma humanizada buscando compreender o cotidiano do paciente e das pessoas que vivenciam a prática do cuidado enquanto familiar, e assim dispor de conhecimento para capacitar o cuidador, familiar e o próprio paciente para uma melhor abordagem à condição de demência causada pelo Alzheimer. Cerca de 64% descreve o processo de enfermagem, os cuidados, intervenções e os conhecimentos dos enfermeiros no processo do cuidado do idoso com Alzheimer e aos seus familiares.

No que se refere aos estágios da doença de Alzheimer e a abordagem da enfermagem na forma avançada da doença, cerca de 27% dos dados analisados, abordam a importância dos cuidados paliativos para a promoção de conforto e dignidade do paciente e da família.

Afirma-se a necessidade sobre o aprimoramento dentro da educação permanente ou continuada, para a equipe de enfermagem, devido ao pouco conhecimento para realizar as orientações diante das especificidades da doença de Alzheimer ao paciente e de seu cuidador familiar.

4 | DISCUSSÃO

Enfermagem como educador na promoção de saúde e bem estar de pacientes, familiares e cuidadores.

A enfermagem, como uma ciência em estabilização, ancora suas ações a partir do conhecimento científico e teórico, para que o saber-fazer seja fundamentado no cotidiano a fim de nortear o método de trabalho a ser utilizado. (BARBOSA *et al.*, 2020). Dentre os deveres a serem desempenhados pelo enfermeiro, a educação em saúde está como principal instrumento para melhorar o estado de saúde, diminuindo ou retardando o avanço da doença, por abranger a integralidade do paciente (CAMACHO e COELHO, 2010).

O enfermeiro é o profissional que atua de forma direta nas atividades educacionais prestadas à comunidade, desempenhando uma função de fundamental importância na sociedade com o intuito de prover e promover o empoderamento do cuidado dos usuários, buscando maneiras alternativas, que possam ocasionar em atitudes que lhes proporcionem pleno estado de saúde em seu sentido mais amplo (NOGUEIRA *et al.*, 2011; FARFAN *et al.*, 2017).

De acordo com os estudos, a DA causa mudanças significativas na vida do idoso e de sua família e/ou cuidadores, muitas vezes o familiar ou o cuidador encontram-se fisicamente e emocionalmente desgastado, considerando que essa sobrecarga pode ser ocasionada pela dedicação exclusiva e total aos cuidados do idoso, além disso, muitos apresentam um desconhecimento sobre a DA, prejudicando e limitando os cuidados prestados, visto que o mesmo norteia suas ações em cuidados generalizados, de acordo com o nível de informação e conhecimento comum que possui (TALMELI *et al.*, 2013; RAMOS *et al.*, 2020).

Assim, o enfermeiro deve conhecer o cotidiano das pessoas que vivenciam a prática do cuidado enquanto cuidador e familiar, pois irá proporcionar a compreensão sobre as emoções, dificuldades, desgaste emocional, os quais são gerados devido à convivência com o familiar doente a fim de direcionar orientações sobre a compreensão do Alzheimer em seu contexto familiar e das condições adversas que a doença tende a gerar na rotina familiar (CORREA *et al.*, 2016).

Vale ressaltar que o enfermeiro apresenta um papel importante junto ao cuidador e ao familiar da pessoa idosa, desenvolvendo ações que visem à prevenção de agravos e a promoção de saúde, cuidando não somente do enfermo, mas também de seus responsáveis, tornando a vida de ambos mais saudáveis para que o cuidado seja realizado

com maior qualidade (SILVA *et al.*, 2020).

Sistematização da Assistência de Enfermagem na promoção de cuidados ao paciente com Alzheimer

O tratamento não farmacológico de cuidados aos pacientes com Alzheimer tem a mesma relevância que o farmacológico na melhoria da qualidade de vida dos pacientes, cuidadores e familiares. O enfermeiro possui um forte papel na prática dos cuidados aos idosos com DA, principalmente, por dispor de teorias de enfermagem que viabilizem o fortalecimento da prática profissional cientificamente guiada (BARBOSA *et al.*, 2020).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) possibilita ao enfermeiro seguir uma linha de planejamento que parte da investigação da demanda de cuidados, determinando os diagnósticos de enfermagem com suas respectivas intervenções para alcançar os resultados esperados. Assim o enfermeiro pode executar o cuidado ao paciente com Alzheimer de forma integral com componentes que simbolizam a identidade profissional, desenvolvendo a prática da enfermagem baseado em evidências (NOGUEIRA *et al.*, 2011; CRUZ, 2011; SILVA *et al.*, 2020).

Os diagnósticos de enfermagem são determinados perante a condição clínica que o paciente com Alzheimer apresenta ou pode apresentar, destacando-se na taxonomia da NANDA os possíveis diagnósticos: Memória e comunicação prejudicada, confusão crônica, déficit no autocuidado para alimentação e higiene, nutrição desequilibrada, ansiedade, baixa autoestima crônica, intolerância à atividade, mobilidade física prejudicada, controle familiar ineficaz, risco de aspiração e risco de quedas (CRUZ, 2011; TALMELI *et al.*, 2013; LOUREDO *et al.*, 2014).

As intervenções de enfermagem também são determinadas de acordo com a demanda de cuidados específicas e individuais do paciente, com base em seus diagnósticos de enfermagem, podendo ser: Auxiliar e promover educação em saúde a família e cuidadores informando sobre a progressão da doença e a condição clínica do paciente, determinar a rotina do paciente, auxiliar na alimentação, auxiliar na higiene pessoal, auxiliar na deambulação, dialogar estimulando a pessoa a lembrar-se de sua vida, auxiliar em jogos que ajudem a memória ser recrutada, ajudar na autoestima estimulando a pessoa a se arrumar e se vestir como de costume para se sentir bem, lembrando de que está sempre bonita, ajudar na melhora e nos diálogos entre o paciente e as pessoas que se encontram ao seu redor (CAMACHO *et al.*, 2013; CORREA *et al.*, 2016; BARBOSA *et al.*, 2020).

As prescrições de enfermagem são formuladas individualmente para cada caso clínico, auxiliando a família no cuidado e na interação social. Com o objetivo de aliviar os sintomas cognitivos, aliviar os sintomas comportamentais e psicológicos da demência e auxiliar para diminuir a progressão da doença. No meio dessas intervenções a serem adicionadas ao cuidado, grupos socioeducativos e psicoterapêuticos direcionados pela enfermagem se destacam trazendo para o paciente um ambiente mais estruturado e

organizado para seus cuidados, além disso, esses grupos visam contribuir acerca do conhecimento dessa patologia, que ainda ajuda no estado emocional minimizando o sofrimento e conduzindo aos cuidados (FARFAN *et al.*, 2017).

Enfermagem nos cuidados paliativos para a promoção de conforto e da dignidade do paciente e da família

Os cuidados paliativos são implementados como um conjunto de ações práticas que visam dar a devida assistência de enfermagem ao idoso portador da DA que se encontra em um estado irreversível de melhora.

A enfermagem desempenha papel importante neste cenário, por ser a ciência do cuidado, torna a assistência humanizada, identificando as reais necessidades do idoso através de uma visão atenta e ampla. (COSTA e SILVA, 2021). Para que isso aconteça, é necessária a capacitação profissional do enfermeiro para analisar e identificar as possíveis mudanças comportamentais e físicas do idoso a fim de evidenciar eventuais melhorias ou evitar a dor e o sofrimento do paciente (TALMELI *et al.*, 2013).

É fundamental que o profissional entenda e conheça os motivos que o levam a executar os cuidados paliativos, para que sua assistência seja feita de maneira diferente da assistência voltada apenas para o tratamento da doença, não somente de forma intervencionista e curativa, mas que englobe o paciente como um todo, dando conforto a ele e seus cuidadores e familiares, com o intuito de minimizar os impactos gerados pelo avançar da DA (COSTA e SILVA, 2021).

Para promoção de saúde o enfermeiro prestará a assistência por meio de cuidados básicos fundamentais para a execução dos cuidados paliativos, medidas de incentivo à atenção com a alimentação, higiene pessoal e o conhecimento a respeito das necessidades humanas básicas como elemento que auxilie reforçando a mediação da assistência entre profissional da enfermagem com o cuidador e o paciente (FARFAN *et al.*, 2017).

Deixa-se claro que as decisões provenientes do paciente, quando negado a prestação de assistência de enfermagem, devem ser respeitadas, prestando cuidados de forma ética, avaliando todas as necessidades envolvidas, respeitando seus espaços físicos, mentais, emocionais e espirituais (GONÇALVES e LIMA, 2020).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se que parte da produção científica vigente sobre o tema aborda o cuidado da enfermagem ao paciente com Alzheimer como um cuidado paliativo, principalmente na fase intermediária e grave da doença, outros estudos acentuam a relevância dos instrumentos e intervenções da enfermagem com foco na recuperação racional do paciente, essencialmente na fase inicial.

Em todos os estudos identificou-se a importância do bem-estar social e familiar do paciente, sendo delegado esse cuidado a enfermagem, atribuindo papel fundamental a

esse profissional em todas as fases da doença, que através do cuidado especializado e humanizado leva conforto ao idoso doente e a seus familiares e cuidadores, tornando o processo de saúde doença mais leve para ambos.

O cuidado da enfermagem ao paciente com Alzheimer caracteriza-se por ser um cuidado centrado em cada indivíduo e sua família, preparando o ambiente e os familiares com o objetivo de reeducar e ensinar ao paciente a tomada de decisões racionais, prevenir agravamentos, levando em consideração as limitações físicas, psíquicas e sociais do paciente, além de ser um cuidado paliativo, para prevenir e aliviar o sofrimento imposto pela doença e que, ainda não tem cura.

O enfermeiro precisa então, estar sempre se atualizando sobre a Doença de Alzheimer, além de como pode contribuir de forma cada vez mais efetiva no acompanhamento e tratamento dos pacientes. A atenção e o cuidado de enfermagem na abordagem com o paciente e seus familiares, diferencia a assistência no quadro clínico do paciente, podendo ser no âmbito fisiológico, psicológico e social, pois mesmo haverá a importância de se manter a qualidade do cuidado.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, M. E. M *et al.* **Interdisciplinarietà de la atención a los ancianos con enfermedad de Alzheimer: reflexión basada en las teorías de Leininger y Heller.** Escola Anna Nery, v. 24, n. 1, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0083>

CAMACHO, A. C. L. F., COELHO, M. J. **Cuidados de enfermería al anciano enfermo de alzheimer (2003-2008).** Enfermería Global, v. 8, n. 3, 2009. DOI: <https://doi.org/10.6018/eglobal.8.3.75321>.

CAMACHO, A. C. L. F. *et al.* **Revisão integrativa sobre os cuidados de enfermagem à pessoa com doença de Alzheimer e seus cuidadores.** Rev. Pesquisa. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online), p. 186-193, 2013. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=683583&indexSearch=ID> Acesso: 03 de agosto de 2021.

CARRETTA, M. B., SCHERER, S. **Perspectivas atuais na prevenção da doença de Alzheimer.** Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento, v. 17, n. 1, 2012. DOI: <https://doi.org/10.22456/2316-2171.14368>.

CORREA, L. P. *et al.* **Intervenções de enfermagem nos cuidados aos pacientes idosos com Alzheimer: revisão integrativa.** Rev. Enferm. UFPI, p. 84-88, 2016. DOI: <https://doi.org/10.26694/reufpi.v5i1.3000>.

COSTA, B. M., DA SILVA, D. A. **Atuação da equipe de enfermagem em cuidados paliativos.** Research, Society and Development, v. 10, n. 2, p. e28010212553, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12553>.

CRUZ, T. J. P. **Avaliação da estimulação cognitiva para idoso com demência de Alzheimer realizada pelo cuidador no domicílio: uma tecnologia de cuidado em enfermagem.** 2011. Dissertação (Mestrado em Ciências do Cuidado em Saúde) - Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2011. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/handle/1/832>. Acesso: 03 de agosto de 2021.

DADALTO, E. V., CAVALCANTE, F. G. **O lugar do cuidador familiar de idosos com doença de Alzheimer: uma revisão de literatura no Brasil e Estados Unidos.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, p. 147-157, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020261.38482020>

DE OLIVEIRA, D.V. *et al.* **Satisfação com a Vida e Atitudes em Relação à Velhice de Idosos Frequentadores de Centros de Convivência em Função do Nível de Atividade Física.** *Revista Psicologia e Saúde*, v. 12, n. 1, p. 49-60, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v12i1.759>.

FARFAN, A. E. O. *et al.* **Cuidados de enfermagem a pessoas com demência de Alzheimer.** *CuidArte, Enferm*, p. 138-145, 2017. Disponível em: <http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2017v1/19%20Artigo%20Cuidados%20Enf.%20Alzheimer.pdf>. Acesso: 03 de agosto de 2021.

GONÇALVES F. C. A., LIMA I. C. S. **Alzheimer e Os Desafios Dos Cuidados de Enfermagem ao Idoso e ao Seu Cuidador Familiar.** *Rev Fun Care Online*. v. 12, p. 1274-1282, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcco.v12.7971>.

LOUREDO, D. S. *et al.* **A relação entre os diagnósticos de enfermagem e testes de cognição realizados em idosos com doença de alzheimer.** *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, v. 6, n. 1, p. 271-281, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2014v6n1p271>.

NOGUEIRA, D. L. *et al.* **Processo de enfermagem: uma ferramenta para o cuidado ao idoso com Alzheimer.** *Rev. Enferm. UFPE on line*, v. 5, n. 6, p. 1518-1525, 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.1262-12560-1-LE.0506201127>

PAGE, M. J. *et al.* **The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews.** n. 71, p. 372, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.n71>.

PRINCE, M. J. *et al.* **World Alzheimer Report 2015-The Global Impact of Dementia: An analysis of prevalence, incidence, cost and trends.** 2015. Disponível em: <https://www.alzint.org/WorldAlzheimerReport2015.pdf>. Acesso: 04 de agosto de 2021.

RAMOS, A. K. *et al.* **Gerenciamento do cuidado de enfermagem ao idoso com Alzheimer.** *Rev Cubana Enfermer, Ciudad de la Habana*. v. 31, n. 4, 2015. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192015000400009&lng=es&nrm=iso. Acesso: 03 de agosto de 2021.

SILVA, E. G. C. *et al.* **O conhecimento do enfermeiro sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem: da teoria à prática.** *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 45, p. 1380-1386, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000600015>.

SILVA, S. P. Z. *et al.* **Assistência de enfermagem aos pacientes portadores de alzheimer: uma revisão integrativa.** *Nursing (São Paulo)*, v. 23, n. 271, p. 4991-4998, 2020. DOI: <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i271p4991-4998>.

TALMELLI, L. F. S. *et al.* **Doença de Alzheimer: declínio funcional e estágio da demência.** *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 26, p. 219-225, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000300003>.

URBANO, A. C. M. *et al.* **Cuidados ao idoso com doença de Alzheimer: estudo descritivo-exploratório.** *Online Braz. J. Nurs. (Online)*, 2020. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/03/1151441/6452-en.pdf>. Acesso: 04 de agosto de 2021.

CAPÍTULO 4

BENEFITS OF THE PREOPERATIVE VISIT OF THE NURSE OF THE SURGICAL CENTER FOR THE RECOVERY OF THE PATIENT IN THE POSTOPERATIVE PERIOD

Data de aceite: 01/11/2021

Rozilda Batista Da Silva

Universidade Nove de Julho
São Paulo-SP
<http://lattes.cnpq.br/4024506414907440>

Rodrigo Marques da Silva

Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires
Sena Aires
Valparaíso de Goiás-GO
<http://lattes.cnpq.br/6469518473430107>

Lincoln Agudo Oliveira Benito

Centro Universitário de Brasília
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/7780343507481308>

Danielle Ferreira Silva

Hospital do Servidor Público
Goiânia-GO
<http://lattes.cnpq.br/7896899624574923>

Leila Batista Ribeiro

Centro Universitário Planalto do Distrito Federal
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/6643277716864528>

Wanderlan Cabral Neves

Centro Universitário do Planalto Central
Apparecido dos Santos
Novo Gama-DF
<http://lattes.cnpq.br/6698430079207832>

Alberto César da Silva Lopes

Conselho Regional de Enfermagem
Brasília-DF
Centro Universitário IESB Oeste
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/2661219255450747>

Ariane Ferreira Vieira

Secretaria de Saúde do Distrito Federal
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/6313199017237936>

Taniela Márquez de Paula

Secretaria de Saúde do Distrito Federal
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/4463891435146370>

Osmar Pereira dos Santos

Centro Universitário UniGoyazes
Trindade-GO
<http://lattes.cnpq.br/0535499985958917>

Danilo César Silva Lima

Faculdade do Instituto Brasil de Ciência e
Tecnologia - (FIBRA)
<http://lattes.cnpq.br/6330170160060586>

ABSTRACT: Objective: To analyze Brazilian scientific production about the benefits of nurse preoperative visit the operating room to the recovery of the patient postoperatively. Method: The methodology used for the preparation of this work was the literature review. Results and Discussion: proper preoperative visit brings numerous benefits to the patient in the postoperative period because the patient well informed about your surgery takes this more relaxed and confident manner of procedure, which results in a faster postoperative recovery avoiding the risk of psycho-emotional complications in the postoperative period. Conclusion: In this context, the preoperative visit by the nurse of the surgical center contributes to reducing anxiety, fear of the unknown, insecurity and postoperative

discomfort; facilitates the adaptation of the surgical hospital customer and increases the confidence of the patient in the nurse. Still, the well-informed individual participates more actively in measures to stimulate their own postoperative recovery, which improves their ability to adapt and self-control, and to prevent postoperative complications psycho-emotional.

KEYWORDS: Visit preoperative, Benefits, Postoperative Recovery and Nurse.

RESUMO: Objetivo: Analisar a produção científica brasileira sobre os benefícios da visita pré-operatória do enfermeiro do centro cirúrgico para a recuperação do paciente no pós-operatório. Método: A metodologia utilizada para elaboração deste trabalho foi a revisão bibliográfica. Resultados e Discussão: a visita pré-operatória adequada traz inúmeros benefícios para o paciente no pós-operatório, pois o paciente bem informado sobre a sua cirurgia encara este procedimento de forma mais tranquila e confiante, o que resulta numa recuperação pós-operatória mais rápida, evitando o risco de complicações psicoemocionais no pós-operatório. Conclusão: Nesse contexto, a visita pré-operatória realizada pelo enfermeiro do centro cirúrgico contribui para redução da ansiedade, medo do desconhecido, insegurança e desconforto pós-operatório; facilita a adaptação do cliente cirúrgico ao ambiente hospitalar e aumenta a confiança do paciente no enfermeiro. Ainda, o indivíduo bem informado participa mais ativamente das intervenções destinadas a estimular a sua própria recuperação pós-operatória, o que melhora sua capacidade de adaptação e autocontrole, além de prevenir complicações pós-operatórias psicoemocionais.

PALAVRAS-CHAVE: Visita pré-operatória, Benefícios, Recuperação Pós-operatória e Enfermeiro.

INTRODUCTION

The surgical diagnosis is still considered a threat to the individual due to the risks it entails to life. Even in the face of technical-scientific evolution supporting the anesthetic-surgical act, fear, insecurity and anxiety, comes to the fore when the patient receives a surgical diagnosis(GOMES, 2009). In this sense, studies report that anxiety is present in most patients in the preoperative middle and immediate period(SANTOS, HENCK MEIER E BENEDET, 2011).

Anxiety may be related to several more perceptual physiological changes, such as sweating, palpitations, drymouth, vomiting, chills, and biological, including increased blood pressure, heart rate and respiratory rate. Thus, surgery itself is considered a danger and a threat on the part of patients, and it is proven by previous studies that 70% of patients demonstrate nervousness and agitation(GRITTEM, MEIER E GAIEVICZ, 2006). Therefore, these signs become of interest to nursing since they affect the patient's well-being, which impacts on the surgical procedure and, consequently, on postoperative recovery(SANTOS, HENCK MEIER E BENEDET, 2011; FRIAS, COSTA E SAMPAIO, 2010).

In this context, the preoperative visit by the nurse in the operating room contributes to the reduction of anxiety, both of the patient and of the family members. It allows nurses the opportunity to provide guidance on the anesthetic-surgical process and to remove questions

from the patient, in addition to supporting the continuity of nursing care in the intra and immediate postoperative periods (GRITTEM, MEIER E GAIEVICZ, 2006; GRITTEN, 2007). In addition, the preoperative visit aims to collect data that may contribute to the success of the surgery, promote self-care and recovery in the postoperative period, besides allowing individualized and qualified perioperative assistance.

Based on the above, it is observed that surgical intervention represents a threat to the patient, involving high emotional load, stress, fear of the unknown, insecurity and anxiety, which impacts on postoperative recovery and the patient's quality of life (SANTOS, 2008). Thus, we highlight the preoperative visit performed by the nurse in the operating room as a tool to minimize fear and anxiety, prevent postoperative complications and increase the patient's confidence in the nurse (SANTOS, 2008; AESOP, 2006).

However, little is known about the real benefits of this nursing action for the recovery of surgical patients in the postoperative period. Thus, this study aimed to analyze the Brazilian scientific production on the benefits of the preoperative visit of the nurse of the operating room for the recovery of the patient in the postoperative period.

METHOD

The methodology used to elaborate this work was the literature review. This comprises a survey of all bibliography already published in the form of books, magazines, newspapers, monographs, theses, single publications and cartographic material. Its purpose is to put the researcher in direct contact with everything that has been written on a given subject (SEVERINO, 2007).

Based on this type of review, the following guide question was outlined: What are the benefits of the preoperative visit of the nurse in the operating room for the recovery of the patient in the postoperative period according to the Brazilian literature?

Data were collected from February 2016 to March 2016 in the Scientific Electronic Library Online (SciELO) and in the Latin American and Caribbean Literature on Social and Health Sciences (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDline) and Nursing Databases (BDENF) databases. For the search, the following keywords were used: Preoperative visit, Benefits, Postoperative recovery and Nurse, the bolean terms used between the words were AND. In addition, books were consulted, texts available in the libraries of public and private institutions: Afonso Shimit and Universidade Nove de Julho as well as government websites.

Articles published from 2005 to 2015, in Portuguese (Brazil), available online and in full, were included. Those published in English and irrelevant with the theme were excluded.

Initially, an exploratory reading of the titles and abstracts was carried out to recognize the articles that met the eligibility criteria. Then, the previously selected articles were read in

full, and they were resubmitted to the inclusion and exclusion criteria.

After the selection of the final sample, the following variables were extracted from the publications and composed the sinoptic picture of this review: year of publication, journal webqualis, journal, language, objective, method, results and conclusions.

After data extraction, these were typed into a spreadsheet in the Microsoft Excel program, and the variables year of publication, journal webqualis, journal, language analyzed through absolute (n) and relative (%) frequencies were analyzed. The objective, method, results and conclusions of each study were evaluated by means of

RESULTS AND DISCUSSION

Forty-one publications were found, 11 of which were eliminated by the initial reading of the titles. In the reading of the abstracts of the remaining 30 articles according to the inclusion/exclusion criteria, 12 articles were eliminated: 1 study because the preoperative nursing visit was not applied, 5 studies conducted by health professionals other than nurses, 4 studies because they were not directly related to the theme and 2 studies were outside the time frame. The remaining 18 articles were read in full and kept in the final sample of this review (Figure 1).

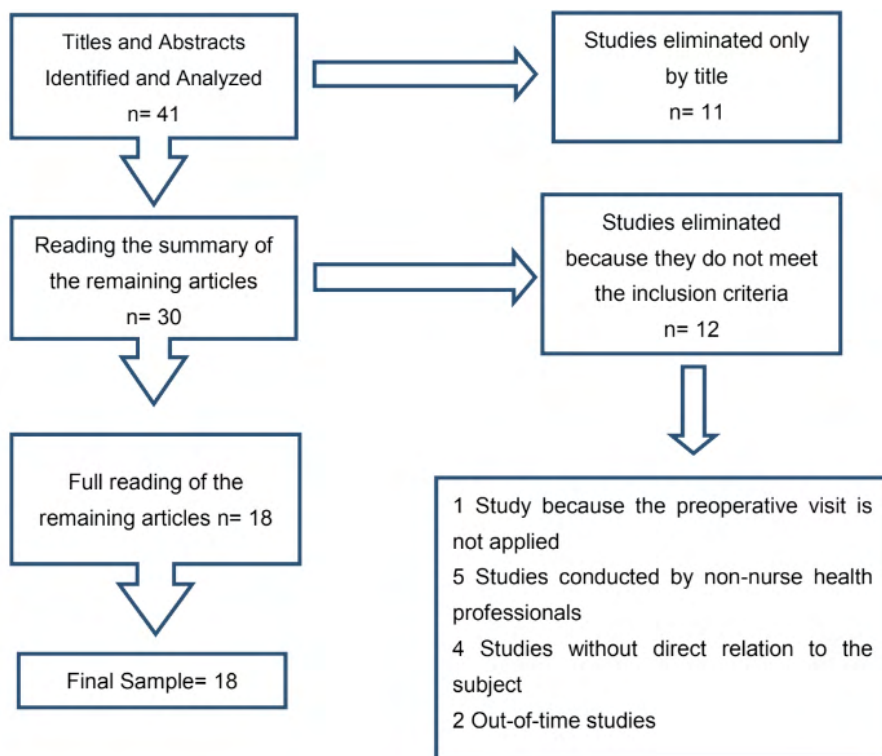


Figure 1- Exclusion flow of articles found in the literary search.

Title	Author(s)	Objective	Conclusion
The surgical patient in the preoperative period: from the information received to the needs expressed	Gomes, N,C	Describe the information received, the knowledge and information needs expressed by the surgical patient about the pre-operative preparation during hospitalization, in the general surgery units	This study had as main conclusions the variable Information received by the patient about the pre-operative preparation; the patients showed that they had a sufficient level of knowledge about the surgical procedure and about the sensory aspects, and reduced to the behavioral level
The impact of preoperative nursing visits on the anxiety level of surgical patients	Frias, T.F.P, Costa, M.A; Sampaio, C.E.P.	Identify the profile of patients submitted to preoperative nursing visits; identify how the preoperative nursing visit interferes with the patient's state anxiety score	This study concludes, then, reaffirming the need for hospitals to make nurses available for the preoperative nursing visit. The benefits are clear and evident
Preoperative nursing visit: Perceptions of nurses in a teaching hospital	Grittem, L; Meier, M.J.; Gaievicz, A.P.	Identify nurses' perception of the importance of VPOE by establishing it as the first stage of systematization of nursing care delivery in the perioperative period	This study showed that all nurses consider VPOE important, however a significant number do not perform it due to numerous difficulties, such as lack of time and lack of a protocol.
Systematization of perioperative care: A nursing technology	Grittem, L	Develop a participatory process to structure perioperative nursing care in the Surgical Center Unit of a hospital in Curitiba	In this research work, it is concluded that the professionals of the perioperative nursing specialty work in a complex area that requires nurses with dynamic and entrepreneurial profile, in addition to scientific and technological technical knowledge, because these nurses experience daily situations of urgency and emergency, which require continuous improvement in relation to new technologies, specialized care, conflict management, administration of structural deficiencies, living with death, pain and other forms of human stress

Influence of preoperative visit on the control of preoperative anxiety	Santos, V.S	Explain the relationship between VPOE and the degree of anxiety in the preoperative period. In clients undergoing spinal anesthesia, and reinforce the importance of VPOE in reducing preoperative anxiety	In this study, the users of the experimental group, because they had undergone VPOE, had less anxiety than the patients in the control group. Intraoperatively, the patients in the group received the OPV, were calmer, spoke more with the team mainly recognized the face of the nurse of the visit, while not so surprised the procedures, because they had already been explained in the VPOE
Perioperative nursing: From philosophy to care practice	AESOP. (Association of Operating Room Nurses)	Promote the quality of care provided in the operating room, develop research in the area of perioperative care, ensure the continued training of its partners, safeguard professional interests and promote socially and deontologically its associates	This book conducts studies and prepares opinions on subjects of interest for patients undergoing surgery, operating rooms and perioperative nursing
Methodology of scientific work	Severino, A. J	Teach the student to develop his/her academic work	Support the student in his/her academic work
Analysis and preoperative visit of nursing: The focus of the client	Toniol, K, E.Imacedo,J.I	Develop a study of the VPO, centered on the client and analyzing the contribution of this visit as a strategy of systematization of nursing care and promotion of its improvement to the surgical client	The VPO allows the surgical client to approach the survey of their needs favoring individualized and systematized nursing care. All participants recognized the importance of PVO, the significant decrease in preoperative anxiety and the establishment of a help relationship, which allows them to have a reference at the time of reception in the operating room.
Nursing in the operating room: Thirty years after the creation of the Perioperative Nursing Care System	Fonseca RMP, Peniche ACG	To collect the articles published by Brazilian nursing in the operating room, identify the authors, types of research, results and descriptively analyze their results	This study concludes that the analyzed researches contribute to the construction of knowledge and positively influence nurses in the good performance of care for surgical patients and families

Safe Surgery- A 21st Century Requirement	Ferraz, M.E	Development of protocols for safe surgery	This study showed that the WHO set a goal by 2020 to reduce surgical site infection rates by 25%, which would imply a significant drop in morbidity and mortality. Hospital infection continues to be a scourge particularly in developing countries, among them, urinary infection is the most frequent, but surgical site infection is the one that produces the highest mortality, complications and increased cost of treatment
Adverse events in surgical patients: Knowledge of nursing professionals	Bohomol, Elena, Tartali Juliana de Abreu	Verify the knowledge of the nursing team about adverse events in patients in the operating room, point out possible causes, identify who is responsible for them and need for notification	Nursing should defend the interests of patients, know the risks inherent to the surgical process and alert team members about possible problems that may occur
Postoperative care and complications	Stracieri LDS	Describe the main care in the postoperative period	This study highlights the main care in the postoperative period, regarding clinical conditions and recovery from anesthesia and also present the main factors involving pain, infection and respiratory and cardiovascular complications and other specific complications
Difficulties faced by nurses in a surgical center	Stumm EMF, Maçalai RT, Kirchmer RM	Identify difficulties faced by nurses in a surgical center and the nurse's performance	This study shows that the instruments used consist of open and daily field interviews and it is clear that the issues of the theme are not exhausted in this research; Questioning may still have new looks
Preoperative nursing guidelines: The use of images as a source of communication	Pattera, Tatiana; Maziero, Vanessa; Braga, Eliana; Caldeira, Sílvia	Identify in the perception of the surgical client about the orientations provided by the team and nursing; Perform VPOE using images of the surgical environment (photographs) as a communication instrument for the orientations; Perform VPOE, aiming to obtain the assessment of the customer's perception of the guidelines	In this study it is concluded that the orientations provided through the VPOE brought tranquility to the participants, and the presentation of the photo album, containing illustrative images of the environment of the operating room, helped the participants to feel familiar and prepared for the intraoperative period, attenuating the fear of the unknown

Systematization of perioperative care: a qualitative research	Grittem L, Meier MJ, Peres AM	Develop a participatory process to structure perioperative nursing care	The discussion process made it possible to reflect on perioperative nursing care and the valorization of the actions performed by the nurse as a way to contribute to their professional recognition
The benefits of the preoperative nursing visit for the surgical client	Souza, Luciana Roberto de; ET AL	Identify the benefits of preoperative nursing visit for the client who had undergone surgery	The preoperative visit is relevant and involves and influences each other and the process of communication and trust between the nurse and the patient, besides helping in the adaptation of the surgical client to the hospital environment, alleviating their fears and anxieties causing them to accept better and face the problem, providing a quiet surgery and a good recovery

Chart 1 - Sinoptic chart of the studies selected in this review. 2016.

The preoperative nursing visit has the following purposes: the continuity of care between the hospitalization unit and the operating room; health promotion and recovery; adaptation in the operating room to the patient's need; clarification and guidance regarding surgery; interaction and communication between the patient and the nurse or nurse; minimizing the anxiety of the patient and his/her family and also seeks the satisfaction of the professional and the client (FERRAZEM, 2009; BOHOMOL E TARTALI, 2013; STRACIERI, 2008). One of the aspects most appreciated by clients in the provision of nursing care is the information and explanation provided by the nurse, because they consider that this fact helps to overcome the events they did not know (STUMM, MAÇALAI E KIRCHMER, 2006).

This link of effective communication between the nurse and the patient allows the patient to assist the individual in a systematized way and continues to respect his/her cultural beliefs and values and gaining their trust and understanding. For this, it is important that the nurse knows how to listen carefully to everything the patient says, be concerned, offer security and have scientific knowledge to give information that helps him in his emotional discomfort (PATERRA, MAZIERO, BRAGA E CALDEIRA, 2006; GRITTEM, MEIER E PERES, 2009).

The surgical patient undergoes physical and psychic transformations during the preoperative period in response to previous thoughts and experiences that often cause feelings of uncertainty and fragility (CATARINA, 2014; TONIOL E IMACEDO, 2007).

In this sense, the appropriate preoperative visit brings numerous benefits for the patient in the postoperative period, because the patient well informed about his surgery faces this procedure in a more calm and confident way, which results in a faster postoperative recovery, avoiding the risk of psychoemotional complications in the postoperative

period(FONSECA E PENICHE, 2009).

Studies demonstrate the importance of ensuring the performance of the preoperative nursing visit for the systematization of nursing care, and it contributes to the promotion and recovery of integrity and benefiting the patient in his postoperative recovery experiences and expectations(SOUZA, 2010).

In the general context, the preoperative visit performed by the nurse in the operating room contributes to the adaptation of the surgical client to the hospital environment, reduction of fears and anxieties, physical and psychological preparation of the patient for the surgical procedure, increased confidence of the client in the nurse of the operating room. Thus, greater satisfaction is expected to the professional and client; the promotion and recovery of the biopsicosociospiritual integrity of the patient and its adaptation to the post-surgical reality; and with a faster recovery without psychoemotional complications (GRITTEM L, MEIER MJ, PERES, 2009; SOUZA ET AL., 2010).

CONCLUSION

The need to undergo an anesthetic-surgical process makes the individual experience a situation of anxiety, fear and stress, which begins with the surgical indication and continues until the resumption of their activities, this condition provides changes in vital parameters that often prevent the procedure. Prevention begins preoperatively with guidance to the individual and his/her family members, so that he accepts the transient or permanent changes that the procedure may cause.

In this context, the preoperative visit performed by the nurse in the operating room contributes to reduce anxiety, fear of the unknown, insecurity and postoperative discomfort; facilitates the adaptation of the surgical client to the hospital environment and increases the patient's confidence in the nurse. Furthermore, the well-informed individual participates more actively in interventions aimed at stimulating his own postoperative recovery, which improves his/her ability to adapt and self-control, in addition to preventing psychoemotional postoperative complications.

REFERENCES

AESOP. Enfermagem perioperatória: Da filosofia á pratica dos cuidados; Loures: Lusodidacta,2006.

BOHOMOL E.; TARTALI, J.A. Eventos adversos em pacientes cirúrgicos: Conhecimento dos profissionais de enfermagem. Acta paul. enferm. 2013 fev; 26(4): 376-371.

CATARINA, A.L. Importância da visita pré-operatória de enfermagem: A satisfação do cliente.Jul.2014.

FERRAZEM. A cirurgia segura. Uma exigência do século XXI. Rev. Col. Bras. Cir. 2009; 36(4): 281-282.

FRIAS, T.F.P, COSTA, M.A; SAMPAIO, C.E.P.- O impacto da visita pré-operatória de enfermagem no nível da ansiedade de pacientes cirúrgicos. Rev. mineira de enfermagem; vol.4, n3, (Jul-set.2010).

FONSECA RMP, PENICHE ACG. Enfermagem em centro cirúrgico: Trinta anos após criação do Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória. Acta Paul Enferm. 2009;22(4):428-33.

GOMES, N. O doente cirúrgico no período pré-operatório: da informação recebida as necessidades expressas; Brasil (2009).

GRITTEM, L; MEIER, M.J.; GAIEVICZ, A.P.- Visita pré-operatória de enfermagem: Percepções dos enfermeiros de um hospital de ensino. Cotigar enfermagem; vol.11, n3; pg 245-251; (Set-Dez 2006).

GRITTEN,L. Sistematização da assistência perioperatória: Uma tecnologia de enfermagem. Curitiba, 2007.

GRITTEM L, MEIER MJ, PERES AM. Sistematização da assistência perioperatória: uma pesquisa qualitativa. Online brazilian Journal of nursing, 8(3): 2009.

PATERRA T, MAZIERO V, BRAGA E, CALDEIRA S. Orientações de enfermagem no pré-operatório: A utilização de imagens como fonte de comunicação; Botucatu 2009.

SANTOS, J.;HENCK MEIER,L;BENEDET.S.A.- O impacto da orientação pré-operatória de enfermagem na recuperação do paciente cirúrgico. Enfermagem em foco; vol.2, p.184-187, (2011).

SANTOS, V.S.Influencia da visita pré-operatória no controle da ansiedade pré-operatória. Fórum Enfermagem (2008).

SEVERINO, A. J. Metodologia do trabalho científico. 23. Ed. Rev. e atualizada. São Paulo: Cortez, 2007.

STRACIERI LDS. Cuidados e complicações pós-operatórias. Medicina (Ribeirão Preto) 2008; 41 (4): 465-8.

STUMM EMF, MAÇALAI RT, KIRCHMER RM. Dificuldades enfrentadas por enfermeiros em um centro cirúrgico. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2006 Jul-Set; 15(3): 464-71.

SOUZA, LR; ET AL. Os benefícios da visita pré-operatoria de enfermagem para o cliente cirúrgico. Rev. pesqui.cuid.fund; 2(2);797-806;Abr-Jun 2010.

TONIOL, K. E.; IMACEDO, J.I. Análise e visita pré-operatória de enfermagem: O enfoque do cliente. Brasil, Maringá; Out, 2007.

IMPORTÂNCIA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NAS ORIENTAÇÕES SOBRE O JEJUM PRÉ-OPERATÓRIO

Data de aceite: 01/11/2021

Data de submissão: 05/08/2021

Graziele Salcher

Discente do curso de medicina - Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Unochapecó Chapecó - SC

Carine Ceconello

Discente do curso de medicina - Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Unochapecó Chapecó - SC

Luana Roberta Schneider

Enfermeira, doutoranda em ciências da saúde - Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Unochapecó Chapecó - SC

Lucimare Ferraz

Enfermeira, doutora em saúde coletiva, docente do curso de medicina - Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Unochapecó Chapecó - SC

Diego Boniatti Rigotti

Médico anesthesiologista, docente do curso de medicina - Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Unochapecó Chapecó - SC

RESUMO: O jejum pré-operatório faz parte da rotina cirúrgica com o intuito de diminuir o risco

de broncoaspiração decorrente de vômito e regurgitação. Os enfermeiros apresentam função importante na atenção ao paciente no pré-operatório, através de cuidados e orientações físicas e emocionais com a finalidade de melhorar a recuperação e evitar complicações. Tem por objetivo descrever a importância das orientações da equipe de enfermagem no pré-operatório de pacientes submetidos a cirurgias. Trata-se de um estudo quantitativo, do tipo transversal com delineamento descritivo. Foram analisadas as informações contidas nos prontuários médicos, bem como aplicado um formulário com perguntas estruturadas aos pacientes. Participaram adultos e idosos, submetidos a procedimento cirúrgico, sem diagnóstico prévio de comorbidades que pudessem aumentar o risco de broncoaspiração durante a indução anestésica. Dos entrevistados 98% receberam orientação quanto ao jejum pré-operatório. Em geral, foram orientados a iniciar o jejum a partir da meia noite tanto para líquidos quanto para sólidos. 27% das orientações foram da equipe de enfermagem, associada ou não a orientação de outro profissional, enquanto 18% dos entrevistados receberam orientação exclusiva da equipe de enfermagem. Os cuidados de enfermagem são de extrema importância no preparo do paciente cirúrgico e os enfermeiros estão na linha de frente de atenção. Enfatiza-se, dessa forma, a pertinência da elaboração de protocolos que padronizem os cuidados pré-operatórios.

PALAVRAS-CHAVE: Jejum, cuidados pré-operatórios, assistência perioperatória, cuidados de enfermagem, complicações pós-operatórias.

IMPORTANCE OF THE NURSING TEAM IN THE GUIDELINES ON PREOPERATIVE FAST

ABSTRACT: Preoperative fasting is part of the surgical routine in order to reduce the risk of bronchoaspiration resulting from vomiting and regurgitation. Nurses play an important role in patient care in the preoperative period, through physical and emotional care and guidance in order to improve recovery and avoid complications. Aim to describe the importance of the nursing team's guidance in the preoperative period of patients undergoing surgery. This is a quantitative, cross-sectional study with descriptive design. The information contained in the medical records was analyzed, as well as a form with structured questions was applied to the patients. Adults and elderly individuals, who underwent a surgical procedure, without a previous diagnosis of comorbidities that might increase the risk of bronchoaspiration during anesthetic induction participated in this study. 98% of respondents received guidance about preoperative fasting. In general, these patients were instructed to start fasting after midnight for both liquids and solids. 27% of the orientations were given by nursing team, associated or not with the guidance of another professional, while 18% of respondents received exclusive guidance from the nursing team. Nursing care is extremely important in the preparation of surgical patients and nurses are in the front line of this task. Thus, it is emphasized the relevance of developing protocols that standardize preoperative care.

KEYWORDS: Fasting, preoperative care, perioperative care, nursing care, postoperative complications.

1 | INTRODUÇÃO

O jejum pré-operatório faz parte da rotina cirúrgica, inicialmente instituído com a intenção de diminuir o risco de broncoaspiração decorrente de vômito e regurgitação (LUDWIG *et al.*, 2013). Entretanto, diversos estudos vêm mostrando que abreviar o tempo de jejum pré-operatório não apresenta aumento do risco de aspiração e ainda melhora a resposta metabólica ao trauma (PORTELA *et al.*, 2017; FLORES; EL KIK, 2013; MARTINS *et al.*, 2016).

O período transcorrido entre a última ingestão de líquidos e sólidos e o início da indução anestésica é designado como jejum pré-operatório. As recomendações da American Society Of Anesthesiologists (2011) são jejum mínimo de duas horas para líquidos claros (água, sucos sem polpa, chá e café), para leite não humano e refeições leves o jejum deve ser de seis horas e para outras refeições, mais pesadas ou gordurosas, oito horas são recomendadas antes de anestesia geral, regional ou sedação. Essas ações visam a otimização da resposta orgânica e da recuperação do paciente.

A ausência de conhecimento sobre o processo cirúrgico e a carência de informações e atenção no período pré-operatório podem causar ansiosos e temores aos pacientes que refletem em sua recuperação. A equipe de enfermagem apresenta função essencial na atenção ao paciente no pré-operatório, desenvolvendo cuidados e orientação de preparo físico e emocional com a finalidade de melhorar a recuperação e evitar complicações

(ROCHA; IVO, 2015).

Os profissionais da enfermagem são responsabilizados pela atenção e qualidade dos cuidados aos pacientes internados em instituições de saúde e, por isso, vem sendo estudado a influência da assistência pré-operatória e dos cuidados de enfermagem em busca da redução de danos ao paciente (SENA; NASCIMENTO; MAIA, 2013).

Dessa forma, o objetivo desse estudo foi descrever a importância das orientações da equipe de enfermagem no pré-operatório de pacientes submetidos a cirurgias.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, do tipo transversal com delineamento descritivo. Foram selecionados por amostra aleatória simples 198 pacientes que passaram por cirurgia eletiva no período de outubro de 2019 a março de 2020 em um hospital de referência no oeste catarinense. Estes responderam um formulário estruturado contendo informações acerca das orientações sobre o jejum pré-operatório. Foram incluídos adultos e idosos sem diagnóstico prévio de comorbidades, que pudessem aumentar o risco de broncoaspiração durante a indução anestésica. Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – CEP da UNOCHAPECÓ, parecer N° 3.590.092.

3 | RESULTADOS

A maioria dos pacientes (98%) recebeu orientação quanto à realização do jejum pré-operatório. Em geral, os pacientes foram orientados a iniciar o jejum a partir da meia noite tanto para líquidos quanto para sólidos. Dos entrevistados, 31% foram orientados pelo médico cirurgião, 13% por anesthesiologistas, 21% por ambos profissionais e 24% receberam orientação exclusiva de outro profissional (equipe de enfermagem, médico da Unidade de Pronto Atendimento, profissionais da internação e profissionais da equipe da cozinha do hospital) ou ainda através de prescrição médica ou ligação realizada pela secretária do cirurgião. Além disso, 31% dos entrevistados receberam orientação de mais de um profissional.

De todas as orientações, 27% foram da equipe de enfermagem, associada ou não a orientação de outro profissional, enquanto 18% dos entrevistados receberam orientação exclusiva da equipe de enfermagem. Ressalta-se, ainda, que 2% dos pacientes afirmaram não ter recebido orientação de profissionais quanto ao tempo de jejum pré-operatório.

4 | DISCUSSÃO

O procedimento cirúrgico necessita de preparo prévio, o qual é garantido pela atuação da enfermagem ao orientar sobre o uso de medicações, jejum pré-operatório e orientações acerca do procedimento em si (RIEGEL *et al.*, 2014). Ainda, tem-se a atenção prestada sobre os aspectos emocionais, importante determinante para o bem-estar do

paciente (CHRISTÓFORO; CARVALHO, 2009). A ansiedade é um sentimento comum na presença de algo desconhecido, assim como o temor à morte, mas os cuidados de enfermagem e assistência multiprofissional podem aliviar essas preocupações (ROCHA; IVO, 2015).

Uma recente revisão da literatura discute a intervenção da enfermagem no programa *Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS) demonstrando que a participação desta está diretamente associada a melhor recuperação pós-operatória e ao reconhecimento pelos pacientes de que boa parte da assistência foi garantida pela equipe de enfermagem (MENDES; FERRITO; GONÇALVES, 2018).

A pesquisa de Rocha e Ivo (2015) sobre a assistência de enfermagem no pré-operatório demonstrou que 64,10% dos participantes receberam orientações a cerca do procedimento cirúrgico e prevaleceram as orientações feitas por médicos no período que antecedeu a cirurgia. Ainda, 61,54% dos entrevistados referiram conformidade entre as orientações repassadas no pré-operatório e o experimentado no pós-operatório.

Em muitos estudos os pacientes recebem orientação sobre o jejum pré-operatório principalmente da equipe de enfermagem. Crenshaw e Winslow (2002) relataram que 31% dos entrevistados foram instruídos apenas por enfermeiros. Na pesquisa de Cestonaro (2013), por sua vez, a maioria dos pacientes foram orientados através de uma ligação da central de internamento (31,85%) e equipe de enfermagem (31,85%) não sendo o orientador um fator de influência no tempo de jejum tendo em vista que a orientação repassada era semelhante independente do profissional que a fez. Para Njoroge, Kivuti-Bitok e Kimani (2017) as orientações da equipe de enfermagem correspondem a 80% das indicações. Em nosso estudo, o mesmo dado representou 18% das instruções.

Tendo em vista a importância do jejum adequado na resposta ao trauma e prevenção de comorbidades pós-operatórias a equipe de enfermagem está na linha de frente de atenção aos pacientes e contribui no manejo destes no pré-operatório. Em muitos hospitais os enfermeiros são a principal fonte de comunicação e instrução sobre o jejum pré-operatório aos pacientes. Contudo, as orientações acerca do jejum são repassadas de forma geral para cirurgias num determinado período, o que deve ser evitado tendo em vista a individualidade e as particularidade de cada paciente.

5 | CONCLUSÃO

Considera-se que é de extrema importância o cuidado da equipe de enfermagem no preparo do paciente cirúrgico. Tendo em vista a relevância do jejum adequado na resposta ao trauma e prevenção de comorbidades pós-operatórias a equipe de enfermagem está na linha de frente de atenção aos pacientes e contribui no manejo destes no pré-operatório. Sendo assim, enfatiza-se a pertinência da criação de protocolos multimodais que padronizem a assistência pré-operatória da equipe de enfermagem para o estabelecimento

de critérios de indicação, tempo recomendado e importância do jejum pré-operatório, a fim de evitar complicações e insatisfação no período pós-operatório.

REFERÊNCIAS

AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS: **Practice Guidelines for Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration: Application to Healthy Patients Undergoing Elective Procedures.** *Anesthesiology*, v.114, n.3, p.495-511, mar. 2011.

CESTONARO, Talita. **Jejum pré e pós-operatório: o quadro de insegurança alimentar de pacientes cirúrgicos.** Tese (Mestrado em Segurança alimentar e Nutricional) - Departamento de Nutrição, Universidade Federal do Paraná. 32 f. Curitiba, 2013.

CHRISTÓFORO, Berendina Elsinia; CARVALHO Denise Siqueira. **Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório.** *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. São Paulo, v.43, n.1. p.14-22, mar. 2009.

CRENSHAW, Jeannette T.; WINSLOW, Elizabeth H. **Preoperative fasting: old habits die hard.** *American Journal of Nursing*. v.102, n.5, maio. 2002.

FLORES, Patrícia da Fonseca; EL KIK, Raquel Milani. **Jejum pré-operatório em pacientes hospitalizados.** *Revista Ciência & Saúde*. Porto Alegre, v.6, n.3, p.214-221, set-dez. 2013.

LUDWIG, R.B. *et al.* **Menor tempo de jejum pré-operatório e alimentação precoce no pós-operatório são seguros?** *ABCD - Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, [S.l.], v. 26, n. 1, p. 54-58, abr. 2013.

MARTINS, A.J.C. *et al.* **Jejum inferior a oito horas em cirurgias de urgência e emergência versus complicações.** *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v.69, n.4, p.12-17, jul-ago. 2016.

MENDES, Diana Arvelos; FERRITO, Candida Rosa Almeida Clemente; GONÇALVES, Maria Rodrigues. **Intervenções de Enfermagem no programa *Enhanced Recovery After Surgery*®: scoping review.** *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v.71, supl.6, p.2991-2999. 2018.

NJOROGE, George; KIVUTI-BITOK, Lucy; KIMANI, Samuel. **Preoperative Fasting among Adult Patients for Elective Surgery in a Kenyan Referral Hospital.** *International Scholarly Research Notices*. [S.l.], v. 2017, p. 1-8. 2017.

PORTELA, Natália de Carvalho *et al.* **Avaliação ultrassonográfica do volume gástrico residual após ingestão de solução de maltodextrina duas horas antes da cirurgia.** *Revista Brasileira de Anestesiologia*. Curitiba, v.67, n.6, p 227-228, dez. 2017.

RIEGEL, Fernando *et al.* **Perceptions of patients undergoing bariatric surgery guidelines preoperative nursing team.** *Revista de enfermagem da UFPI*. Teresina. v.3, n.3, p.53-57, jul-sep. 2014.

ROCHA, Débora Rodrigues da; IVO, Olguimar Pereira. **Assistência de enfermagem no pré-operatório e sua influência no pós-operatório - uma percepção do cliente.** *Revista Enfermagem Contemporânea*. v. 4, n.2, p.170-178, jul-dez. 2015.

SENA, Adnairdes Cabral de; NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira do; MAIA, Ana Rosete Camargo Rodrigues. **Prática do enfermeiro no cuidado ao paciente no pré-operatório imediato de cirurgia eletiva.** Revista Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre, v. 34, n.3, set. 2013.

CAPÍTULO 6

THE PERFORMANCE OF NURSES IN THE PREOPERATIVE PERIOD OF CARDIAC SURGERIES - REVIEW OF BRAZILIAN STUDIES

Data de aceite: 01/11/2021

Marcio Silva dos Santos

Universidade Nove de Julho
São Paulo-SP
<http://lattes.cnpq.br/0011044338274135>

Rodrigo Marques da Silva

Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires
Sena Aires
Valparaíso de Goiás-GO
<http://lattes.cnpq.br/6469518473430107>

Lincoln Agudo Oliveira Benito

Centro Universitário de Brasília
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/7780343507481308>

Leila Batista Ribeiro

Centro Universitário Planalto do Distrito Federal
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/6643277716864528>

Wanderlan Cabral Neves

Centro Universitário do Planalto Central
Aparecido dos Santos
Novo Gama-DF
<http://lattes.cnpq.br/6698430079207832>

Alberto César da Silva Lopes

Conselho Regional de Enfermagem
Brasília-DF
Centro Universitário IESB Oeste
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/2661219255450747>

Danilo César Silva Lima

Faculdade do Instituto Brasil de Ciência e
Tecnologia - (FIBRA)
<http://lattes.cnpq.br/6330170160060586>

Danielle Ferreira Silva

Hospital do Servidor Público
Goiânia-GO
<http://lattes.cnpq.br/7896899624574923>

Osmar Pereira dos Santos

Centro Universitário UniGoyazes
Trindade-GO
<http://lattes.cnpq.br/0535499985958917>

Sandra Suely Magalhães

Centro Universitário UniGOYAZES
Trindade-GO
<http://lattes.cnpq.br/1817164606438212>

Kerlen Castilho Saab

Hospital de Clínicas da Universidade Federal
de Goiás
Goiânia-GO
<http://lattes.cnpq.br/9330230939293995>

ABSTRACT: Objective: To describe the actions of nurses in the preoperative period of cardiac surgeries according to the Brazilian scientific literature. Methodology: bibliographic review carried out from January to February 2016 in the SciELO and LILACS databases. The terms used in the search in each base were: preoperative, cardiac evaluation, nursing, surgical center. We included the articles published in Portuguese (Brazilian), between 2011 and 2016, available online and in full. Articles not directly related to the theme were excluded. Results: the clarification of doubts allows the patient to understand certain situations and, perhaps, to seek alternatives that minimize their anxieties. Psychological preparation is seen as beneficial based on the

individual needs of the patient, as the extent to which the patient feels enlightened, will decrease his fears, avoiding possible postoperative complications. Thus, it is the role of nurses to try to intervene to reduce the perception of anxiety of people facing preoperative periods, especially cardiac surgeries. Conclusion: it is expected that nurses can play the role of educators and that health education can help the patient to adapt to the health-disease process they face, become fit and adhere to the therapeutic plan.

KEYWORDS: Preoperative, Cardiac Assessment, Nursing, Surgical Center.

RESUMO: Objetivo: Descrever as ações do enfermeiro no pré-operatório de cirurgias cardíacas segundo a literatura científica brasileira. Metodologia: revisão bibliográfica realizada no período de janeiro a fevereiro de 2016 nas bases SciELO e LILACS. Os termos utilizados na busca em cada base foram: pré-operatório, avaliação cardíaca, enfermagem, centro cirúrgico. Foram incluídos os artigos publicados em português (Brasileiro), entre os anos de 2011 a 2016, disponíveis online e na íntegra. Foram excluídos artigos não relacionados diretamente à temática. Resultados: o esclarecimento de dúvidas permite ao paciente a compreender certas situações e, talvez, buscar alternativas que minimizem as suas ansiedades. A preparação psicológica é vista como benéfica com base nas necessidades individuais do paciente, como a medida em que o paciente se sente esclarecido, diminuirão seus medos, evitando possíveis complicações no pós-operatório. Assim, é papel do enfermeiro tentar intervir para reduzir a percepção da ansiedade de pessoas que enfrentam os períodos de pré-operatório, especialmente das cirurgias cardíacas. Conclusão: espera-se que os enfermeiros possam desempenhar o papel de educadores e que a educação em saúde possa ajudar o paciente a se adaptar ao processo saúde-doença que enfrentam, tornarem aptos e aderirem ao plano terapêutico.

PALAVRAS-CHAVE: Pré-Operatório, Avaliação Cardíaca, Enfermagem, Centro Cirúrgico.

INTRODUCTION

In their daily life, the health team is met with a number of people who have their own individuality, problems and unique characteristics, but often the professional serves his clients with technical efficiency automatically, forgetting that this being has feelings and is the agent of his own history. (COSTA, SAMPAIO. 2015)

In the preoperative period, which begins at the time the patient receives the indication of surgery and extends to the entrance to the operating room, the patient is admitted to the hospital in order to be properly prepared for surgery, however, caregivers may vary depending on the type of surgery, institution or condition of the patient. (BASTOS et al. 2013)

In this context, the client is under various interferences in his physical and / or mental state due to the environment he faces as he passes the condition of hospitalized patient and will undergo a surgical procedure, so the operating room is not familiar to most. In addition, the client exhibits fear, stress and discomfort that intensifies as the anesthetic procedure, surgical approaches approach. (DAL et al.2014)

The threat to physical integrity caused by surgery causes a disstructure at the level of their behaviors and lifestyle and also, at the level of their perception, their skills and abilities, because the surgical act is characterized by an uncomfortable state, involving a loss or threat of the identity and integrity of the individual and a change in his perception of the future. This destructuring causes insecurity, despair and anxiety that can lead to stress. (ARAÚJO et al.2014) (ALVES, PENICHE.2015)

The advancement of cardiac surgery generated needs in the development and expansion of specific care for clients with cardiovascular diseases. Nursing care has become fundamental for the recovery of the patient heart surgery submitted. In this context, nursing has been improving its knowledge and care to propose new alternatives, the development of a work methodology, based on a scientific method, that is, from the systematization of nursing care. (BENETTI, COPPETTI, STUMM.2015)

The nurses of the hospital, and their activities focused directly on customer service, educates and manages for the development of their work process. Management nurses use knowledge as the basis of their actions and education as a means of awareness, both for the qualification of team members, as well as by client and family orientation. (FONSECA, PARCIANELLO, ZAMBERLAN. 2012)

The team in charge of the surgical treatment of patients with acquired or congenital heart diseases is multidisciplinary, composed of a nurse, physiotherapist, physician, nutritionist and social worker. The patient should be evaluated preoperatively by one or more team members, with the objective of producing the best clinical and cardiac evaluation to those referred for cardiac surgery. (ASSIS et al. 2014) (BOHOMOL, TARTALI 2013)

Considering the attribution of the nurse in the management of preoperative care, in order to improve the quality of care, the biopsychosocial preparation of the client who will be submitted to cardiac surgery and the need for systematization of information related to the preparation, it will be verified how the Nurse acts within this follow-up and what actions he performs within the multidisciplinary team in the preoperative evaluation of cardiac surgery.

OBJECTIVE

Describe the actions of nurses in the preoperative period of cardiac surgeries according to the Brazilian scientific literature.

METHOD

This is a bibliographic research in which the description, records, analyzes and interprets the current nature of the phenomena under analysis is described, interpreted. This is the search for bibliographic information, selection of documents that relate to the research problem (books, encyclopedia entities, magazine articles, congress papers, theses, etc.)

and the respective registration of references so that they are later used (in the identification of referenced material or in the final bibliography) (MACEDO,1994).

Based on this methodological framework, the following guide question was defined: What actions of nurses in the preoperative period of cardiac surgeries according to the Brazilian scientific literature?

Data collection was performed from January to February 2016 from the following databases of the Virtual Health Library (VHL): Scientific Electronic Library Online (SciELO) and Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences (LILACS). The term used in the search in each database were: preoperative, cardiac evaluation, nursing, surgical center

We included the articles published in Portuguese (Brazilian), between 2011 and 2016, available online and in full. The time frame selected is due to the interest in evidencing recent studies on the theme addressed. Articles not directly related to the theme were excluded.

After initial reading of the titles and abstracts of the materials found, those who met the eligibility criteria were selected. Subsequently, the pre-selected articles were read in full, being extracted from the following information that comprised the synoptic table of this review: extraction of sample data, a sinoptic table was constructed consisting of: title, objective, year of publication, qualis of the journal, professional category of authors, method, results and conclusion of each article.

After data collection and extraction, they were typed into a spreadsheet in the Microsoft Excel program, and the following variables were: objective, method, results and conclusions of each study analyzed through thematic analysis and the other variables through absolute (n) and relative (%) frequencies.

RESULTS AND DISCUSSION

Title	Objective (s)	Results
The process of central venous catheterization in the Neonatal and Pediatric Intensive Care Unit	Analyze and discuss the process of central venous catheterization in neonatal and pediatric Intensive Care Units; describe the variables related to the characterization of the study population (hospitalization unit, age group and gender) and describe the variables related to the process of central venous catheterization (type of catheter, reason for indication, number of lumens, insertion site, professional who performed the procedure, catheter-infused drug therapy, reason for withdrawal, length of stay and mechanical and infectious complications).	Data collection occurred in 82 medical records, where it can be verified that the indications were focused on drug infusion and parenteral nutrition, where the removal had as main reasons for mechanical and infectious complications, which brings up the gaps of care practice.

Risk factors and preventive measures of infections associated with central venous catheters.	Review risk factors for infection associated with central venous catheters and recommendations for their prevention.	Articles from the last 10 years were reviewed, which found that central catheters are responsible for important adverse events, and specific strategies for infection surveillance and prevention should be adopted.
The use of an epicutaneous catheter in the neonatal clientele of a state public hospital: a retrospective study.	Present characteristics of epicutaneous catheter use in the neonatal intensive care unit of a state public hospital in Rio de Janeiro.	Between January 2004 and August 2007, 239 catheters were implanted in 191 newborns, the mean length of stay was 7.7 days, where it was found that the reason for removal was the end of treatment and catheter migration, which raised an alert regarding care practice.

Table 1- Synoptic table containing: title, objective, results and conclusion of the selected articles. 2016.

The preoperative period is the most appropriate time for interpersonal relationships, it is when the nurse should deepen the emotional preparation of the patient in the face of his anxieties about the surgery he will undergo. Patients should know about their surgery to accept the changes that will occur, even if temporary and necessary, adjusting it mentally and physically. (ALEXANDRO et al. 2014)

The clarification of doubts allows the patient to understand certain situations and seek alternatives that minimize their anxieties. The health professional should be cautious and identify the level of anxiety of the patient, avoiding giving excess information, as this can increase their anxiety. Of course, an explanation on the eve of surgery about the procedures that the patient will be involved in will possibly lessen the suffering (IVO, ROCHA. 2016)

Psychological preparation based on individual needs is seen as beneficial, because, as the patient feels enlightened, there is a reduction in their fears, avoiding possible postoperative complications. (DANTAS et a.2012). In this way, effective communication leads to a change in a person's way of thinking, feeling or acting. (ALEXANDRO et al. 2014).

Among the numerous diseases that can be used for surgical interventions, cardiac pathologies stand out. The contribution of cardiovascular diseases in relation to mortality is significant because one third of all deaths in the world originate from cardiovascular disease in its various forms. Of this third, more than half are due to ischemic heart disease. (COTTA, RIBEIRO, RIBEIRO.2012)

Given the complexity of the disease, one perceives the urgent need to interrupt its course. For some years now, the treatment of cardiovascular problems has achieved therapeutic, medical and surgical advances. When the probability of a better life after this event exceeds clinical treatment, surgical treatment is performed. (FREITAS, JÚNIOR, OLIVEIRA. 2012)

Individuals with heart disease with surgical indication feel low self-esteem, anxious and distressed, thinking they are close to death. Most often, these feelings are related to lack

of knowledge of the disease itself, procedure and recovery. There is a range of anxiety that should be considered desirable because it will cause the patient to have, through questions to the team. When clarified, there is better acceptance of the limitations imposed by pre-surgical preparation. (FREITAS et al. 2011) Thus, we consider that the health professional should, in addition to the technical skills in relation to equipment and procedures, be able to animate, talk, guide and stay with the patient at different stages of treatment. In addition, establishing a link between the professional and patient preoperatively can be very effective to strengthen confidence in the procedure to be performed and minimize anxiety. (FREITAS et al. 2011)

Moreover, the fact that the heart is an organ full of symbolism, considered by many as the center of life, impacts at the time of diagnosis. When surgery is needed, it is seen as a threat to life. In the preoperative period of cardiac surgery, anxiety seems to be the most common emotion. It is the unpleasant feeling of tension, apprehension or fear, and also the undesirable and uncomfortable emotional state, varying in intensity and duration, characterized by emotional instability. (CAVALCANTI, COELHO. 2011) The anxiety phenomenon is a nursing diagnosis and is defined as a vague feeling, irritating of discomfort or fear, accompanied by autonomic response; sense of apprehension caused by anticipation of danger. It is a warning sign that points to an imminent danger and allows the individual to take steps to deal with the threat. (ARAUJO et al.2014)

Thus, it is the role of nurses to try to intervene to reduce the anxiety of people facing the preoperative cardiac surgery. Information about the surgical event is useful to minimize anxiety and postoperative complications, as well as contribute to the active participation of the patient in his rehabilitation. (CAVALCANTI, COELHO. 2011)

The patients presented doubts about the surgery and operating room, situations that cause anxiety. In this regard, nursing clarifications are critical in view of the patient's ignorance and insecurity. Thus, it is considered relevant the work of nurses to help the adaptation of the patient to hospital routines, because the nursing staff continues to remain 24 hours at the patient's side. (ARAUJO et al.2014) (ALVES, PENICHE.2015).

In this context, the nursing process has been considered a response to questions regarding the quality of care and the scientific development of the profession. It is described in five stages: Investigation (Anamnesis and Physical Examination); Second Stage of the Nursing Process: Nursing Diagnoses, Third Stage of the Nursing Process: Planning of Expected Results; Fourth Stage of the Nursing Process: Implementation of Nursing Care (Nursing Prescription) and Fifth Stage of the Nursing Process: Nursing Care Assessment. (ALVIM.2013)

Nursing diagnosis is one of the most important sources of knowledge of scientific nursing, providing measurable criteria for the evaluation of care and direct care, facilitating research and education, encouraging the client to participate in its treatment and contributing to the expansion of the nursing knowledge body (BITTENCOURT, CROSSETTI. 2013)

Based on the articles collected, the diagnoses and their related factors were identified, as well as the nursing actions in the preoperative period of cardiac surgery. This makes the work of nurses at this moment more objective, because the professional can act on the main problems that the patient presents due to diseases of the cardiovascular system.

Diagnostic category	Related factors
Activity intolerance	-Imbalance between oxygen supply and demand
Knowledge deficit	- Lack of exposure (information from the anesthetic-surgical process)
Ineffective breathing pattern	- Decreased energy - Body position - Obesity
Altered Cardio Pulmonary Tissue Perfusion	- Mechanical reduction of blood-arterial flow
Pain	-Biological harmful agentsl
Sleep pattern disorder	- Sickness - Impaired relationship with significant person
Risk for neurovascular dysfunction	- Peripheral vascular obstruction
Risk for infection	- Increased environmental exposure - Chronic disease (Diabetes Melitus) - Inadequate primary defense (ruptured skin, traumatized tissue) - Invasive procedures (venous puncture)

Chart 1- Nursing Diagnoses and Related Factors in patients undergoing cardiac surgery. 2016

FINAL CONSIDERATIONS

It is necessary and relevant that information about the procedure in the preoperative period of cardiac surgery be provided by the nurse, especially considering the associations made with the heart as the center of life.

Thus, it is expected that nurses can play the role of educators and that preoperative orientations can: empower the patient, co-blaming him for the surgical process; sharing knowledge and experiences that translate into a more peaceful experience and encouragement of self-care; reduce anxiety, the main nursing diagnosis present in these patients; and increase the patient's adherence to treatment.

Such actions need to be based on nursing diagnoses with a view to objective and scientific care that contributes to the strengthening of nursing as a profession.

REFERENCES

ALEXANDRO JG, AMANTE LN, MORALES CLP, PRIM S. A comunicação no período perioperatório sob a ótica dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. 2014. *Texto Contexto Enferm*, 23(2), 347-55.

ALVES LKDC, PENICHE ADCG. Análise dos procedimentos realizados pela equipe de enfermagem na recepção dos pacientes no centro cirúrgico. **Revista Interdisciplinar**, 7(4), 30-38. 2015

ALVIM, ALS. O Processo de Enfermagem e suas Cinco **Etapas**. **Enferm. Foco** 2013; 4(2): 140-141

ARAÚJO D, COSTA TMN, SAMPAIO CE, SANTORO DC. Mecanismos de enfrentamento desencadeados por pacientes em situações estressoras: cirurgia ambulatorial. **Revista Enfermagem UERJ**, 21(4), 515-520. 2014

ASSIS CC, BARROS ALBL, LIMA LJ, NOGUEIRA MLA. Acolhimento e sintomas de ansiedade em pacientes no pré-operatório de cirurgia cardíaca/ cardíaca. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 67(3), 401. 2014

Barros CSD, Camponogara, S, Cielo C, Soares SGA, Silveira M, Viero CM. Percepção de pacientes sobre o período pré-operatório de cirurgia cardíaca. **Revista Mineira de Enfermagem**, 16(3), 382-390. 2012

BENETTI ERR, COPPETTI LDC, STUMM EMF. Considerações de pacientes no perioperatório de cirurgia cardíaca referentes às orientações recebidas do enfermeiro. **REME rev. min. enferm**, 19(1), 113-119. 2015

BOHOMOL E, TARTALI JDA. Eventos adversos em pacientes cirúrgicos: conhecimento dos profissionais de enfermagem. **Acta Paul Enferm**, 26(4), 376-81. 2013

BASTOS, A.Q.; MARQUES, P.F.; SOUZA, R.A.D.; SOUZA, F.M.D. Reflexões sobre cuidados de enfermagem no pré e pós-operatório: uma revisão integrativa da literatura. 2013. **Ciênc. cuid. saúde**, 12(2), 382-390.

BITTENCOURT, GKGD, CROSSETTI MDGO. Habilidades de pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 47(2), 341-347.

CAVALCANTI ACD, COELHO MJ. As reações ao cuidado de enfermagem em cirurgia cardíaca. **Rev Enferm UFPE online**. 2011;5(8):1891-7.

COTTA RMM, RIBEIRO AG, RIBEIRO SMR. A Promoção da Saúde e a Prevenção Integrada dos Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares 2012. **Ciênc saúde coletiva**, 17(1), 7-17.

COSTA TMN, SAMPAIO CEP. As orientações de enfermagem e sua influência nos níveis de ansiedade dos pacientes cirúrgicos. **Revista Enfermagem UERJ**, 23(2), 260-265. 2015

DAL PD, RIEGEL F, SILVA FG, SIQUEIRA DS. Percepções de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica: orientações pré-operatórias da equipe de enfermagem/Percepción de los pacientes de directrices cirugía bar. **Revista de Enfermagem da UFPI**, 3(3), 53-7. 2014

DANTAS RAS, MACHADO ECB, POMPEO DA, ROSSI LA, PAIVA L, SANTOS, MA. Medida da ansiedade e depressão em pacientes no pré-operatório de cirurgias eletivas. 2012. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, 14(4), 922-7.

FONSECA GGP, PARCIANELLO MK, ZAMBERLAN, C. Necessidades vivenciadas pelos pacientes pós cirurgia cardíaca: percepções da enfermagem. **R. Enferm. Cent. O. Min**. 2011 jul/set; 1(3):305-312. 2012

FREITAS, E.O.; GUIDO, L.A.; LINCH, G.F.C.; UMANN, J. Enfermagem perioperatória em cirurgia cardíaca: revisão integrativa da literatura. **REME - Rev Min Enferm.** 2011;15(2):275-81.

FREITAS SM, JÚNIOR VCP, OLIVEIRA FMN. Análise das portarias que regulamentam a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade.2012. **Rev Bras Cir Cardiovasc**, 27(3), 463-8.

IVO OP, ROCHA DR. Assistência de enfermagem no pré-operatório e sua influência no pós-operatório: uma percepção do cliente. **Revista Enfermagem Contemporânea.** 2016; 4(2).

MACEDO, N. D de. **Iniciação à Pesquisa Bibliográfica.** 2.ed. – revista – São Paulo: Edições Loyola,1994. 59

MALTA, D.C.; MORAIS N.O.L.D.; SILVA, J.B.D. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiologia e Serviços de Saúde.** 2011, 20(4), 425-438.

NANDA Internacional. Diagnósticos de Enfermagem da Nanda: definições e classificação 2009-2011. Porto Alegre: **Artmed**; 2010.

CONSIDERAÇÕES DE ENFERMAGEM A PACIENTES MASTECTOMIZADAS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Data de aceite: 01/11/2021

Data de submissão: 20/09/2021

Aline dos Santos Duarte

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Porto Alegre – Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0000-0002-5357-1179>

Tábata de Cavatá Souza

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Porto Alegre – Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0000-0002-7758-218X>

Bibiana Fernandes Trevisan

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Porto Alegre – Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0000-0002-9028-8073>

Michelle Batista Ferreira

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Porto Alegre – Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0000-0002-6934-3058>

Mari Ângela Victoria Lourenci Alves

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Porto Alegre – Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0000-0002-2297-416X>

Rodrigo D Ávila Lauer

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Porto Alegre – Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0000-0002-8260-3766>

RESUMO: Nos dias atuais, verifica-se um aumento do número de diagnósticos de câncer de mama, o que causa grande impacto na saúde pública

e na qualidade de vida dessas mulheres, pois muitas dessas precisam realizar mastectomia. Dessa maneira, faz-se necessário a presença do enfermeiro nas ações multidisciplinares desde a prevenção até o tratamento, demonstrando suas funções na gestão a assistência, na educação e no apoio psicossocial a essas pacientes. Objetiva-se relatar a atuação do enfermeiro frente a pacientes submetidas a mastectomia. Trata-se de uma pesquisa exploratória do tipo revisão de literatura, cujos dados foram retirados do Scielo e PubMed entre o período de 2011 e 2021. Após a leitura, análise e interpretação dos dados, as publicações evidenciam diferentes desafios enfrentados pelo enfermeiro no cuidado a paciente mastectomizada. Conhecer as barreiras relacionadas ao tratamento adequado do adoecimento físico e psicossocial, entre outras demandas do contexto social pode ser uma importante ferramenta na busca de meios para oferecer uma assistência de mais qualidade a esta população.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados de Enfermagem. Mastectomia. Pacientes.

NURSING CONSIDERATIONS FOR MASTECTOMIZED PATIENTS: A LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: Nowadays, there is an increase in the number of breast cancer diagnoses, which has a great impact on public health and on the quality of life of these women, as many of them need to undergo mastectomy. Thus, the presence of nurses in multidisciplinary actions from prevention to treatment is necessary, demonstrating their roles in care management,

education and psychosocial support for these patients. The objective is to report the role of nurses in patients undergoing mastectomy. This is an exploratory research of the literature review type, whose data were taken from Scielo and PubMed between the period 2011 and 2021. After reading, analyzing and interpreting the data, the publications show different challenges faced by nurses in care a mastectomized patient. Knowing the barriers related to the proper treatment of physical and psychosocial illness, among other demands of the social context, can be an important tool in the search for ways to offer better quality care to this population.

KEYWORDS: Nursing Care. Mastectomy. Patients.

1 | INTRODUÇÃO

O câncer de mama é hoje um relevante problema de saúde pública, considerada a neoplasia maligna mais incidente em mulheres na maior parte do mundo. Conforme o Inca (2021) o câncer é uma neoplasia que atingiu em 2020 cerca de 66.280 mulheres no mundo, resultando em 18.068 óbitos. Quando o câncer é diagnosticado no início o paciente possui grandes chances de cura, com sobrevida de 97% em cinco anos. O parâmetro de sobrevida são os mais utilizados para avaliar resultados na oncologia, assim podendo analisar registros da área da saúde através de técnicas estatísticas de análise da sobrevida (HÖFELMANN, 2014). Após receber o diagnóstico dependendo da extensão da doença, pode se originar na perda da mama através da mastectomia. Uma mutilação vivenciada por muitas mulheres com câncer de mama, que afeta além do físico da mulher, também o psicológico da paciente e seus familiares (BRASIL, 2020).

Desse modo, é de extrema importância que o enfermeiro atue em ações multidisciplinares desde a prevenção, diagnóstico e recuperação no pós-operatório, visto que englobar propostas educativas favorece um maior conhecimento sobre o assunto. Para isso, a equipe de enfermagem deve estar capacitada a fim de compreender as atitudes e medos ao realizar o planejamento de ações pela melhor qualidade de vida dessas pacientes (CAVALCANTE *et al.*, 2015).

Frente a essas considerações e ao crescente interesse na temática, o presente estudo objetiva conhecer a atuação do enfermeiro frente a pacientes submetidas a mastectomia.

2 | MÉTODO

O presente estudo se trata de uma pesquisa exploratória do tipo revisão de literatura. A pesquisa exploratória visa proporcionar ao pesquisador uma maior proximidade com a questão em estudo e tem como prioridade tornar um problema complexo mais explícito, ou mesmo construir hipóteses mais adequadas ao tema proposto (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

A realização das buscas ocorreu entre maio e julho de 2021, utilizando as bases de

dados Scielo e PubMed, com um recorte temporal de 2011 a 2021. Houve uma seleção criteriosa no que diz respeito às obras utilizadas para o desenvolvimento desta revisão. Os descritores utilizados, de modo associado e isolado, foram: “Pacientes”, “Mastectomia” e “Cuidados de Enfermagem”, em inglês e português e indexados no DECs (Descritores em Ciências da Saúde). Os critérios de exclusão foram: trabalhos científicos com apenas resumos disponíveis, publicações duplicadas, outras metodologias frágeis, como artigos reflexivos, editoriais, comentários, artigos incompletos, e aqueles que não se enquadravam dentro da proposta oferecida para o tema e/ou estavam fora do recorte temporal.

3 | RESULTADOS

Dentro das buscas foram encontrados 186 artigos; porém, após a exclusão de achados duplicados e incompletos, restringiu-se a 25 obras, estas foram lidas individualmente por dois pesquisadores, na presença de discordâncias entre estes, um terceiro pesquisador foi consultado para opinar quanto à inclusão ou não do artigo. Ao final das análises, 09 artigos foram utilizados na revisão.

O câncer de mama pode ser tratado através da cirurgia, radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia. A cirurgia é a forma mais antiga utilizada no tratamento contra o câncer; uma das vantagens do tratamento cirúrgico é a avaliação segura da extensão tumoral, e as desvantagens são os riscos de morbidades quem provém da cirurgia como: perda da função ou deformidades e a incapacidade de cura de metástase à distância (MELO *et al*, 2017).

Um tipo de cirurgia é a mastectomia, onde é realizada a retirada de parte da mama com a remoção dos gânglios linfáticos da axila, sempre preservando os músculos peitorais. Também é denominada a mastectomia radical onde é retirado os linfonodos regionais, músculos, tecido adiposo, mama e pele. Outro tipo de tratamento cirúrgico é a mastectomia profilática que se resume na extração das duas mamas, para prevenção da neoplasia de mama em mulheres com risco elevado (SILVA; RIUL, 2011). Consideram a mastectomia profilática a mais eficaz, pois diminui 90% o risco de desenvolvimento do câncer, só não é mais eficaz que 90% pois por mais radical que seja a cirurgia, quantidades pequenas de tecido da mama ficam sobre a pele.

Segundo Almeida *et al.* (2012), os seios são considerados símbolos da condição feminina. O aspecto físico das mamas tem relação com sensualidade e a vaidade por um corpo bonito. As mamas são importantes em relação a maternidade e em relação a estética corporal diante das mulheres da nossa sociedade. A perda da mama através da mastectomia é uma das conseqüências mais relevantes vivenciadas pela mulher. É uma mutilação com grande importância na estética feminina, 72% das mulheres sentem um forte abalo na sua imagem corporal. Sentimento esse que se assemelha ao luto, assim atingindo a perda de um órgão que simbolicamente é a essência da feminilidade.

Após a mastectomia as pacientes têm a sensação de deformação e perda da sensualidade e se sentem inferiorizadas. Devido a esses fatores as mulheres tentam recuperar sua autoestima, muitas fazem a opção de reconstrução da mama. A reconstrução da mama é uma técnica segura, que não aumenta a recidiva da doença e não causa interferência em sua detecção. Existem vários métodos de reconstrução, os mais utilizados são: reconstrução com retalho do músculo reto do abdômen, e com retalho do músculo latíssimo do dorso, é usado também um expansor que futuramente será trocado por uma prótese de silicone (LUFIEGO *et al.*, 2017).

Os tratamentos do câncer de mama causam nos pacientes alterações físicas e psicológicas gerando um grande impacto em suas vidas; devido a isto o tratamento da neoplasia de mama deve ser realizado pela equipe de saúde de forma integral visando à recuperação total do paciente, não só do aspecto físico mais emocional e psicológico (LAHOZ *et al.*, 2010).

O enfermeiro faz parte da equipe multiprofissional que assiste as pacientes com câncer de mama, é o profissional que está mais próximo da paciente devido a sua função. Muitas vezes o enfermeiro significa para a paciente e sua família um elo entre os outros membros da equipe. Através da consulta de enfermagem, o enfermeiro planeja metas de cuidado baseadas no diagnóstico de enfermagem de forma integralizada e humanizada (JUNIOR *et al.*, 2012). O papel do enfermeiro é diminuir o sofrimento dessas pacientes e criar formas de promover a recuperação e o empoderamento para que elas prosseguir com suas vidas (KALINKE *et al.*, 2011).

Para Mineo *et al.* (2013) a atuação da enfermagem oncológica cresceu e vai além do cuidado técnico, pois com os novos tratamentos surgiu a necessidade de um trabalho multidisciplinar voltado não só para o cuidado técnico, mas também para a pesquisa e principalmente para o psicológico desses pacientes. O enfermeiro é um dos profissionais que mais pode oferecer informações acerca dos efeitos e benefícios do uso de terapias complementares ao tratamento oncológico, uma vez que ele possui contato direto e mais prolongado com o paciente durante o processo de tratamento e reabilitação da doença, o que oportuniza a ele prestar um cuidado mais centrado no sujeito e suas necessidades.

O estudo de Cruz *et al.* (2020) salienta ser indispensável que o enfermeiro realize seu papel assistencial relacionado à doença e à terapêutica, como também atue como facilitador no processo de enfrentamento ao prestar um cuidado individualizado. O enfermeiro também pode demonstrar sua função em educação em saúde com a aplicação de folderes ou manuais educativos a pacientes com câncer, otimizando a qualidade a vida pós-mastectomia.

4 | CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo evidenciam que a atuação do enfermeiro é indispensável

na orientação e tratamento, no intuito de conscientizar, motivar e tratar da melhor forma a paciente mastectomizada. De modo geral, existe grande influência do tratamento para câncer de mama na vida dessas mulheres, sendo a mastectomia a forma mais acentuada da relação negativa com a qualidade de vida.

Dessa maneira, as informações sobre as consequências dos tratamentos para tal neoplasia, além da importância do suporte psicológico e clínico por parte da equipe multidisciplinar de saúde, ressalta o cuidado do enfermeiro durante todo o esse processo. Nesses sentimentos de tristeza e medo que são difíceis para a paciente, a enfermagem deve atuar tentando facilitar o processo de informações e dúvidas no decorrer do tratamento e pós-operatório.

Com isso, o enfermeiro sempre será importante nesse processo, no qual vai além do cuidado técnico envolvendo também o alívio da ansiedade e o desenvolvimento de estratégias para o paciente como suporte emocional. É fundamental a atuação de uma equipe multiprofissional que consiga alcançar uma abordagem adequada, uma comunicação efetiva entre os diversos profissionais da saúde e, principalmente, a presença de uma assistência de enfermagem humanizada.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, T. R. *et al.* **Repercussões do câncer de mama na imagem corporal da mulher: uma revisão sistemática.** *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. 2012, v. 22, n. 3 [Acessado 15 Setembro 2021], pp. 1003-1029. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000300009>>. Epub 13 Nov 2012. ISSN 1809-4481. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000300009>. Acesso em 15 sep. 2021.

Brasil. Instituto Nacional do Câncer (Inca). Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama. Ministério da Saúde: INCA. 2020. Recuperado de: <http://www.inca.gov.br>. Acesso em: 07 julho 2021.

CAVALCANTE, A. K. C. B. *et al.* **Cuidado seguro ao paciente: contribuições da enfermagem.** *Revista Cubana de Enfermería*, v. 31, n. 4, dic. 2015. ISSN 1561-2961. Disponível em: <<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/907>>. Acesso em 15 sep. 2021.

CRUZ, F. O. A. M. *et al.* Validation of an educational manual for breast cancer patients undergoing radiotherapy* * Paper extracted from doctoral dissertation “**Development and assessment of education technology designed for women with breast cancer undergoing radiation therapy**”, presented to **Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brazil**. . *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [online]. 2020, v. 28 [Acessado 15 Setembro 2021], e3384. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1518-8345.3197.3384>>. Epub 19 Out 2020. ISSN 1518-8345. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3197.3384>. Acesso em 15 sep. 2021.

HOFELMANN, D. A.; ANJOS, J. C.; AYALA, A. L. **Sobrevida em dez anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Joinville, Santa Catarina, Brasil.** *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2014, v. 19, n. 06 [Acessado 15 Setembro 2021], pp. 1813-1824. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232014196.03062013>>. ISSN 1678-4561. Acesso em 15 sep. 2021.

KALINKE, L. P. *et al.* **Evolução das pacientes submetidas a cirurgia de mama em drenagem aspirativa.** *Cogitare Enfermagem*. São Paulo, v.16, n. 4, p 689-94, 2011. Disponível em: <https://revistas.ufrpr.br/cogitare/article/view/25440>. Acesso em 15 Setembro 2021.

LAHOZ, M. A. *et al.* **Capacidade Funcional e Qualidade de Vida em Mulheres Pós-Mastectomizadas.** *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 56, n. 4, p. 423-430, 31 dez, 2010. Disponível em: https://rbc.inca.gov.br/site/arquivos/n_56/v04/pdf/04_artigo_capacidade_qualidade_Vida_mulheres_pos_mastectomizadas.pdf. Acesso em 15 Setembro 2021.

JUNIOR, F. E. L. P. *et al.* **Influência da Música na Dor e na Ansiedade decorrentes de Cirurgia em Pacientes com Câncer de Mama.** *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 58, n. 2, p. 135-141, 29 jun. 2012. Disponível em: https://rbc.inca.gov.br/site/arquivos/n_58/v02/pdf/03_artigo_influencia_musica_dor_ansiedade_decorrentes_cirurgia_pacientes_cancer_mama.pdf. Acesso em 15 Setembro 2021.

LUFIEGO, C. A. *et al.* **Eficácia da técnica de relaxamento com imagem guiada em pacientes oncológicos submetidos a tratamento quimioterápico.** *Sci Med.*, v. 27, n. 1, p. 689-94. 2017. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/view/25701>. Acesso em: 15 Setembro 2021.

MELO, F.B.B. *et al.* **Actions of nurses in early detection of breast cancer.** *Revista Brasileira de Enfermagem [online]*, v. 70, n. 6, P. 1119-1128, 2017. [Acessado 15 Setembro 2021] Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0155>>. ISSN 1984-0446. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0155>. Acesso em 15 Setembro 2021.

MINEO, F. L. V. *et al.* **Assistência de enfermagem no tratamento do câncer de mama.** *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 2238-2260, 2013. Disponível em: [https://C:/Users/User/Downloads/519%20\(1\).pdf](https://C:/Users/User/Downloads/519%20(1).pdf). Acesso em 15 Setembro 2021.

SILVA, P.A. RIUL, P. A S. **Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce.** *Revista Brasileira de Enfermagem [online]* São Paulo, v. 64, n. 6, pp. 1016-1021, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000600005>>. Epub 31 Maio 2012. ISSN 1984-0446. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000600005>. Acesso em 15 Setembro 2021.

SOUZA, M. T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. **Revisão integrativa: o que é e como fazer.** *Einstein*, São Paulo, v. 8, n. 01, p.102-106, 2010. Disponível em: <https://journal.einstein.br/pt-br/article/revisao-integrativa-o-que-e-e-como-fazer/>. Acesso em 15 Setembro 2021.

CAPÍTULO 8

CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE ACOMETIDO COM FERIDA TUMORAL EM ESTÁDIO AVANÇADO

Data de aceite: 01/11/2021

Adelita Noro

Universidade do Vale do Rio dos Sinos
UNISINOS- Campus São Leopoldo RS
Lattes: 8969791609890061

Paula de Cezaro

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFRGS Campus Porto Alegre
Lattes: 4018054670501319

Lisiane Paula Sordi Matzenbacher

Universidade Luterana do Brasil ULBRA
Campus Gravataí/RS
Lattes: 3924294014733982

Débora Rosilei Miquini de Freitas Cunha

Universidade Luterana do Brasil ULBRA
Campus Canoas/RS
Lattes: 9700642894433746

Mariana Neiva Assunção

Universidade Federal de Viçosa
Lattes: 0074053689311641

Ana Paula Wunder Fernandes

Universidade do Vale do Rio dos Sinos
UNISINOS- Campus São Leopoldo/ RS
lattes:8155341323375365

Ana Paula da Silva Costa Dutra

Universidade Luterana do Brasil ULBRA
Canoas/ RS
Lattes: 6412157236671184

Elisiane Goveia da Silva

Universidade Luterana do Brasil ULBRA
Canoas/ RS
Lattes: 6384713911928455

RESUMO: **Introdução:** o contexto atual promoveu alterações durante a pandemia, passando por algumas adaptações nas instituições de saúde, necessitando de ajustes para o atendimento de pacientes oncológicos. Os pacientes com diagnósticos de câncer sofreram mudanças devido a superlotação da rede primária, secundária e terciária. **Objetivo:** Manter um cuidado humanizado, eficiente e eficaz a pacientes acometidos com ferida tumoral em estágio avançado. **Método:** o relato de experiência ocorreu na Unidade de Radioterapia de um Hospital Universitário da cidade de Porto Alegre/RS, no período de junho a novembro de 2020. **Discussão:** entendemos que a rede de saúde em nosso país é fragilizada e que devemos abrir novos canais de comunicação para discutir os pontos de melhorias. A cultura também deve ser modificada para que as políticas públicas possam promover a prevenção das doenças oncológicas. O paciente atendido, teve demora para iniciar o tratamento proposto, mesmo assim apresentou melhora significativa com o tratamento radioterápico, reduzindo a lesão, minimizando danos e melhorando a qualidade de vida. **Conclusão:** na perspectiva do paciente em questão, apesar de todas as dificuldades enfrentadas as equipes conseguiram uma melhora significativa, esteticamente, emocionalmente e com progressão da doença de base.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Pandemia; Câncer.

ABSTRACT: Introduction: the current context promoted changes during the pandemic,

undergoing some adaptations in health institutions, requiring adjustments for the care of cancer patients. Patients diagnosed with cancer underwent changes due to overcrowding in the primary, secondary and tertiary network. **Objective:** to maintain a humanized, efficient and effective care for patients with tumor wounds in an advanced stage. **Method:** The experience report took place in the Radiotherapy Unit of a University Hospital in the city of Porto Alegre/RS, from June to November 2020. **Discussion:** the health network in our country is fragile and we must open new channels of communication to discuss points for improvement. Culture must also be modified so that public policies can promote the prevention of oncological diseases. The patient who was seen had a delay in starting the proposed treatment, yet showed a significant improvement with the radiotherapy treatment, reducing the lesion, minimizing damage and improving quality of life. **Conclusion:** from the perspective of the patient in question, despite all the difficulties faced, the teams achieved a significant improvement, aesthetically, emotionally and with progression of the underlying disease. **KEYWORDS:** Nursing pandemic cancer.

1 | INTRODUÇÃO

A pandemia pelo coronavírus tem colocado a humanidade à prova de uma forma excepcional. As populações tiveram que modificar os seus comportamentos e modelos organizacionais a vários níveis, de uma forma altruísta, comunitária pelo mundo (NORMATIVA 2020).

Há mais de um ano estamos restritos ao isolamento social, uso de máscara, álcool gel e higienizar as mãos freneticamente. O mundo enfrenta um momento histórico e com muitas limitações financeiras e emocionais, tivemos que nos reinventar diariamente.

O cenário atual é devastador com inúmeras pessoas perdendo a vida pelo vírus, e outras tendo que iniciar um processo de reabilitação tanto no nível hospitalar como no domiciliar. As principais dificuldades são o pouco conhecimento sobre as sequelas decorrentes da doença. Os hospitais estão lotados e os pacientes de outras patologias estão com acesso restrito à rede de saúde.

Devido a essa problemática os pacientes diagnosticados por doenças graves e crônicas como o câncer estão demorando mais a ter o estadiamento e o início de tratamento definido pelas equipes médicas.

Muito se discute a respeito do adiamento das intervenções diagnósticas e terapêuticas nos pacientes com câncer durante o período da pandemia. As visitas frequentes aos hospitais poderiam aumentar o risco de contágio desses pacientes e da equipe de saúde (LAMBERTINI, 2020).

O objetivo deste estudo é manter um cuidado humanizado, eficiente e eficaz a pacientes acometidos com ferida tumoral em estágio avançado.

A metodologia baseou-se no relato de experiência de um paciente, em um Hospital Geral Universitário referência em Coronavírus que atende pacientes com câncer. A observação ocorreu no segundo semestre de 2020 entre os meses de junho a novembro

de 2020 na Unidade de Radioterapia.

2 | DESENVOLVIMENTO E ESTUDO DE CASO

Muitos foram os grupos de atendimento formalizados durante o processo de trabalho na Unidade de Radioterapia, que atendia em média 100 usuários dia. As reuniões de equipe multiprofissional receberam um formato diferente online e através das telas de computador e ou celulares para adaptarem-se às novas demandas.

Os pacientes começaram a ser agendados nos aparelhos, aceleradores lineares, com tempo maior para não haver aglomerações e também para a higienização das salas utilizadas.

O que mais chamou a atenção dos profissionais envolvidos no tratamento dos pacientes oncológicos, foi a demora do acesso à rede de saúde, pois devido a pandemia ocorreu medo e sobrecarga do sistema.

Esse impacto foi percebido nas condições clínicas dos pacientes que ingressaram para o tratamento oncológico com doença muito extensa. As feridas tumorais ulceradas e esteticamente visíveis geram sofrimento tanto para o paciente como para os seus familiares.

Os curativos na unidade aumentaram expressivamente, antes sazonais e em menor demanda para pelo menos 02 por dia no período de acompanhamento.

O caso que impactou a equipe foi a de um paciente com carcinoma epidermoide de laringe localmente avançado (metástase em cadeia de linfonodos), sexo masculino, 50 anos, que desde o diagnóstico, estadiamento e consulta com o radio-oncologista teve demora de mais de 6 meses.

O Instituto Nacional do Câncer (INCA), estima que o câncer de laringe ocorra predominantemente em homens acima de 40 anos e é um dos mais comuns entre os que atingem a região da cabeça e pescoço. Representa cerca de 25% dos tumores malignos que acometem essa área e 2% de todas as doenças malignas (INCA 2020).

Ao ser avaliado pela equipe de enfermagem, o paciente apresentava uma lesão tumoral estágio III na região supraclavicular, hipervascularizada, friável a manipulação, com exsudato moderado e dor. É uma lesão satélite estágio N1 com risco de ruptura e dor em região cervical. Possuía também em cavidade oral uma lesão vegetante em palato, com deglutição e verbalização prejudicada. Mantinha acompanhamento conjunto com equipe da estomatologia, recebendo laser terapia diariamente.

As feridas tumorais malignas também denominadas lesões oncológicas, neoplásicas ou fungoides (quando apresentam aspecto de cogumelo ou couve-flor) são formadas pela infiltração das células malignas do tumor nas estruturas da pele, levando conseqüentemente à quebra da sua integridade, com posterior formação de uma ferida evolutivamente exofítica, decorrente da proliferação celular descontrolada que o processo de oncogênese provoca (INCA, 2019).

Após o estadiamento, foi encaminhado para quimioterapia e radioterapia concomitantes.

Para Santos (2020) a radioterapia é uma das modalidades de escolha para o tratamento do câncer e, apesar dos avanços nas técnicas de radiação, os pacientes ainda apresentam reações agudas que podem comprometer a indicação curativa do tratamento e a qualidade de vida.

O planejamento depois da tomografia 3D, teve prescrição de 35 frações por 7 semanas, e na 14^a aplicação apresentou os sinais e sintomas do coronavírus. Necessitou internação e necessitou de oxigenoterapia, permaneceu internado por 10 dias, retomou ao tratamento e finalizou seu plano terapêutico, manteve acompanhamento no grupo multiprofissional, realizou todos os curativos na unidade de radioterapia e após teve seguimento com o grupo de pele institucional.

O paciente durante as aplicações de radioterapia foi acompanhado pela enfermeira radio-oncologista que passou os cuidados durante o tratamento. Teve atenção no curativo, que era trocado diariamente na com uso de soro fisiológico 0,9% morno, hidrogel, gaze não aderente e óleo de girassol nas bordas.

A lesão tumoral teve redução significativa, de ulcerada para plana, em um tempo menor do que 70 dias. Após esse período de tratamento quimioterapia e radioterapia concomitantes.

De maneira geral, o enfermeiro possui importância fundamental na avaliação das feridas, uma vez que é o profissional que está em contato contínuo com o paciente. A sua competência profissional permite a realização da anamnese e exame físico, bem como a indicação e realização da intervenção apropriada para cada situação, cujos objetivos são manter a integridade da pele, aliviar o desconforto, promover sono reparador, auto aceitação, orientar sobre os cuidados com a pele e prevenção de complicações e entregar o paciente para o convívio familiar e social (SACRAMENTO, 2021).

3 | CONCLUSÃO

Entendemos que o enfermeiro tem o papel mediador, no cuidado e no planejamento de como esse paciente deverá ser conduzido o processo de tratamento. Servindo de elo, entre as equipes multiprofissional, paciente, unidades básicas e retomada às suas atividades cotidianas e sociais.

Ao descrevermos um relato de experiência ocorrido na nossa comunidade hospitalar percebemos as inúmeras fragilidades do sistema de saúde, as limitações humanas e da rede de atenção aos usuários frente a uma pandemia mundial.

Ainda não podemos esquecer das carências da União, um país que desenvolve as suas políticas públicas não baseadas na prevenção de doenças oncológicas.

Somos culturalmente incentivados a cuidar pouco de nossa saúde e investir um

percentual mínimo na educação da nossa população.

Todas essas dificuldades vem ao encontro de uma população que tem realidades muito diferentes no cenário da saúde. Entendemos que essa trajetória de melhorias terá um caminho longo para tornar o atendimento mais universal e igualitário para a população brasileira.

Na perspectiva do paciente em questão, apesar de todas as dificuldades enfrentadas as equipes conseguiram uma melhora significativa, esteticamente, emocionalmente e com progressão da doença de base.

Para o futuro idealiza-se uma rede de saúde atenta e preparada para atender os pacientes acometidos por lesões tumorais agilizando os processos de trabalho. Tornando essa etapa humanizada e com menor sofrimento para todos envolvidos.

REFERÊNCIAS

CARDOZO, Aluane dos Santos *et al.* Radiodermatite severa e fatores de risco associados em pacientes com câncer de cabeça e pescoço. **Texto contexto - enferm.** 29. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0343>. Acesso em 29 maio 2021.

Instituto Nacional de Câncer (INCA). Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil/Instituto Nacional de Câncer. José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: INCA, 2019.

Instituto Nacional do Câncer (INCA). Tratamento e controle de feridas tumorais e úlceras por pressão no câncer avançado. Série Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: INCA. 2019.

LAMBERTINI, Matteo *et al.* Cancer care during the spread of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Italy: young oncologists perspective. **ESMO Open.** 2020. Acesso em: 1 junho 2021. doi: 10.1136/esmoopen-2020-000759.

Norma nº 009/2020. COVID-19: Fase de Mitigação. Reconfiguração dos Cuidados de Saúde na Área da Oncologia. Norma nº 009/2020 de 02/04/2020 atualizada a 25/01/2021. Disponível em: https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/01/Norma_009_2020_act_25_01_2021.pdf. Acesso em: 1 junho 2021.

SACRAMENTO, Carlos Jesus *et al.* Manejo de sinais e sintomas em feridas tumorais: Revisão integrativa. **R. Enferm. Cent. O. Min.** Vol.5, N. 1, 2015. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/944>. Acesso em: 01 junho 2021.

A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO PARA A PREVENÇÃO DA LESÃO POR PRESSÃO (LPP) NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

Data de aceite: 01/11/2021

Daniele Chaves Maximo da silva

Lídia Raquel Freitas

Renê dos Santos Spezani

Roberta dos Santos Paim

Viviane Bras da Silva

Gabrielle Souza Santos

Genilda Vicente de Medeiros Manoel

Daniele Coutinho Pereira de Sousa

Marcelly Martins Alves

RESUMO: **Introdução:** este trabalho tem por objeto a importância da atuação do enfermeiro para a prevenção da lesão por pressão (LPP), nas Unidades de Terapia Intensiva. Para que exista uma prevenção de LPP eficaz, é preciso que um conjunto de ações e medidas seja implementada, como estabilização do quadro do paciente, nutrição, controle das comorbidades existentes, idade e oxigenação. **Justificativa:** Considerando as informações preliminares, esta pesquisa justifica-se pela magnitude da ocorrência de LPP no paciente de Unidade de Terapia Intensiva. Portanto, a união da equipe multidisciplinar será essencial para a prevenção, com utilização de novas práticas assistenciais para melhor atendimento ao paciente. **Objetivo:** Descrever as ações que o enfermeiro deve

implementar junto a sua equipe, para prevenir a incidência de LPP nas UTI. Analisar a importância do enfermeiro para a prevenção da incidência de LPP na Unidade de terapia Intensiva (UTI).

Revisão de literature: nesse momento a pesquisa se aprofundou no conhecimento da segurança de paciente que visa prevenir e reduzir a incidência de eventos adversos relacionados com os cuidados de saúde, promovendo melhorias relacionados à qualidade dos cuidados e a segurança do paciente em diferentes áreas de atenção, organização e gestão de serviços de saúde (BRASIL, 2013). **Metodologia:** o presente estudo é uma Revisão de Integrativa (RI) de caráter exploratório, foram utilizados como critério os artigos que abordava a temática em questão e foram utilizado como critério de exclusão os artigos que não abordava a temática em questão.

Resultado esperado; Para que as LPPs não se concretizem, fazem-se necessárias algumas ações, tais como: executar protocolos para essa prevenção e formar profissionais a fim de identificarem possíveis riscos a esses pacientes.

Conclusão Faz-se necessário que o enfermeiro tenha maior atenção na admissão e avaliação diária da pele e das condições do paciente, conscientizando a si e também sua equipe sobre suas responsabilidades quanto ao tema em discussão. Nesse sentido, é importante lembrar que a realização de ações preventivas, assim como a capacitação de seus profissionais, podem aumentar a conscientização.

PALAVRAS-CHAVE: Terapia Intensiva, Enfermagem, Lesão pro Pressão, Cuidados de Enfermagem.

THE IMPORTANCE OF NURSES PERFORMANCE FOR THE PREVENTION OF PRESSURE INJURY (LPP) IN THE INTENSIVE CARE UNITS

ABSTRACT: Introduction: this work has as its object the importance of the role of nurses in the prevention of pressure lesion (PPL) in the Intensive Care Unit. For what for there to be an effective prevention of PPL, it is necessary that a set of actions and measures be implemented, such as stabilization of the patient's condition, nutrition, control of existing comorbidities, age and oxygenation. **Justification:** Considering the preliminary information, this research is justified by the magnitude of the occurrence of PPL in patients admitted to the Intensive Care Unit. Portanto, a união da equipe multiprofissional será fundamental para a prevenção, com a utilização de novas práticas assistenciais para melhor assistência ao paciente. **Objective:** To describe the actions that nurses should implement with their team to prevent the incidence of PPL in the ICU. Analyze the importance of nurses for the prevention of the incidence of LPP in the Intensive Care Unit (ICU). **Literature review:** at this time, the research deepened in the knowledge of patient safety that aims to prevent and reduce the incidence of adverse events related to health care, promoting improvements related to the quality of care and patient safety in different areas of care, organization and management of health services (BRASIL, 2013). **Methodology:** this study is an Integrative Review (IR) of exploratory character, as exclusion criteria were used articles that addressed the topic in question and articles that did not address the topic in question. **Expected Results:** So that the LPPs do not materialize, some actions are necessary, such as: implementing protocols for this prevention and training professionals in order to identify possible risks to these patients. **Conclusion:** it is necessary for nurses to be more attentive to the admission and daily assessment of the patient's skin and conditions, making themselves and their team aware of their responsibilities regarding the topic under discussion. In this sense, it is important to remember that the performance of preventive actions, as well as the training of its professionals, can increase awareness. **KEYWORDS:** Intensive Care, Nursing, Pressure lesion, Nursing Care.

1 | INTRODUÇÃO

Este trabalho tem por objeto a importância da atuação do enfermeiro para a prevenção da lesão por pressão (LPP), nas Unidades de Terapia Intensiva.

A lesão por pressão (LPP) é um problema que compromete pacientes hospitalizados, acamados, idosos, desnutridos e cadeirantes, ocorrendo na pele ou tecido subjacente, principalmente em locais de proeminência óssea, resultante de força de atrito, pressão, fricção e cisalhamento (LIMA et al., 2017).

Para estabelecer uma interface com a unidade, cabe destacar que as UTIs são unidades destinadas a prestar assistência para pacientes criticamente enfermos. Nessa unidade encontramos pacientes com instabilidade hemodinâmica, falência simples ou múltipla de órgãos, uso de ventilação mecânica, sedações, uso de drogas vasoativas e alteração de nível de consciência, o que os tornam altamente vulneráveis ao desenvolvimento da LPP (CASTANHEIRA et al., 2018).

Para que exista uma prevenção de LPP eficaz, é preciso que um conjunto de ações

e medidas seja implementada, como estabilização do quadro do paciente, nutrição, controle das comorbidades existentes, idade, oxigenação, fatores que possam prejudicar a perfusão e a avaliação da pele como um todo (NPUAP, 2016).

Reforçando a necessidade de se prevenir a LPP, observa-se que no Brasil, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente, no qual um dos objetivos é a diminuição da ocorrência da lesão, fato que suscita ao Enfermeiro maior atenção, conscientização e direcionamento de sua equipe, de forma que tenham empatia e assim prestem o melhor atendimento ao seu paciente com LPP (BRASIL, 2013).

Desse modo, o interesse sobre este tema tem relação com a nossa experiência no trabalho, por conta do aumento das ocorrências das LPP. A falta da não adesão às medidas e protocolos existentes para evitar essas lesões no campo da saúde faz com que esse paciente, quando instabilizado, acabe permanecendo por mais tempo na unidade, gerando mais dor e desconforto. Isso colabora para a diminuição do vínculo familiar e também pode acarretar ou desencadear nele(a) outras patologias como medo, ansiedade, depressão, infecções e sepse, muitas vezes até mesmo por negligência e falta de compromisso de muitos profissionais.

1.1 Justificativa

Considerando as informações preliminares, esta pesquisa justifica-se pela magnitude da ocorrência de LPP no paciente de Unidade de Terapia Intensiva impossibilitado em sua mobilidade e pelo conhecimento de que a prevenção é o melhor caminho para minimizar esta ocorrência, até mesmo para que esta internação não se prolongue por conta da possível infecção instalada pela LPP. Portanto, a união da equipe multidisciplinar será essencial para a prevenção, com utilização de novas práticas assistenciais para melhor atendimento ao paciente.

1.2 Questões Norteadoras

O que o Enfermeiro deve fazer para que as LPP s possam ser evitadas nas UTIs?

Qual a importância do Enfermeiro para a prevenção da incidência de LPP na Unidade de terapia Intensiva (UTI)?

1.3 Objetivos

Descrever as ações que o enfermeiro deve implementar junto a sua equipe e pacientes para prevenir a incidência de LPP nas UTI.

Analisar a importância do Enfermeiro para a prevenção da incidência de LPP na Unidade de terapia Intensiva (UTI).

1.4 Relevância

Este tema tem relevância para promover ações preventivas e educativas pelo profissional enfermeiro, com implementação de medidas e protocolos estabelecidos como atribuição do enfermeiro, a fim de estabelecer a redução da incidência das LPP. Essa pesquisa prioriza a educação continuada, aplicabilidade de novas tecnologias e pode contribuir pra sensibilizar a equipe sobre a importância da prevenção das LPPs.

Acredita-se também que possa contribuir para o ensino e pesquisa em enfermagem, ampliando o acervo bibliográfico existente sobre o tema e oportunizando a aquisição de conhecimentos para enfermeiros e demais profissionais de enfermagem, instrumentalizando-os para a implementação de uma prática mais segura e humanizada para os receptores de sua atuação.

2 | REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Segurança do paciente

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSB), instituído pela Portaria MS N°. 529 de 1° de Abril de 2013, visa prevenir e reduzir a incidência de eventos adversos relacionados com os cuidados de saúde, promovendo melhorias relacionados à qualidade dos cuidados e a segurança do paciente em diferentes áreas de atenção, organização e gestão de serviços de saúde (BRASIL, 2013).

A segurança do paciente tem como finalidade zelar pela total segurança do paciente. De acordo com o artigo 3° da portaria em destaque, constituem-se objetivos do PNSB (BRASIL, 2013):

- Promover apoio à implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente no estabelecimento de saúde;
- Envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente;
- Ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente;
- Produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente;
 - Fermentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico graduação e pós-graduação na área da saúde (BRASIL, 2013).

No artigo 4°, para fins desse programa, são adotadas as seguintes definições:

A segurança do paciente é a redução a um número aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. O dano é comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incline-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção podendo

assim ser físico, social ou psicológico. O Incidente é evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou em dano desnecessário ao paciente. O Evento adverso é incidente que resulta em dano ao paciente; Cultura de segurança configurar-se a partir de cinco características operacionalizadas pela segurança do paciente (BRASIL, 2013, p.7).

Segundo o Ministério da Saúde, a Resolução – RDC-Nº36, de Julho de 2013, tem por objetivo instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde. Esta resolução se aplica aos serviços de saúde, sejam eles públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa (BRASIL, 2013). O núcleo de segurança do paciente (NSP), instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente, normatiza a identificação correta do paciente, higiene das mãos, segurança cirúrgica, segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, segurança na prescrição, uso e administração de hemocomponentes, segurança no uso de equipamentos e matérias, prevenção de quedas dos pacientes, prevenção de lesões por pressão, promoção do ambiente seguro (BRASIL, 2013).

2.2 Fisiopatologia da lesão por pressão

Lesão por pressão é um dano localizado na pele/ou tecido moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou outro artefato. A lesão pode se apresentar em pele íntegra ou como lesão aberta e pode ser dolorosa. A lesão ocorre como resultado da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com cisalhamento e pode também ser favorecida pela nutrição, perfusão, comorbidades e pela sua condição (VASCONCELOS et al., 2017).

Segundo Vasconcelos e Caliri (2017), a pele é uma estrutura indispensável para a vida humana, sendo considerada o maior órgão do corpo, medindo em torno de 2,0m² no adulto médio. Ela forma uma barreira entre os órgãos internos e o ambiente externo e ainda participa de muitas funções vitais do corpo. É formada de três camadas, que se encaixam fortemente umas nas outras, que são epiderme, derme e tecido subcutâneo (hipoderme) (VASCONCELOS; CALIRI, 2017).

Para Maia (2016, p.1752-53), “a pele forma uma barreira entre os órgãos internos e o meio ambiente externo e participa em numerosas funções orgânicas vitais. A pele é contínua com as mucosas nas aberturas externas dos sistemas digestório, respiratório e urogenital.”

Epiderme: É contígua com as mucosas e o revestimento das tubas consiste em células vivas em contínua divisão, cobertas por superfície por células mortas que originalmente estavam mais profundas na derme, mas que foram empurradas para cima pelas células recém-desenvolvidas e mais diferenciadas abaixo delas (MAIA 2016, p.1753).

A epiderme é camada mais externa. Sua espessura varia em torno de 0,04mm dependendo da sua localização; é composta por queratinócitos e células epiteliais, é

avascular, sendo nutrida pela derme por difusão. Apresenta quatro estratos, formados por ceratinócitos, que se diferem tamanhos e função, a saber: estrato córneo que é composto por ceratinócitos mortos, diferenciados e preenchidos por queratina, que por sua resistência, suporta alterações de temperatura e Ph; estrato granuloso que é composto de queratina-hiliana; estrato espinhoso que possui grandes núcleos ovais e as suas células possuem formato mais alongado e finalmente o estrato basal, que é de extrema importância para cicatrização e divisão mitótica e migração para superfície. Sua regeneração encontra-se em torno de 2 a 4 semanas (PEREIRA, 2016).

A derme é a camada intermediária que fornece estrutura e força de sustentação à pele, e se divide em camadas papilar e reticular, composta de elastina, colágeno, fibroblastos, macrófagos e fatores de crescimento, vasos sanguíneos glândulas e anexos. Sua espessura varia em torno de 1 a 4 mm. É importantíssima para a função da epiderme, por providência de fluxo sanguíneo e estrutura de suporte além dos fibroblastos, essenciais para a síntese de tecido conectivo (PEREIRA, 2016).

O Tecido subcutâneo ou hipoderme é camada de transferência ou de ligação, conhecida como tecido adiposo. Tem a função isolante e é responsável pela lipogênese e pelo metabolismo de carboidratos tendo como principal função proporcionar barreira mecânica e promover a termo regulação (PEREIRA, 2016, p.2).

De acordo com Pereira (2016, p.2), são considerados tecidos adjacentes à pele:

- Fásia: tecido branco, brilhante, adjacente ao músculo e susceptível infecção;
- Músculo: constituído por fibras por fibras musculares, contrátil, vascularizada. Protege e envolvem nervos, vasos sanguíneos e saliência óssea;
- Cartilagem: tecido cognitivo que envolve o osso nas articulações, vascularização pobre;
- Tendões: cordões de tecido fibroso, elástico branco brilhante. Anexa o músculo ao osso; fácil infecção e sua remoção causa danos aos movimentos;
- Ossos: conferem suporte mecânico para o movimento, proteção e sustentação. Substância dura, branca brilhante, revestida por perióstio.

Quando exposta, entra em rápido processo de composição.

Desse modo, é necessário que haja uma série de cuidados e planejamentos para prevenir ou ao menos amenizar as LPPS nesses pacientes internados nas UTIs. Portanto, devem-se estabelecer políticas e protocolos de avaliação de riscos, o mais rápido possível (VASCONCELOS; CALIRI., 2017).

As LPPs são classificadas conforme o seu estagiamento, conforme o que é apresentado na Tabela 1.

LESÃO POR PRESSÃO	DEFINIÇÃO
Estágio 1	Pele íntegra com eritema que não embranquece
Estágio 2	Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme
Estágio 3	Perda da pele em sua estrutura total
Estágio 4	Perda da pele em sua espessura total e perda tissular
Não classificável	Perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível
Tissular profunda	Coloração vermelho escura, marrom ou púrpura, persistente que não embranquece
Fonte: NPUAP, 2016	

Tabela 1 – Classificação das lesões por pressão.

3 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão integrativa de caráter exploratório. Para Gil (2008), a pesquisa exploratória tem como principal finalidade de desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores.

Por sua vez, Mendes, Silveira e Galvão (2008) destacam que a revisão integrativa inclui análise de pesquisas relevantes que dão suporte para tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com realização de novos estudos.

Para elaboração desse estudo, o levantamento dos dados bibliográficos foi realizado por meio de busca na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Para a busca, primeiramente foi realizada uma consulta aos Descritores em Saúde (DECS). Assim, foram selecionados os termos mais específicos para nortear a coleta de bases de dados, como: Lesão por pressão; Terapia intensiva; Enfermagem; Cuidados de enfermagem.

As bases de dados utilizadas para a pesquisa foram a Literatura Latina Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Sistema Online de Busca e a Bases de dados da Enfermagem (BDENF). Para esse movimento de busca, foram pré-selecionadas as produções que se enquadravam nos seguintes critérios de inclusão: artigos publicados no idioma português, no recorte temporal compreendido entre 2013 a 2018, disponibilizados sob forma de texto completo. Após a coleta dos artigos, foi realizada uma leitura exploratória e seletiva do resultado dessa busca preliminar.

Inicialmente foram pesquisados descritores individualmente, sendo encontrados artigos científicos conforme a Tabela 2.

Descritores	Bdenf	Lilacs	SciELO	Total
Terapia Intensiva	2.286	8.578	92	10.956
Enfermagem	4.574	38.055	600.707	64.3336
Lesão por pressão	251	999	219	1.469
Cuidados de enfermagem	11.982	16.716	2.922	31.620

Tabela 2 – Distribuição quantitativa das produções científica encontrada nas bases com os descritores individualizados.

Diante dos números extensos de publicações encontradas, optou-se por um refinamento. Dessa forma os descritores foram pesquisados em forma associada em dupla, utilizando o termo booleano “and” para obtenção de um melhor resultado, conforme a Tabela 3.

Descritores	Bdenf	Lilacs	SciELO	Total
Terapia intensiva and lesão por pressão	70	115	26	211
Terapia intensiva and cuidados de enfermagem	1.703	2.096	535	4.334
Terapia intensiva and enfermagem	1.842	2.382	955	5.179
Lesão por pressão and cuidados de enfermagem	0	191	19	210
Lesão por pressão and enfermagem	0	257	46	303

Tabela 3 – Distribuição quantitativa das produções científicas encontradas nas bases de dados com descritores associados em dupla.

Considerando ainda ser extensa a quantidade de científicas, optou-se pela busca com os descritores associados em trio. Os resultados dessa busca se encontram descritos na Tabela 4.

DESCRITORES	Bdenf Lilacs SciELO Total
Terapia intensiva and lesão por pressão and cuidados de enfermagem	0 51 8 59
Terapia intensiva and lesão por pressão and enfermagem	0 57 8 65

Tabela 4 – Distribuição quantitativa das produções científicas encontradas nas bases de dados com os descritores em trio.

Finalizando esse percurso de busca, foi realizada a pesquisa por artigos nas bases de dados a partir dos descritores associados em quadra, porém não foi encontrado nenhum artigo. Posteriormente, realizou-se a leitura dos resumos e os que apresentavam relevância para subsidiar do tema foram selecionados e lidos na íntegra.

A partir dessa leitura preliminar, foram selecionados 14 artigos que mantinham coerência com os descritores acima apresentados e com os objetivos do estudo. A partir dessa análise, foi extraída a Bibliografia Potencial, expressa na Tabela 5.

Títulos	Autores	Objetivo	Revista	Ano	Principais conclusões
Ações de enfermagem antes e após um protocolo de terapia intensiva	VASCONCELOS, J.M.B.; CALIRI, M.H.L.	Analisar medidas e ações para implementação de protocolos, atualizar o enfermeiro e sua equipe	Esc. Anna Nery	2017	Observou se a importância do protocolo de enfermagem para proporcionar ao enfermeiro, um trabalho com êxito
Lesão por pressão na unidade de terapia intensiva: incidência e fatores de risco	ALENCAR, G.S.A.; SILVA, N.M.; ASSIS, E.V.; SOUSA, M.N.A.; PEREIRA, J.L.F.; OLIVEIRA, W.B.; SOUZA, E.F.	Refletir como podemos interferir a fim de reduzir fatores que provocam LPP	Nursing (São Paulo)	2018	É primordial a utilização de medidas criteriosas, e exaustivas para a prevenção
Gerenciamento de riscos em ambiente hospitalar: incidência e fatores de risco associados a queda e lesão por pressão em unidade de clínica médica	CEDRAZ, R.O.; GALLASCH, C.H.; PÉREZ JÚNIOR, E.F.; GOMES, H.F.; ROCHA, R.G.; MININEL, V.A.	Investigar fatores de riscos e incidência de lesão por pressão no ambiente hospitalar	Rev.Esc. Anna Nery.	2018	Nesse estudo mostra que o papel do enfermeiro é primordial para um sucesso, durante a estadia do paciente
Prevalência de úlceras por pressão em unidades de terapia intensiva	MEDEIROS, L.N.B.; SILVA, D.R.; GUEDES, C.D.F.S.; SOUZA, T.K.C.; ARAÚJO NETA, B.P.A.	A prevalência é considerada alta, no ambiente hospitalar, mesmo com a implementação dos protocolos	Rev. Enferm. UFPE	2017	Com a alta da prevalência de lesão por pressão, ser a má implementação do protocolo de saúde
Prevenção de lesão por pressão: segurança do paciente na assistência à saúde pela equipe de enfermagem	GOMES, R.K.G.; MORAES, M.H.M.; MANIVA, S.J.C.F.; HOLANDA, R	O enfermeiro tem como responsabilidade a prescrição de enfermagem	Revista Expressão Católica Saúde	2018	A dificuldade de fiscalizar o cuidado prescrito pelo enfermeiro, devido a vários fatores como: falta de funcionários e tempo para uma prestação de cuidados integral

Avaliação da assistência de enfermagem na prevenção da lesão por pressão em terapia intensiva	LIMA, N.C.S.; OLIVEIRA, S.J.; NUNES, M.M.; SILVA, P.B.D.N.; ABUD, A.C.F.	É necessário observar e intervir com condutas e ações conjuntas a fim de minimizar agravos	International Nursing Congress	2017	Relatam o conhecimento do POP e EB, porém não são utilizadas
Úlceras por pressão em pacientes internados em unidade de terapia intensiva: revisão integrativa da literatura	ARAÚJO, A.A.; SANTOS, A.G.S.	A utilização da EB para que o enfermeiro intervenha, na assistência	Ciência & Saúde	2016	Com a utilização da EB podemos mensurar a qualidade do serviço
Lesão por pressão em pacientes da unidade de terapia intensiva, as responsabilidades e competências da enfermagem nesse cenário: uma revisão bibliográfica	SILVA, J.C.; BRITO, J.S.P.; ALBUQUERQUE, A.V.	Melhorar a gestão de recursos humanos, e reduzir a sobre carga da equipe	II Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde	2017	Conclui-se que o enfermeiro capacitado tem mais facilidade de atuar na área e mais sensibilidade nos fatores de risco
A visão de enfermeiros quanto a aplicação da escala de Braden do paciente idoso.	DEBON, R.; FORTES, V.L.F.; RÓS, A.C.R.; SCARATTI, M.	A escala de Braden quando utilizada de forma fidedigna proporciona um resultado satisfatório para segurança do paciente	Rev. Fund. Care	2018	Há uma dificuldade de implementação da EB pois utilizamos da educação continuada
Escala de Braden: instrumento norteador para prevenção de úlceras por pressão.	WECHI, J.S.; AMANTE, L.N.; SALUM, N.C.; MATOS, E.; MARTINS, T.	Incentivar a aplicabilidade da EB	ESTIMA	2018	A utilização da EB seja preditivo para um sucesso na assistência
Incidência de úlcera por pressão em pacientes de Unidade de Terapia Intensiva Cardiopneumológica	CAMPANILI, T.C.G.F.; SANTOS, V.L.C.G.; STRAZZIERI-PULIDO, K.C.; THOMAZ, P.B.M.; NOGUEIRA, P.C.	Identificar e analisar os coeficientes de incidência de úlceras por pressão e os fatores de riscos para seu desenvolvimento em pacientes críticos	Revista Da Escola de Enfermagem Da USP	2015	Identificar e analisar os coeficientes de incidência de úlceras por pressão e os fatores de riscos
Escala de predição de risco na LPP em pacientes criticamente enfermos: Revisão Integrativa	CASTANHEIRA, L.S.; WERLI-ALVARENGA, A.; CORREA, A.R.; CAMPOS, D.M.P.	Realização da utilização da EB para avaliação de pacientes criticamente enfermos em UTI	Enferm. Foco	2018	Os resultados apontam a necessidade da realização de mais estudos nesta área

Protocolo de Atenção à saúde: Segurança do Paciente prevenção LPP	CPPAS	Segurança do Paciente	Website	2018	Realização dos Protocolos estabelecidos pela Comissão Permanente
Abordagem da lesão por pressão pela enfermagem	BEZERRA, R.M.; MEIRELES, G.O.A.B.; ALBUQUERQUE, R.B.S.S.; PAIVA, D.M.	Analisar, identificar e descrever as abordagens utilizadas no contexto das LPP	Curso de Enfermagem da UniE-VANGÉLI CA	2018	Detectou-se a necessidade de realização de investimento em pesquisa, pois, por mais que se constante

Tabela 5 – Bibliografia Potencial.

Diante da bibliografia potencial, os dados foram interpretados e discutidos com base na análise crítico-reflexiva.

Os resultados do estudo serão oportunamente socializados em apresentação em sessão de defesa de Trabalho de Conclusão de Curso, em data futuramente agendada, no Centro Universitário Augusto Motta, Unidade Bonsucesso. Da mesma forma, pretende-se socializar a pesquisa por meio de divulgação de seus resultados em congressos ou eventos de interesse da Enfermagem, como também por meio de publicação em periódico científico.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Ações que devem ser implementadas pelo enfermeiro para a prevenção das LPPs nas UTIs

No estudo de Vasconcelos e Caliri (2017, p.2), destaca-se que:

A LPP trata-se de um problema frequente na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), onde os pacientes são mais vulneráveis, principalmente, devido à alteração do nível de consciência, uso de sedativos, suporte ventilatório e drogas vasoativas, e pelas restrições de movimentos por período prolongado e instabilidade hemodinâmica. Estudos internacionais sobre essa unidade mostram que a Lesão por pressão tende a surgir em até 72 horas após a internação, e que as taxas de incidência e prevalência tendem a permanecer altas nas unidades.

Para que as LPPs não se concretizem, fazem-se necessárias algumas ações, tais como: executar protocolos para essa prevenção; formar profissionais a fim de identificarem possíveis riscos a esses pacientes; documentar as avaliações de possíveis riscos; utilizar uma abordagem estruturada abrangente que inclua indivíduos com a pele íntegra ou pigmentada; assegurar a avaliação completa da pele; atentar para pressão exercida por dispositivos necessários durante o período de hospitalização; não posicionar os pacientes sobre uma superfície já ruborizada; não utilizar massagem para a prevenção de lesão por pressão; utilizar emolientes para hidratar a pele; utilizar creme barreira para prevenir lesões; oferecer suplementos nutricionais orais ou por sondas a todos os pacientes; mudança

de decúbito em todos os pacientes para não desenvolver LPP; posicionar o paciente de forma que a pressão seja aliviada e redistribuída; evitar cisalhamento e fricção; manter os calcâneos fora do contato com o leito (CPPAS, 2018, p.12).

Segundo Araújo (2015), LPP é um problema de causalidade multifatorial. Por sua vez, Vasconcelos e Caliri (2017) referem que a melhor forma de reduzir a incidência da LPP é implementação de protocolos clínicos e educação continuada para a equipe.

De acordo com Cedraz et al. (2018), a promoção da segurança do paciente, por meio de ações de gerenciamento dos riscos e incorporação de boas práticas baseadas em evidências científicas, é essencial para efetividade dos cuidados seguros de enfermagem, prevenção de incidentes e de danos decorrentes de falhas na assistência à saúde, sendo necessária a adoção de técnicas e ferramentas coerentes como a dinâmica de cada local.

Dentre as atividades gerenciais, a identificação de riscos relacionados à assistência deve ser realizada no momento da internação do paciente e no decorrer do processo de hospitalização. O gerenciamento de riscos é essencial no que diz respeito à segurança do paciente, resultando em um trabalho complexo, que incorpora diferentes aspectos inerentes à prática profissional, relevantes para oferecer qualidade na assistência à saúde. Ressalta-se que a carga de trabalho excessiva e o dimensionamento de pessoal insuficiente já foram mencionados como riscos à segurança dos pacientes (CEDRAZ et al., 2018).

O cuidado nas instituições hospitalares tem exigido da enfermagem adaptações com o passar dos anos, principalmente ao considerar as transformações tecnológicas econômicas e sociais na contemporaneidade, que contribuíram para o aumento da expectativa de vida e envelhecimento da população (CEDRAZ et al., 2018).

Nesse contexto, as unidades clínicas são espaços que recebem pacientes com alta dependência de cuidados de enfermagem, bem como em cuidados paliativos. Dessa forma, para assegurar a qualidade e segurança da assistência de enfermagem, é primordial o reconhecimento do perfil do público a ser atendido, assim como de possíveis associações dessas informações com fatores de risco, como subsídio necessário para o delineamento e priorizações das ações de enfermagem (CEDRAZ et al., 2018).

Segundo Araújo et al. (2016), as ações profissionais do enfermeiro devem contemplar uma abordagem baseada em diversos aspectos do ponto de vista científico, acadêmico e técnico. Isso, considerando tratar-se de uma profissão que tem a finalidade do cuidado ao próximo e, para isso, é necessário aprofundar o conhecimento para determinar algumas ações. Isso abarca o conhecimento ético e da bioética da atuação profissional, o exercício profissional e um ato de liberdade e autonomia nas tomadas de decisões, respeitando o paciente, pois é justamente ele que sofre diretamente a influência das falhas na assistência (ARAÚJO et al., 2016).

Segundo Araújo et al. (2016), a atividade moral deve ser exercida e revestida de conhecimentos éticos e bioéticos, devendo ser exercida durante a vida acadêmica, juntando a parte científica e técnica, de modo que as ações se consolidem com coerência para que

os homens tenham seu direito preservados alicerçados na dignidade do ser humano.

Dessa forma, para a prática do profissional de enfermagem, prevenir e tratar LPP configura um grande desafio, pois se trata de ações de descompressão de tecido cutâneo. As ações são a mudança de decúbito a cada 2 horas, hidratação da pele. (ARAÚJO et al., 2016).

Acompanhando o histórico do tratamento de LPP, observa-se que a enfermagem vem praticando-o de forma direta e ativa no processo de tratamento das lesões. Nesse contexto, destaca-se que enfermeiro vem se destacando em pesquisas clínicas e no desenvolvimento de novas alternativas de intervenções de enfermagem para minimizar os danos e riscos ao paciente (ARAÚJO et al., 2016).

Na área de saúde torna se fundamental ao cuidado do paciente que a equipe trabalhe de maneira interdisciplinar. Essa articulação deve envolver enfermeiros médicos, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, farmacêuticos, assistentes sociais, somam para umas melhoras e sucesso no tratamento (BEZERRA et al., 2016).

A partir deste ponto, será discutido como deve ser a estruturação desses serviços dentro de uma instituição hospitalar, e quais seriam as atribuições de cada membro da equipe interdisciplinar, comissão de curativos, grupos de avaliação de pele, equipe em que os profissionais estão envolvidos na prevenção e no tratamento da lesão da cutânea (BEZERRA et al., 2016).

Inserido no grupo, o enfermeiro tem um papel fundamental, na assistência ao paciente, e se não tiver ciência das suas responsabilidades, poderá cometer erros decorrentes de negligência ou imperícia, comprometendo o bem-estar do paciente (BEZERRA et al., 2016).

Nesse contexto, cabe destacar que é importante diferenciar as lesões provocadas por pressão e as lesões decorrentes de umidades, muito comum na prática assistencial. Saber classificá-las é importante, pois as medidas preventivas e os cuidados são diferenciados (NUAP, 2016).

O uso da escala de Escala de Braden (EB) possibilita aos profissionais de saúde melhor percepção dos fatores agressores auxiliando, contribuindo, deste modo para que ocorra a implementação de medidas de prevenção para a ocorrência de LPP, melhorando a qualidade da assistência desenvolvida (ARAÚJO et al., 2016. p.6).

Segundo a Resolução Cofen nº 501/2015 (COFEN, 2015), revogada pela Resolução Cofen nº 567/2018 (COFEN, 2018), a equipe de enfermagem tem apoio técnico para avaliação, classificação e tratamento das lesões cutâneas nos diferentes níveis de assistência à saúde, capacidade para atuar como vigilante na prevenção e no tratamento das lesões, atuando no desenvolvimento de protocolos e, juntamente com toda equipe de saúde, planejar estratégias de cuidados que possam promover um melhor atendimento e uma maior qualidade de vida para o paciente.

Atualmente existem várias Escalas que avaliam o risco do paciente em formar lesão. A escala preditiva escolhida para avaliar esse risco é conhecida mundialmente como Escala

de Braden (EB). A EB foi desenvolvida por Barbara Braden e Bergstrom Nancy, em 1987, é ferramenta útil clinicamente, permitindo aos profissionais de saúde avaliar os pacientes de forma confiável. Ela é amplamente utilizada nos Estados Unidos da América e, adaptada e legitimada para cultura Brasileira em 1999. Os enfermeiros necessitam incorporar a importância da aplicação da EB na sua rotina.

A EB é composta por de seis subescalas: percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento. Das seis subescalas, três medem determinantes clínicos de exposição para intensa e prolongada pressão – percepção sensorial, atividade e mobilidade; e três mensuram a tolerância do tecido à pressão. As cinco primeiras subescalas são pontuadas de 1 (menos favorável) a 4 (mais favorável); a sexta subescala, referente a fricção e ao cisalhamento, é pontuada de 1 a 3. Cada subescala é acompanhada de um título, e cada nível de um conceito, descritor-chave e uma ou duas frases descrevendo qualificando os atributos a serem avaliados. A pontuação na EB varia de 4 à 23. Pacientes hospitalizados com uma contagem igual ou maior do que 16 pontos, são considerados de pequeno risco para desenvolver LPP; escores de 11 à 16 indicam risco moderado; e abaixo de 11, apontam alto risco (DEBON et al., 2018, p.2)

A EB é um parâmetro que deve ser utilizado em associação à avaliação clínica do enfermeiro. A avaliação e a prescrição de cuidados com a pele são atribuições do enfermeiro. Dessa forma, o enfermeiro deve considerar os seguintes fatores a serem observados:

1. Avaliação de risco constante.
2. Avaliação da pele. Hidratação da pele, capacitar os profissionais na forma de avaliação da pele, inspecionar a pele regularmente, atentar para pressão exercida por dispositivos.
3. Cuidados da pele: não posicione os indivíduos sobre superfície já ruborizada, não utilizar massagem para a prevenção de LPP.
4. Nutrição.
5. Alternância de decúbito à cada 2h.
6. Superfície de apoio.

De acordo com a ANVISA (2013), o enfermeiro pode desenvolver medidas preventivas para minimizar a incidência de LPPs, como descrito na Tabela 6.

RISCO LEVE	RISCO MÓDICO	RISCO ALTO	RISCO MUITO ALTO
15 a 18 pontos na escala Braden	13 a 14 pontos na escala Braden	10 a 12 pontos na escala Braden	≤9 pontos na escala Braden
Orientação para reposicionamento no leito	Continuar as intervenções do risco baixo	Continuar as intervenções do risco moderado	Continuar as intervenções do risco alto
Otimização da mobilização	Mudança de decúbito com posicionamento a 30°	Reposicionamento no leito a cada 2 horas	Utilização de superfícies de apoio dinâmico com pequena perda de ar, se possível
Proteção do calcanhar		Utilização de coxins de espuma para facilitar a lateralização a 30°	Manejo da dor
Manejo da umidade, nutrição, fricção e cisalhamento, bem como uso de superfícies de redistribuição de pressão			

Tabela 6 – Medidas preventivas para lesão por pressão.

Fonte: MS/ANVISA/FIOCRUZ, 2013

4.2 Importância do Enfermeiro para a prevenção da incidência de LPP na Unidade de terapia Intensiva (UTI)

O enfermeiro está diretamente ligado à gerência de cuidados dos pacientes internados em UTI, com mobilidade física reduzida e com predisposição para formação da LPP (ARAÚJO et al., 2015).

Para Cavalcante et al. (2016, p.4), “em toda a rede de atenção à saúde deve ser valorizado o cuidado seguro como um direito do paciente e um compromisso ético dos profissionais que atuam nesse setor”. Salienta-se ainda a atribuição do enfermeiro em reconhecer fatores de risco, planejar ações de promoção da segurança do paciente bem como notificar a ocorrência de danos. Segundo Gomes et al. (2018, p.75), a inspeção geral do paciente deve “ser realizada pelo enfermeiro no momento de sua internação, observando principalmente a integridade da pele, para que os cuidados predestinados ao paciente possam ser implementados pela equipe”.

É de extrema importância a participação do enfermeiro na implementação de estratégias inovadoras de cuidados, dando oportunidade aos mesmos de conhecer melhor o paciente, mantendo assim uma maior aproximação, procurando desenvolver um cuidado ético com técnicas de habilidades fundamentadas na cultura de segurança (SILVA, 2016, p.72).

Por meio de uma análise mais aprofundada sobre como o enfermeiro pode contribuir de fato para essa prevenção das LPPs nas UTIs, infere-se que a incidência da LPP em

pacientes criticamente enfermos é um problema vivenciado não somente na realidade brasileira, mas também em outros países considerados desenvolvidos. Percebe-se que as escalas de predição de riscos (EB), constituem ferramentas que contribuem para auxiliar na melhor visualização do risco ao desenvolvimento da LPP (CASTANHEIRA et al., 2018, p.60).

A LPP é um evento adverso que merece atenção da equipe de saúde, com destaque para atuação da enfermagem. Nesse caso, recai sobre o enfermeiro uma grande responsabilidade, pois este é também responsável pela prescrição desse cuidado e deve fiscalizar sua equipe para esse cuidado essencial na recuperação do paciente (GOMES et al., 2018, p.74).

Portanto, é de suma importância que o enfermeiro tenha total conhecimento científico para que possa direcionar e capacitar sua equipe em uma prestação de assistência eficaz.

Na prática clínica, a associação intrínseca e extrínseca para desenvolvimento da LPP em pacientes críticos é concreta, podendo ser evitadas à medida que ocorra a capacitação da equipe de saúde quanto à identificação precoce desses fatores predisponentes, de risco ou associados à gênese desse tipo de lesão (CAMPANILI et al., 2015, p.12).

O enfermeiro deve ser competente e habilidoso na avaliação da prevenção da LPP e sistematizar um plano de assistência. Esse profissional deve também compartilhar seus conhecimentos e estratégias que podem ser aplicados e desenvolvidos junto a sua equipe para essa prevenção, a fim de diminuir a incidência da LPP nessas unidades.

Segundo Silva et al. (2016, p.3), não se pode esquecer que “o enfermeiro como líder da equipe de enfermagem assume a responsabilidade de prover e promover a segurança do paciente bem como gerenciar os recursos necessários para qualidade da assistência”.

O profissional deve se manter atento à estadia do paciente, e é primordial o acompanhamento desde o início da internação até o momento da alta. Este deve buscar aprimorar seus conhecimentos, desenvolver estratégias de treinamento para sua equipe através de atualizações e protocolos inseridos na unidade de terapia intensiva, observando a vulnerabilidade do paciente devido ao seu quadro de instabilidade, associado ao local. A importância da utilização da EB em ações educativas parece ser bastante interessante e relevante no tocante à questão.

Nem sempre os pacientes irão desenvolver LPP por falta de cuidados e avaliação, pois essa ocorrência abrange muito mais fatores de risco, como as comorbidades, idade, desnutrição, doses altas de aminas, emagrecimento e equipe defasada; Sendo assim, a utilização de protocolos do MS ou até mesmos protocolos e estratégias da própria unidade somados à fiscalização e implementações de ações que o enfermeiro desenvolve nessa unidade podem contribuir para evitar o surgimento ou minimizar essa ocorrência, ratificando a importância do enfermeiro em relação à temática e sua redução durante toda a prestação da assistência de enfermagem prestada aos pacientes graves, internados nesses respectivos setores.

51 CONCLUSÃO

Considerando todos os apontamentos mencionados anteriormente, conclui-se que os objetivos do estudo foram alcançados.

Este estudo ratifica a importância da atuação do enfermeiro para a prevenção da LPP nas Unidades de Terapia Intensiva. LPP é um problema que compromete os pacientes hospitalizados, acamados, idosos, desnutridos e cadeirantes, ocorrendo na pele ou tecido subjacente, principalmente em tecidos de proeminências ósseas, resultante de força de atritos ou cisalhamento, com amplas possibilidades de ocasionar sequelas para esses pacientes. Para que esses eventos sejam minimizados ou não ocorram, é preciso que um conjunto de ações e medidas sejam implementadas para promoção de uma maior segurança do paciente, com o objetivo de minimizar a incidência das LPPs.

Faz-se necessário que o enfermeiro tenha maior atenção na admissão e avaliação diária da pele e das condições do paciente, conscientizando a si e também sua equipe sobre suas responsabilidades quanto ao tema em discussão.

Nesse sentido, é importante lembrar que a realização de ações preventivas, assim como a capacitação de seus profissionais, podem aumentar a conscientização de toda a equipe, corroborando para maior adesão aos protocolos e diminuição de riscos para esses pacientes.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, G.S.A. et al. Lesão por pressão na unidade de terapia intensiva: incidência e fatores de riscos. **Nursing São Paulo**, v. 21, n. 239, . p. 2124-28, 2018.

ARAÚJO, A.A.; SANTOS, A.G.S. Úlceras por pressão em pacientes internados em unidades de terapia intensiva: revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde**, v. 9, n.1, p.38-48, 2016.

BEZERRA, R.M.; MEIRELES, G.O.A.B.; ALBUQUERQUE, R.B.S.S.; PAIVA, D.M. Lesão por pressão e a enfermagem: uma revisão integrativa. **II Simpósio de Produção Científica do Curso de Enfermagem da UniEVANGÉLICA**. 2018: III

CIPEEX. Disponível em: <<http://anais.unievangelica.edu.br/index.php/CIPEEX/article/view/2821>>. Acesso em: 20 mai. 2018.

BRASIL, Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde. Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde da SES-DF – CPPAS. **Protocolo de Atenção à Saúde. Segurança do Paciente: prevenção de lesão por pressão (LP)**. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/6.-Seguranca-do-Paciente-prevencao-de-Lesao-por-Pressao-LP.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Grupo de Estudos de Feridas da Universidade Estadual de Campinas**. Hospital das Clínicas. Manual de tratamento de Feridas. São Paulo, 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.012, de 26 de Dezembro de 2012.** Dispõe sobre Redefinir a composição das Equipes de Saúde Bucal da **Estratégia Saúde da Família constante na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).** Gabinete do Ministro Alexandre Rocha Santos Padilha. Saúde legis - sistema de legislação da saúde. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3012_26_12_2012.html> Acesso em: 24 jun. 2018.

BRASIL. **Protocolo para prevenção de úlcera por pressão.** 2013. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/ulcera-por-pressao>>. Acesso em: 24 jun. 2018.

CAMPANILI, T.C.G.F.; SANTOS, V.L.C.G.; STRAZZIERI-PULIDO, K.C.; THOMAZ, P.B.M.; NOGUEIRA, P.C. Incidência de úlceras por pressão em pacientes de Unidade de Terapia Intensiva Cardiopneumológica. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. (esp), p. 7-14, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49nspe/1980-220X-reeusp-49-spe-0007.pdf>>.

Acesso em: 20 jun. 2018.

CANDIDO, L. C. **Nova abordagem no tratamento de feridas.** São Paulo: Atheneu, 2001.

CASTANHEIRA, L.S.; WERLI-ALVARENGA, A.; CORREA, A.R.; CAMPOS, D.M.P. Escalas de predição de risco para lesão por pressão em pacientes criticamente enfermos: revisão integrativa. **Enferm. Foco**, v.9, n. 2, p. 55-61, 2018.

CAVALCANTE, M.L.S.N.; BORGES, C.L.; MOURA, A.M.F.T.M.; CARVALHO, R.E.F.L. Indicadores de saúde e a segurança do idoso institucionalizado. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 50, n. 4, p. 602-609, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n4/pt_0080-6234-reeusp-50-04-0602.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2018.

CEDRAZ, R.O.; GALLASCH, C.H.; PÉREZ JÚNIOR, E.F.; GOMES, H.F.; ROCHA, R.G.; MININEL, V.A. Gerenciamento de riscos em ambiente hospitalar: incidência e fatores de riscos associados à queda e lesão por pressão em unidade clínica. **Rev. Esc. Anna Nery**, v. 22, n. 1, p. 2017-32, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n1/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-20170252.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2018.

DEALEY, C. **Cuidando de feridas:** um guia para enfermeiras. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2001.

DEBON, R.; FORTES, V.L.F.; RÓS, A.C.R.; SCARATTI, M. A visão de enfermeiros quanto a aplicação da escala de Braden no paciente idoso. **Rev. Fund. Care Online**. v. 10, n.3, p. 817-23, jul./set., 2018. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/6210/pdf_1>. Acesso em: 24 jun. 2018.

GOMES, R.K.G.; MORAES, M.H.M.; MANIVA, S.J.C.F.; HOLANDA, R. Prevenção de lesão por pressão: segurança do paciente na assistência à saúde pela equipe de enfermagem. **Revista Expressão Católica Saúde**, v. 3, n. 1, p. 71-77. 2018. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/327948853_PREVENCAO_DE_LESAO_POR_PRESSAO_SEGURANCA_DO_PACIENTE_NA_ASSISTENCIA_A_SAUDE_PELA_EQUIPE_DE_ENFERMAGEM>. Acesso em: 24 jun. 2018.

LIMA, N.C.S.; OLIVEIRA, S.J.; NUNES, M.M.; SILVA, P.B.D.N.; ABUD, A.C.F. Avaliação da assistência de enfermagem na prevenção de lesão por pressão em unidade de terapia intensiva. International Nursing Congress Unit Universidade Tiradentes. Theme: Good practices of nursing representations In the construction of Society. **Anais**. São Paulo: Universidade Tiradentes, 2017.

MAIA, L.C.M.; MONTEIRO, M.L.G. Úlceras por compressão: Prevenção e tratamento. In: **Brunner & Suddarth**. Tratado de enfermagem médico-Cirúrgica. 13 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2016, p 1752-1753.

MEDEIROS, L.N.B.; SILVA, D.R.; GUEDES, C.D.F.S.; SOUZA, T.K.C.; ARAÚJO NETA, B.P.A. Prevalência de úlceras por pressão em unidades de terapia intensiva. **Rev. Enferm. UFPE Online**, v. 11, n. 7, p. 2697-703, 2017. Disponível em: <<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwjJt83stfviAhVJEbkGHAR5BCcQFJA AegQIBBAC&url=https%3A%2F%2Fperiodic.os.ufpe.br%2Frevistas%2Frevista%2Fartigo%2Fdownload%2F23442%2F19144&usq=AOvVaw2fZTHijlBj0AX80a1P6Y9C>>. Acesso em: 24 jun. 2018.

MENDES, K.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 – Enferm**, v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008.

NPUAP. **National pressure ulcer advisory panel**. (NUAP) anuncia uma mudança na terminologia de úlcera de pressão a lesão por pressão e atualiza os estágios de lesão por pressão. 2016. Disponível em: <<http://www.npuap.org/nationalpressureulcer-advisory-panel-npuap-announces-a-change-in-terminology-frompressureulcer-to-pressure-injury-and-updates-the-stages-of-pressure-injury/>>. Acesso em: 24 jun. 2018.

PEREIRA, S.R.M. **Prevenção das lesões de pele nos pacientes críticos**. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2016.

SILVA, J.C.; BRITO, J.S.P.; ALBUQUERQUE, A.V. Lesão por pressão em pacientes da unidade de terapia intensiva, as responsabilidades e competências da enfermagem nesse cenário: uma revisão bibliográfica. **II Conbracis**. II Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde, **Anais ...**, 2017. Disponível em: <http://editorarealize.com.br/revistas/conbracis/trabalhos/TRABALHO_EV071_MD4_SA4_ID760_03052017174413.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2018.

SOARES, C.F.; HEIDEMANN, I.T.S.B. Promoção da saúde e prevenção da lesão por pressão: expectativas do enfermeiro da atenção primária. **Texto Contexto Enferm**, v. 27, n.2, p. e1630016. 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v27n2/0104-0707-tce-27-02-e1630016.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

VASCONCELOS, J.M.B.; CALIRI, M.H.L. Ações de enfermagem antes e após um protocolo de prevenção de lesões por pressão em terapia intensiva. **Rev. Esc. Anna Nery**, v. 21, n.1, p. e20170001. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n1/1414-8145-ean-21-01-e20170001.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

WECHI, J.S.; AMANTE, L.N.; SALUM, N.C.; MATOS, E.; MARTINS, T. Escala de Braden: instrumento norteador para a prevenção de úlceras por pressão. **ESTIMA**, v. 15, n. 3, p. 145-51, 2017.

CAPÍTULO 10

ENTENDIMENTO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE A FOTOTERAPIA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Data de aceite: 01/11/2021

Data de submissão: 05/08/2021

Michelle Quaresma Cardoso

Universidade Federal do Pará
Belém-Pará

Emerson Wilson da Costa Martins

Universidade Federal do Pará
Belém-Pará

Tamires de Nazaré Soares

Docente/Especialista em Unidade de Terapia
Intensiva Adulto e Neonatal
Belém-Pará

Gabrielle Caroline Sena de Queiroz

Universidade da Amazônia
Belém-Pará

Hernanes Macedo Modesto

Universidade da Amazônia
Belém-Pará

Camila Micheli Monteiro Vinagre

Universidade da Amazônia
Belém-Pará

Larissa Borges da Silva

Universidade da Amazônia
Belém-Pará

Ana Paula Figueiredo Barbosa

Universidade da Amazônia
Belém-Pará

Camila Andreza Ferro Serra

Universidade da Amazônia
Belém-Pará

Stefhanye Yone Costa de Souza

Universidade da Amazônia
Belém-Pará

Augusto César de Souza Lopes

Centro Universitário Maurício de Nassau
Belém-Pará

Milena Conceição Santos de Souza

Universidade Federal do Pará
Belém-Pará

RESUMO: O principal tratamento para a icterícia neonatal e o mais conhecido é a fototerapia, um método eficaz, não invasivo e seguro para redução da bilirrubina, a atuação da equipe de enfermagem na execução e no acompanhamento da fototerapia é de suma importância, uma vez que são os responsáveis por garantirem o bem-estar, proporcionando conforto e minimizando os possíveis riscos decorrentes do método.

Objetivo: Analisar o entendimento de técnicos de enfermagem com base no tratamento da fototerapia em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa de caráter descritivo com abordagem qualitativa, cujo cenário é a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um Hospital Público da cidade de Belém do Pará. **Resultados e Discussão:** Os dados obtidos durante as entrevistas foram organizados em 4 tabelas: Significado do tratamento da fototerapia, Tipos de aparelhos usados na fototerapia, Finalidade da fototerapia e os Cuidados de proteção. **Conclusão:** Por meio da realização desta

pesquisa, foi possível observar as diferentes respostas e o pouco domínio das profissionais de enfermagem que atuam no tratamento com a fototerapia, notando-se escassez no que diz respeito a efetivação da educação permanente e continuada.

PALAVRAS-CHAVE: Fototerapia; Neonatal; Enfermagem; Bilirrubina.

UNDERSTANDING OF NURSING PROFESSIONAL ABOUT PHOTOTHERAPY IN A NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT

ABSTRACT: The main and best known treatment for neonatal jaundice is phototherapy, an effective, non-invasive and safe method for reducing bilirubin. the role of the nursing team in the execution and monitoring of phototherapy is of paramount importance, providing comfort and minimizing possible risks arising from the method. **Objective:** To analyze the understanding of nursing technicians based on phototherapy treatment in the Neonatal Intensive Care Unit. **Methodology:** This is a descriptive research with a qualitative approach, whose setting is the Neonatal Intensive Care Unit of a Public Hospital in the city of Belém do Pará. **Results and Discussion:** The data obtained during the interviews were organized into 4 tables: Meaning of phototherapy treatment, Types of devices used in phototherapy, Purpose of phototherapy and Protective care. **Conclusion:** Through this research, it was possible to observe the different responses and the little mastery of nursing professionals who work in the treatment with phototherapy, noting a scarcity with regard to the effectiveness of permanent and continuing education.

KEYWORDS: Phototherapy; Neonatal; Nursing; Bilirubin.

1 | INTRODUÇÃO

A icterícia neonatal, também chamada de hiperbilirrubinemia neonatal significativa ou grave, é a condição comum que requer internação hospitalar e acompanhamento após a alta em neonatos em nível ambulatorial, é caracterizada pela coloração amarelada na pele, conjuntiva e mucosas decorrentes da alta presença de bilirrubina na corrente sanguínea (BRASIL, 2011).

É uma das condições clínicas mais prevalentes na fase neonatal, especialmente entre recém-nascidos prematuros e desenvolve-se quando o RN está com um grande volume de hematócritos, menor meia vida das hemácias, pouca capacidade de conjugação, excreção e por obter o trato gastrointestinal estéril, ocorre a elevação da desconjugação na mucosa intestinal. O valor da bilirrubina e o período de resolução da patologia irá depender da dieta, etnia e idade gestacional (CARVALHO; ALMEIDA, 2020).

O principal tratamento para a icterícia neonatal e o mais conhecido é a fototerapia, um método eficaz, não invasivo e seguro para redução da bilirrubina, são utilizadas fontes luminosas como Fototerapia convencional, Bilispot, Biliblanket e a Fototerapia de alta intensidade para que ocorra a transformação da estrutura da molécula da bilirrubina em moléculas hidrossolúveis para que a mesma seja excretada pelos rins ou fígado (RAMOS et al., 2021).

A fototerapia é utilizada como dispositivo de tratamento preventivo e terapêutico, sendo profilático quando usado precocemente nas primeiras horas de vida e como tratamento terapêutico a utilização é realizada quando os níveis de bilirrubina estão elevados e faz-se o uso até a mesma diminuir (LEITE et al., 2021). No entanto, é necessário atentar-se para os cuidados sobre a aplicação da fototerapia, haja vista que quando utilizado de forma errada, pode causar riscos ao recém-nascido. Para isto, é indispensável a aplicabilidade de proteção ocular, temperatura corporal, peso, coleta de amostra sanguínea, ingesta hídrica e nível de irradiância, objetivando a segurança do paciente (RAMOS et al., 2021).

A atuação da equipe de enfermagem na execução e no acompanhamento da fototerapia é de suma importância, uma vez que são os responsáveis por garantir o bem-estar do recém-nascido e dos familiares durante todo o procedimento, proporcionando conforto e minimizando os possíveis riscos decorrentes do método (LEITE et al., 2021). Para tal fim, entende-se que é de extrema importância o entendimento dos profissionais de enfermagem acerca da execução, segurança e finalidade da fototerapia, a fim de promover o sucesso no tratamento.

2 | OBJETIVO

Analisar o entendimento de técnicos de enfermagem com base no tratamento da fototerapia em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

3 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de caráter descritivo com abordagem qualitativa, cujo cenário é a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um Hospital Público da cidade de Belém do Pará. A amostragem do estudo contou com 8 técnicas de enfermagem, os dados foram obtidos por meio de entrevistas com perguntas abertas e, posteriormente, os fatos foram analisados através do conteúdo de Bardin.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados obtidos durante as entrevistas foram organizados em 4 tabelas: Significado do tratamento da fototerapia, Tipos de aparelhos usados na fototerapia, Finalidade da fototerapia e os Cuidados de proteção. Foram alcançados os seguintes resultados:

Significado do tratamento da fototerapia	Nº de Profissionais	%
Tratamento em incidência a luz.	6	75%
Fototerapia e níveis de bilirrubina.	1	12,5%
Fototerapia é iniciada para regular os níveis de bilirrubina no sangue.	1	12,5%

Tabela 1 - Descrição das respostas fornecidas pelas técnicas de enfermagem a respeito de qual o significado do tratamento da fototerapia.

Fonte: Elaborada pelos autores, 2021.

Tipos de aparelhos usados na fototerapia	Nº de Profissionais	%
Bilibërço e Bilitron	5	62,5%
Bilispot	2	25%
Não soube responder quais os tipos de aparelhos utilizados na fototerapia.	1	12,5%

Tabela 2 - Descrição das respostas obtidas pelas técnicas de enfermagem sobre quais são os tipos de aparelhos utilizados na fototerapia.

Fonte: Elaborada pelos autores, 2021.

Finalidade da fototerapia	Nº de Profissionais	%
Tratar icterícia	2	25%
Reduzir a icterícia	1	12,5%
Não souberam responder	5	62,5%

Tabela 3 - Descrição das respostas fornecidas pelas técnicas de enfermagem sobre qual a finalidade do tratamento da fototerapia.

Fonte: Elaborada pelos autores, 2021.

Cuidados de Proteção	Nº de Profissionais	%
Ocular e genital	1	12,5%
Expõe o máximo possível o corpo do recém-nascido	1	12,5%
Realiza a exposição a luz por um período prolongado	1	12,5%
Coleta sangue para verificar os níveis de bilirrubina	1	12,5%
Proteção ocular negra	1	12,5%
Evita retirar o recém-nascido por muito tempo da fototerapia	1	12,5%
Detém cuidados com o aquecimento do aparelho	1	12,5%
Proteção da genitália	1	12,5%

Tabela 4 - Descrição das respostas obtidas pelas técnicas de enfermagem sobre quais os cuidados de proteção são utilizados durante o tratamento.

Fonte: Elaborada pelos autores, 2021.

Na Tabela 1, a resposta com maior percentual foi que o significado do tratamento da fototerapia é o tratamento em incidência em luz (75%), seguido por fototerapia e níveis de bilirrubina (12,5%) e que fototerapia é iniciada para regular os níveis de bilirrubina no sangue (12,5%). Dessa forma, ao analisar os dados fornecidos pelas profissionais, verificou-se pouca divergência nas respostas, no entanto, observa-se que há falta de objetividade nas mesmas, uma vez que o tratamento com fototerapia corresponde no uso de luz eletromagnética para que ocorra a modificação da bilirrubina em fotoisômeros mais polares que serão descartados pelos rins e fígado (CARNEIRO et al., 2020).

Na Tabela 2, em relação a quais tipos de aparelhos são utilizados na fototerapia, obteve-se grande porcentagem no uso de Biliberço e Bilitron (62,5%), seguido do Bilispot (25%) e da falta de resposta (12,5%). Com isso, verifica-se que existe pouco ou nenhum conhecimento sobre os diversos tipos de aparelhos de fototerapia, deixando explícito a necessidade pela busca contínua por atualização, objetivando o aprimoramento profissional, segurança e o melhor tratamento para o paciente. Além disso, salienta-se que existem inúmeras opções atualmente no mercado, como por exemplo, fototerapia com emissão de iodo, fototerapia refletora de alta intensidade (Biliberço), fototerapia de alta intensidade (Bilitron), halógena dicróica (Bilispot) e o convencional (PAIVA; LIEBERENZ, 2017).

Na Tabela 3, no que diz respeito a finalidade da fototerapia, a maior porcentagem deu-se a partir da falta de resposta (62,5%), seguido de tratar a icterícia (25%) e reduzir a icterícia (12,5%). Diante disso, atenta-se para um grande problema em relação a falta de conhecimento sobre a função da fototerapia, tendo em vista que mais de 60% das entrevistadas não souberam responder e, com isso, evidencia-se um déficit no processo de capacitação profissional. Portanto, ratifica-se a extrema necessidade de entender o propósito do tratamento, justamente para obter eficácia no mesmo (MACHADO, 2012).

Na Tabela 4, no que concerne quais os cuidados são praticados na fototerapia, verificou-se elevada discrepância nas respostas das entrevistadas, haja vista que todas as 8 técnicas de enfermagem responderam diferentes tipos de cuidados, iniciando os resultados com o uso de ocular e genital (12,5%), exposição máxima possível do corpo do recém-nascido (12,5%), exposição a luz por um período prolongado (12,5%), coleta de sangue para verificar os níveis de bilirrubina (12,5%), apenas uso de proteção ocular negra (12,5%), evita retirar o recém-nascido por muito tempo da fototerapia (12,5%), detém cuidados com o aquecimento do aparelho (12,5%) e utiliza apenas proteção da genitália (12,5%). Isto posto, percebe-se que os cuidados de proteção estão inadequados e/ou incompletos, levando em consideração que, apesar da fototerapia ser um tratamento não invasivo e fomentar inúmeras vantagens, é imprescindível que a equipe de enfermagem promova uma assistência com segurança, haja vista que quando aplicada incorretamente, corre-se risco de causar desidratação, eritema, lesões na retina, letargia, queimaduras, bronzeamento (PAIVA; LIEBERENZ, 2017).

51 CONCLUSÃO

Por meio da realização desta pesquisa, foi possível observar as diferentes respostas e o pouco domínio das profissionais de enfermagem que atuam no tratamento com a fototerapia, notando-se escassez no que diz respeito a efetivação da educação permanente e continuada, podendo estar relacionada diretamente com as baixas oportunidades de capacitação para o aprimoramento científico e pouco entrosamento entre as mesmas.

Neste sentido, reitera-se a primordialidade da equipe de enfermagem no empoderamento de entender o mecanismo do tratamento, a conduta ideal e os cuidados necessários a serem seguidos, tendo em vista que a fototerapia exige que os profissionais estejam capacitados para garantir uma assistência humanizada e segura.

REFERÊNCIAS

ALVES, A.L.N *et al.* **Diagnósticos de enfermagem em pacientes com icterícia neonatal.** Brazilian Journal of Development, Curitiba, v.6, n.8, p.57742-57748. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido- intervenções comuns, icterícia e infecções.** Guia para os profissionais de saúde. Brasília, 2011.

BOMFIM, V.V.B.S *et al.* **Repercussões clínicas da icterícia neonatal no prematuro.** Research, Society and Development, v.10, n.9, p. 1-8. 2021.

CARNEIRO, S.A.M *et al.* **Revisão de literatura acerca dos tratamentos de hiperbilirrubinemia neonatal.** Brazilian Journal of Health Review, Curitiba, v.3, n.5, p.13606-13619, set./out. 2020.

CARVALHO, F.T.S; ALMEIDA, M.V. **Icterícia neonatal e os cuidados de enfermagem: relato de caso.** Health Residencies Journal, v. 1, n. 8, p.1-11. 2020.

GIRÃO, S.G.M *et al.* **Ações de prevenção de lesões de pele pela equipe de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.** Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa, Ceará, v.2, p. 1462-1467. 2018.

LEITE, A.C *et al.* **Indicações da fototerapia em recém-nascidos com icterícia.** Brazilian Journal of Health Review, Curitiba, v.4, n.3, p. 10827-10847, may. /jun.2021.

MACHADO, S.P.C *et al.* **Conhecimento, atitude e prática sobre fototerapia entre profissionais de enfermagem de hospitais de ensino.** Rev. Brasileira de Enfermagem, Brasília, p. 34-41. 2012.

PAIVA, E.I; LIEBERENZ, L.V.A. **O cuidado ao recém-nascido em uso de fototerapia e o conhecimento da equipe de enfermagem para o manuseio do equipamento.** Revista Brasileira de Ciências da Vida, Minas Gerais, v.5, n.2, p.1-22. 2017.

RAMOS, H.C.F *et al.* **Os cuidados de enfermagem ao recém-nascido em fototerapia: revisão bibliográfica.** Revista Terra & Cultura: Cadernos de Ensino e Pesquisa, Londrina, v.37, n. especial, p. 175-185. 2021.

SACRAMENTO, L.C.A *et al.* **Icterícia neonatal: o enfermeiro frente ao diagnóstico e à fototerapia como tratamento.** International Nursing Congress, p.1-3, mai. 9-12. 2017.

SALES, I.M.M *et al.* **Assistência de enfermagem aos recém-nascidos em fototerapia: revisão integrativa.** Revista Eletrônica Acervo Saúde, Teresina, v. sup.14, p. 1659-1665. 2018.

CAPÍTULO 11

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM REGISTRADOS EM PRONTUÁRIOS DE IDOSOS EM SITUAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: ESTUDO DOCUMENTAL

Data de aceite: 01/11/2021

Fabrcia Martins Sales

Instituto Federal Fluminense – IFF – Campus:
Campos Guarús
Campos dos Goytacazes/RJ
<http://lattes.cnpq.br/7089015777938353>

Eliezer do Nascimento Peixoto

Secretaria Municipal de Saúde de Campos dos
Goytacazes/RJ
<http://lattes.cnpq.br/5682849991325159>

Thais Aparecida de Castro Palermo

Institutos Superiores de Ensino do CENSA
Campos dos Goytacazes/RJ
<http://lattes.cnpq.br/5586150068846048>

Sonia Regina Belisario dos Santos

Instituto Federal de Educação, Ciências e
Tecnologia do Rio de Janeiro (IFRJ)
Rio de Janeiro/RJ
<http://lattes.cnpq.br/1162232754162871>

Rodrigo Rodrigues de Azevedo

Secretaria Municipal de Saúde de Campos dos
Goytacazes/RJ
<https://orcid.org/0000-0002-0618-1768>

Lud Mylla Dantas Pacheco dos Santos

Assistência Multidisciplinar em Oncologia
Alagoinhas-BA
<http://lattes.cnpq.br/5787359709211543>

Luciana Pessanha Abreu

Faculdade de Enfermagem – Universidade
Estácio de Sá
Campos dos Goytacazes/RJ
<http://lattes.cnpq.br/8105270280101814>

Luciana Iglesias de Castro Silva

Faculdade de Enfermagem – Universidade
Estácio de Sá
Macaé/RJ
<http://lattes.cnpq.br/1494682720737569>

RESUMO: No Brasil, 26,4% das hospitalizações em 2019 pelo Sistema Único de Saúde (SUS) foram de idosos. Objetivo: Identificar os diagnósticos de enfermagem registrados em prontuários de idosos internados em unidade semi intensiva de um hospital geral. A pesquisa tem natureza quantitativa descritiva documental. Metodologia: O cenário do estudo foi a Unidade semi intensiva de um hospital municipal de Campos dos Goytacazes/RJ. A amostra foi composta por 98 prontuários de idosos internados. Os dados foram coletados nos meses de maio e junho de 2021. Resultados: Foram identificados sete diagnósticos de enfermagem segundo taxonomia II da NANDA-I que atingiram o percentil ≥ 50 de ocorrência: Risco para infecção (88,77%), Mobilidade física prejudicada (70,59%), Risco de queda (66,32%), processos familiares disfuncionais (64,28%), Ansiedade (42,85%), Integridade da pele prejudicada (33,67%) e Déficit de autocuidado para banho (26,53%). A relação entre a quantidade de diagnósticos de enfermagem identificados simultaneamente por prontuário revelou: 45 prontuários (45,91%) com cinco diagnósticos registrados em cada um; 23 prontuários (23,46%) com quatro diagnósticos; 17 prontuários (17,34%) com três diagnósticos e 13 prontuários (13,26%) com dois diagnósticos. Considerações Finais: A pesquisa reforça a

importância do registro dos Diagnósticos de Enfermagem nos prontuários dos pacientes como aspecto fundamental da Sistematização da Assistência de Enfermagem no sentido de possibilitar o planejamento de um modelo de assistência individualizada a ser prestada à clientela hospitalizada.

PALAVRAS-CHAVE: Diagnóstico de Enfermagem; Registros de Enfermagem; Cuidado de Enfermagem ao Idoso Hospitalizado.

NURSING DIAGNOSES REGISTERED IN MEDICAL RECORDS OF ELDERLY IN HOSPITAL ADMISSION SITUATION: DOCUMENTARY STUDY

ABSTRACT: In Brazil, 26.4% of hospitalizations in 2019 by the Unified Health System (SUS) were elderly. Objective: To identify nursing diagnoses recorded in medical records of elderly patients admitted to a semi-intensive unit of a general hospital. The research has a quantitative descriptive documental nature. Methodology: The study setting was the semi-intensive unit of a municipal hospital in Campos dos Goytacazes/RJ. The sample consisted of 98 medical records of hospitalized elderly. Data were collected in May and June 2021. Results: Seven nursing diagnoses were identified according to NANDA-I taxonomy II that reached the ≥ 50 th percentile of occurrence: Risk for infection (88.77%), Impaired physical mobility (70.59%), Risk of falling (66.32%), dysfunctional family processes (64.28%), Anxiety (42.85%), Impaired skin integrity (33.67%) and Self-care deficit for bath (26.53%). The relationship between the number of nursing diagnoses identified simultaneously by medical records revealed: 45 records (45.91%) with five diagnoses recorded in each one; 23 medical records (23.46%) with four diagnoses; 17 medical records (17.34%) with three diagnoses and 13 medical records (13.26%) with two diagnoses. Final Considerations: The research reinforces the importance of recording Nursing Diagnoses in patients' medical records as a fundamental aspect of the Systematization of Nursing Care in order to enable the planning of an individualized care model to be provided to hospitalized clients.

KEYWORDS: Nursing Diagnosis; Nursing Records; Nursing Care for the Hospitalized Elderly.

INTRODUÇÃO

O rápido envelhecimento da população mundial torna a saúde dos idosos um grande desafio e uma prioridade da saúde pública. Em 2050, a expectativa de vida nos países desenvolvidos será de 87,5 anos para os homens e para as mulheres 92,5 anos, já nos países em desenvolvimento será de 82 anos para os homens e 86 anos para as mulheres. No Brasil, estima-se que em 2025 o número de idosos com mais de 60 anos excederá 30 milhões de pessoas, o que representará 14% da população total do país (OMS, 2016).

Decorrente de um processo multifatorial inerente à existência humana, o envelhecimento engloba alterações em todos os sistemas do organismo. Contudo, apesar da senescência ser considerada um processo biológico, cada indivíduo envelhece de maneira única. Essa etapa da vida é caracterizada pelo aumento da incidência das chamadas Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), as quais muitas vezes implicam na dependência de cuidados e na utilização dos serviços de saúde. Essas doenças

demandam acompanhamento contínuo para efetivo controle e manutenção da capacidade funcional do indivíduo. As DCNT quando não controladas, contribuem para agravos à saúde e necessidade de hospitalização, o que pode predispor a pessoa idosa a declínios sociais, econômicos e biológicos (PINHEIRO et al, 2016).

Os avanços na evolução das políticas públicas voltadas para o idoso no Brasil nas últimas décadas, que incluem a Política Nacional do Idoso, o Estatuto do Idoso e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa apesar de importantes, não foram suficientes para garantia dos direitos dos idosos como cidadãos, especialmente no tocante à questão da saúde (DIAS e RIBEIRO, 2017).

No Brasil, 26,4% das hospitalizações em 2019 pelo Sistema Único de Saúde (SUS) foram de idosos (BRASIL, 2019; GONG, KENDIG e HE, 2016; QUEIROZ et al, 2016). As internações repetidas e prolongadas podem produzir consequências negativas à saúde do idoso, como a diminuição da capacidade funcional e aumento da fragilidade (DUTRA et al, 2011; CHERNICHARO e FERREIRA, 2015).

A enfermagem se destaca como profissão comprometida com o cuidado do ser humano em todo o processo de viver e morrer, incluindo a velhice. Com o aumento da demanda por cuidados nesta fase, a enfermagem tem um papel fundamental. Uma das formas de prestar um cuidado com qualidade e de maneira organizada ao idoso hospitalizado é fazer uso de uma assistência de enfermagem sistematizada (LOPES, 2007).

No Brasil, o Conselho Federal de Enfermagem regulamentou, através da Resolução N°358/2009, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) que pressupõe a implementação do Processo de Enfermagem em todas as instituições de saúde públicas e privadas do território brasileiro. O processo de enfermagem é composto pelas seguintes etapas: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem (DE), planejamento, implementação e avaliação de enfermagem (COFEN, 2009). A taxonomia da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) é atualmente uma linguagem mundialmente conhecida e tem sido uma referência consolidada para a classificação dos DE, sendo definidos como julgamentos clínicos decorridos de interpretações de dados levantados durante a consulta de enfermagem. Desta forma, os DE constituem a síntese do raciocínio clínico e são essenciais na orientação do planejamento de enfermagem, implementação de intervenções e avaliação do cuidado prestado (NANDA, 2013).

Diante do exposto, tem-se o problema de pesquisa:

Quais são os diagnósticos de enfermagem registrados em prontuários de idosos internados em uma unidade semi intensiva de um hospital geral de Campos dos Goytacazes/RJ?

Objetivo: Identificar os diagnósticos de enfermagem registrados em prontuários de idosos internados em unidade semi intensiva de um hospital geral.

METODOLOGIA

A pesquisa tem natureza quantitativa descritiva documental.

A pesquisa quantitativa é passível de ser medida em escala numérica (ROSENAL; FRÉMONTIER-MURPHY, 2001), sendo caracterizada pelo uso da quantificação, tanto na coleta quanto no tratamento das informações, utilizando-se de técnicas estatísticas (RICHARDSON, 1999).

A descrição constitui uma das finalidades específicas da pesquisa em enfermagem. O pesquisador ao conduzir uma investigação descritiva irá observar, contar, descrever e classificar. A descrição quantitativa envolve a predominância, a incidência, o tamanho e os atributos mensuráveis de um fenômeno (POLIT, BECK e HUNGLER, 2004).

A característica principal da pesquisa documental é tomar como fonte de coleta de dados apenas documentos, escritos ou não, que constituem o que se denomina de fontes primárias (MARCONI e LAKATOS, 2003).

O cenário do estudo foi o setor denominado Unidade semi intensiva de um hospital municipal de grande porte na cidade de Campos dos Goytacazes/RJ. A referida unidade dispõe de 10 leitos. A taxa de ocupação gira em torno de 80 a 100% dos leitos disponíveis. Todos os pacientes admitidos são provenientes do pronto socorro, cujo atendimento se dá por demanda espontânea.

Os prontuários dos pacientes idosos internados no período da coleta de dados somaram 144 documentos, que correspondem a 63% do total dos 230 prontuários dos pacientes internados na clínica cenário do estudo durante os 2 meses de pesquisa. Dentre esses 144 prontuários, compôs-se a amostra equivalente a 98. O critério de inclusão utilizado foi o prontuário conter ao menos 1 registro de diagnóstico de enfermagem a cada período de 24 horas de internação. Foram excluídos da amostra prontuários que não apresentavam registros referentes a diagnósticos de enfermagem a cada período de 24 horas.

Os dados foram coletados no período compreendido entre os meses de maio e junho 2021. No mês de julho do mesmo ano, procedeu-se ao agrupamento e interpretação dos mesmos. Para isso foram utilizados os DE da taxonomia II da NANDA-I, uma vez que segundo Herdman e Kamitsuru (2018) este modelo é, desde 2002, o mais utilizado no mundo e substitui a taxonomia I.

Os dados foram apurados manualmente e tratados através de estatística descritiva, calculando-se suas frequências absoluta e relativa de cada diagnóstico de enfermagem identificado.

O estudo não passou pelo sistema CEP/CONEP, pois a Resolução CNS 510/2016 em seu inciso V dispensa da avaliação do sistema CEP/CONEP todas as pesquisas com bancos de dados, cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual (BRASIL, 2016).

A realização do estudo foi autorizada pela direção do hospital por meio de carta de anuência.

RESULTADOS

Foram identificados treze diagnósticos de enfermagem registrados em prontuários de idosos internados em unidade semi intensiva de um hospital geral de Campos dos Goytacazes/RJ. Desse total, sete diagnósticos, foram considerados mais frequentes, pelo fato de atingirem o percentil ≥ 50 de ocorrência. São estes: Risco para infecção, Mobilidade física prejudicada, Risco de queda, processos familiares disfuncionais, Ansiedade, Integridade da pele prejudicada e Déficit de autocuidado para banho. Os diagnósticos foram organizados em uma tabela (Tabela 1), na qual foram analisadas as frequências relativa e absoluta de cada diagnóstico.

Diagnósticos de Enfermagem	Identificação do DE nos prontuários N= 98 (%)
Risco para infecção	87 (88,77)
Mobilidade física prejudicada	78 (70,59)
Risco de queda	65 (66,32)
Processos familiares disfuncionais	63 (64,28)
Ansiedade	42 (42,85)
Integridade da pele prejudicada	33 (33,67)
Déficit de autocuidado para banho	26 (26,53)

Tabela 1 - Diagnósticos de Enfermagem Registrados em Prontuários de Idosos internados em unidade semi intensiva de um hospital geral de Campos dos Goytacazes/RJ

Fonte: Os autores (2021)

A leitura dos registros de enfermagem dos 98 prontuários revelou que o DE Risco para infecção foi identificado em 87 documentos, o que representa 88,77% do total da amostra. Mobilidade física prejudicada foi registrada em 78 prontuários (70,59%), seguido por Risco de queda com 65 registros (66,32%). Processos familiares disfuncionais foi o DE evidenciado em 63 documentos (64,28%), acima de Ansiedade com 42 (42,85%) registros. Integridade da pele prejudicada e Déficit de autocuidado para banho foram os DE com menor quantidade de registros, sendo identificados respectivamente em 33 (33,67%) e 26 (26,53%) prontuários.

Dos 98 prontuários que constituíram a amostra da pesquisa, a quantidade mínima de diagnósticos de enfermagem identificados simultaneamente no mesmo prontuário foi de dois e a quantidade máxima foi de cinco. A relação entre a quantidade de diagnósticos de enfermagem identificados simultaneamente por prontuário encontra-se descrita na tabela 2.

Quantitativo de diagnósticos de enfermagem identificados simultaneamente no mesmo prontuário	Quantitativo de prontuários N= 98 (100%)
Cinco diagnósticos identificados simultaneamente no mesmo prontuário	45 (45,91)
Quatro diagnósticos identificados simultaneamente no mesmo prontuário	23 (23,46)
Três diagnósticos identificados simultaneamente no mesmo prontuário	17 (17,34)
Dois diagnósticos identificados simultaneamente no mesmo prontuário	13 (13,26)

Tabela 2 - Relação entre a quantidade de diagnósticos de enfermagem identificados simultaneamente por prontuário

Fonte: Os autores (2021)

A análise da relação entre a quantidade de diagnósticos de enfermagem identificados simultaneamente por prontuário revelou que em 45 prontuários (45,91%) havia cinco diagnósticos registrados em cada um. Em 23 prontuários (23,46%) foram evidenciados registros de quatro diagnósticos por documento. Três diagnósticos foram identificados simultaneamente no mesmo prontuário em 17 casos (17,34%), seguidos de dois diagnósticos identificados simultaneamente no mesmo prontuário em 13 ocorrências (13,26%).

DISCUSSÃO

A pesquisa identificou o diagnóstico risco para infecção na maioria dos prontuários, fato que corrobora com resultados de outros estudos desenvolvidos nesse sentido, como pesquisas que detectaram esse diagnóstico em 100% dos idosos estudados (CARDOSO et al, 2020) e (MARTINS et al, 2020).

Sousa et al (2010) e Bitencourt et al (2011) afirmam que o prolongamento da internação hospitalar, aumenta a susceptibilidade da pessoa idosa ao risco de infecção devido à exposição a patógenos presentes no ambiente e aos procedimentos invasivos. Assim como, também há um aumento da susceptibilidade a infecções, devido à perda na capacidade funcional, decorrente do processo de envelhecimento.

Estudo realizado por Lima et al, (2015), evidencia os fatores de risco para o Diagnóstico de Enfermagem “Risco de infecção”, que são a exposição ambiental a patógenos aumentada, procedimentos invasivos, destruição de tecidos, exposição ambiental aumentada e defesas primárias inadequadas.

O risco de infecção pode representar maior complexidade e gravidade, devido às funções do sistema imune que geneticamente diminuem ao longo do tempo, e conseqüentemente ocasionam maior vulnerabilidade na pessoa idosa (SOUSA et al, 2010; BITENCOURT et al, 2011; LIMA et al, 2015).

Os Diagnósticos de Enfermagem mobilidade física prejudicada e risco de quedas aparecem como principais problemas identificados entre a clientela idosa hospitalizada. Sobre esses diagnósticos, Sousa et al (2010); Bitencourt et al (2011) e Lira et al (2015) afirmam que a mobilidade física prejudicada aumenta a suscetibilidade do indivíduo para quedas, sendo esse agravo, responsável por inúmeros danos físicos, os quais, por sua vez, acarretam complicações de diversas naturezas, constituindo fatores responsáveis pela elevação dos índices de morbimortalidade nessa faixa etária.

O diagnóstico risco de quedas foi identificado em proporção semelhante a estudo desenvolvido por Martins et al (2020) (76,6%) e em proporção inferior à pesquisa conduzida por Santana et al (2020), que identificaram o risco de quedas em 94,8% da amostra estudada.

Os processos familiares disfuncionais foram mencionados por Santana et al (2020) como diagnósticos identificados em 105 (90,5%) do total de 116 idosos pesquisados. Estudo realizado por Silva e Santana (2015) confirma essa prevalência.

A ansiedade foi identificada no presente estudo em proporções similares às encontradas em estudo conduzido por Cardoso et al (2020), que relacionaram o problema a 27 idosos (26,21%). Em contrapartida, estudo de Brito et al (2021), encontrou esse diagnóstico presente em 94,6% do total de 112 idosos pesquisados, resultado similar à pesquisa realizada por Martins et al, (2020), que identificaram a ansiedade em 70% dos casos.

Integridade da pele prejudicada é um diagnóstico de enfermagem bastante comum em resultados de pesquisas conduzidas nessa temática, tais como: Brito et al (2021), Santana et al (2020), Sousa et al (2010); Bitencourt et al (2011), Lira et al (2015), Sarges et al. (2017), Lima et al (2015) e Martins et al (2020).

Foi observada divergência no diagnóstico déficit de autocuidado para banho, que na presente pesquisa foi o problema menos identificado, contrapondo resultados encontrados em outros estudos. Brito et al (2021) detectaram esse diagnóstico em 91,1% dos sujeitos da pesquisa. Martins et al, (2020) identificaram esse diagnóstico em 90,5% dos idosos.

Em relação à média de DE encontrados por prontuário, representada na tabela II, o resultado deste estudo se aproxima do encontrado em pesquisas desenvolvidas por Fontes et al (2007), (média de 4,8 DE por paciente) e Volpato et al (2007) (média de 5,6 DE por paciente).

A pesquisa apresenta como limitação o fato de 46 prontuários (31,94% do total) terem sido excluídos da amostra devido ao fato de não apresentarem informações sobre diagnóstico de enfermagem. Esse fato reflete a necessidade de se reforçar junto aos enfermeiros a importância da realização de todas as etapas da SAE.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elevada incidência dos DE: risco para infecção, mobilidade física prejudicada, déficit de autocuidado para banho, risco de queda e integridade da pele prejudicada aponta para a necessidade de maior engajamento entre gestores do hospital e representantes dos serviços de Educação Permanente e Núcleo de Segurança do Paciente. A instituição de um trabalho interdisciplinar torna-se, portanto, fundamental para a articulação de programas de treinamentos voltados à equipe multiprofissional, através dos quais será possível a implementação de protocolos e escalas preditivas, como a escala de Morse, além da elaboração de instrumentos como fluxograma de risco e relatório de quedas. Os diagnósticos: processos familiares disfuncionais e ansiedade refletem questões que podem ser trabalhadas pela enfermagem em conjunto com as equipes de serviço social e psicologia.

A pesquisa evidencia a SAE como modelo capaz de aprimorar o planejamento de assistência individualizada a ser prestada à clientela hospitalizada, sendo útil também para otimizar a comunicação do enfermeiro com os demais membros da equipe multiprofissional.

REFERÊNCIAS

- BITENCOURT, G. R. et al. **Comparação de diagnósticos de enfermagem em adultos e idosos hospitalizados no pós-operatório.** Rev. Eletr. Enf. v. 13, n. 4, p.604-11, 2011. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-19442011000400003 Acesso em: 25 jul. 2021.
- BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde.** (2016). *Resolução nº 510/2016.* Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em 31 de junho de 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações Hospitalares do SUS,** 2019. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def> Acesso em 21/04/2021.
- BRITO. FM, Oliveira JS, Leadebal ODCP, Santos KFO, Fernandes MGM. **Diagnósticos de Enfermagem Representativos da Demanda de Cuidados em Pessoas Idosas Hospitalizadas.** jan/dez; 13:912-918. 2021 Disponível em: <http://dx.doi.org/0.9789/2175-5361.rpcf.v13.9636>. Acesso em 21/06/2021.
- CARDOSO, R. B., Souza, P. A., CALDAS, C. P., & BITENCOURT, G. R. (2020). **Diagnósticos de Enfermagem em Idosos Hospitalizados à Luz da Teoria do Conforto de Kolcaba.** *Revista de Enfermagem Referência*, 5(4), e20066. doi:10.12707/RV20066. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/3882/388265454007/html/> Acesso em 10/08/2021.
- COFEN. **Resolução 358/2009 que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem.** Disponível em https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/194/o/Resolu%C3%A7%C3%A3o_n%C2%BA358-2009.pdf Acesso em 01/08/2021.

COSTA, S.V, Ceolim MF, Neri AL. **Sleep problems and social support: frailty in a brazilian elderly multicenter study.** *Rev Latino-Am Enfermagem* 19(4):920-7.2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/rj/rlae/a/gRPNstP4cTYSMMT3sYXrgc/abstract/?lang=en> Acesso em 05/06/2021.

CHERNICHARO, I.M.; FERREIRA, M.A. **Sentidos do cuidado com o idoso hospitalizado na perspectiva dos acompanhantes.** *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 80-85, Mar. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000100080&lng=en&nrm=iso Acesso em: 13/08/2021.

DUTRA, M.M. et al. **Validade preditiva de instrumento para identificação do idoso em risco de hospitalização.** *Rev Saude Publica*, v. 45, n. 1, p. 106-12, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011000100012> Acesso em: 25/06/2021.

DIAS, E.N; RIBEIRO, J.L.P. **Evolução das políticas públicas à pessoa idosa no Brasil.** Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/860/3894>. Acesso em 20/05/2021.

FONTES, C. M. B. e CRUZ, D.de A. L. M. **Diagnósticos de enfermagem documentados para pacientes de clínica médica.** *Revista da Escola de Enfermagem da USP* v. 41, n. 3 pp. 395-402. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342007000300008>.> Acesso em 25/05/2021.

GONG, C. H.; KENDIG, H.; HE X. **Factors predicting health services use among older people in China: An analysis of the China Health and Retirement Longitudinal Study 2013.** *BMC Health Serv Res.* v.16, n. 1, p. 63, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4758158/> Acesso em: 14/04/2021.

HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S. (Org.). **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: definições e classificação.** 2018-2020.11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

LESLEY P, ACKROYD-STOLARZ S. **Emergency department utilization by older adults: a descriptive study.** *Can Geriatr J.* 2014;17(4):118-25. 6.

LIMA, W. G. et al. **Principais diagnósticos de enfermagem em idosos hospitalizados submetidos às cirurgias urológicas.** *Rev Rene.* v.16, n. 1, p. 72-80, 2015. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/2665> Acesso em: 26 jul. 2021.

LIRA, L. N. et al. **Diagnósticos e prescrições de enfermagem para idosos em situação hospitalar.** *Av Enferm*, v. 33, n. 2, p. 251-260, 2015. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012145002015000200007&lang=pt Acesso em: 22 de junho de 2021.

LOPES FL, TIER CG, LUNARDI-FILHO W e SANTOS SSC. **Diagnósticos de enfermagem de idosos residentes em uma instituição de longa permanência (ILP).** *Cienc Cuid Saude.* 6(1):59-67. 2007; Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4974> Acesso em 09/07/2021.

MARCONI, M.A; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de Metodologia Científica.** 5 ed. São Paulo. 2003. Disponível em: https://cursosextensao.usp.br/pluginfile.php/300164/mod_resource/content/1/MC2019%20Marconi%20Lakatos-met%20cient.pdf Acesso em 04/08/2021.

MARTINS, Lágila Cristina Nogueira et al. **Fatores sociodemográficos e diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos às cirurgias ortopédicas**. Esc. Anna Nery, , v. 24, n. 3, e20190292, 2020 . Disponível em http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452020000300215&lng=pt&nrm=iso acessos em 10 ago. 2021.

NANDA Internacional. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação**, 2012-2014. Porto Alegre (RS): Artmed; 2013.

PINHEIRO FM, Santo FHE, CHIBANTE CLP, PESTANA LC. **Profile of hospitalized elderly according to Viginia Henderson: contributions for nursing care**. *Rev Pesq Cuid Fundam.* ;8(3):4789-95. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/21755361.2016.v8i3.4789-4795> Acesso em 01/08/2021.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B.P. Delineamento de pesquisa . In: POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2004, p. 309-356

HALTER JB, et al. **Hazzard´s Geriatric Medicine & Gerontology**. 6th ed. New York, McGraw Hill; 2009. Disponível em: AQECAHi208BE49Ooan9kkhW_Ercy7Dm3ZL_9Cf3qfKAc485ysgAAAtMwggLPBgkqhkiG9w0BBwag ggLAMIIcVAlBADCCARUGCSqG Sib3DQEHAATeBgIghkgBZQMEAS4w EQQMs Acesso em: 06/08/2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Plan de Accion Internacional de Madrid sobre el envejecimiento**. Disponível em: <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf> Acesso em: 13 julho 2019.

QUEIROZ, D.B. et al. **Perfil de interações de idosos em uma clínica de neurociências de um hospital público**. *Rev Enferm Contemp.* v. 5, n. 1, p. 16-24, 2016. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/441/642> Acesso em: 06/08/2021.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3034822/mod_resource/content/1/Texto%20-%20Pesquisa%20social.pdf Acesso em 03/08/2021.

ROSENAL, C.; FRÉMONTIER-MURPHY, C. **Introdução aos métodos quantitativos em ciências humanas e sociais**. Porto Alegre: Instituto Piaget, 2001. Disponível em: <https://www.wook.pt/livro/introducao-aos-metodos-quantitativos-em-ciencias-humanas-e-sociais-camille-fremontier-murphy/89712>. Acesso em 12/06/2021.

SANTANA, Edileuza Teixeira et al. **Diagnósticos de enfermagem da taxonomia NANDA-I para idosos em instituição de longa permanência**. Esc. Anna Nery, , v. 25, n. 1, e20200104, 2021 . Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0104>. Acesso em 10 ago. 2021.

SARGES, N.A.; SANTOS, M.I.P.O.; CHAVES, E.C. **Evaluation of the safety of hospitalized older adults as for the risk of falls**. *Rev Bras Enferm.*v.70, n.4, p.860-7, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v70n4/pt_0034-7167-reben-70-04-0860.pdf Acesso em: 11 ago. 2021.

SILVA. T.G, Souza PA, Santana RF. Adequacy of nursing language to the practice with elderly residents in a long term psychiatric institution: cross mapping. **Cuidado é Fundamental** ;7(4):3467-78. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i4.3467-3478>. Acesso em: 11 ago. 2021.

SOUSA, R. M. et al. **Diagnósticos de enfermagem identificados em idosos hospitalizados: associação com as síndromes geriátricas.** *Esc Anna Nery*, v.14, n. 4, p.732-741, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000400012&lang=pt Acesso em: 11 ago. 2021.

TEIXEIRA, J. J. M.; BASTOS, G. C. F. C.; SOUZA, A. C. L. **Perfil de Internação de Idosos.** *Rev Soc Bras Clin Med*, Goiânia, 2017. Jan-mar;15(1):15-20. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/04/833048/15-20.pdf> Acesso em 05/07/2021.

TONIOLO JN, PINTARELLI. VL, YAMATTO TH. *À beira do leito.* Barueri, SP: Editora Manole; 2007.

VOLPATO, M. P e CRUZ, D. A. L. M. da. **Diagnósticos de enfermagem de pacientes internadas em unidade médico-cirúrgica.** *Acta Paulista de Enfermagem* v. 20, n. 2. 2007. Disponível em: Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200002> Acesso em 11/08/2021.

Data de aceite: 01/11/2021

Thicianne da Silva Roque

Doutoranda em Enfermagem - Universidade Federal do Rio Grande (FURG)
Rio Grande, RS.
<https://orcid.org/0000-0002-8288-2750>
<http://lattes.cnpq.br/2590355457563144>

José Ismar dos Santos Sousa

Doutorando em Enfermagem - Universidade Federal do Rio Grande (FURG)
Rio Grande, RS
<https://orcid.org/0000-0001-8073-9099>
<http://lattes.cnpq.br/5265414761171266>

Carolina de Souza Carvalho Serpa Santos

Mestranda em Enfermagem - Universidade Federal do Rio Grande (FURG)
Rio Grande, RS
<https://orcid.org/0000-0002-6847-2616>
<http://lattes.cnpq.br/6539867702190212>

Bárbara Tarouco Silva

Docente da Escola de Enfermagem - Universidade Federal do Rio Grande (FURG)
Rio Grande, RS
<https://orcid.org/0000-0003-1715-747X>
<http://lattes.cnpq.br/1098718412528044>

RESUMO: Objetivo: Identificar a importância da enfermagem frente aos cuidados paliativos.

Metodologia: Estudo descritivo de abordagem qualitativa. A abordagem qualitativa corresponde a um procedimento mais intuitivo, maleável e adaptável aos índices não previstos. O levantamento bibliográfico foi realizado através da

base de dados Scientific Electronic Library Online no mês de julho de 2021 utilizando os seguintes Descritores em Saúde: cuidados paliativos; idosos; enfermagem. **Resultados e discussão:** O processo do cuidar está inserido na prática profissional do enfermeiro fazendo uma interface com todos os membros da equipe de saúde e ainda com a família e comunidade. No âmbito dos Cuidados Paliativos, o enfermeiro exerce um importante papel, desenvolvendo ações práticas e gerenciais em consonância com toda a equipe de saúde, ocupando seu espaço junto à equipe multiprofissional. **Considerações finais:** Os cuidados paliativos estão em crescente ascensão no país, havendo a necessidade de ações de saúde e apoio social, além de implantação de políticas públicas direcionadas para esta área, com vistas na promoção à saúde e prevenção de agravos, potencializando a qualidade de vida do paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidado paliativo; enfermagem; idoso.

NURSING IN PALLIATIVE CARE

ABSTRACT: Objective: Identify the importance of nursing in relation to palliative care.

Methodology: Results and discussion: Descriptive study with a qualitative approach. The qualitative approach corresponds to a more intuitive, malleable and adaptable procedure to unforeseen indices. The bibliographic survey was carried out through the Scientific Electronic Library Online database in July 2021 using the following Health Descriptors: palliative care; elderly; nursing. **Final considerations:** Palliative care is on the rise in the country, with the need for

health and social support actions, in addition to the implementation of public policies aimed at this area, with a view to promoting health and preventing injuries, enhancing the patient's quality of life.

KEYWORDS: Palliative care. Nursing. Aged.

1 | INTRODUÇÃO

A sociedade contemporânea vive um processo significativo de envelhecimento populacional, sendo consequência das melhores condições de vida em geral, do avanço tecnológico da medicina e do acesso mais amplo a serviços de saúde. Que corroboram ao surgimento das novas condições clínicas, específicas da pessoa idosa, e, por conseguinte, a novas maneiras de morrer (BURLÁ; AZEVEDO; PY, 2017).

Nesta conjuntura, há um contingente cada vez maior de pessoas morrendo em virtude de doenças crônicas e ou progressiva, acarretando um aumento nos índices de doentes em estado terminal, nos hospitais, domicílios e grandes centros de saúde. Necessitando, assim de uma melhor atenção, e por essa razão que os cuidados paliativos têm mostrado ser uma área essencial a ser abordada pelos sistemas de saúde (VIEIRA et al., 2018).

Desta forma, em 2002 a Organização Mundial da Saúde (OMS), definiu o cuidado paliativo, com uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida de pacientes e familiares que vivenciam o contexto de uma doença terminal. E que através de uma assistência qualificada, possa promover o alívio do sofrimento, a identificação precoce e o tratamento da dor e de outros sintomas e problemas físicos, psíquicos, sociais e espirituais, que venham a intervir em sua qualidade de vida.

Cuidados paliativos são prestados a pacientes com doenças irreversíveis quando se reconhece que esses encontram-se fora de possibilidades terapêuticas de cura. Seu enfoque é colocado no controle dos sintomas e na melhora da qualidade de vida sendo de fundamental importância, tanto para o paciente como para sua família no enfrentamento desse momento com mais dignidade (VIEIRA et al., 2018).

Atualmente, os cuidados paliativos assumem o papel de um componente essencial para o sistema de saúde diante da mudança do perfil demográfico da população mundial. Conforme dados do Atlas Global de Cuidados Paliativos (ALLIANCE–WPCA, WORLDWIDE PALLIATIVE CARE, 2014) estima-se que a cada ano, 40 milhões de pessoas precisam dessa modalidade de cuidados. Contudo, apenas 14% das pessoas que precisam de cuidados paliativos no final da vida o recebem. No entanto, sua disponibilidade é muito mais comum em países de alta renda (75%) se comparado aos países de baixa renda (10%) (OMS, 2018).

De maneira prática, o cuidado é estabelecido por meio de uma relação que envolve boa comunicação, vínculo, responsabilização, respeito e empatia com o paciente e com a família e rede de apoio. Nessa prática, os profissionais trabalham em conjunto, integrando

conhecimentos técnicos e, particularmente, pessoais com foco na prevenção de limitações e cuidado do sofrimento humano (CARVALHO, 2018).

O modelo proposto pelos cuidados paliativos busca resgatar a humanização do cuidado focando na pessoa doente, e não na doença; trabalha com a promoção da qualidade de vida, respeitando a autonomia do paciente e oferecendo suporte ao familiar (FRANCO et al., 2017).

Neste sentido, o presente estudo objetivou-se a identificar a importância da enfermagem frente aos cuidados paliativos.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa. A abordagem qualitativa corresponde a um procedimento mais intuitivo, maleável e adaptável aos índices não previstos. Sendo capaz de levantar problemas ao nível da pertinência dos índices retidos, já que seleciona esses índices sem tratar exaustivamente todo o conteúdo (BARDIN, 2016).

O levantamento bibliográfico foi realizado através da base de dados SCIELO (Scientific Electronic Library Online) no mês de julho de 2021 utilizando os seguintes Descritores em Saúde (DeCS): cuidados paliativos; idosos; enfermagem. Tendo como critérios de inclusão: estar disponível com texto completo, gratuitamente, e ser publicados entre os anos de 2014 a 2020. E, como critérios de exclusão: estudos fora do recorte temporal e que não fazem alusão a temática proposta. Foram excluídas dissertações e teses. O material selecionado, a partir dos critérios de inclusão, norteou a discussão do presente estudo.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O processo do cuidar está inserido na prática profissional do enfermeiro fazendo uma interface com todos os membros da equipe de saúde e ainda com a família e comunidade; sua atuação profissional compreende tarefas e relações que vão desde a interação com cada paciente até articulações mais complexas, com familiares, equipe de saúde multiprofissional, institucional, permeando diferentes faces do processo de cuidado, desde a entrada até a saída do paciente, seja por alta hospitalar e ou óbito (MARKUS et al, 2017).

No âmbito dos Cuidados Paliativos, o enfermeiro exerce um importante papel, desenvolvendo ações práticas e gerenciais em consonância com toda a equipe de saúde, ocupando seu espaço junto à equipe multiprofissional (ANCP, 2012).

Por conseguinte, as habilidades desenvolvidas pelos enfermeiros na prática dos cuidados paliativos, devem estar voltadas para a avaliação sistemática dos sinais e sintomas (ANCP, 2012). Tendo em vista, que o avaliar em enfermagem significa fazer um levantamento ou verificação dos procedimentos de enfermagem utilizados e dos resultados

obtidos durante o atendimento as necessidades básicas do ser humano. Sendo necessário durante sua abordagem, possuir empatia, respeito e anseio de entender o sentido atribuído pelo paciente e sua família ao adoecimento e morte (ANGELO; FRACK, 2018).

Considera-se que na assistência às pessoas idosas em cuidados paliativos o papel de toda a equipe de saúde tem como objetivo central promover a qualidade de vida, vislumbrando a manutenção da autonomia e individualidade da pessoa assistida de modo que esta tenha um papel ativo no seu tratamento. Dentro do campo de formação de cada profissional da saúde em cuidados paliativos, o uso de estratégias interdisciplinares e gerontologias, que englobem a comunicação assertiva, o planejamento e intervenções clínicas e psicológicas, trazem benefícios para todos os envolvidos no tratamento paliativo, em especial aos idosos e familiares (BAERE; FAUSTINO; MIRANDA, 2017).

Cicely Saunders, em seus estudos, observou que os cuidados paliativos significam assegurar ao paciente a melhora da sua qualidade de vida, minimizando os sofrimentos físicos, psicológicos, emocionais, espirituais e sociais durante o curso da doença, desde o momento do diagnóstico até a morte. Desta forma, a modalidade de cuidados paliativos demanda uma equipe de saúde capacitada para prestar um cuidado holístico ao paciente e sua família (GOMES; OTHERO, 2016).

Outrossim, se faz necessário o estabelecimento de vínculos entre o profissional e o paciente visando a garantir uma assistência qualificada, integral e contínua, englobando família/cuidador de forma humanizada, resolutiva, com qualidade e responsabilidade.

Destaca-se que no Brasil, a abordagem dos cuidados paliativos ainda é incipiente, sendo necessário o investimento em estudos que proporcionem um maior conhecimento e a inserção dos cuidados paliativos na prática clínica (SILVA et. al, 2019).

Em suma, preservar a dignidade da pessoa no fim de vida, implica em assegurar uma boa gestão de sintomas, evitando crises que possam agravar a qualidade de vida do doente, e conseqüentemente, repercussões negativas no seio familiar.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os cuidados paliativos estão em crescente ascensão no país, havendo a necessidade de ações de saúde e apoio social, além de implantação de políticas públicas direcionadas para esta área, com vistas na promoção à saúde e prevenção de agravos, potencializando a qualidade de vida do paciente, destaca-se que a pessoa idosa necessita de um olhar mais atento as vulnerabilidades trazidas pelo avançar da idade, assim como questões culturais e sociais que precisam ser levadas em consideração no planejamento e tomada de decisão em relação aos cuidados paliativos. Evidencia-se a necessidade de pesquisas voltadas a temática, objetivando embasar por meio de evidências científicas a prática profissional do cuidar no contexto dos cuidados paliativos.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. In: CARVALHO, R. T. de; PARSONS, H. A. (Org.). **Manual de Cuidados Paliativos**. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2012.

ALLIANCE–WPCA, W. P. C. **Global Atlas of Palliative Care at the End of Life**. Londres: Organização Mundial da Saúde, 2014.

ANGELO, M. F. F.; FRANCK, E. M. Avaliação de enfermagem em cuidados paliativos. In: CARVALHO, R.T. et al. (Orgs.). **Manual da Residência de Cuidados Paliativos Abordagem Multidisciplinar**. Barueri (SP): Manole. 2018.

BAERE, T. D.; FAUSTINO, A. M.; MIRANDA, A. F. A importância da prática interdisciplinar da equipe de saúde nos cuidados paliativos. **Revista Longevidade**, 2017, ano 7, n. 53, jul-ago.-set. 2017.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. Ed. Revista e Ampliada.

BURLÁ, C.; AZEVEDO, D. L.; PY, L. Cuidados Paliativos. In: FREITAS, E.V. et al. (Orgs.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan. 2017.

CARVALHO, R. T. Cuidados paliativos-conceitos e princípios. In: CARVALHO, R. T. I *et al.* **Manual da residência de cuidados paliativos**. São Paulo: Manole, 2018. p. 2-10.

FRANCO, H. C. P. *et al.* Papel da enfermagem na equipe de cuidados paliativos: a humanização no processo da morte e morrer. **Rev. Gestão e Saúde**, v. 17, n.2, p. 48-61, 2017.

GOMES, A. L. Z.; OTHERO, M. B. Cuidados paliativos. **Estud. av.**, São Paulo, v. 30, n. 88, p. 155-166, dez. 2016.

MARKUS, L. A. et al. A Atuação do Enfermeiro na Assistência ao Paciente em Cuidados Paliativos. **Rev. Gestão & Saúde**. v. 17, p. 71-81. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Palliative Care**. OMS, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Acesso em: 25 jan. 2020.

SILVA et. al. Conhecimento, atitudes e práticas dos profissionais de saúde sobre os cuidados paliativos a pacientes oncológicos. **Rev. Eletrônica Acervo Brasil**. Vol. 11 (9), Abril 2019.

VIEIRA, R. C. *et al.* Demanda por cuidados paliativos em enfermarias clínicas gerais. **Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina**, v. 1, n. 08, p.20-40, 2018.

VIEIRA, R. C. et al. Demanda por cuidados paliativos em enfermarias clínicas gerais. **Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina**, v. 1, n. 08, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Definition of palliative care**. 2002. Disponível em: www.who.int/cancer/palliative/definition/en/. Acessado em: 28/07/2019.

ABORDAGENS QUANTITATIVAS E QUALITATIVAS NOS ESTUDOS DE AVALIAÇÃO DE ATITUDES FRENTE A MORTE NA ENFERMAGEM

Data de aceite: 01/11/2021

Data de submissão: 01/10/2021

Andressa da Fonseca Xavier

Universidade Federal do Piauí
Bom Jesus-PI
<https://orcid.org/0000-0001-5720-8572>

Raylane da Silva Machado

Universidade Federal do Piauí
Bom Jesus-PI
<http://orcid.org/0000-0002-8682-6481>

Maria José Pereira de Sousa

Universidade Federal do Piauí
Bom Jesus-PI
<https://orcid.org/0000-0003-0528-9950>

Franciele da Silva Almeida

Universidade Federal do Piauí
Bom Jesus-PI
<https://orcid.org/0000-0002-2034-7322>

Magno Batista Lima

Universidade Federal do Piauí
Bom Jesus-PI
<https://orcid.org/0000-0003-2220-1172>

Phellype Kayyaã da Luz

Universidade Federal do Piauí
Bom Jesus-PI
<https://orcid.org/0000-0002-9320-957X>

Karla Vivianne Araujo Feitosa Cavalcante

Universidade Federal do Piauí
Bom Jesus-PI
<https://orcid.org/0000-0001-5654-0688>

RESUMO: Objetivo: analisar as publicações existentes na literatura científica sobre atitudes frente a morte em profissionais e estudantes de enfermagem. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa, com buscas nas bases LILACS, BDNF, MEDLINE-PUBMED, Scopus, e CINAHL nos meses de janeiro e fevereiro de 2021. Os critérios de inclusão definidos foram artigos publicados no período de 2010 a 2020, em língua portuguesa, espanhola e inglesa e que relatavam as atitudes frente a morte do enfermeiro ou do estudante de enfermagem. Os dados foram lidos e sintetizados em quadro temático. **Resultados:** Amostra foi de 32 estudos sendo 2 com abordagem qualitativa e apresentaram atitudes de dor, tristeza, sofrimento, medo, impotência e insucesso. Evidenciou-se, no entanto, que a morte, também foi percebida pelos profissionais como alívio e libertação do sofrimento, tanto do paciente e de seus familiares quanto dos próprios profissionais. Nos 30 estudos quantitativos foram utilizadas as seguintes escalas: *Death Attitude Profile Revised* (22 estudos) e a *Frommelt's Attitude Toward Caring for Dying Patients* (FATCOD) (9 estudos). As atitudes apresentadas foram divididas em positivas (de aceitação da morte) e negativas (medo e ansiedade diante da morte). **Conclusão:** Na abordagem quantitativa as atitudes positivas predominaram e foram de aceitação da morte. Já as atitudes negativas foram representadas por negação, medo, frustração e ansiedade perante a morte. Nos estudos de abordagem qualitativa predomina atitudes de medo, incerteza, temores, barganha e angústia por parte dos profissionais de enfermagem. As atitudes positivas observadas

nos estudos foram atribuídas a uma melhor formação na temática, principalmente ainda no período de graduação. Essas atitudes se relacionam a menos sofrimento do profissional e melhor desenvolvimento dos cuidados de enfermagem aos indivíduos que vivenciam o processo de morte.

PALAVRAS-CHAVE: Morte; Enfermagem; Atitudes Frente à Morte; Profissionais de Enfermagem.

QUANTITATIVE AND QUALITATIVE APPROACHES IN ASSESSMENT STUDIES OF ATTITUDES TO DEATH IN NURSING

ABSTRACT: Objective: to analyze the existing publications in the scientific literature on attitudes towards death in nursing professionals and students. **Method:** This is an integrative review, with searches in LILACS, BDNF, MEDLINE-PUBMED, Scopus, and CINAHL in January and February 2021. The inclusion criteria defined were articles published from 2010 to 2020, in Portuguese, Spanish and English and that reported the attitudes towards the death of the nurse or nursing student. Data were read and synthesized in a thematic framework. **Results:** The sample consisted of 32 studies, 2 of which had a qualitative approach and presented attitudes of pain, sadness, suffering, fear, impotence, and failure. It was evident, however, that death was also perceived by professionals as relief and release from suffering, both for the patient and their families, as well as for the professionals themselves. In the 30 quantitative studies, the following scales were used: Death Attitude Profile Revised (22 studies) and Frommelt's Attitude Toward Caring for Dying Patients (FATCOD) (9 studies). The attitudes presented were divided into positive (accepting death) and negative (fear and anxiety about death). **Conclusion:** In the quantitative approach, positive attitudes predominated and were of acceptance of death. Negative attitudes were represented by denial, fear, frustration, and anxiety about death. In studies with a qualitative approach, attitudes of fear, uncertainty, fears, bargaining and anguish on the part of nursing professionals predominate. The positive attitudes observed in the studies were attributed to better training in the subject, especially during the undergraduate period. These attitudes are related to less professional suffering and better development of nursing care for individuals who experience the process of death. **KEYWORDS:** Death; Nursing; Attitudes to Death; Nurse Practitioners.

1 | INTRODUÇÃO

O ciclo da vida começa pelo nascimento e termina com a morte. Todos os seres vivos passam por essas duas etapas, pois é a ordem natural da vida na terra. Quando se fala no tema “morte” é possível se deparar com diversas opiniões e interpretações, muitos encaram como algo natural que de alguma forma vai acontecer e que todos tem que passar, já para outros é vista diante de várias emoções, por ser uma palavra de forte expressão, que muitos evitam até falar (CARDOSO *et al.*, 2019).

A morte é um processo complexo sendo necessário um olhar ampliado para aprender como lidar com ela, pois apresenta diversos significados e opiniões. Isso se dá por que diferentes sociedades têm distintas religiões, culturas, hábitos, crenças e valores o

que acaba proporcionando diversas interpretações (PRADO *et al.*, 2018).

Os profissionais de enfermagem são os responsáveis por dá suporte tanto para o enfermo quanto para os seus familiares. A equipe de enfermagem mantém uma relação direta e prolongada com pacientes terminais e seus familiares, o que acaba a criar laços afetivos entre eles, essa proximidade pode ser tanto salutífera como torná-lo frágil. O enfermeiro torna-se o primeiro a defrontar com a morte e o morrer, e acaba sendo vulnerável ao estresse. Buscar atitudes para lidar com a morte e o morrer de seus pacientes não é fácil, por isso muitos profissionais evitam o contato com sentimentos dolorosos por meio da negação, adotando uma postura firme e objetiva em situações que envolvem a morte (SANTOS; HOMANEZ, 2013).

Muitos estudantes, ao fazer o curso de enfermagem, não direcionam a sua visão para o tema “morte e morrer” e quando estão trabalhando e se deparam diante de tal situação acabam sem saber como lidar com isso e se veem diante de várias emoções negativas. Isso acontece porque na formação em saúde o foco é excessivamente direcionado a dilemas biomédicos, distante da formação em cuidados paliativos (RIBEIRO *et al.*, 2019).

Quando o tema morte se manifesta o estudante tende a entender que não realizou as intervenções necessárias para salvar a vida do paciente, pois está focado na doença e na cura da pessoa enferma. Desta forma tanto alunos como professores de enfermagem demonstram não haver preparo necessário para o enfrentamento da morte da pessoa que está sob seus cuidados, acabando distanciando dos seus pacientes (CARDOSO *et al.*, 2019).

Diante desses conflitos é importante realizar estudos e análises que permitem aprofundar no tema de morte, assim como entender os sentimentos de estudantes e profissionais de enfermagem ao deparar com paciente em estado terminal ou diante do óbito. Esses estudos contribuem para que estudantes e profissionais de enfermagem sejam formados para saber lidar com a morte de seus pacientes, driblando suas emoções diante do conflito e assim mais preparados possam transmitir segurança para ambos os lados envolvidos. Neste contexto, o presente tem como objetivo analisar as publicações existentes na literatura científica sobre atitudes frente à morte em profissionais e estudantes de enfermagem.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura na qual foram realizadas as seguintes etapas: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa; definição de critérios de inclusão e exclusão (seleção da amostra de artigos); definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados; análise dos resultados e discussão e apresentação dos mesmos (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

A pergunta que norteou a revisão da literatura foi “Quais são as atitudes de

profissionais e estudantes de enfermagem frente à morte e ao morrer?”. Foram utilizados para construção da estratégia de busca os termos “Attitude to Death (Atitude Frente à Morte)”; “Death (Morte)”; “Nursing (enfermagem)”, e “Nurses (Enfermeiras)” selecionados no DeCs (Descritores em Ciências da Saúde), no MeSh (Medical Subject Headings) e nos títulos Cinahl, combinadas com palavras-chave (Quadro 1). A busca foi realizada por acesso online nas bases LILACS e BDEFN via Biblioteca Virtual em Saúde, MEDLINE-PUBMED (U.S National Library of Medicine), Scopus (Base de dados da Elsevier), Web of Science - Coleção Principal (Clarivate Analytics) e CINAHL Complete (Cumulative Index to Nursing and Allied Health).

Base de Dados	Estratégia de Buscas
Medline/Pubmed	((“Nurses”[Mesh]) OR (“Licensed Practical Nurses”[Mesh]) OR (“Students, Nursing”[Mesh])) AND (“Attitude to Death”[Mesh]) Filters: in the last 10 years, English, Portuguese, Spanish
Cinahl	((MH “Nurses”) OR (MH “Practical Nurses”) OR (MH “Registered Nurses”) OR (MH “Students, Nursing”) OR “nursing student”) AND (MH “Attitude to Death”) Filters: in the last 10 years, English, Portuguese, Spanish
Scopus	(TITLE-ABS-KEY (“nursing students”) OR TITLE-ABS-KEY (nurses) OR TITLE-ABS-KEY (nurse) OR TITLE-ABS-KEY (“Registered Nurse”)) AND (TITLE-ABS-KEY (“Attitude* to Death”) OR TITLE-ABS-KEY (“attitude* toward death”) OR TITLE-ABS-KEY (“death attitude*”)) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE , “English”) OR LIMIT-TO (LANGUAGE , “Portuguese”) OR LIMIT-TO (LANGUAGE , “Spanish”)) Filters: in the last 10 years.
Web of Science	(TS= (“Nursing Student*”) OR TS= (Nurses) OR TS= (Nurse) OR TS= (“Registered Nurse”)) AND (TS= (“Attitude* to Death”) OR TS= (“death attitude*”) OR TS= (“attitude* toward death”)) Tempo estipulado: 10 anos. Índices: SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI
Lilacs e BDEFN via BVS	((mh:(nursing)) OR (mh:(students,nursing)) OR (tw:(nursing)) OR (tw:(enfermeria)) OR (tw:(enfermagem)) OR (mh:(nurses)) OR (tw:(nurses)) OR (tw:(enfermeiras OR enfermeiros)) OR (tw:(enfermeras OR enfermeros)) OR (mh:(licensed practical nurses)) OR (tw:(licensed practical nurses)) OR (tw:(enfermeros no diplomados)) OR (tw:(técnicos de enfermagem)) OR (mh:(nursing assistants)) OR (tw:(nursing assistants))) AND ((mh:(attitude TO death)) OR (tw:(attitude TO death)) OR (tw:(actitud frente a la muerte)) OR (tw:(actitud ante la muerte)) OR (tw:(atitude frente a morte)) OR (tw:(fear of death)) OR (tw:(medo da morte)) OR (tw:(miedo de la muerte)) OR (tw:(death attitudes))) AND (db:(“LILACS” OR “BDEFN”)) AND (year_cluster:[2010 TO 2020])

Quadro 1: Estratégias de Buscas nas Bases de dados. Teresina (PI), 2021.

O processo de relato da seleção, análise e síntese dos artigos seguiu as orientações dos itens do PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*). Inicialmente os artigos foram selecionados pela leitura do título e resumo, por meio da plataforma de seleção *Rayyan*, e os que atenderam os critérios de elegibilidade e que tiveram consenso entre os dois revisores, foram lidos na íntegra para inclusão ou exclusão na revisão. As discordâncias na fase da leitura na íntegra foram resolvidas por um terceiro revisor.

Os critérios de inclusão definidos foram (1) artigos publicados no período de 2010 a 2020; (2) artigos redigidos em língua portuguesa, espanhola e inglesa; (3) que disponibilizavam o resumo na base de dados; (4) que relatavam as atitudes frente a morte do enfermeiro ou do estudante de enfermagem. Foram excluídos os editoriais, resenhas, relatos de experiências e reflexões teóricas, dissertações, teses e monografias e resumos publicados em anais de eventos, assim como os artigos repetidos, sendo mantida apenas a primeira versão identificada.

Para coleta dos dados, utilizou-se um formulário adaptado (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010). As informações colhidas foram: título do estudo, identificação dos autores, ano de publicação, tipo de abordagem, metodologia e principais conclusões. Para avaliação dos estudos incluídos na revisão, realizou-se uma análise crítica dos artigos selecionados em relação aos critérios de qualidade metodológica, importância das informações e representatividade. Os dados foram lidos e sintetizados em quadro temático e a discussão realizada de maneira descritiva.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O número de relatos identificados nos bancos de coleta de dados foi de 1512, após a eliminação de artigos duplicados passou a ser 1020, foram também excluídos 985 por não se enquadrar ao tipo de estudo. O número de artigos em texto completo avaliados para elegibilidade foi de 35, sendo 3 retirados por fuga do tema foram 3, totalizando 32 estudos originais incluídos. Os dados referentes ao processo de seleção dos estudos incluídos na revisão estão apresentados no fluxograma da Figura 1.

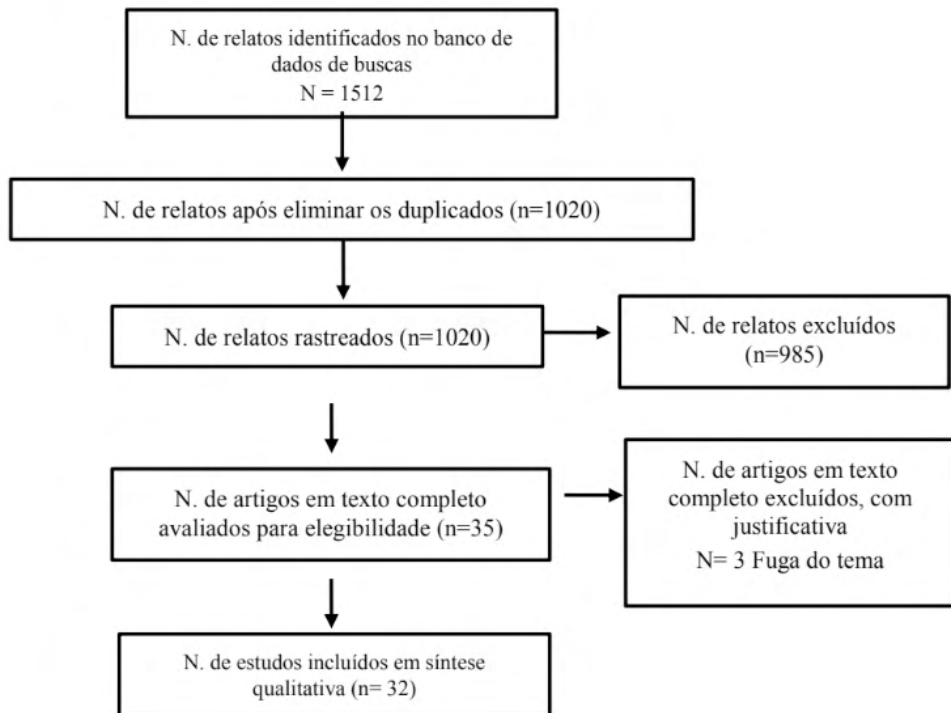


Figura 1: Fluxograma de seleção dos estudos. Bom Jesus, Piauí, Brasil, 2021.

As publicações estão nos mais diversificados periódicos internacionais, com ênfase para o *Omega (Journal o Death and Dying)* como principal revista citada, e para a Revista Gaúcha de Enfermagem que foi o periódico nacional que mais citado. Apenas 2 estudos trouxeram abordagem qualitativa e 30 utilizaram metodologia quantitativa.

No quadro 2 são apresentadas as características dos artigos que apresentaram abordagem qualitativa segundo autoria, periódico, ano de publicação, objetivo do estudo e delineamento metodológico.

Autores	Periódico (Ano de Publicação)	Objetivo do Estudo	Principais resultados
MOTA, M.S.; GOMES, G.C.; LUNARDI FILHO, W.D.; SOUSA L.D.	Revista Gaúcha de Enfermagem, 2011	Conhecer as reações e sentimentos de profissionais da enfermagem frente à morte do paciente sob seus cuidados.	Foram manifestados sentimentos de dor, tristeza, sofrimento, medo, impotência e insucesso. Entretanto, a morte também aparece como alívio e libertação do sofrimento, tanto do paciente e de seus familiares quanto dos próprios profissionais.
OZVEREN H.; GULNAR E.; CALISKAN N. GÜLNAR, NURCAN ÇALISKAN	Omega- Journal o Death and Dying, 2020	Determinar o efeito da narrativa nas atitudes dos estudantes de enfermagem em relação a morte.	Explicar o assunto da morte com a técnica de contar histórias afetou positivamente atitudes dos alunos em relação à morte. Atitudes positiva como aceitação da morte, contribuindo para superar o medo da morte, vendo a morte como algo natural após participar de um programa de educação

Quadro 2: Caracterização dos estudos qualitativos de acordo com a sua autoria, periódico, ano de publicação, objetivo do estudo e delineamento metodológico. Bom Jesus, Piauí, Brasil, 2021.

O primeiro estudo foi realizado com profissionais de enfermagem, onde a morte foi percebida como alívio e libertação do sofrimento, tanto do paciente e de seus familiares quanto dos próprios profissionais. Também descreveram a morte como sentimentos e atitudes de dor, tristeza, sofrimento, medo, impotência e insucesso (MOTA *et al.*, 2011).

O outro estudo foi conduzido com estudantes de enfermagem, que através da técnica de contar histórias abordou o assunto da morte afetando positivamente atitudes dos alunos em relação à morte. Neste estudo foi identificada a aceitação como transcendência onde se acredita existir uma vida após a morte e que a morte é uma transição para outra vida, sendo vivida de forma harmônica e feliz. Usando a técnica narrativa foi possível perceber que os alunos passaram a entender e falar sobre o tema “morte” com mais facilidade, muitos chegaram a relatar que sentiram como se estivesse dentro das histórias contadas e aprenderam a superar os seus medos, mostrando o quão útil era esta técnica (OZVEREN; GÜLNAR; ÇALISKAN, 2020).

4 | ANÁLISE DOS ESTUDOS DE ABORDAGEM QUANTITATIVA

Nos estudos de abordagem quantitativa foram utilizados instrumentos de avaliação de atitudes frente a morte, entre os quais o *Death Attitude Profile Revised* (DAP-R) e o *Frommelt's Attitude Toward Caring for Dying Patients* (FATCOD) destacaram-se como mais utilizados.

O DAP-R é uma escala que avalia atitudes negativas, positivas e neutras, sendo baseada na análise conceitual de aceitação da morte, sendo definidos três tipos de aceitação. A Aceitação Natural compreende a morte na perspectiva dos indivíduos como

mais um fato da vida, ou como parte integrante dela, implica uma atitude neutra ou de indiferença. A Aceitação como Fuga traz a morte como uma alternativa para o término do sofrimento e da dor. A Aceitação como transcendência implica acreditar numa vida feliz depois da morte, em que as crenças religiosas e a religiosidade incluem a noção de que a morte pode trazer a paz e harmonia com Deus. Além disso, o DAP-R avalia o medo da morte (pensamentos e sentimentos acerca da morte e do processo de morrer) e o evitar (de falar ou pensar acerca da morte de modo a reduzir esse medo e ansiedade) (MACHADO *et al.*, 2019).

A escala FATCOD avalia as atitudes em relação ao cuidado de pacientes em fase terminais e seus familiares em que pontuações mais altas indicam atitudes mais positivas em relação à morte.

Foram 22 artigos que utilizaram a escala DAP-R, sendo que em 7 estudos prevaleceu a atitude de aceitação neutra que ver a morte como algo natural e integrante do ciclo vital. Em 6 estudos predominou medo da morte e atitudes negativas em relação a morte. Em 5 estudos foi predominante atitude de aceitação como Transcendência. A aceitação de fuga teve predominância em 3 estudos e aceita a morte como o caminho para o fim do sofrimento tanto do paciente quanto da família. Apenas 1 estudo não destaca quais atitudes predominaram, somente aponta que apresentaram atitudes positivas.

A escala FATCOD foi utilizada em 9 estudos, sendo que 5 estudos obtiveram atitudes positivas em relação ao cuidar de pacientes terminais. Atitudes positivas se relacionam a menos sofrimento e a aceitação da morte como algo natural ou a aceitação de fuga, considerando a morte como o fim do sofrimento. Já em 4 estudos predominaram atitudes negativas como medo da morte e evitar a morte. Os autores apontam que essas atitudes negativas levam a menos comunicação entre o profissional e paciente e que isso se deve à falta de experiência e a formação sobre a temática.

No quadro 3 são apresentadas as características dos artigos que apresentaram abordagem quantitativa segundo autoria, periódico, ano de publicação, objetivo do estudo e delineamento metodológico.

Autores	Periódico (Ano de Publicação)	Objetivo do Estudo	Escala utilizada
HERRERO, A.A.; SÁBADO, J.T.; BENITO, J.G.	Omega- Journal o Death and Dying, 2012.	Os objetivos foram analisar e diferenciar as relações entre as atitudes de morte e inteligência emocional percebida entre estudantes de enfermagem.	Collet-Lester (CLFDS)
PETERS, L. et al.	Australian Emergency Nursing Magazine Journal, 2013	Teve por objetivo investigar atitudes de emergência e enfermeiras de cuidados paliativos em relação à morte e ao morrer.	Death Attitude Profile-Revised (DAP-R)

GAMA, G.; BARBOSA, F.; VIEIRA, M.	International Journal of Palliative Nursing, 2012.	O objetivo foi identificar as atitudes mais comuns dos enfermeiros em direção à morte e ao sociodemográfico, profissional e formação fatores que afetam significativamente essas atitudes.	Death Attitude Profile-Revised (DAP-R); Adult Attachment Scale (AAS)
RIVERA, D. I. C.; ZAMBRACO, L. Y. C.; ROMERO, L. A. L.	Rev. Ciênc. Salud Bogotá, 2019	Teve por objetivo descrever e analisar as atitudes sobre à morte em um grupo de enfermeiras que atuam em uma UTI de alta complexidade, aplicando o PAM-R, elaborado por Gesser.	Death Attitude Profile-Revised (DAP-R);
CEVIK, B; KAV, S.	cancer Nursing, 2013.	Examinar as atitudes das enfermeiras turcas em relação a experiências com a morte e o cuidado de pacientes moribundos.	Death Attitude Profile Revised (DAP-R); Frommelt's Attitude Toward Caring for Dying Patients (FATCOD)
TRUJILO, Z. D. L. S. et al.	Revista mexicana de neurociência, 2013.	Determinar as diferenças entre os profissionais de saúde quanto ao conhecimento dos cuidados paliativos, atitude frente à morte e carga emocional de trabalhar com pacientes terminais.	Utilizou o questionário de atitudes em relação à morte (CAM)
CONNER, N.E.; LOERZEL, V. W.; UDDIN, N.	Journal of Hospice & Palliative Nursing, 2014.	Examinar o impacto de uma morte, em estudantes de enfermagem, suas atitudes e sentimentos, alguns apresentaram afastamento do tema, medo da morte, como também aceitação da morte.	Death Attitude Profile Revised (DAP-R); Frommelt's Attitude Toward Caring for Dying Patients (FATCOD)
GAMA, G.; BARBOSA, F.; VIEIRA, M.	European Journal of Oncology Nursing, 2014.	Identificar fatores sócio-demográficos, fatores pessoais relevantes em relação a morte, exposição profissional ao óbito, formação profissional, necessidade de se falar sobre o tema.	Adult Attachment Scale (AAS); Death Attitude Profile-Revised (DAP-R);
AVENDANO, D.J.G.; ESTRADA, M.C.O.; RODRÍGUEZ, I.I. B.	Revista Internacional de Ciencias de la Salud, 2018	Determinar a atitude do enfermeiro frente a morte, na assistência de paciente na unidade de cuidados intensivos.	Cuestionario de Actitudes ante la Muerte (CAM)
WANG, L.; LI, C.; ZHANG, Q.; LI, Y.	International Journal of Palliative Nursing ,2018	Examinar atitudes frente a morte em enfermeiras clínicas e ao cuidar de pacientes em sua finitude, como também a relação entre atitudes frente a morte e os cuidados em pacientes terminais.	Death Attitude Profile-Revised (DAP-R); Frommelt's Attitude Toward Caring for Dying Patients (FATCOD)
XU, F. et al.	BioMed Research International, 2019	Investigar e avaliar as atitudes de estagiários de enfermagem que cuidam de pacientes terminais em 8 hospitais universitários do Kangda College da Nanjing Medical University na província de Jiangsu, China.	Death Attitude Profile-Revised (DAP-R)

MAKOXICZ, D. et al.	Sciendo, 2019	Avaliar as atitudes da equipe de enfermagem frente à morte e morrer de pacientes	Não utilizou escala
TUZER, H.; KIRCA, K.; OZVEREN, H.	Journal o Religion and Health, 2020	Investigar as atitudes de estudantes de enfermagem em relação à morte e suas percepções de espiritualidade e cuidado espiritual	Death Attitude Profile- Revised (DAP-R)
OZVEREN H.; GULNAR E.; CALISKAN N.	Omega- Journal o Death and Dying, 2020	Determinar o efeito da narrativa nas atitudes dos estudantes de enfermagem em relação a morte.	Death Attitude Profile- Revised (DAP-R)
GUAL, M. E.; ROYO, C. M; HERRERO, A.A.; SÁBADO, J. T.	Journal of Clinical Nursing, 2015	Analisar as atitudes frente a morte, inteligência emocional profissional, resiliência e auto-estima em graduandos de enfermagem.	Collett-Lester Fear of Death Scale (CLFDS); Death Anxiety Inventory-Revised (DAI-R); Brief Resilient Coping Scale (BRCS); Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24); Rosenberg Self- Esteem Scale (RSES)
GORIS, S. et al.	American Associaton for Cancer Education, 2017	Analisa por meio de uma pesquisa experimental, sobre o treinamento em atendimento ao paciente em estado terminal, avaliado por meio da Escala DAP-R antes e 3 meses após o treinamento.	Death Attitude Profile-Revised (DAP-R)
GUO, Q.; ZHENG, R.	Elsevier (European Journal O Oncology Nursing), 2019	Avaliar a ocorrência e gravidade de burnout manifestados em enfermeiras oncológicas chinesas, e também para examinar sua relação com atitudes em relação à morte.	Death Attitude Profile- Revised (DAP-R);
PEKER S. et al.	Omega-Journal o Death and Dying , 2019	Investigar o efeito emocional de enfermeiras da UTI, que estão entre os profissionais de saúde que mais frequentemente encontram com a morte e suas atitudes em relação à morte.	Death Attitude Profile-Revised (DAP-R);
KOLAEI, F. S. M.; SANAGOO A.; AKRAMI, F.; JOUYBARI, L.; JAHANSHAH, R.	omega- journal of death and dying, 2018	Investigar atitudes das enfermeiras em relação a morte, principalmente se houve aceitação positiva, negativa ou neutra.	Death Attitude Profile-Revised (DAP-R);
CARDOSO <i>et al.</i>	Journal Health NPEPS, 2020	Analisar as atitudes dos enfermeiros gestores face à morte, antes e após o período crítico da pandemia por COVID-19.	Death Attitude Profile-Revised (DAP-R);

KIM, J	korean journal of medical education, 2019	Examinar a influência da resiliência, satisfação com a vida e bem-estar psicológico na atitude morrer.	Attitude to death de Thorson e Powell
AVENDANO, D. J. G.; ESTRADA, M. C. O.; RODRÍGUEZ, I. I. B.	Duazary: International Journal of Health Sciences, 2018	Determinar as atitudes de profissionais de enfermagem frente à morte de pacientes na unidade de cuidados intensivos.	Cuestionario de Actitudes Ante la Muerte (CAM)
SHAROUR, L. A. et al.	Euro Mediterranean Biomedical Journal, 2017	Explorar as atitudes de estudantes de enfermagem frente à morte e ao cuidado de pacientes terminais com câncer durante sua formação acadêmica.	Frommelt's Attitude Toward Caring for Dying Patients (FATCDO) ; Death Attitude Profile- Revised (DAP-R).
KIZILTEPE, S. K.; KOÇ, Z.; DURAN, L.	Journal of Experimental and Clinical Medicine, 2017	Determinar como enfermeiros se preparam para cuidar de pacientes em sua finitude e como enfrentam a morte, atitudes e sentimentos	Escala de Atitude em relação à Morte.
HASHEESH, M. O. A.; ABOZEID, S. A. S.; SAID, S. G. E.; ALHUJAILI, A. D.	Health Science Journal, 2013	Avaliar como os enfermeiros jordanianos que prestam assistência a pacientes terminais se sentem em relação à morte e ao cuidar de pacientes terminais e examinar quaisquer relacionamentos entre suas atitudes e certas características da enfermagem.	Frommelt's Attitude Toward Caring for Dying Patients (FATCOD); Death Attitude Profile-Revised (DAP-R).
ZYGA, S.; MALLIAROU, M.; SARAI, P.	Journal o Renal Care, 2011	Avaliar como enfermeiras renais gregas se sentem sobre a morte e examinar as relações entre suas atitudes e fatores demográficos	Death Attitude Profile- Revised (DAP-R)
BRAUN, M.; GORDON, B.; UZIELY, B.	Oncology Nursing Forum, 2010	Examinar as relações de atitudes das enfermeiras oncológicas em relação à morte e ao cuidar do morrer do paciente, que incluía enfermeiras judias.	Frommelt's Attitude Toward Caring for Dying Patients (FATCOD); Death Attitude Profile-Revised (DAP-R);
BARNETT, M. D.; REED C.M.; ADAMS, C. M.	Journal of de Clinical Psychology in Medical Settings,2020	O objetivo deste estudo foi investigar atitudes de morte, autoeficácia em cuidados paliativos entre enfermeiras do hospício.	Death Attitude Profile-Revised (DAP-R); Frommelt's Attitude Toward Caring for Dying Patients (FATCOD);
CERIT, B.	Omega- Journal o Death and Dying, 2019	examinar a influência do treinamento nas atitudes dos alunos do departamento de enfermagem do primeiro ano sobre a morte e como cuidar de pacientes moribundos.	Death Attitude Profile-Revised (DAP-R) e Frommelt Attitude to Care of the Dying.

MONDRAGÓN, E. J. et al	Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2015	comparar o nível de medo da morte em estudantes e profissionais de enfermagem.	Escala de Medo da morte de Collet-Lester (EMMCL)
---------------------------	--	--	--

Quadro 3: Caracterização dos estudos quantitativos de acordo com a sua autoria, periódico, ano de publicação, objetivo do estudo e delineamento metodológico. Bom Jesus, Piauí, Brasil, 2021.

No tange ao desenho metodológico dos estudos foram identificados como estudos descritivos (14) e transversais (10), estudos correlacionais (4) e experimentais (2).

Em vinte estudos a população investigada foi de profissionais de enfermagem, apresentando predominância de atitudes positivas, com aceitação da morte como algo que compõe a vida, e não demonstraram medo ao enfrentar a morte.

A exaustão é causada por esgotamento no ambiente de trabalho e foi possível perceber nos estudos, que os profissionais que aceitavam a morte de maneira positiva tendiam a ter menos esgotamento no ambiente de trabalho. E os profissionais que receberam educação e treinamento sobre a morte consequentemente tinham atitudes mais positivas (GUO, ZHENG, 2019).

As atitudes negativas se relacionavam principalmente ao processo de negação, ansiedade apresentaram respostas ao estresse, esgotamento, apego seguro, propósito na vida, medo da morte, dentre outras atitudes. Sendo apontada a necessidade de mais pesquisas educacionais e desenvolvimento de melhores programas educacionais para ajudar os profissionais de enfermagem a explorar e compreender suas atitudes em relação morte, superar medos, aumentar as habilidades de comunicação e aprimorar estratégias de enfrentamento (CEVIK, KAV, 2013).

Em menor quantidade, dez artigos foram realizados com a participação de estudantes de enfermagem. Eles apresentaram atitudes positivas em relação a morte, que correspondem aceitação natural da morte, os estudantes veem a morte e o processo de morrer como um evento natural, além disso consideram a morte como a saída para acabar com o sofrimento do paciente. Nos estudos foi possível perceber que a educação relacionada à morte contribuiu para uma mudança positiva na atitude em relação à morte.

A experiência educacional e o nível de bem-estar são os principais fatores de influência no estabelecimento das atitudes em relação à morte entre estudantes de enfermagem. Os estudantes apresentaram também medo da morte, ansiedade, e fuga da temática. Estes sentimentos estão relacionados ao preparo acadêmico, que não se tem suficiente durante sua formação, como também aos fatores sociais e emocionais de cada um. Deixando dessa forma clara a necessidade de oferecer um programa educacional aos futuros profissionais de saúde, para melhorar suas atitudes em relação a morte (EDOGUAL *et al.*, 2020).

51 CONCLUSÃO

No presente estudo foi realizado a comparação entre as abordagens quanti e qualitativas nos estudos de avaliação de atitudes frente a morte na enfermagem e identificou-se uma predominância de abordagem quantitativa. Sendo a abordagem quantitativa representada por atitudes positivas como (aceitação da morte) e por atitudes negativas (negação, medo, frustração e ansiedade perante a morte). Porém nos estudos de abordagem qualitativa predomina atitudes de medo, incerteza, temores, barganha e angústia por parte dos profissionais de enfermagem. No entanto para evitar sentimentos tão dolorosos alguns profissionais veem a morte com um alívio do sofrimento enfrentado tanto para o paciente quanto para os seus familiares.

Ainda é possível acrescentar que os profissionais que na sua formação obtiveram estudos relacionados a temática da morte e do morrer obtiveram atitudes positivas em relação a morte que influenciam em segurança e melhor assistência aos cuidados prestados aos pacientes no processo de morte/morrer. Verifica-se como necessária a realização de estudos que explorem a experiência dos profissionais da equipe de enfermagem frente à morte buscando estratégias que os auxiliem a vivenciá-la de forma menos sofrida.

REFERÊNCIAS

AVENDANO, D.J.G.; ESTRADA, M.C.O.; RODRÍGUEZ, I.I. B. Actitud del personal de enfermería ante la muerte de la persona en la unidad de cuidados intensivos: estudio cuantitativo. **Revista Internacional de Ciencias de la Salud**, México, v. 15, n. 3, p. 281 - 293, 2018.

BARNETT, M. D.; REED C.M.; ADAMS, C. M. Death attitudes , paliative care self-efficacy, and attitudes toward care of the dying among hospice nurses. **Journal of Clinical Psychology in Medical Settings**, EUA, v. 1, mar. 2020.

BRAUN, M.; GORDON, B.; UZIELY, B. Associations Between Oncology Nurses' Attitudes Toward Death and Caring for Dying Patients. **Oncology Nursing Forum**, israel, Vol. 37, No. 1, January 2010.

CARDOSO, M. F. P. T. *et al.* O processo de morrer: que expressão tem nos registros de enfermagem. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra , v. ser IV, n. 21, p. 121-130, jun. 2019

CARDOSO, M. F. P. T. *et al.* Atitudes de enfermeiros frente à morte no contexto hospitalar: diferenciação por unidades de cuidados. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 25, n.1, e20200100, 2021.

CARDOSO, M. F. P. T.; RIBEIRO, O. M. P. L.; MARTINS, M. M. F. P. S. A morte e o morrer: contributos para uma prática sustentada em referencial teóricos de enfermagem. **Rev. Gaúcha Enfem.**, Porto Alegre, v. 40, e20180139, 2019.

CARDOSO, M. F. P. T. *et al.* Atitude dos enfermeiros gestores face à morte: repercussões da pandemia por COVID-19. **Journal Health NPEPS**, Portugal, v. 5, n. 2, p. 42-59, Dez. 2020.

CEVIK, B; KAV, S. Attitudes and Experiences of Nurses Toward Death and Caring for Dying Patients in Turke, **Cancer Nursing**, Turquia, v. 36, n. 6, 2013.

CERIT, B. Influence of training on first- year nursing department students' attitudes on death and caring for dying patients: A single-group pretest- postteste experimental study. **OMEGA- Journal of Death and Dying**, Turquia, v. 78, n. 4, p.335- 347, 2019.

CONNER, N.E.; LOERZEL, V. W.; UDDIN, N. Nursing Student End-of-Life Care Attitudes After an Online Death and Dying Course, **Journal of Hospice & Palliative Nursing**, Estados Unidos, v. 16, n. 6, p.374 - 382, Agost. 2014.

EDO-GUAL, M. *et al.* Death attitudes and positive coping in Spanish nursing undergraduates: a cross-sectional and correlational study. **Journal of Clinical Nursing**, Espanha, v. 24, n. 17-18, p. 2429–2438, Fev. 2015.

GAMA, G.; BARBOSA, F.; VIEIRA, M. Factors influencing nurses' attitudes toward death. **International Journal of Palliative Nursing**, Barcelona, v. 18, n. 6, mar 2012.

GAMA, G.; BARBOSA, F.; VIEIRA, M. Personal determinants of nurses' burnout in end of life care. **European Journal of Oncology Nursing**, Portugal, v. 18, p. 527-533, 2014.

GORIS, S. et al. Effect of Terminal Patient Care Training on the Nurses' Attitudes Toward Death in an Oncology Hospital in Turkey. **American Associaton for Cancer Education**, Turquia, n. 32, p. 65-71, 2017.

GUO, Q.; ZHENG, R. Assessing oncology nurses' attitudes towards death and the prevalence of burnout: A cross-sectional study. **European Journal O Oncology Nursing**, China, n. 42, p.69-75, Agost. 2019.

HASHEESH, M. O. A.; ABOZEID, S. A. S.; SAID, S. G. E.; ALHUJAILI, A. D Nurses' characteristics and their Attitudes toward Death and Caring for Dying Patients in a Public Hospital in Jordan. **Health Science Journal**, Jordânia, v. 7 ,n.4, 2013 .

HERRERO, A.A.; SÁBADO, J.T.; BENITO, J.G. death attitudes and emotional intelligence in nursing students. **Omega**, Espanha, Vol. 66, n. 1, p. 39-55, 2012.

KIM, J.Nursing students' relationships among resilience, life satisfaction, psychological well-being, and attitude to death. **Korean Jornal of Medical Education**, Coréia, v. 31, n. 3, p. 251-2260, jul. 2019.

KIZILTEPE, S. K.; KOÇ, Z.; DURAN, L. The effect of status and frequency of confronting death in emergency nurses on attitude toward. **Journal of Experimental and Clinical Medicine**, Turquia, v. 34, n. 3, p. 165-171, 2017.

MACHADO, R. S. *et al.* Translation and Cultural Adaptation of Death Attitude Profile Revised (DAP-R) for use in Brazil. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 28, e20180238, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0238>.

MAKOXICZ, D. et al. The attitude of nursing staff towards the death and dying of the patient. **Sciendo**, Polônia, v. 18, n. 3, 2019.

MALAK-KOLAEI, F. S. *et al.* The Relationship Between Death and Do Not Resuscitation Attitudes Among Intensive Care Nurses. **OMEGA - Journal of Death and Dying**, [s.l.], v.1, n.1, p. 1-11, 2020.

MOTA, M. S. *et al.* Reações e sentimentos de profissionais da enfermagem frente à morte dos pacientes sob seus cuidados. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v.32, n. 1, p. 129-35, mar. 2011.

MONDRAGÓN, E. J. *et al* Comparação do nível de medo da morte entre estudantes e profissionais de enfermagem no México. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 323-8, abr. 2015.

OZVEREN H.; GULNAR E.; CALISKAN N. GÜLNAR, NURCAN ÇALISKAN Effect of Storytelling Technique on the Attitudes of Nursing Students Toward Death. **Omega- Journal o Death and Dying**, [s.l.], n. 1, p. 1-14, 2020.

PEKER S. *et al.* Effect of Emotional State of Nurses Working in Intensive Care on Their Attitudes Toward Death. **Omega-Journal o Death and Dying**, [s.l.], n.1, p. 2-14, 2019.

PETERS, L. *et al.* Emergency and palliative care nurses' levels of anxiety about death and coping with death: A questionnaire survey. **Australian Emergency Nursing Magazine Journal**, Australia, v.16, n. 4, p. 152-9, 2013.

PRADO, R. T. *et al.* Desvelando os cuidados aos pacientes em processo de morte/morrer e às suas famílias. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 39, e2017-0111, 2018.

RIBEIRO *et al.* Ensino dos cuidados paliativos na graduação em enfermagem do Brasil. **Enferm. foco**, Bahia, v. 10, n. 6, p. 131-136.2019.

RIVERA, D. I. C.; ZAMBRACO, L. Y. C.; ROMERO, L. A. L. Actitudes de las enfermeras frente a la muerte de los pacientes en una unidad de cuidados intensivos. **Rev. Ciênc. Salud**, Bogotá, v. 17, n. 3, p. 98-110, jun. 2019.

SANTOS, M. A.; HOMAMEZ, M. Atitude frente à em profssionais e estudantes de enfermagem: revisão da produção científica da última década. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2757-2768, sept. 2013.

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, Mar. 2010.

SHAROOUR, L. A. *et al* Nurses' students' attitudes toward dhead and caring for dying cancer patients during their placement. **Euro Mediterranean Biomedical Journal**, Jordânia, v.12, n. 40, p. 189–193, nov. 2017.

TUZER, H.; KIRCA, K.; OZVEREN, H. Investigation of Nursing Students' Attitudes Towards Death and Their Perceptions of Spirituality and Spiritual Care. **Journal o Religion and Health**, Turquia, n.59, p. 2177-2190, Fev. 2020.

TRUJILLO, Z. D. L. S. *et al.* Estudio exploratorio sobre conocimientos de cuidados paliativos y actitudes de profesionales de la salud, ante la muerte y el trabajo emocional. **Revista Mexicana de Neurociência**, México, v. 14, n.1, p. 8-13, Fev. 2013.

WANG, L.; LI, C.; ZHANG, Q.; LI, Y. Clinical nurses' attitudes towards death and caring for dying patients in China. **International Journal of Palliative Nursing**, China, v. 24, n.1, p. 33-39, jan. 2018.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 52, n. 5, p. 546-553, Dec. 2005.

XU, F. et al. A Questionnaire Study on the Attitude towards Death of the Nursing Interns in Eight Teaching Hospitals in Jiangsu. **BioMed Research International**, China, e3107692, set. 2019.

ZYGA, S.; MALLIAROU, greek renal nurses' attitudes towards death. **Journal o Renal Care**, Gréssia, v. 37, n. 2, p. 100-107, 2011.

OS DESAFIOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO PROCESSO DE TRABALHO NO ENFRENTAMENTO DO SARS-COV-2

Data de aceite: 01/11/2021

Data de submissão: 05/08/2021

Isabela de Oliveira Bannwart

FANORPI – Faculdade do Norte Pioneiro
Santo Antônio da Platina – Paraná
lattes.cnpq.br/7652700823668833

Gabriella Patrial

FANORPI – Faculdade do Norte Pioneiro
Santo Antônio da Platina – Paraná
lattes.cnpq.br/0674649234866519

Fabio da Silva Ferreira Vieira

FANORPI – Faculdade do Norte Pioneiro
Jacarezinho – Paraná
lattes.cnpq.br/7205230411663842

RESUMO: A pandemia da COVID-19 abala o mundo todo há mais de um ano com repercussão direta na enfermagem. Florence Nightingale, em um dos seus feitos memoráveis manifesta, sobre sua teoria ambientalista, os cuidados de enfermagem como um todo, porém com ênfase em recomendações e ações que estão em evidência atualmente. Durante a atual pandemia, vários profissionais da saúde, em destaque, a equipe de enfermagem, precisou manter o equilíbrio emocional. No atual cenário vivido, é relevante analisar e propor melhorias para os desafios encontrados pela equipe de enfermagem. É preciso entender que a enfermagem atua na linha de frente e está em maior contato com o vírus, como consequência acabam que por inúmeras vezes sendo afastados das atividades laborais,

ou de outra forma, impossibilitados de manter o contato com familiares por apresentarem sinais ou sintomas do vírus. Além dos desafios impostos, o enfermeiro gestor, encontra-se em situações similares às vividas por Florence, pois mesmo não sendo um momento de guerra, o cenário pandêmico é muito parecido, visto desde a escassez de recursos humanos e materiais, incertezas, inseguranças e ainda ocasionando desordens psicológicas de alto impacto. Perante o exposto vivenciado pela equipe de enfermagem, da qual também faz parte o enfermeiro gestor, ou seja, o enfermeiro atua como líder e como liderado, num mesmo contexto, o que acumula a sobrecarga emocional, mas, desde o início da pandemia mantiveram em seu foco, a assistência ao paciente. Assim, a pandemia, junto de todos os efeitos por ela causada, acarretou, a valorização do profissional de enfermagem, e principalmente, evidenciou a importância destes profissionais na sociedade, todavia mesmo com esse ganho de valor, ainda falta um longo caminho para a profissão.

PALAVRAS-CHAVE: Equipe de enfermagem; Pandemia COVID-19; Coronavírus.

THE CHALLENGES OF THE NURSING TEAM IN THE WORK PROCESS IN COPING WITH SARS-COV-2

ABSTRACT: The COVID-19 pandemic has shaken the world for more than a year with direct repercussions on nursing. Florence Nightingale, in one of her memorable deeds manifests, about her environmental theory, nursing care as a whole, but with emphasis on recommendations and actions that are currently in evidence. During

the current pandemic, several health professionals, highlighted by the nursing team, had to maintain emotional balance. In the current scenario experienced, it is relevant to analyze and propose improvements to the challenges encountered by the nursing team. It is necessary to understand that nursing acts on the front line and is greater contact with the vírus, as a consequence they often end up being removed from work activities, or otherwise, unable to maintain contact with family members because they present signs or symptoms of the vírus. In addition to the challenges imposed, the nurse manager is in situations similar to those experienced by Florence, because even though it is not a moment of war, the pandemic scenario is very similar, seen since the scarcity of human and material resources, uncertainties, insecurity and even causing high-impact psychological disorders. In view of the above experienced by the nursing team, of which the nurse manager is also part, that is, the nurse acts as a leader and as a leader, in the same context, which accumulates emotional overload, but since the beginning of the pandemic they have kept patient care in their focus. Thus, the pandemic, together with all the effects caused by it, led to the valorization of the nursing professional, and mainly, evidenced the importance of these professionals in Society, however, even with this gain of value, there is still a long way to go for the profession.

KEYWORDS: Nursing team; Pandemic COVID-19; Coronavirus; Psychological exhaustion.

1 | INTRODUÇÃO

Historicamente, a sociedade já enfrentou doenças, pestes, surtos, epidemias e pandemias. Na conjuntura da enfermagem, Florence Nightingale, pioneira e criadora da enfermagem moderna, no ano de 1853, durante a Guerra da Crimeia, demonstrou através de suas ações a importância da teoria ambientalista, reduzindo drasticamente o número de óbitos de 42,7 para apenas 2,2% dos soldados feridos em combate. Diante de tais resultados, a teórica comprovou a importância e implantou sua teoria para o mundo (BREIGEIRON, VACCARI & RIBEIRO, 2021).

Florence, mesmo depois de tanto tempo, ainda exerce grande influência, levando em consideração os protocolos implantados quanto à higienização e cuidados à prevenção de transmissão de doenças contagiosas. Cuidados estes que são salutares não apenas à população em geral, mas, principalmente à equipe de enfermagem que continua implantando em seus protocolos atuais de biossegurança em seus locais de trabalho.

Dentre inúmeros pontos relevantes da teoria ambientalista de Florence, é relevante destacar principalmente o ambiente no qual o paciente encontra-se, ambiente este que Nightingale preconizava como sendo livre de bactérias nocivas, com boa iluminação, luz solar, temperatura amena, confortável e que proporcionasse alívio ao paciente (RIEGEL et al., 2021).

Outrossim, Florence em 1853 implanta ações que salientavam a importância da lavagem das mãos com frequência durante a assistência ao paciente, nos cuidados com o local de trabalho e no meio em que vive, fato este em que atualmente, vem de fato sendo prioridade para toda a sociedade, a fim de diminuir a transmissão do Sars-CoV-2.

Aos fatores psicológicos, também implantados por Florence, é possível destacar a importância de evitar o estresse do paciente, estimulando este com pensamentos positivos. Somando-se a estes fatores, o aspecto social denota a importância da recuperação do paciente, estimulando-o a fazer por si mesmo, a fim de reduzir a ansiedade e que assim alcance satisfatória evolução (ARANTES et al., 2020).

Todos estes fatores caracterizam um cenário onde o eixo norteador de atuação está ancorado em sentimentos e ações de empatia, já que pacientes e profissionais vivenciam a mesma situação. Esse emaranhado de fatores, gestos, ações, cuidados e valores, todos relacionados à teoria ambientalista de Florence, são imprescindíveis para a recuperação do paciente.

A complexidade que sustenta o humano é fator primordial nesse controle desde Nightingale até hoje, principalmente durante a pandemia da COVID-19, o culmina como um dos vários desafios do profissional de enfermagem. Visto que aplicar a teoria ambientalista que de fato demonstra melhora na recuperação do paciente, ainda é uma situação desafiadora para toda a equipe da saúde, em especial para o profissional da enfermagem enquanto líder e liderado na equipe que muitas apresenta características multidisciplinares (HARTMANN et al., 2020; HARTMANN et al., 2021).

Essa situação desafiadora pode ser evidenciada ao passo que os profissionais devem reaprender e reestabelecer o que pode ser considerado como a Teoria do Reconhecimento de Florence, pois todas as ações inseridas pela teórica, há mais de um século são reaplicadas pela sociedade atualmente com o propósito de conter a propagação do vírus.

Diante da aplicação desses protocolos a equipe de enfermagem ainda encontra relevantes dificuldade em seu ambiente laboral, como por exemplo, tratar o paciente com contágio de COVID-19 positivo, pois grande parte acaba sendo internada com alteração psicológica e a ansiedade acaba agravando o seu quadro clínico (VIANA et al., 2021).

Sobre este prisma, de tantos óbitos, ambientes isolados, com pacientes apresentando estado de saúde instável, a equipe de enfermagem acaba refletindo alto estresse físico e psicológico ao atribuir seus cuidados, sendo que os próprios profissionais se encontram esgotados, e muitas vezes a sobrecarga de trabalho torna o ambiente desafiador (TEIXEIRA, LIMA & GUERREIRO, 2021).

Em 2019, na cidade de Wuhan, China, surgiu um vírus da família coronavírus (Sars-CoV-2), o qual propagou a doença COVID-19. Esse novo vírus se tornou um problema de saúde pública de nível global, com rápida propagação, desafiando a sociedade e os profissionais da saúde. Assim, é possível perceber que mesmo após a evolução e sucesso dos resultados obtidos por Florence com sua teoria, a sociedade retrocedeu com as práticas de higiene e, atualmente tenta reestabelecer valores de sua teoria (DAL'BOSCO et al., 2020).

Diante deste cenário pandêmico, a rápida propagação da doença e sua disseminação

pelo mundo todo, a Organização Mundial da Saúde – OMS – determinou, no dia 31 de janeiro de 2020, Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, instituindo como pandemia no dia 11 de março do mesmo ano (BARROS, 2021).

Nesse contexto, a enfermagem, como em outras épocas e quadros históricos vivenciados, como a Teoria Ambientalista de Florence Nightingale, pode-se constatar a significância da teoria em questão diante da atual pandemia do novo coronavírus (LOPYOLA & OLIVEIRA, 2021).

Em momento de guerra, incertezas, medos e riscos, mostra a importância da prática baseada em evidências, teorias e autonomia, de modo a otimizar o equilíbrio das relações gerenciais, coordenando diversos níveis de atenção à saúde, práticas vistas há anos que podem cessar a disseminação do vírus que atualmente já ocasionou aproximadamente 4,2 milhões de mortes pelo mundo.

2 | PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM FRENTE AO COMBATE DA COVID-19: DESAFIOS E SOLUÇÕES

A pandemia provocou grande impacto e acarretou inúmeros desafios para a sociedade, mas, principalmente para os profissionais da saúde, em especial aos profissionais da enfermagem. Tal impacto fica evidenciado no cotidiano laboral de toda a equipe, que foi chamada de “linha de frente” desde o início da pandemia (FERREIRA, CARDIM & AZEVEDO, 2021).

Além do impacto e das incertezas geradas pela COVID-19, a pandemia colocou em evidência outras grandes situações de revés que a equipe de enfermagem perpassa cotidianamente, como por exemplo: condições desfavoráveis de trabalho, déficit de profissionais, falta de EPI's, escassez de mão de obra qualificada assim como inúmeras outras situações que dificultam a implantação de protocolos de biossegurança eficazes (FERREIRA et al., 2021).

Somando-se a esses fatores, pode ocorrer a falta de uma gestão eficaz, que, inevitavelmente, compromete o trabalho em equipe e por conseguinte a saúde mental e superestimando a exaustão dos profissionais, o que fatalmente tende a desencadear impactos psicossociais deletérios que, poderiam ser amenizados e até mesmo evitados (BANNWART et al., 2020).

A falta de infraestrutura para atendimento, escassez de insumos e o número reduzido de profissionais de enfermagem capacitados para trabalhar tem sido uma constante, mas, com o aumento de casos de contaminação pelo Sars-CoV-2 a intensidade de tudo tornou-se muito maior (MIRANDA et al., 2020).

A RDC 7 (Resolução da Diretoria Colegiada), a resolução 165, entre tantas outras estabelecidas pelo Ministério da Saúde e SESA (Secretaria de Estado da Saúde) acabam deixando de ser contempladas, mesmo diante dos incessantes esforços da equipe de enfermagem diante de todas as condições vividas e das contaminações já alastradas, a

prioridade acaba sendo em evitar sofrimentos e mortes (SOUZA et al., 2021).

A matéria prima para criação de insumos e medicamentos, com o aumento dos casos, foi tornando-se escassa, muitos profissionais de diversas áreas, produtores, fornecedores entre outros, foram contaminados e, numa reação em cadeia, foi diminuindo a produção e assim, acarretando desabastecimento dos materiais. Fato este que forçou os profissionais a aprenderem novas formas de adaptar o desenvolvimento da assistência de acordo com os materiais que existissem nos locais de trabalho.

A falta de dimensionamento adequado de profissionais, de fato, já é algo latente no Brasil, embora exista resoluções quanto ao dimensionamento profissional, mas muitas instituições não seguem. Com o início da pandemia, este fator se agrava, e por se tratar de uma doença nova, associado a falta de capacitação e preparo, inúmeros profissionais se contaminaram e acabaram sendo afastados das atividades laborais, agravando os atendimentos.

É interessante ressaltar que no início da pandemia, com o aumento excessivo no número de casos, colaboradores se contaminando, profissionais ainda recebendo capacitações com o propósito de oferecer assistência ao paciente, de uma doença ainda desconhecida, EPIs sendo distribuídos, mesmo assim, durante esse processo, a chamada linha de frente continuou realizando suas atividades da melhor maneira possível (MIRANDA et al., 2020).

A enfermagem uma categoria que não possui carga horaria definida legalmente, sendo baixo o salário base se comparado à tamanha importância para a sociedade, diante disso, os profissionais em sua maioria, possui duas ou três jornadas de trabalho, fazendo com que o profissional fique cada vez mais defasado em sua formação continuada, e esteja propício a se contaminar, não apenas com a COVID-19, mas também a desenvolver síndromes associadas à baixa imunidade (MORAES et al., 2021).

Mesmo com tantos desafios, é evidente que em momento algum a enfermagem, representada pelos seus profissionais e toda a equipe, desamparou seus pacientes, diante de tantas dores, perdas familiares, abalos psicológicos diante de tantos óbitos, jornadas exaustivas de trabalho, vivenciando o mesmo sofrimento da sociedade em questão.

A enfermagem esteve à frente de toda a situação, desde o surgimento em Wuhan até hoje, quando existe maior flexibilidade das recomendações, sempre organizando estratégias, mesmo com toda a escassez de materiais, falta de profissionais, insegurança e medo, ressaltando o propósito de dar assistência ao paciente de forma qualificada e adequada.

3 | O ENFERMEIRO COMO LÍDER E LIDERADO NO PROCESSO DE GESTÃO

De acordo com a revisão sistemática realizada por Bannwart et al., (2020) a equipe de enfermagem diante da pandemia, vivencia concomitantemente com a vida pessoal, em

que precisa se cuidar, prevenir a família e trabalhar, vem mostrando na prática do dia a dia, que os profissionais diante de tal situação mundial, descrevem maior cuidado em relação à prevenção da transmissão do vírus, evitando transmitir o contágio do local de trabalho para o seio familiar. Com o propósito do cuidado a todo custo, acabam deixando em segundo plano sua saúde mental.

A pressão psicológica e o impacto na saúde mental dos profissionais de enfermagem refletem em seu ambiente de trabalho grandes efeitos deletérios, devido principalmente, à sobrecarga de trabalho, estresse, ansiedade e por muitas vezes, a Síndrome de Burnout, evidenciando a carência de cuidados com a saúde mental (BANNWART et al., 2020).

Dessa forma, o papel do enfermeiro gestor é fundamental para o desempenho da equipe de enfermagem, sendo a todo momento o pilar, e assim deve desenvolver estratégias de ações para assistência ao paciente e manutenção do equilíbrio, principalmente emocional de toda sua equipe. Um enfermeiro gestor em desequilíbrio emocional, fatalmente gerará desordens descontroladas em toda sua equipe (ASSAD et al., 2021).

É sabido que no início da pandemia, considerada ainda nova, protocolos foram reestruturados quase que mensalmente pelo Ministério da Saúde, rotinas diárias eram alteradas, tudo isso, fazia com que a equipe fosse forçada a adaptar-se às mudanças constantes, com pouco tempo para capacitações visto que a quantidades de casos e internações eram constantes.

Inevitavelmente o aumento dos níveis de estresse e medo entre os colaboradores, gestores em enfermagem foram obrigados a adaptarem-se a isso tudo que está acontecendo e desenvolver capacidades de liderar de forma ativa e presente, conseguindo detectar características e formas de intervenção com seus liderados para que mantivesse a harmonia e bom atendimentos aos pacientes.

Por muitas vezes, o gestor era obrigado a oferecer atendimento psicológico através da própria instituição, afastamento, e principalmente identificando as carências de todos os profissionais que estivessem sob sua liderança, com a ideia de oferecer o apoio necessário (GARCIA & MARZIALE, 2021).

Com a instalação de protocolos pelo Ministério da Saúde, foram afastados colaboradores com comorbidades, incluindo gestantes. Alguns profissionais se contaminaram e outros foram afastados devido ao contágio de algum parente que reside na mesma casa.

Durante a pandemia os afastamentos foram surgindo de forma imediata e em alguns momentos a própria instituição precisou afastar alguns colaboradores por apresentarem sinais e sintomas de síndromes gripais.

Com isso, surgem as instabilidades em escala, com escassez de profissionais e a necessidade de mais de uma jornada de trabalho, dificuldades para os gestores em escalar os colaboradores ao serviço, e muitas vezes a necessidade de contratação de novos colaboradores, com baixa experiência e tempo praticamente nenhum para capacitações

(MENEZES et al., 2021).

Os plantões se tornam cansativos fisicamente e psicologicamente, com equipe reduzida, porém, o gestor, mesmo também vivenciando essa situação, precisa estar presente e coordenar a equipe para que consiga se organizar e elencar as prioridades, de forma que o paciente não fique sem assistência e que estes profissionais não adoçam.

Ao gestor de enfermagem, cabe o desafio de gerenciar uma equipe em que se vive uma sociedade com medo, insegurança profissional, tentando assim, motivar a equipe, implantar estratégias de serviço, rotinas de trabalho, fluxos e protocolos internos de acordo com as orientações do Ministério da Saúde (CORREIA et al., 2020).

Diante disso, o profissional da enfermagem, que também é o gestor da equipe de enfermagem, deve, sobremaneira, fazer com que a equipe se sinta segura e perceba sua importância diante de todos os cenários cotidianos, de maneira superlativa durante o cenário pandêmico de salutar cuidado ao paciente, concomitante ao medo e insegurança também vivida por todos, mas, também, pelo gestor que precisa ser o pilar da equipe.

4 | O SOBRESSALTO DA ENFERMAGEM

Antes mesmo de se falar em pandemia, no mês de fevereiro de 2018, em Londres, foi lançada a campanha “*Nursing Now*”, e trazida para o Brasil em abril de 2019, escolhida pela Organização Mundial da Saúde – OMS – e pela Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS – como 2020, para comemorar o Ano Internacional da Enfermagem (SILVA et al., 2021).

Coincidindo com o bicentenário de aniversário de Florence Nightingale, que teve total relevância partir da guerra da Criméia, hoje, o cenário de guerra repete-se, com hospitais de campanha por exemplo, as lembranças e atualidades se confundem.

Assim como Florence, tantos anos depois, ainda existe a mesma luta para valorização e reconhecimento profissional, afinal, no mesmo período, finalmente, existe reconhecimento justo da profissão, após psicológicos abalados, jornadas exaustivas de trabalho, a luta ainda segue por valorização.

De fato, sabe-se que a enfermagem, sempre ofereceu assistência com empatia, dedicação e carinho, até mesmo e inclusive na pandemia, a insegurança e medo de contaminação, que mesmo latente, não abala a determinação e atuação dos profissionais (LAMARCA, 2021).

A vida e a morte, sem dúvida, se misturam a todo momento, e junto disso, a carga emocional dos profissionais, tanto profissional quanto pessoal, com problemas particulares, dores e medos. Merecidamente a enfermagem se engrandeceu, ganhou espaço e nota-se, claramente que sem a enfermagem os números seriam muito maiores.

Dentre os óbitos no período da pandemia, a enfermagem foi a que mais sofreu casos de contaminação e mortes, devido ao fato da assistência ser imensamente beira

leito, quase que constantemente no plantão, assistência essa prestada em decorrência de uma doença nova, em processo de descoberta e aprendizados (SILVESTRIN, NUNES & BRAGA, 2021).

Instaurado cenário pandêmico, os profissionais de enfermagem mantiveram sua carga horária excessiva de trabalho, associada a isso, surgiu um reconhecimento da sociedade, muitos profissionais da saúde tiveram sua atuação evidenciada, porém, o destaque para a enfermagem foi salutar, afinal, quem cuida de quem cuida?

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia do coronavírus apesar de todos os revezes que atribuiu ao mundo, mostrou o quanto a enfermagem, seus profissionais, líderes e liderados são importantes para a assistência ao paciente e a toda a sociedade. Os profissionais da enfermagem mostraram-se capazes de elaborar estratégias diante das mais variadas dificuldades enfrentadas.

Dentre as dificuldades, o aspecto emocional se destaca, ao passo que vive o cuidar par-e-passo com os pacientes. Entretanto, o compromisso e a responsabilidade do enfermeiro com o paciente, a sociedade, os familiares e, principalmente, com sua equipe permanecem. Dessa forma, pode-se inferir que a enfermagem mesmo em tempos instáveis, reflete a suas técnicas e conhecimentos científicos e enfrenta os desafios oriundos da pandemia.

Avalorização da sociedade perante a pandemia, trouxe esperança para o crescimento, reconhecimento e valorização profissional. Diante disso, fazem-se necessárias medidas que amenizem a sobrecarga laboral desses profissionais e promovam a qualidade de vida dessa categoria, assim, indubitavelmente, a equipe, e conseqüentemente o paciente obterão resultados satisfatórios para o equilíbrio, evolução e reconhecimento desta classe em seu ambiente de trabalho.

REFERÊNCIAS

ARANTES, R.X.; BASTOS, M.C.; OLIVEIRA, C.A.S.; MARÇAL, J.D.; COSTA, R.D.S. **Fatores estressores em pacientes internados em unidade de terapia intensiva: uma revisão bibliográfica.** V Jornada de Iniciação Científica. VI Seminário Científico do UNIFACIG – Sociedade, ciência e tecnologia. 2020.

ASSAD, S.G.B.; VALENTE, G.S.C.; SANTOS, S.C.P.; CORTEZ, E.A. **Training and practice of nurses in Primary Care management: perspectives of Schön's Theory.** Rev Bras Enferm. 2021;74(3):e20200461. doi: 10.1590/0034-7167-2020-0461

BANNWART, I.O.; VIEIRA, M.P.M.; TRINDADE, M.J.L.; TEODORO, G.N.S.; VIEIRA, F.S.F. **A saúde mental dos profissionais de enfermagem no contexto da pandemia do novo coronavírus: uma revisão sistemática.** Revista Científica Cognitionis, 2020. doi: 10.38087/2595.8801.51

BARROS, R. **Emergência em saúde pública da pandemia da COVID-19: breves apontamentos.** Revista Baiana de Saúde Pública, v. 45, n. especial 1, p. 11-18. Jan/mar 2021. doi: 10.22278/2318-2660.2021.v45.NEspecial_1.a3386

BREIGEIRON, M.K.; VACCARI, A.; RIBEIRO, S.P. **Florence Nightingale: legacy, present and perspectives in COVID-19 pandemic times.** Rev Bras Enferm. 2021; 74 (suppl 1):e20201306. doi: 10.1590/0034-7167-2020-1306

CORREIA, T.; MARTINS, M.M.; FORTE, E. **Gestão de enfermagem: áreas prioritárias na segurança de profissionais e clientes.** Suplemento digital Rev ROL Enferm 2020; 43(1): 507-514

DAL'BOSCO, E. B.; FLORIANO, L.S.M.; SKUPIEN, S.V.; ARCARO, G.; MARTINS, A.R.; ANSELMO, A.C.C. **A saúde mental da enfermagem no enfrentamento da COVID-19 em um hospital universitário regional.** Rev. Bras. Enferm. [online]. 2020, vol.73, suppl.2. ISSN 1984- 0446. doi: 10.1590/0034-7167-2020-0434.

DAVID, H.M.S.L.; ACIOLI, S.; SILVA, M.R.F.; BONETTI, O.P.; PASSOS, H. **Pandemia, conjunturas de crise e prática profissional: qual o papel da enfermagem diante da COVID-19?** Rev Gaúcha Enferm. 2021; 42(esp):e20190254. doi: 10.1590/1983-1447.2021.20190254

FERREIRA, J.S.; CRUZ, R.G.; CAMPOS, S.L.; BARBOSA, E.F. **Diagnóstico e cuidados de enfermagem ao COVID-19: enfermeiro como linha de frente, uma revisão integrativa.** Revista Multidebates, v. 5, n. 2, Palmas-TO, abril de 2021. ISSN: 2594-4568

FERREIRA, D.P.; CARDIM, M.G.; AZEVEDO, M.S.N. **Desafios da gestão de enfermagem na pandemia da COVID-19.** São Paulo: Rev Recien. 2021; 11(43):364-372. doi: 10.24276/recien2021.11.34.364-372

GARCIA, G.P.A.; MARZIALE, M.H.P. **Satisfaction, stress and burnout of nurse managers and care nurses in Primary Health Care.** Rev Esc Enferm USP. 2021; 55:e03675. doi: 10.1590/S1980-220X2019021503675

HARTMANN, C.; LOPES, G.C.D.; VIEIRA, F.S.F.; SAMUEL, B.V. **Epidemiologia: Coronavírus (COVID-19) e recomendações da prática de atividade física e exercício físico.** Revista Científica Cognitionis, 2020. doi: 10.38087/2595.8801.50

HARTMANN, C.; LOPES, G.C.D.; VIEIRA, F.S.F.; SAMUEL, B.V. **Modelo de atenção primária em saúde pública no Brasil e o profissional de Educação Física nos programas NASF – Núcleo de apoio à saúde da família – e PSF – Programa de saúde da família.** Revista Científica Cognitionis, 2021. doi: 10.38087/2595.8801.75

LAMARCA, F.R.R.S. **Mudanças do perfil da clientela e adaptações no cuidar da enfermagem.** Revista Digital da Comissão de Proteção ao Idoso. Ano 1, nº4, 2021.

MENEZES, S.L.O.; JESUS, T.H.O.; PEREIRA, G.L.; COSTA, A.J.; SOUZA, V.R.; VALENTE, G.S. **A atuação do enfermeiro residente junto à pandemia de COVID-19: Revelando vivências e saberes.** Reseach Society and Development, v. 10, n. 5, e29910514458, 2021. doi: 10.33448/rsd-v10i5.14458

MIRANDA, F.M.D.; SANTANA, L.L.; PIZZOLATO, A.C.; SAQUIS, L.M.M. **Condições de trabalho e o impacto na saúde dos profissionais de enfermagem frente à COVID-19.** Cogitare enferm. [internet]. 2020. doi: 10.5380/ce.v25i0.72702

MORAES, A.O.N.; BARRETO, C.S.M.; SANTOS, M.G.; OLIVEIRA, C.F.P.; PEREIRA, R.M.S. **Saúde ocupacional de profissionais de enfermagem e depressão.** Research, Society and Development, v. 10, n. 7, e55810716831, 2021. doi: 10.33448/rsd-v10i7.16831

LOPYOLA, C.M.D.; OLIVEIRA, R.M.P. **Florence Nightingale e a arte de enfermagem: texto e contexto da Inglaterra Vitoriana.** Esc Anna Nery, 2021; 25(4):e20200152. doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2020-0152

RIEGEL, F.; CROSSETI, M.G.O.; MARTINI, J.G.; NESS, A.G.G. **Florence Nightingale's theory and her contributions to holistic critical thinking in nursing.** Rev Bras Enferm. 2021; 74(2):e20200139. doi: 10.1590/0034-7167-2020-0139

SILVA, C.M.; TORIYAMA, A.T.M.; CLARO, H.G.; BORGHI, C.A.; CASTRO, T.R.; SALVADOR, P.I.C.A. **Pandemia da COVID-19, ensino emergencial a distância e Nursing Now: desafios à formação em enfermagem.** Rev Gaúcha Enferm. 2021; 42(esp):e20200248. doi:10.1590/1983-1447.2021.20200248

SILVESTRIN, F.; NUNES, T.N.; BRAGA, L.R.M. **Cuidado de pacientes em final de vida: o que profissionais de enfermagem expressam sobre.** Psicologia e saúde em debate. Jun., 2021: 7(1):343-361. doi: 10.22289/2446-922X.V7N1A24

SOUZA, L.A.; MENEZES, J.T.; NASCIMENTO, A.R.; SILVA, N.O.; SOUZA, M.M.; VALENTE, A.R.P.D. **Qualidade em saúde: gerenciamento dos riscos assistenciais ao paciente internado na unidade de terapia intensiva adulto.** Brazilian Journal of Development, Curitiba, v. 7, n.6, p. 59599-59613, jun. 2021. doi: 10.34117/bjdv7n6-379

TEIXEIRA, P.T.F.; LIMA, J.S.; GUERREIRO, M.L.S. **As implicações psicológicas desencadeadas pelo excesso de informações em tempos de pandemia COVID-19.** Id on Line Ver. Mult. Psic., maio/2021, vol. 15, n.55, p. 676-695, ISSN: 1981-1179. doi: 10.14295/online.v15i55.3098

VIANA, V.; ARAÚJO, M.; ROCHA, V.; PEREIRA, L.; LIMA, J.; SOARES, J.; MOURA, M.; SOUZA, D.; CARQUEJA, E.; ALMEIDA, P. **Impacto e adaptação psicológica à COVID-19: um estudo qualitativo.** Psicologia, saúde & doenças, 2021, 22(2), 326-337. ISSN: 2182-8407. Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde – SPPS – www.sp-ps.pt. doi: 10.15309/21psd220201

CAPÍTULO 15

PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM QUANTO AOS CUIDADOS IMEDIATOS PRESTADOS AO RECÉM-NASCIDO

Data de aceite: 01/11/2021

Data de submissão: 24/08/2021

Lindalva de Moura Rocha

Doutoranda em Biotecnologia (RENORBIO) na
Universidade Federal do Piauí

Teresina-PI

<http://lattes.cnpq.br/4890932409639259>

Maria Cristina da Silva Nunes Vilarinho

Faculdade da Região Serrana (FARESE) -
Especialização em Saúde do adulto

Colinas-MA

<http://lattes.cnpq.br/8594311272757623>

Antonia Carla Figueredo de Sousa

Faculdade da Região Serrana (FARESE) -
Especialização em Saúde Coletiva

Colinas-MA

<http://lattes.cnpq.br/0911513347342278>

Eulália Sipaúba de Sousa Araújo

Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

Especialização em Gestão em Saúde

Colinas-MA

<http://lattes.cnpq.br/7968091014982202>

Francisca Mayra Brandão da Silva

Especialização em Pediatria e neonatologia
pela Faculdade da Região Serrana (FARESE)

Colinas-MA

<http://lattes.cnpq.br/2349717244280470>

Wesley Fernandes Araújo

Mestre em Desenvolvimento e Meio
Ambiente pela Universidade Federal do Piauí

(PRODEMA/UFPI)

Teresina-PI

<http://lattes.cnpq.br/7915208078774478>

Francilene de Sousa Vieira

Doutoranda em Saúde Pública pela

Universidade Federal do Ceará

Fortaleza-CE

<http://lattes.cnpq.br/6183220503913193>

RESUMO: O objetivo identificar as concepções dos enfermeiros de um centro obstétrico de uma maternidade de referência em Colinas-MA, além de constatar as dificuldades e os cuidados tomados para garantir a integridade e saúde do recém-nascido (RN). Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa exploratória. Utilizou-se questionário com perguntas pré-codificadas e abertas, cuja respostas foram descritas e analisadas de acordo com o conhecimento de cada profissional. Foi identificado o papel do enfermeiro no centro obstétrico, as dificuldades na realização dos cuidados ao RN, os cuidados imediatos prestados ao RN, como ocorre a promoção do vínculo mãe-bebê e os cuidados, para garantir a integridade do bebê. Atráves dos resultados pode-se concluir que o estudo alcançou os objetivos de conhecer quais os principais cuidados prestados aos recém-nascidos em qualquer circunstância, colaborando na produção de novas mudanças no âmbito do cuidado ao RN.

PALAVRAS-CHAVE: Recém-nascido. Cuidados Imediatos. Centro Obstétricos.

PERCEPTION OF NURSING PROFESSIONALS REGARDING THE IMMEDIATE CARE PROVIDED TO THE NEWBORN

ABSTRACT: The objective is to identify the conceptions of nurses in an obstetric center of a reference maternity hospital in Colinas-MA, in addition to verifying the difficulties and care taken to ensure the integrity and health of the newborn (NB). This is a descriptive study with an exploratory qualitative approach. A questionnaire with pre-coded and open questions was used, whose answers were described and analyzed according to the knowledge of each professional. The role of the nurse in the obstetric center, the difficulties in carrying out care to the NB, the immediate care provided to the NB, as well as the promotion of the mother-infant bond and the care to ensure the baby's integrity were identified. Through the results, it can be concluded that the study achieved the objectives of knowing the main care provided to newborns in any circumstance, collaborating in the production of new changes in the scope of care for the NB.

KEYWORDS: Newborn. Immediate care. Obstetrics Center.

1 | INTRODUÇÃO

A gravidez é crucial para a sobrevivência da espécie humana, sabendo-se que é vital para a renovação geracional, representando a formação de um novo ser. Essa fase da história da mulher inicia-se a partir do ciclo da concepção até um período de cerca de 40 semanas, finalizando com a chegada do bebê na hora do parto (PINTO et al., 2019). Na antiguidade, o ato de parir tinha caráter domiciliar e eram concretizados por parteiras, onde mãe e filho ficavam mais tempo juntos o que derivava no fortalecimento do vínculo afetivo. Com o aparecimento do parto na rede hospitalar, ocorreu um distanciamento entre mãe-filho correspondente à maior permanência do recém-nascido (RN) no berçário e o contato pele a pele só acontecer na hora da amamentação (GONÇALVES; CARDOSO; GARCIA, 2016).

No ano 2000, identificou-se a necessidade de maior investimento e foco na organização e na habilitação da atenção obstétrica e neonatal, tendo em vista o aumento do efeito do componente neonatal na mortalidade infantil na última década. Já em 2018 o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) designou a organização regionalizada e integral da atenção à saúde da gestante a começar do pré-natal até o parto e o pós-parto, com referência e integração para a continuidade do cuidado. Impulsionou ainda a qualificação e a humanização da atenção ao parto e ao recém-nascido, ponderando os direitos da mulher e da criança, e a possibilidade de impacto na redução da mortalidade materna e neonatal, que sucede em grande proporção nas primeiras 48 horas após o parto, com 25% das mortes infantis nas primeiras 24 horas de vida (BRASIL, 2018).

De acordo com Kliegman (2004), o RN é um indivíduo vulnerável a infecções e patologias, tendo em vista que o seu corpo ainda está em processo de se habituar ao novo meio e é precisamente nessa fase que acontece o maior índice de mortalidade e morbidade infantil, o que exige uma equipe de enfermagem com conhecimento da história familiar,

história das gestações prévias e a atual, e dos episódios durante o trabalho de parto.

Conforme o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) do Ministério da Saúde (MS), nascem, a cada ano, aproximadamente 3 milhões de crianças e, de acordo com o Censo Demográfico de 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 28 milhões de crianças de zero a 9 anos viviam no Brasil, constituindo mais da metade crianças de 5 a 9 anos. Mesmo com as estratégias do Governo Federal, a meta de garantir o direito à vida e a saúde a toda criança brasileira ainda não foi alcançada, pois, desigualdades regionais e sociais inaceitáveis ainda persistem (BRASIL, 2014).

O cuidado adequado ao recém-nascido tornou-se um dos desafios para a redução da mortalidade infantil. Uma vez que, está relacionada com os cuidados no momento do parto e durante a gravidez. Portanto, o acompanhamento pelos profissionais de saúde deve ser realizado de forma cuidadosa e segura, abrangendo todo o ciclo gravídico, a assistência adequada durante o parto e os diversos níveis de atenção ao recém-nascido. Estes são essenciais para garantir a saúde de mulheres grávidas e recém-nascidos para reduzir as mortes (BRASIL, 2014).

Deste modo os cuidados de Enfermagem ao RN após os primeiros momentos são: administração da vacina BCG (Bacillus Calmette Guérin) e vitamina K1 (Kanakion), assepsia com o nitrato de prata a 1%, banho, curativo do cordão umbilical, medições e preparação das puérperas no que diz respeito à amamentação, precauções de higiene, lóquiação, repouso relativo e abstinência sexual de trinta a quarenta dias, observação dos sinais e sintomas de mastite e/ou infecção hospitalar, continência ao uso de química no cabelo durante a amamentação, atualização permanente do esquema vacinal, entre outros (SILVA et al., 2017).

Tendo em vista que os cuidados de enfermagem ao recém-nascido devem ser de forma holística, atualmente ainda é possível encontrar o inverso onde resulta em problemas e muitas vezes evoluem para fatalidades. Atualmente, existem práticas e cuidados imediatos que são considerados essenciais para ser prestados. Infelizmente, ainda acha-se imprudências onde esses cuidados a serem prestados são oferecidos de forma inadequada podendo trazer sérios problemas.

O objetivo é identificar as concepções dos enfermeiros sobre os cuidados com o RN, além de constatar as dificuldades e os cuidados tomados por estes profissionais e como ocorre a promoção do vínculo mãe-bebê no centro obstétrico em uma maternidade de referência.

2 | METODOLOGIA

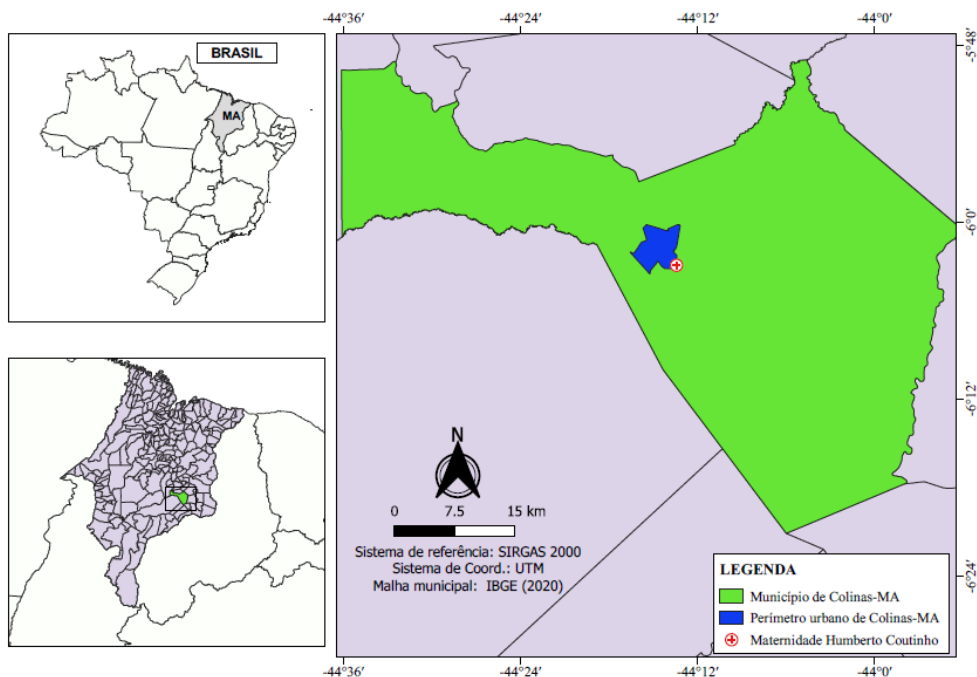
2.1 Critérios de inclusão e exclusão e aspectos éticos

A pesquisa foi realizada com enfermeiros que atenderam os seguintes critérios

de inclusão: trabalhou no mínimo 6 meses como obstetra, concordou em participar da entrevista e aceitou que a mesma fosse gravada por meio da assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos aqueles que não têm especialização em obstetrícia. Antes, no entanto, o projeto foi submetido à Plataforma Brasil, onde foi encaminhada ao Comitê de Ética em pesquisa do Campus Caxias da UEMA para análise, sendo aprovado para pesquisa com número de parecer: 4.372.048.

2.2 Cenário de pesquisa

Este estudo caracterizou-se como uma pesquisa do tipo descritiva com abordagem qualitativa exploratória. A pesquisa foi realizada na Maternidade Humberto Coutinho em Colinas-MA (Mapa 1) e que conta com 17 unidades básicas de saúde, Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Hospital Municipal Nossa Senhora da Consolação e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). O município tem uma população estimada de 41.042 pessoas, segundo o IBGE (2017).



Mapa 1 – Localização da Maternidade Humberto Coutinho em Colinas-MA

Fonte: Elaborado por Wesley Fernandes Araújo, com base em Malha Municipal – IBGE (2020).

A referida maternidade conta com uma estrutura moderna e equipe multiprofissional onde atuam médicos e enfermeiros obstetras com atendimento humanizado. São adotados os dois modelos de parto: parto humanizado e cesariano. Além disso, funciona

com 44 leitos, três consultórios médicos, dois consultórios de enfermagem, uma sala de observação pediátrica, uma sala de observação obstétrica, três salas de cirurgia, três leitos de recuperação pós-anestésica, três salas de parto humanizado e dois leitos neonatais com atendimento 24 horas.

2.3 Análise e interpretação de dados

A pesquisa foi realizada com 10 enfermeiros obstetras da Maternidade Humberto Coltinho, em Colinas-MA, de entrevista semiestruturadas, contendo duas partes: questionário sociodemográfico e perguntas abertas e realizada entre os dias 27 de janeiro a 10 de fevereiro de 2019, dentre esses apenas 1 enfermeiro não concordou em participar da pesquisa. Mediante a aplicação. As entrevistas foram gravadas e transcritas para análise.

Para desenvolvimento da análise dos dados das entrevistas foi utilizado a análise de conteúdo proposta por Bardin (2009), conforme as fases apresentadas pelo autor. Pré-análise: fase de preparo do material, leitura cansativa e repetida destas informações. Essa fase consiste em operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais.

A partir da leitura constante do material, fez-se escolha dos documentos a serem submetidos à análise, formulando-se as hipóteses e os objetivos e preparando o material que foi analisado e, por fim, exploração do material na fase de classificação do texto que teve as categorias da análise, afim da preparação através de codificação. Para essa codificação utilizou-se a denominação das categorias.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

No perfil sociodemográfico dos 10 entrevistados constatou-se que a faixa etária dos participantes variou de 25 a 41 anos, a maioria do sexo feminino, correspondente a 90% entrevistadas, e apenas 10% do sexo masculino, com prevalência de cor parda. Com estado civil de 40% casados, 50% solteiros e 10% divorciado, o tempo de formação está entre 6 a 11 anos, titulados como 90% especialistas e 10% mestres, variando de 1 a 3 vínculos empregatícios temporários. Com relação a instituição formadora, foram 50% por instituição privada e 50% por instituição pública. Constatou-se que todos os profissionais fazem estudos complementares à área e realizam capacitações com carga horária de 40 horas nos últimos cinco anos, o que evidenciou que estes profissionais possuem experiência no centro obstétrico contribuindo para o fundamento deste estudo.

Depois da análise dos relatos foram encontradas seis categorias: o papel do enfermeiro no centro obstétrico; dificuldades na realização dos cuidados ao RN; cuidados imediatos prestados ao RN; cuidados ao RN pré-termo e pós-termo; vínculo mãe-bebê; cuidados para garantir a integridade do bebê, descritas a seguir.

3.1 O papel do enfermeiro no centro obstétrico

O Enfermeiro Obstetra é um dos profissionais da saúde capacitado para realizar o parto normal sem distócia, com habilidades e competências coligadas a uma segurança técnica e científica, compete a ele compreender todas as dimensões do processo de parto (DANTAS; SILVA; SILVA, 2015).

Ao serem questionados sobre qual o papel do enfermeiro no centro obstétrico, os participantes se expressaram de forma muito semelhante, onde foi possível identificar a interpretação de suas funções desempenhadas, como podemos observar nas falas a seguir:

(...) prestar uma assistência humanizada, realizar e implementar protocolos de segurança do paciente, biossegurança etc... garantir os direitos e deveres da sua equipe de enfermagem etc... realizar os primeiros cuidados ao RN. (J.A.S.Jr)

Acolhimento, avaliação, monitoramento BCF, cuidados humanizados como: métodos não farmacológicos por exemplo: massagem; diálogo; musicoterapia; parto de risco habitual. (D.R.L)

(...) a gente recebe a mulher grávida, orienta o que vai ser feito, pra o parto Cesário, a gente prepara o ambiente os equipamentos, o material necessário para a assistência a mãe e ao RN. (F.Q.C.R.)

Neste trabalho foi possível observar que parte dos entrevistados realizam suas atividades de forma precisa e satisfatória, onde esses frizam o cuidado humanizado desde a chegada da parturiente ao pós-parto, sendo considerado uma das formas mais importantes do cuidado para a promoção do vínculo entre mãe e filho.

Segundo o Ministério da Saúde, a humanização inclui pelo menos dois aspectos básicos. A primeira corresponde à secretaria de saúde em abordar com dignidade as mulheres, seus familiares e os recém-nascidos. Isso exige não apenas dos profissionais de saúde, mas também das instituições médicas, a adoção de uma abordagem ética e humana para criar um ambiente acolhedor e adotar novos procedimentos que rompam com a abordagem hospitalar convencional. A segunda é adotar medidas e procedimentos benéficos para monitorar o parto e nascimento, e evitar intervenções desnecessárias (BRASIL, 2002).

3.2 Dificuldades na realização dos cuidados ao recém-nascido

No acolhimento ao RN, “nascimento seguro”, compreendendo a três esferas de cuidados: pré-natais, nascimento e cuidados pós-natais. Para um nascimento seguro é necessário ter um sistema de saúde organizado, assistência de pré-natal de qualidade, cautela com condições indispensáveis de uma organização e de equipamento adequado, com a assistência de especialistas corretamente habilitados (SANTOS; JUNIOR, 2019).

Para investigação coletiva do RN é fundamental, além da promoção da anamnese materna e da determinação da tempo gestacional, à o compreensão de vários conceitos e

características identificadas nos neonatos. O atenco frequente ao RN designa confirmar uma melhor adaptao, que tem em vista auxiliar em sua ambientao à fase extrauterina e estar apto para intervir num acontecimento que indicam situaes patológicas e ofereçam risco a sua vida (SANTOS; JUNIOR, 2019).

Analisando as respostas foi visto que, em relao aos recém-nascidos, a termos não há dificuldades na realizao do parto, porém os enfermeiros precisam estar aptos para qualquer tipo de surpresa durante o parto e enfrentar as dificuldades citadas pelos mesmos. Frisado os casos que são mais complexos como circular de cordão e parada respiratória.

Sendo a termo sem complicaes nenhuma. (J.S.C.)

São no caso, fora o cotidiano, os casos que são mais complexos, o neném nasce em parada cardíaca, neném nasce com hipóxia de cérebro, que  a falta de ar não cérebro, de oxigenao no cérebro, ou um prolapso de cordão que  decorrente ao parto. (V.F.N.M.S.)

De acordo com o estudo de Barbosa, Carvalho e Oliveira (2008), sobre facilidades e dificuldades nessa área, setenta e nove por cento dos enfermeiros não têm dificuldades em desempenhar sua funo, apenas 18% apresentam problemas concordando com os resultados expostos a cima, onde a maioria não possui dificuldades com relao ao RN a termo. Mas, ainda existe a possibilidade em casos mais complexos, como o abordado nas falas abaixo:

A maior dificuldade seria no caso do trabalho de parto prematuro, ou então ... um parto de termo são que com complicaes de circular de cordão, que ai a criança pode  vir nascer com dificuldade respiratória e ai a gente tem que t preparado, n, já com todo material preparado caso essa criança nasa com insuficiência respiratória, que ai  uma das maiores dificuldades, que ai você tem que, , fazer o acolhimento desse RN rapidamente junto com a pediatra pra fazer a reanimao e todos os cuidados para reanimao do RN. (A.N.M.)

Aqui na maternidade os primeiros cuidados do RN quem realiza  o pediatra, mas creio que as dificuldades sejam mais quando há alguma intercorrência no parto que o bebê nasa cianótico, com desconforto respiratório, aspira mecnio. (R.M.D.A.)

O estudo de Avena, Pedreira e Gutiérrez (2014), relata que muitos recém-nascidos prematuros apresentam dificuldades na adaptao à vida extrauterina, já que seus pulmões são estruturalmente imaturos e, com frequência, deficientes em surfactante, o que causa o comprometimento da funo respiratória.

Mais da metade dos óbitos neonatais sucedido no período de 1979 a 1996 no município de São Luís, capital do Estado do Maranhão, foram classificadas como causas reduzíveis. Entre elas está a asfixia perinatal, considerada evitável, desde que se implemente um adequado atendimento ao parto e ao RN (FERNANDES; KIMURA 2005). De acordo com o ministério da saúde os episódios de apneia que ocorrem nas primeiras 72 horas de vida comumente procedem de asfixia perinatal, infeces, hemorragia intracraniana, hipotermia,

obstrução de vias aéreas, convulsões e outras lesões do sistema nervoso central (BRASIL, 2014).

Em contrapartida os estudos de Junior et al. (2014) e Sousa et al. (2012) com profissionais de enfermagem mostra que as dificuldades são diferentes, que estão relacionadas à promoção da humanização no parto, por exemplo, as mães não são bem-vindas no pré-natal e puerpério por meio da consulta de enfermagem sem garantia; os direitos sexuais não são ampliados, atividades de educação social e humanização sobre direitos reprodutivos e direitos civis, exceto nas primeiras semanas após o parto, não foi realizado acompanhamento das mães e dos recém-nascidos.

3.3 Cuidados imediatos prestados ao recém-nascido

O cuidado imediato inclui fornecer as melhores condições para ajudá-las a se adaptarem à vida fora do útero e se preparar para intervir em condições patológicas que podem ser fatais. Essa categoria buscou compreender se os profissionais sabem quais são os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido. Pode-se, então, perceber que um número relevante de enfermeiros sabia lidar com esses cuidados, como pode ser observado nas seguintes falas:

Contato pele a pele; clampeamento do cordão após parada da pulsação; aquecer o bebê; iniciar aleitamento materno (AM) na primeira hora de vida. (D.R.L)

(...) logo ao nascer a gente coloca o RN em contato pele a pele com a mãe, é, deixa ele ligado ao cordão umbilical durante mais ou menos 1 a 2 minutos (...). (A.N.M)

Credê nos olhos, vitamina k; limpeza, peso e medidas. (I.J.A.P)

Porém, através de algumas das respostas também foi perceptível que os enfermeiros não têm conhecimentos das novas atualizações sobre esses cuidados ofertados pelo Ministério da Saúde. Na presença de líquido amniótico mecônio, fluido ou espesso, o obstetra não deve realizar a aspiração das vias aéreas, pois esse procedimento não diminui a incidência de síndrome de aspiração de mecônio, a necessidade de ventilação mecânica nos RNs que desenvolvem pneumonia aspirativa, nem o tempo de oxigenoterapia ou de hospitalização. A conduta do profissional diante da presença de líquido de mecônio depende da vitalidade do RN (BRASIL, 2014).

Desobstruir vias aéreas, aquecer, medi-los. (J.S.C)

(...) Aspiração não é mais indicado. Hoje pelo ministério da saúde se o bebê nasce com hipóxia cerebral ou parada cardíaca, primeiro se faz a oxigenação. (V.F.N.M.S)

O estudo de Barros (2017), realizado em instituições para a avaliação dos serviços prestados no centro obstétrico aborda que, em sua maioria, a oferta de oxigênio (O₂) ainda se mostrou presente, sendo no Centro Obstétrico (CO) em 15% dos nascimentos

observados, no Centro de Parto Normal (CPN) em 2,5% e no Centro de Parto (CP) em 12,5% do total de RN observados e que a aspiração das Vias Aéreas (VAS) dos neonatos ainda foi realizada com bastante frequência no CO (87,5%) do total de nascimentos observados e menos frequentemente no CPN (2,5 %) e na CP (12,5%).

Essas circunstâncias em relação ao RN de atendimento imediato indicam que os profissionais carecem de conhecimento em relação aos cuidados que devem ser prestados ao recém-nascido, podendo ser por falta de informação, que na maioria das vezes se deve à falta de treinamento, e a formação proporcionada pela organização se deve até ao desinteresse dos próprios profissionais.

Os cuidados prestados ao RN podem estar associados com os protocolos de cada instituição (XAVIER; SPOLIDORO, 2018). Porém, de acordo com o Ministério da Saúde, os cuidados diretos prestados ao recém-nascido são: secar, aquecer, avaliar e enxugar e dar à mãe para ter contato próximo com ela o mais rápido possível, todos os procedimentos habituais como pesar, aplicar Vitamina K e credê devem ser realizados após o contato garantindo a promoção do vínculo efetivo (BRASIL, 2001).

3.4 Cuidados ao recém-nascido pré-termo e pós-termo

Ao serem questionados sobre quais cuidados são feitos com os recém-nascido pré-termo e pós-termos a maioria dos entrevistados relatou que são os mesmos cuidados feitos ao recém-nascido à termo, porém com monitoramento, como visto nas seguintes falas:

(...) cuidados de rotina e monitoramento constante. (J.A.S. Jr)

É basicamente o que falei na questão anterior. Os cuidados que falei anteriormente são os mesmos, que são realizados no RN pré-termo e pós-termo. (A.N.M)

Normal são os que falei anteriormente, na pergunta anterior esses são os cuidados. (V.F.N.M.S)

Sabe-se que as consultas pré-natais têm grande percentual de garantia de parto seguro e determinação de possíveis complicações do recém-nascido. Portanto, de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde, as gestantes podem fazer pelo menos 7 consultas de pré-natal pelo SUS para acompanhamento da gravidez, e o acompanhamento pré-natal adequado pode detectar prontamente os problemas e riscos obtendo-se oportunidades de intervenções (BRASIL, 2014).

A proporção de gestantes que fizeram sete ou mais consultas pré-natais aumentou de 46%, em 2000, para 61%, em 2010, com importantes diferenças regionais: 75,5% no Sul e 37% na Norte; e, mesmo que o percentual seja bom, ainda existe 1,8% que não fez acompanhamento pré-natal de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014). Com isso de acordo com os estudos deste trabalho, percebemos que os profissionais ainda precisam estar preparados para atendimento ao RNs de risco, ou seja, os que dependem da idade gestacional (IG), ou pelo peso ao nascer.

Desse modo, as falas dos obstetras vão ao encontro com os estudos realizado por Freddi e Barbier (2019), onde os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido de risco são: conservação da respiração; equilíbrio da temperatura; cuidados com o cordão umbilical; cuidados com os olhos; administração de medicamentos (Vit. K, e outros); identificação; precaução contra infecção; exame físico frequente do recém-nascido; e avaliar a vitalidade do recém-nascido pelo Método de Apgar.

3.5 Promoção do vínculo mãe-bebê

Os profissionais de saúde desempenham um papel fundamental no contato pele a pele, o que pode estimular e promover amamentação, antes que os cuidados de rotina sejam realizados. Isso requer suporte profissional ou pode causar danos pelo desrespeito aos mecanismos fisiológicos e evidências do recém-nascido (MACHADO et al., 2019).

De acordo com a análise das respostas sobre quais as orientações com relação ao vínculo mãe-bebê devem ser feitas, os obstetras deixam claro que o principal cuidado é o aleitamento materno e o contato pele a pele como forma de fornecer e fortalecer o vínculo entre eles, como podemos observar nas falas:

Contato pele a pele na primeira hora, melhorando o vínculo entre mãe e filho, iniciar amamentação. (D.R.L)

É a principal orientação nossa é a questão do vínculo né, mãe e filho, questão do aleitamento materno na primeira hora. (F.Q.C.R)

Esse vínculo ele é criado de uma maneira mais forte é no aleitamento materno na verdade eu acredito pelos anos que eu tenho que só ele que dá esse vínculo, mamãe e bebê (...).(V.F.N.M.S).

Esse contato pele a pele é uma ação simples que traz benefícios a curto e longo prazo, para a mãe e para o bebê, pois ajuda no princípio do aleitamento materno, na estabilidade térmica do recém-nascido, na expulsão da placenta e incentiva o vínculo entre mãe e filho (SIQUEIRA; COLLI, 2013). Para o sucesso da prática do contato pele a pele, a enfermagem deve sustentar uma atitude humanizada e evitar práticas intervencionistas (BRASIL, 2014). Além de reduzir o número de óbitos de 47,1 a cada mil nascidos vivos em 1990, para 15,6 em 2010 (IBGE, 2010).

O estudo de Kologeski et al. (2017) com os profissionais do centro obstétrico de um hospital público do Mato Grosso do Sul, comprovam que o vínculo efetivo entre a mãe e o filho é principalmente pela promoção imediata do contato pele a pele e pela amamentação, além de ser um cuidado humanizado como preconiza o Ministério da Saúde.

Corroborando o exposto estudo que analisou boas condutas de enfermeiras obstétricas, concluiu-se que 97% desempenham o contato precoce entre a mãe e o recém-nascido e estimulam a amamentação na primeira hora após o parto. Tal ação, além de facilitar a termorregulação do bebê, incentiva ao aleitamento materno na primeira hora de vida (RAMOS et al., 2018).

3.6 Cuidados para garantir a integridade do bebê

Visto que o contato pele a pele é um dos cuidados que gera muitos benefícios ao RN tanto fisiológico como emocional, interrogou-se nesta pesquisa se os profissionais sabem quais os principais cuidados que garantem a integridade dos neonatos:

(...) junto a mãe por um tempo, com isso aquecendo a criança que é o mais importante também, nesse momento que ele estava num local quente ele vem a se expor na temperatura diferente o primordial é aquecer essa criança, pra ela não perder calor. (A.N.M)

(...) é a questão do aquecimento do bebê né, para não perder calor. (F.Q.C.R)

Avaliação durante todo o trabalho de parto como ausculta intermitente, avaliação do líquido amniótico, condições da bolsa, movimentos fetais e após o parto o aquecimento do bebê. (D.R.L)

A fase de transição da criança do meio intrauterino para o espaço externo é extremamente delicada. Dentro do útero o bebê usufrui de um ambiente acolhedor, com temperatura ideal para manter o corpo aquecido, e experimenta luminosidade e sons brandos (PINHO, 2019). Quando nasce, uma mudança repentina acontece e coisas novas tornaram-se estranhas. Ele precisa assumir todas as funções importantes e se adaptar a elas sozinho. Portanto, os cuidados prestados imediatamente após o parto são essenciais para que o bebê se adapte ao ambiente externo e reduza o risco de hipotermia, estresse e morbimortalidade (TANUS; CARNEIRO, 2018).

Corroborando, estudos mostram que como dentro do ambiente hospitalar o bebê está exposto a vários riscos e intervenções, exigindo uma atenção minuciosa e visto que é papel principal do enfermeiro, se não houver medidas para evitar a perda de calor em seus primeiros 10 a 20 minutos de vida, sua temperatura pode cair de 2°C a 4°C (CALDAS et al., 2018).

Esse estudo mostrou que a maioria tem conhecimento da importância do aquecimento promovido não só pela temperatura ambiente, mas também pelo contato pele a pele para preservar a vitalidade do bebê.

Em virtude disto, como os enfermeiros adotaram os cuidados recomendados pelo Ministério da Saúde, que seja examinada a temperatura do ambiente que deverá estar em torno de 26 graus para evitar a perda de calor (BRASIL, 2014), evidenciando que eles estão atualizados e induzindo quanto a garantir a segurança após o parto do recém-nascido, mas uma parte dos entrevistados tiveram outra percepção:

Garantir a oxigenação durante o pré-parto em momentos especiais, como no sofrimento fetal que será oferecido oxigênio a gestante até o momento final do parto. (J.A.S.Jr)

Desobstruir vias aéreas. (I.S.C)

Manter as vias aéreas (...). (I.J.A.P)

A Vitalidade ao Nascimento, mundialmente, é avaliada pelo Índice de Apgar,

introduzido pela anestesista Virgínia Apgar em 1953, com o objetivo de verificar as condições fisiológicas e de resposta do neonato. Avaliando o esforço respiratório, frequência cardíaca (FC), tônus muscular, irritabilidade, reflexo e coloração da pele (SCHARDOSIM; RODRIGUES; RATTNER, 2018). O estudo de Tanus e Carneiro (2018) mostra que a aspiração só deverá ser realizada se necessário e que se o recém-nascido apresenta vitalidade normal ela não precisa ser executada.

A pesquisa de Pinho (2019) encontrou que em apenas 8,6% dos RNs foi realizada aspiração. O procedimento não é recomendado para todos os RNs, como cita Muller e Zampieri (2014) que tem que ser evitadas ações desnecessárias, entre elas a aspiração das vias aéreas superiores imediatamente após o nascimento e também a aspiração gástrica. Esse resultado alcança o objetivo de intervenção mínima almejado Ministério da Saúde.

Segundo o Ministério da Saúde a aspiração é realizada em casos específicos, em neonato com líquido amniótico mecônio fluido ou espesso, se o mesmo não apresentar ritmo respiratório regular e/ou o tônus muscular estiver flácido e/ou frequências cardíaca menor que 100 bpm (BRASIL, 2014). Contudo, diante dos dois resultados encontrados, foi notório que os enfermeiros têm um papel muito importante para a garantir a vitalidade de imediato ao recém-nascido, promovendo os cuidados necessários individualmente com agilidade de acordo com o nível do apgar de cada RN.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O enfermeiro Obstetra é, especialmente, preparado para realizar qualquer parto sem distorcia, sendo sua a função de identificar e compreender as dimensões do processo de parir e promover o cuidado imediato. O significado de cuidado imediato ao RN, além de ser aquele realizado logo após o nascimento, é também a forma como se propõe esses cuidados, ações simples como aquecer o ambiente, promover o contato pele a pele, dentre outras irão se tornando tão importantes quando se trata de recém-nascido.

Atráves dos resultados, pode-se concluir que o estudo alcançou os objetivos de conhecer quais os principais cuidados prestados aos recém-nascidos em qualquer circunstância. Mostrou que todos os profissionais de enfermagem do centro obstétrico da maternidade Huberto Coutinho, de Colinas - MA, estão aptos para exercer seu papel como enfermeiros obstetras, além de apontar a necessidade de aperfeiçoamento e especializações nessa área em algumas questões, como se há necessidade de aspirar o RN (ou não), como mostra na revisão de literatura. Revelou que a promoção do contato pele a pele está em primeiro lugar nas ações do cuidado como forma de aproximação entre a mãe e o filho, como preconizado pelo Ministério da Saúde.

Portanto, esses cuidados imediatos são essenciais para a existência de um novo ser, tanto fisiológico como neorológico, pois caso haja qualquer complicações durante o nascimento, e não sejam imediatamente corrigidas, o risco de deficiências e

morte materno-infantil aumenta. Contudo, conclui-se que esta pesquisa colaborou para a reflexão, debate e avaliação dos cuidados ofertados ao recém-nascido e para produção de conhecimento, esclarecendo dúvidas e podendo gerar novas questões e mudanças para o cuidado ao RN.

REFERÊNCIAS

- AVENA, M. J.; PEDREIRA, M. L. G.; GUTIERREZ, M. G. R. Conceptual validation of the defining characteristics of respiratory nursing diagnoses in neonates. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 76-85, fev. 2014 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/qm66WD86G5rdjkwS yj3CsRH/?lang=en>. Acesso em: 03 jun. 2020.
- BARDIN, L. Análise de conteúdo. 3. Ed. **Rev. Atualizada**. Edições 70, Lisboa, 2009.
- BARBOSA, P. G.; CARVALHO, G. M.; OLIVEIRA, L. R. Enfermagem obstétrica: descobrindo as facilidades e dificuldades do especialista nesta área. **Rev. O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 458- 465, 2008.
- BARROS, G. M. Os cuidados imediatos ao recém-nascido saudável de parto vaginal nos diferentes modelos de atenção ao nascimento. **Fundação Oswaldo Cruz**. Mar. 2017, 109 p. Dissertação (Pós-graduação) - Saúde da Criança e da Mulher, Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira Rio de Janeiro, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa: Humanização do Parto**. Humanização do parto e nascimento / Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. – Ministério da saúde, 28 p. Brasil, Brasília – DF, 2002.
- BRASIL. Datasus. **Informações de saúde: estatísticas vitais: mortalidade e nascidos vivos**, 2010. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso: 30 Abr. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde - Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília, 2001.
- BRASIL. 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** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Ministério da Saúde, 180 p. Brasil, Brasília - DF, 2018.
- BRASIL. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS). **Portaria nº 371, de 07 de maio de 2014**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília – DF, 2014.
- CALDAS, J. P. S. *et al.* Efetividade de um programa de medidas para prevenção de hipotermia à admissão em recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 94, n. 4, p. 368-373, ago. 2018. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0021755717303078?via%3Dihub>. Acesso em: 30 mai. 2020.

DANTAS, J. C.; SILVA, J. A.; SILVA, D. A. O. **Atuação do enfermeiro obstetra na assistência à parturiente: percepções do profissional**. 2015. 24 p. Artigo Científico (Graduação em Enfermagem) - Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Santa Cruz, 2015.

FERNANDES, K.; KIMURA, A. F. Práticas assistenciais em reanimação do recém-nascido no contexto de um centro de parto normal. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 383-390, dez. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/G3pTzxQgJNT8SdDjJcBMR5q/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 03 jun. 2020.

FLORES, B. W. *et al.* Assistência de enfermagem ao prematuro com síndrome do desconforto respiratório: uma revisão bibliográfica. **Rev. Gestão & Saúde**, RGS, v. 17, n 1 p. 33-40, 2017. ISSN 1984 – 8153.

FREDDI, W. E. S.; BARBIERI, D. L. Responsabilidades da enfermeira na assistência ao recém-nascido de alto risco. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 69-88, abr. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/TnpgK3XtdH993THmSy4scS/?lang=pt>. Acesso em: 30 mai. 2020.

GONÇALVES, A. S.; CARDOSO, T. O.; GARCIA, C. P. C. **Alojamento conjunto: o papel do enfermeiro obstetra na assistência ao binômio mãe-filho durante o puerpério imediato**. 2016. Disponível em: <http://www.repositorio.bahiana.edu.br/jspui/handle/bahiana/729>. Acesso em: 5 mai. 2020.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. **Censo demográfico, 2010**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ma/colinas/panorama>. Acesso em: 15 jun. 2019.

JUNIOR, J. M. N. *et al.* Os desafios encontrados pelo profissional de enfermagem durante a assistência prestada numa maternidade pública. EFDeportes.com, **Revista Digital**, Buenos Aires, 2014. Disponível em: <https://www.efdeportes.com/efd195/profissional-de-enfermagem-numa-maternidade-publica.htm>. Acesso em 04 jun. 2020.

KLIEGMAN, R. M. N. **Princípios de Pediatria**. 4 ed. Rio de Janeiro, 2004.

KOLOGESKI, T. K. *et al.* Contato pele a pele do recém-nascido com sua mãe na perspectiva da equipe multiprofissional. **Rev. Enferm. UFPE On Line**, Recife – PE, v. 1, n. 11, p. 94-101, jan. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/>. Acesso em: 30 mai. 2020.

MACHADO, C. F. *et al.* Cuidado de enfermagem na promoção do contato pele a pele mãe-filho na primeira hora de vida. **Disciplinarum Scientia**, Santa Maria, v. 20, n. 2, p. 446-495, out. 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumS/article/view/2901/2460>. Acesso em: 30 mai. 2020.

MÜLLER, E. B.; ZAMPIERI, M. F. M. Divergências em relação aos cuidados com o recém-nascido no centro obstétrico. Escola Anna Nery - **Revista de Enfermagem**, Florianópolis – SC, v. 18, n. 2, p. 247-256, abr/jun. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/kgWLCp8c5WTVrK8ZbFQLxzp/?lang=en>. Acesso em: 30 mai. 2020.

PINHO, A. F. **Assistência e vitalidade ao nascimento no centro de parto normal de um município da Amazônia legal**. 2019. 54 p. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Faculdade de Educação e Meio Ambiente, Ariquemes, 2019.

PINTO, E. K. B. S. *et al.* Os Cuidados De Enfermagem ao parto humanizado. **Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde**, v. 1, n. 3, maio: Brasília – DF, p. 60-65. 2019.

RAMOS, W. M. A. *et al.* Contribution of obstetric nurse in good practices of childbirth and birth assistance / Contribuição da enfermeira obstétrica nas boas práticas da assistência ao parto e nascimento. **Revista online de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 10, n. 1, 9, p. 173-179, jan. 2018. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. Disponível em <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6019/pdf>. Acesso em: 30 mai. 2020.

SANTOS, T. F. P. JUNIOR, A. J. R. Atuação dos enfermeiros na humanização e no acolhimento da família e dos pacientes em unidade de terapia intensiva. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. Ano 04, ed. 10, v. 01, p. 25- 37, set. 2019. <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/atuacao-dos-enfermeiros>. Acesso em: 30 jun. 2020.

SHARDOSIM, J. M.; RODRIGUES, N. L. A.; RATTNER, D. Parâmetros utilizados na avaliação do bem-estar do bebê no nascimento. **Rev. Av. Enferm**, vol. 36, n. 2, p. 197-208. 2018. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0121-45002018000200197&lng=en&nrm=iso&lng=pt. Acesso em: 30 jun. 2020.

SILVA, B. T. O. *et al.* Cuidados de Enfermagem ao Recém- Nascido no Alojamento Conjunto: uma Revisão Integrativa. **Rev. Universidade Tiradesntes**, mai. 2017. Disponível em: <https://eventos.set.edu.br/index.php/cie/article/viewFile/5469/2036>. Acesso em: 9 abr. 2020.

SIQUEIRA, P. F. C.; COLLI, M. Prevalência do contato precoce entre mãe e recém-nascido em um hospital Amigo da Criança. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 7, n. 11, p. 6455-61, nov. 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/12292>. Acesso em: 29 jun. 2020.

SOUZA, E. B. *et al.* Dificuldades enfrentadas por enfermeiros obstetras no desempenho de suas atividades laborais. **Acta de Ciências e Saúde**, Brasília – DF, v. 2, n. 1, 19 p. 2012.

TANUS, A. T.; CARNEIRO, P. A. **O cuidado ao recém-nascido: conhecimento do enfermeiro no âmbito hospitalar**. 2018. Disponível em: <http://repositorio.unis.edu.br/handle/prefix/311>. Acesso em: abr. 2020.

XAVIER, Heloisa Alvarez; SPOLIDORO, Fábio Veiga. Assistência do enfermeiro no ambiente hospitalar durante o puerpério imediato. **Revista Enfermagem em Evidência**, Bebedouro SP, 2 (1) 2018, p. 28-41.

RELAÇÃO DA FAMÍLIA E EQUIPE DE ENFERMAGEM

Data de aceite: 01/11/2021

Data de submissão: 20/08/2021

Graciele de Matia

Complexo Hospital de Clínicas da Universidade
Federal do Paraná
Curitiba – Paraná
<http://lattes.cnpq.br/1777870795874450>

Ana Paula Taquete Sales Garcez

Faculdade Intermunicipal do Noroeste do
Paraná – FACINOR
Loanda – Paraná
<http://lattes.cnpq.br/6695531221676797>

Neriane Heusser Lermen

Hospital Hélio Anjos Ortiz
Curitibanos – Santa Catarina
<http://lattes.cnpq.br/7002400430950819>

RESUMO: Esse estudo teve como objetivo realizar uma revisão integrativa a fim de compreender a relação que interfere a família e a equipe de enfermagem durante o internamento das crianças hospitalizadas em longa permanência no período de 2009 à setembro de 2014. A revisão integrativa desse estudo permitiu pesquisar os estudos já existentes, este método busca avaliar os estudos de forma crítica e sintetizar as evidências dos estudos buscados e aplicar ou não intervenções e propostas para o problema. Foram selecionados e analisados 16 artigos buscados na base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde. Como conclusão desse estudo propõe-se o preparo da equipe de enfermagem

a fim de se preparar os profissionais a este novo processo que é o cuidado criança – família.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem pediátrica, criança hospitalizada, família.

RELATIONSHIP OF THE FAMILY AND NURSING TEAM

ABSTRACT: This study aimed to carry out an integrative review in order to understand the relationship that interferes with the family and the nursing team during the hospitalization of children hospitalized for long stays from 2009 to September 2014. The integrative review of this study allowed us to research the Existing studies, this method seeks to critically evaluate studies and synthesize evidence from the studies sought and apply or not interventions and proposals for the problem. Sixteen articles searched in the Virtual Health Library database were selected and analyzed. As a conclusion of this study, the preparation of the nursing team is proposed in order to prepare professionals for this new process that is child-family care.

KEYWORDS: Pediatric Nursing, Child, Hospitalizes; Family.

1 | INTRODUÇÃO

Inúmeras vezes ocorrem conflitos entre a enfermagem e a família na prestação do cuidado integral a criança hospitalizada. O problema enfrentado se agrava ainda mais em crianças internadas a longo prazo onde a família permanece como acompanhante em detrimento

a Lei do Estatuto da criança e do Adolescente nº8.069 de 13 de junho de 1990.

A internação da criança causa vários sentimentos nos familiares e pacientes, que vão desde tristeza, medo, culpa, desespero, insegurança, separação, desorganização da estrutura familiar, principalmente quando acontece nas Unidades de Terapia intensiva.

Os fatores aos quais as famílias estão expostas torna-se um ambiente estressante e que pode contribuir para que ocorra conflitos com a equipe de enfermagem muitas vezes por que o atendimento prestado pela equipe de enfermagem tem foco na criança internada, de forma técnica e mecânica apenas com a foto na criança não integralizando a família.

A família deve ser inserida no ambiente hospitalar não somente apenas por cumprimento do Estatuto da Criança e do Adolescente, mas também como um apoio ao cuidado prestado à criança, viabilizando informações inerentes ao quadro clínico apresentando, facilitando ações de promoção ao tratamento.

Sabe-se que o paciente é o foco do cuidado realizado pela equipe de enfermagem, mas é fundamental que a família debilitada emocionalmente deve ser observada pela equipe, sanando dúvidas dentro de suas possibilidades promovendo um cuidado completo e humanizado.

O cuidado que antes era prestado somente pela enfermagem vem sendo compartilhado com a família, de forma que ela deseja realizar cuidados simples e a enfermagem com os procedimentos mais complexos que quando ocorre de maneira integrada o cuidado torna-se mais agradável.

A participação da família no cuidado é necessária, contudo, ocorre uma preocupação por parte da enfermagem movida pelo fato de que quando o procedimento é realizado pela família, os profissionais sejam desvalorizados por não estarem prestando todos os cuidados.

Por outro lado, é fundamental que a família realize o cuidado de seu filho respeitando as condições emocionais e habilidades físicas. A criança durante sua internação passa por vários procedimentos que são essenciais ao seu tratamento e a presença do familiar promove confiança e proteção, facilitando a realização dos procedimentos e bem estar a criança e estabelecendo confiança entre enfermagem, família e a criança.

Para Xavier, Gomes e Salvador (2011) diante da fragilidade vivenciada durante a hospitalização da criança, a família pode tornar-se vulnerável às adversidades que terá que encarar, necessitando do auxílio da equipe de saúde. Tendo em vista a intensa demanda de cuidados a serem prestados ao binômio criança - família, o enfermeiro pode não conseguir suprir as necessidades da família de forma efetiva. Faz-se necessário nós profissionais da área da saúde buscar saber quais as fragilidades encontradas pela equipe de enfermagem ao desenvolver o cuidado à família juntamente a criança e qual a origem de tal conflito entre família e equipe na participação e aceitação da enfermagem ao permitir e incentivar a família durante o cuidado.

Este trabalho teve como objetivo realizar uma revisão integrativa a fim de compreender

a relação que interfere a família e a equipe de enfermagem durante o internamento das crianças hospitalizadas em longa permanência no período de 2009 à setembro de 2014.

2 | METODOLOGIA

Foi utilizado como método de estudo a revisão integrativa que para Souza, Silva e Carvalho (2010) é uma síntese e conhecimentos na Prática Baseada em Evidências (PBE). Permite o estudo da aplicabilidade em diversos métodos utilizado através de estudos já existentes.

Este trabalho foi seguido as etapas propostas: a primeira etapa onde ocorre a elaboração da pergunta norteadora, segunda etapa é a busca e amostra da literatura, a terceira etapa foi realizado a coleta de dados, a quarta etapa realizou-se criticamente os estudos, na quinta etapa ocorreu a discussão dos resultados e por fim a sexta etapa a apresentação da revisão integrativa.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na primeira etapa foi elaborada a pergunta norteadora onde define e classifica o trabalho que foi realizado, assim como a identificação dos estudos coletados. Através do objetivo foi realizou-se uma revisão integrativa sobre os fatores que interferem na relação da família e a equipe de enfermagem em relação as crianças hospitalizadas em longa permanência. Como questão norteadora desta pesquisa foi saber: Quais os fatores que interferem na relação da família e a equipe de enfermagem em crianças hospitalizadas de longa permanência?

Com a segunda etapa a busca bibliográfica foi realizada nos meses de agosto e setembro de 2014 na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A internet foi ferramenta integral desta pesquisa, pois o banco de dados encontra-se em endereço eletrônico. Como critérios de inclusão foram utilizados artigos descritos na íntegra, disponibilizados em português, no período de 2009 à 2014, artigos que retratam as relações entre a família e equipe de enfermagem da criança hospitalizada. Já os critérios de exclusão foram textos disponibilizados em outras línguas que não o português, anterior ao ano de 2009 e que não disponibilizados na íntegra. Foram utilizados para a pesquisa os descritores “criança hospitalizada”, “família” e “enfermagem”. Utilizando as palavras chaves e aplicados os critérios de inclusão e exclusão obteve-se um total de 16 artigos encontrados na base de dados da BVS. Obteve-se 663 estudos após serem utilizados como filtro os critérios de exclusão primeiramente estudos que estavam com texto completo restaram 200 estudos, após textos com idioma em português obteve-se 156 artigos, destes textos que foram publicados à partir de 2009 restaram 94 trabalhos e filtrados trabalhos que foram publicados em forma de artigo foram 86 textos, destes foram lidos e classificados apenas 16 puderam ser utilizados e relacionados ao tema do trabalho.

Na terceira etapa foram analisados e listados com o ano de publicação, a base de dados foram todos da Base de Dados de Saúde, título do artigo, nome da revista onde foi publicado, os sujeitos participantes da pesquisa, a metodologia utilizada para a pesquisa e por fim, foram lidos e relidos todos os artigos para classificar a relação da família e equipe de enfermagem classificando pontos facilitadores e dificultadores desta relação.

Para Souza, Silva e Carvalho (2010) a quarta fase da revisão integrativa é caracterizada pela análise de dados onde se emprega as ferramentas apropriadas detalhadamente com o objetivo de explicar os diferentes estudos. Nesta busca dos artigos foram comparados quatro dados distintos, primeiramente o ano de publicação onde os artigos já haviam sido selecionados a partir do ano de 2009 onde obteve-se um total de 2 artigos (12,5%), no ano de 2010 capturou-se 3 artigos (18,75%), em 2011 foram publicados 5 artigos (31,25%), em 2012 foram selecionados apenas 1 artigo (6,25%), para o ano de 2013 a amostra foi de 3 artigos (18,75%) e para o ano de 2014 obteve-se 2 artigos (12,5%).

Através da pesquisa foi possível levantar o número de publicações relacionados aos periódicos, a Revista Brasileira de Enfermagem 3 artigos (18,75%), para as revistas Escola de Enfermagem da USP, Gaúcha de Enfermagem e Escola Anna Nery obteve-se 2 artigos cada (12,5%), e com as revistas Ciência y Enfermería, Latino – Americana de Enfermagem, OBJN, Texto & Contexto, Eletrônica de Enfermagem, Revista de Enfermagem e Cogitare Enfermagem todas elas publicaram 1 artigo (6,25%) referentes a temática. Na análise referente à metodologia de pesquisa todos os 16 artigos (100%) foram de abordagem qualitativa.

E por fim nessa fase foram também analisados os sujeitos das pesquisas em que se obteve 2 artigos (13%) com os seguintes sujeitos: 6 enfermeiras, 18 familiares, 7 famílias e apenas 1 artigo (6 e 7%) de cada inclui-se: 8 enfermeiros assistenciais, auxiliares de enfermagem e enfermeiros, 12 mães acompanhantes, 6 enfermeiros e 58 de nível médio entre técnicos e auxiliares, mães de crianças internadas na UTI neopediátrica, 6 membros da equipe de enfermagem e 7 familiares, 11 famílias, 15 familiares, 5 enfermeiras, 3 técnicas de enfermagem e 2 auxiliares de enfermagem e por fim 10 mães.

Na quinta etapa, foi descrita conforme Souza, Silva e Carvalho (2010), onde realiza-se uma análise dos dados coletados e sintetizados salientando conclusões sobre o assunto. Mendes, Silveira e Galvão (2008), ressaltam que através da revisão é realizada uma comparação e análise crítica permitindo ao revisor o levantamento de lacunas para possíveis novas pesquisas. Para entender a relação entre a família e a equipe de enfermagem em relação à criança hospitalizada após a análise foram estabelecidas 4 categorias.

Categoria I: A família como peça importante na confiança e apoio à criança hospitalizada

A internação da criança é algo inesperado para familiares e paciente trazendo

modificações nas rotinas e distanciando a criança de seu convívio social, bem como, instituindo normas e rotinas antes desconhecidas por ambos. Afasta da família e, interfere em decisões que antes só cabiam a sua esfera, gerando desconforto, fragilidade, descontentamento, agressividade, isolamento social, medo do desconhecido. Este sentimento pode ser desencadeado nas relações estabelecidas pela equipe de enfermagem e a família durante internação, pois muitas vezes, as necessidades que as famílias julgam relevantes não são contempladas pelos profissionais que são objetivos, formais e sucintos em seus atendimentos.

O acompanhamento familiar pode auxiliar e influenciar no estado emocional da criança oferecendo força, segurança e tranquilidade, auxiliando que a criança sinta-se segura e tranquila, recuperando-se mais rápido. (GOMES e OLIVEIRA, 2013). A família deve ser vista como instrumento de auxílio no tratamento a criança hospitalizada, por trazer informações relevantes que podem ser aplicadas no cuidado.

Para Strasburg et al (2011) a importância da família no cuidado à criança internada, torna-se necessário que os membros da equipe de enfermagem reconheçam esta família não apenas como fonte de cuidados à criança, mas como um grupo a ser instrumentalizado para o cuidar. Através da interação com a equipe de enfermagem, a família pode desenvolver novas habilidades e participar ativamente do processo terapêutico.

Mukami e Campos (2011) referem que a presença da família é importante pois permite que a criança tenha mais confiança no cuidado já que o enfermeiro é uma pessoa desconhecida onde a família passa a ser responsável pelos cuidados mais básicos da criança e também pelo suporte emocional.

Rodrigues et al (2013) também defende o incluir a família no cuidado a criança é uma maneira de humanizar o ambiente hospitalar. Os profissionais compartilham com a família a identificação dos problemas e recursos disponíveis e elaboram o plano de ação a partir de objetos definidos em conjunto. As decisões são tomadas por todos os membros e a responsabilidade é assumida igualmente pela equipe e família.

Assim considera-se que o cuidado a criança seja visto como instrumento de institucionalização deste cuidar, já que é uma extensão de continuidade ao tratamento realizado ao paciente. O segmento do cuidar pela família ao paciente caracteriza-se humanizar no atendimento, respeitar aos preceitos que vão além da criança enferma, aproximando vínculos familiares, promovendo confiança em todos os envolvidos.

Categoria II: O cuidado de enfermagem prestado à criança/família

A família deve ser vista como um integrante que necessita também de cuidados, sendo uma extensão de continuidade ao tratamento realizado ao paciente. Lima et al (2010) traz essa concepção de que a inserção da família no ambiente hospitalar, tem abordado novas formas de se organizar o cuidado e a assistência de enfermagem integralizando a família e a criança como um todo, ressaltante que a família também deve ser alvo de

atenção e assistência.

É natural que todo cuidado prestado pela equipe multidisciplinar seja direcionado ao paciente, o enfermeiro é o profissional que estará mais próximo à família e a criança, e deve estar atento a todas as alterações sofridas pela família, pois para criança ela é a base de segurança. Mukami e Campos (2011) lembra que o enfermeiro deve prestar cuidado emocional não somente a criança, mas também a família. Para Hayakawa, Marcon e Waidman (2009) cuidar da família da criança internada não significa somente inserir a família nos cuidados a criança, mas oferecer também suporte psicossocial.

Xavier et al (2014) explica que a família que está cuidando da criança pode apresentar incapacidade, dependência e insegurança diante de algumas situações na criança. A mesma necessita cuidar, respeitando as normas da instituição sentindo que a autonomia seja prejudicada.

É evidente que a família cuidadora também necessita de cuidados e atenção Gomes et al (2013) lembra que é necessário amparar a família para que a mesma possa oferecer o apoio necessário a criança promovendo o cuidado humanizado.

Categoria III: Interações e conflitos entre família e equipe de enfermagem

Desde o início da regulamentação do Estatuto da Criança e Adolescente Art.12 (2012) onde assegura à permanência em período integral de um responsável durante sua internação a equipe de enfermagem passou a ter dificuldades na relação com a família.

Para Murakami e Campos (2011) a equipe de enfermagem não recebeu na prática diária um preparo para essas modificações. Sendo que a enfermagem está habituada a prestar assistência à criança diretamente. A presença da família junto à criança durante a sua hospitalização trouxe situações conflituosas onde os enfermeiros rotulam-se detentores do conhecimento ignorando as informações do cuidador.

Pimenta e Colett (2009) reforçam esta ideia alertando sobre as imposições de poder pela equipe de enfermagem, interferindo na relação com a família, onde muitos profissionais desconhecem como a família deve participar durante a hospitalização impedindo que haja uma negociação quanto ao cuidado prestado a criança.

Consequentemente a falta de uma regulamentação e de rotinas nesse assunto fez com que a família e a equipe de enfermagem vivessem em uma relação com pouco ou nenhum diálogo onde muitas vezes a mãe tem extrapolado nas suas ações dentro do âmbito hospitalar com a justificativa de que a enfermagem tem pouca paciência (SOUZA e OLIVEIRA, 2010). Em consequência deste processo, Xavier, Gomes e Salvador (2014), colocam que o cuidado à criança é realizado em forma de trabalho predominando os interesses da enfermagem.

Outro ponto que dificulta a relação da família e a equipe de enfermagem é o estresse apresentando por parte da família e a criança no momento da hospitalização, onde necessita por parte da equipe de enfermagem primeiramente um diálogo a ser estabelecido como a

primeira impressão (STRASBURG et al, 2011)

Por outro lado, Gomes e Oliveira (2012), defendem que a participação da família é efetiva e importante quando ocorre a formação de um vínculo entre a equipe de enfermagem e cuidador aonde vai formando-se através de pequenos gestos de forma receptiva sendo que o diálogo é a principal forma.

A família é capaz de reconhecer e aceitar as normas e rotinas da instituição existente no hospital, porém com dialogo a tendência é de tentar flexibilizá-las (XAVIER, GOMES e SALVADOR 2014). Acredita-se que o diálogo sempre favorece a relação entre família e equipe de enfermagem de forma que possa haver alguma flexibilização por parte da equipe de enfermagem desde que haja respeito e seguimentos pelos temas acordados entre equipe e familiar. Através do diálogo a equipe de enfermagem deixa de ser limitada aos cuidados técnicos, mas realiza também a função de facilitadora da experiência na hospitalização tanto para a criança quanto para os pais. (QUIRINO, COLLET e NEVES 2010).

Para Facio, Matsuda e Higarahi (2010) o acompanhamento familiar surgiu e deve ser encarado como forma de facilitar o processo de trabalho da equipe de enfermagem de forma que a enfermagem assuma um olhar voltado à criança/família e forme uma parceria tornando o cuidado à criança mais eficiente.

Categoria IV: Necessidade de treinamento e preparo para a equipe de enfermagem no cuidado diário voltado a família e a criança

Acredita-se que na área da saúde tudo é sempre inovador e a cada dia em um ritmo acelerado as mudanças em acontecendo e a equipe de enfermagem precisa acompanhar este processo que muitas vezes estão voltadas mais à assistência técnica, e com isso a necessidade da enfermagem em entender e saber cuidar também da família vem crescendo.

Mukami e Campos (2011) deixam claro ressaltando que a hospitalização da criança a família pode ficar inibida ao expressar dúvidas quanto a assistência da criança e a enfermagem tende a ter dificuldades em identificar a necessidade da família. Pimenta e Colett (2009) reafirma esta ideia em que refere que não há na pratica um preparo profissional para essas modificações.

Conclui-se que os conflitos enfrentados hoje pela família e equipe de enfermagem se dá pelo despreparo da enfermagem com as situações familiares no dia a dia. Ocorre uma falta de instrumentalização a fim de estipular qual é o papel no cuidado pela família e pela enfermagem o que não deixa claro pata cada um. A falta de regulamentação nas tarefas família e enfermagem para a criança torna-se uma relação bastante difícil para ambas as partes. (GOMES e OLIVEIRA, 2012).

Souza e Oliveira (2010) nos traz a ideia que o cuidado a criança que antes era desenvolvido pela equipe de enfermagem passou a ser também realizado pela família, mas não deixa claro o que a família pode ou não fazer dentro do ambiente hospitalar.

Gomes e Oliveira (2012) traz outra questão sobre as rotinas dentro da instituição como alimentação, hora de visita entre outras que são adaptadas conforme as rotinas intra-hospitalar favorecendo a equipe de saúde e não sobre as necessidades da criança e familiar acompanhante.

Torna-se necessário que busquemos as alternativas necessárias para facilitar e aproximar o trabalho com a família, objetivando a compreensão e aproximação entre cuidador e enfermagem, com o objetivo de prestar cuidados de acordo com a necessidade da criança (GOMES e OLIVEIRA, 2012).

E na sexta etapa o estudo possibilitou uma análise integrativa na relação da família e equipe de enfermagem conforme descrito nas literaturas explanadas a fim de conhecer os conflitos existentes, listá-los possibilitando através deste o entendimento da gênese.

Quando a criança necessita ser internada todas as rotinas familiares são alteradas, todas as decisões exclusivas da família, passam a ser compartilhada com pessoas “estranhas”, não sendo mais pertencente ao círculo familiar. A criança por sua vez encontra-se em um ambiente “hostil”, sendo submetidas a procedimentos dolorosos, bem como, passa a conviver com pessoas desconhecidas, fora de sua esfera familiar.

A equipe de enfermagem dedica-se inteiramente a prestar assistência à criança que é o foco de sua atenção, no entanto, a família e acompanhante passam por alterações psicossociais muitas vezes incompreendidas pela equipe em primeiro momento que devem ser assistidas mutuamente ao atendimento ao paciente.

No decorrer da internação a criança enfrenta várias dificuldades, medos, separação da família, percebe-se através das literaturas empregadas que a base da segurança infantil e confiança é o familiar acompanhante, a presença deste assegura viabilidade de realização de procedimentos essenciais ao tratamento e cuidado prestados ao paciente.

É evidente que os conflitos existentes giram em torno do cuidado estabelecido a criança no decorrer da internação, pois família e equipe de enfermagem desconhecem quais são suas atribuições específicas, quando cada um tem o seu papel dentro deste contexto para o tratamento, bem como, bem estar físico, mental, espiritual e social dependem desta harmonia que deve existir entre ambos.

A família deve ser vista pela equipe como um mediador aos cuidados prestados, trazendo informações que podem ser importantes para o quadro apresentado pelo paciente e a continuidade do tratamento. As decisões referentes aos cuidados prestados ao paciente devem ser tomadas em conjunto, sendo respeitados os espaços de ambos.

As normas e rotinas, as imposições de poder pela equipe de enfermagem, o cuidado rápido e objetivo prestados também são determinantes que interferem neste relacionamento, viabilizado por um modelo onde há pouco diálogo, justificado pelo excesso de trabalho.

O Estatuto da Criança e Adolescente assegura à permanência em período integral de um responsável durante sua internação, no entanto, a equipe não deve receber a família como uma imposição legal, mas entender que estão vulneráveis, ao qual estão expostos e

a recepção é uma vertente do cuidado humanizado e integral.

Todas as normas e rotinas intra-hospitalar foram criadas com intuito de organizar e estabelecer os serviços do setor, mas devem ser flexibilizadas para atender a demandas de cada paciente. Sendo assim, faz necessário que se desenvolva estratégias para aproximação da família e equipe de enfermagem, possibilitando um atendimento integral à criança, de forma humanizada focado nas carências apresentadas pelas pessoas envolvidas neste contexto.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todos os seres humanos são “iguais” com características diferentes, cada um responderá de forma singular aos estímulos aos quais são expostos, sendo assim família, criança internada e equipe de enfermagem podem apresentar diferentes ações mediante a estímulos semelhantes, seja positivo ou negativo.

A internação da criança estimula e expõe a família a todos os tipos de sentimentos possíveis, para a equipe de enfermagem é natural em relação ao cuidado do paciente faz parte de sua rotina profissional, no entanto, a família, cada uma apresenta suas limitações, carências, necessidades, estado emocional, o que torna totalmente inconstante as reações apresentadas pela equipe, é onde ocorre uma deficiência por parte da enfermagem no despreparo em saber como manejar essas situações.

A criança internada é assistida multidisciplinarmente, no entanto, o enfermeiro é o profissional que está mais próximo e envolvido em todo este contexto, o mesmo deve estar atento a todas as alterações apresentadas por familiares e equipe de enfermagem, a fim de que possa intervir na gênese do conflito, possibilitando minimizar e administrar os conflitos existentes.

Vale ressaltar, que a família é um instrumento que viabiliza os cuidados prestados ao paciente, podendo estes, ser divididos de acordo com as competências apresentadas por cada um, sendo assim, tanto familiares, como equipe tem seu papel garantido, não sendo menor importância a nenhum deles, todos são de extrema necessidade para tratamento e recuperação da criança internada.

O relacionamento e interação equipem de enfermagem e família se abala quando o atendimento torna-se mecânico, sendo realizado apenas profissionalmente e com exclusividade ao paciente, não se reportando a família como membro integrante do cuidado, a equipe não precisa ter laços afetivos estreitados, no entanto, é preciso tentar entender o outro, suas ações e reações, e imparcialmente prestar um atendimento completo.

A interação e aceitação da família pela equipe, junto ao atendimento com paciente representa um cuidado humanizado e completo, pois é impossível tratar criança hospitalizada, sem cuidar de seus familiares, quando equipe e família estão em harmonia com atendimento e cuidado tudo flui naturalmente. O profissional ao realizar procedimento

com apoio do familiar acompanhante adquire a confiança do infantil.

A família precisa sentir-se segura com os cuidados prestados pela equipe ao seu ente querido, bem como, segurança para sanar todas as dúvidas existentes em relação ao quadro de enfermidade apresentado, pois para eles tudo é desconhecido, ressaltando que para equipe o atendimento prestado faz parte da rotina de trabalho realizado diariamente.

Conclui-se, portanto que a internação e cuidado do infantil não se trata de territorialismo, o paciente não pertence ao familiar, nem ao menos a equipe, ele é um ser único necessitando de um atendimento humanizado, holístico de excelência, este engloba bem estar físico, mental, social e espiritual, portanto, para isto, faz-se necessário a união de todos os recursos oferecidos pela instituição, bem como, familiares. O profissional enfermeiro estará mais próximo da equipe e família, ele é responsável por mediar esta relação, observando todas as alterações apresentadas por ambos, a fim de restabelecer a harmonia, utilizando de todos os recursos e profissionais oferecidos pela instituição para isto, psicóloga, assistente social, orientador espiritual.

REFERÊNCIAS

CÔA, T. F.; MANDETTA, M. A. **A experiência de vulnerabilidade da família da criança hospitalizada em Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos.** Disponível em: <<http://bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-22938>> Acesso em: 20. ago. 2014

Estatuto da Criança e Adolescente Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990.

FACIO, B. C.; MATSUDA, L. M.; HIGARAH, I. H. **Internação Conjunta pediátrica: Compreendendo a Negociação Enfermeiro-Acompanhante.** Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v15/n2/pdf/v15n2a18.pdf>> Acesso em: 20. ago.2013

GOMES, G. C.; OLIVEIRA, P. K. de. **Experiência da Família no hospital durante a internação da criança.** Acesso em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000400021> Acesso em: 20. ago. 2014

HAYAKAWA, L. Y.; MARCON, S. S.; WAIMAN, M. A. P. **A Utilização do grupo como estratégia de suporte a mãe de crianças internadas me Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica.** Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-586416>> Acesso em: 20.ago.2014

LIMA, A. S. de; SILVA, V. K. B. A.; COLLET, N.; REICHERT, A. P. da S.; OLIVEIRA, B. R. G. de. **Relações Estabelecidas pelas Enfermeiras com a Família durante a Hospitalização Infantil.** Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-571846>> Acesso em: 20.ago.2014

MUKAMI, R.; CAMPOS, C. J. G. **Importância da Relação interpessoal do Enfermeiro com a Família de criança hospitalizada.** Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&lng=pt&pid=S0034-71672011000200006> Acesso em: 20.ago.2014

PIMENTA, E. A. G.; COLLET, N. **Dimensão Cuidadora da Enfermagem e da Família na assistência a criança hospitalizada: concepção de enfermagem.** Disponível em: <<http://bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-526957>> Acesso em: 20.ago. 2014

QUIRINO, D. D.; COLLET, N.; NEVES, A. F. G. de B. **Hospitalização Infantil: Concepção da Enfermagem a cerca da mãe acompanhante.** Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-579781>> Acesso em: 20.ago.2014

RODRIGUES, P. F.; AMADOR, D. D.; SILVA, K. de L. S.; REICHERT, A. da S.; COLLET, N. **Interação entre equipe de enfermagem e família na percepção dos familiares de crianças com doenças crônicas.** Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-697749>> Acesso em: 20.ago.2014

SANTOS, L. M. dos; VALOIS, H. R.; SANTOS, S. S. B. da S.; CARVALHO, S. de S.; SANTANA, R. C. B. de; SAMPAIO, S. da. S. **Aplicabilidade de modelo teórico a famílias de crianças com doença crônica em cuidados intensivos.** Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-710143>> Acesso em: 20.ago.2014

SOUSA, L. D. de; GOMES, G. C.; SILVA, M. R. S. da; SANTOS, C. P. dos; SILVA, B. T. da. **A família na unidade de pediatria: percepções da equipe de enfermagem acerca da dimensão cuidadora.** Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000200010> Acesso em: 20.ago.2014

SOUZA, M. T. de; SILVA, M. D. da; CARVALHO, R. de. **Revisão Integrativa: o que é e como fazer.** Einsten, 2010.

SOUZA, T. V. de; OLIVEIRA, I. C. dos S. **Interação Familiar\acompanhante e equipe de enfermagem no cuidado a criança hospitalizada: Perspectiva para a enfermagem pediátrica.** Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-555767>> Acesso em: 20.ago.2014

STRASBURG, A. da C.; PINTANEL, A. C.; GOMES, G. C.; MOTA, M. S. **Cuidado de Enfermagem a crianças Hospitalizadas: percepção de mães acompanhantes.** Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-20450>> Acesso em: 20.ago.2014

XAVIER, D. M.; GOMES, G. C.; SANTOS, S. S. C.; LUNARDI, V. L.; PINTANEL, A. C.; ERDMANN, A. L. **A família na Unidade de Pediatria: convivendo com normas e rotinas hospitalares.** Disponível em: <<http://bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-592745>> Acesso em: 20.ago.2014

XAVIER, D. M.; GOMES, G. C.; SALVADOR, M. dos S. **O familiar cuidador durante a hospitalização da criança: convivendo com normas e rotinas.** Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-704670>> Acesso em: 20.ago.2014

CAPÍTULO 17

ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR PARA PACIENTES SURDO E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA: UM DESAFIO A SER ENFRENTADO

Data de aceite: 01/11/2021

Data de submissão: 05/08/2021

Mariana Crissângila Trigueiro da Silva

Universidade Federal da Paraíba
João Pessoa – Paraíba
<http://lattes.cnpq.br/5591564563956515>

Rosilene Silva Marinho

Universidade Federal da Paraíba
João Pessoa – Paraíba
<http://lattes.cnpq.br/9957504921316438>

Suênia Ferreira de Araújo

Universidade Federal da Paraíba
João Pessoa – Paraíba
<http://lattes.cnpq.br/1275420389448740>

RESUMO: O presente estudo objetivou identificar a dificuldade na comunicação entre a equipe de enfermagem em unidade básica de saúde no APH móvel e os pacientes surdos e pessoas com deficiência auditiva. Para o desenvolvimento deste estudo, foi realizada uma pesquisa bibliográfica, correspondente ao período de 2010 a 2019, no banco de dados da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), leis e outras publicações de livro e artigos disponíveis online, utilizando-se os descritores: atendimento pré-hospitalar, comunicação, deficiente auditivo, surdo e Libras. As barreiras de comunicação entre o profissional de saúde, pacientes surdos e pessoas com deficiência auditiva podem colocar em risco a assistência prestada, como o apresentado acima, comprometendo, assim,

as intervenções diagnósticas e de tratamento. Nesse sentido, ressalta-se a necessidade de o enfermeiro e demais profissionais de saúde aprender a se comunicar por meio da Língua Brasileira de Sinais - Libras, um processo dinâmico que possibilita uma comunicação efetiva e a aquisição de novos conceitos. Assim como toda a sociedade, os surdos necessitam de ambiente que possua meios adequados e seguros para um atendimento, garantindo, desse modo, igualdade de direitos.

PALAVRAS-CHAVE: Atendimento pré-hospitalar. Comunicação. Deficiente auditivo. Surdo. Libras.

PRE-HOSPITAL CARE FOR THE DEAF AND HEARING IMPAIRED PATIENTS: A CHALLENGE TO BE FACED

ABSTRACT: The present study aims to identify difficulties in communication between the medical team in the basic health unit in the mobile APH, patients with hearing impairment, and the deaf. For the development of this study, bibliographic research was used, corresponding to the period from 2010 to 2019, in the database of Scientific Electronic Library Online (SciELO), laws, books, and available scientific papers, utilizing the following keywords: pre-hospital care, communication, hearing impaired and Brazilian Sign Language (Libras). The communication barriers between health professionals and the hearing-impaired patients, and as a result, can put at the risk the assistance provided, as presented above, possibly compromising the diagnostic and treatment interventions. There is a need for nurses and health professionals to learn how to communicate through Sign languages,

Libras, a dynamic process that allows communication to be effective and the acquisition of new concepts. As well as society in general, we also need an environment that has adequate and safe facilities for service, guaranteeing equal rights.

KEYWORDS: Pre-hospital care. Communication. Hearing impairment. Deaf. Libras.

1 | INTRODUÇÃO

O atendimento pré-hospitalar (APH) trata-se da assistência praticada fora do hospital, que tem como objetivo aumentar a sobrevivência do acidentado, contando em sua equipe com o profissional de enfermagem. A urgência e a emergência apresentam-se como um serviço de comunicação e ação (ADÃO *et al.*, 2012). Contudo, a perda auditiva em alguns pacientes compromete diretamente a interlocução entre profissional e paciente, sobretudo nesta área do socorro imediato (BRITTO *et al.*, 2010). Depreende-se que, para um serviço satisfatório de APH, é preciso profissionais capacitados em todos os aspectos para que ofereçam à população um atendimento qualificado, mas a falta de conhecimento dos profissionais em Libras dificulta esse tipo de atendimento, devido à dificuldade na comunicação (SANTOS *et al.*, 2019).

Após um passado histórico de lutas, a Língua Brasileira de Sinais (Libras), que é definida como uma língua própria dos surdos, foi oficializada. Essa língua representa toda a comunidade surda, sua cultura e identidade. Hodiernamente, encontra-se amparada por mecanismos legais, tanto na esfera educacional, que visa estabelecer a obrigatoriedade do ensino de Libras em cursos de formação de licenciatura em fonoaudiologia, sendo optativa em outros cursos na área da saúde, apesar de ser um dos direitos básicos à vida (BRASIL, 2005).

Embora haja muitos avanços em políticas públicas voltadas à comunidade surda (PEREIRA *et al.*, 2020), o princípio da equidade precisa ser mais ampliado, com a finalidade de diminuir as desigualdades sociais (SOUZA *et al.*, 2017). Assim, a restrição do acesso ao estudo da Libras a alguns cursos implica diretamente na inclusão dos surdos e pessoas com deficiência auditiva no âmbito social e, principalmente, nos serviços de saúde (BRASIL, 2002).

Dessa forma, as barreiras na comunicação passam despercebidas por muitos profissionais, principalmente, os do atendimento móvel, caracterizando a necessidade de atenção e treinamento a fim de não comprometerem o atendimento, para, assim, estabelecer uma assistência inclusiva de qualidade (BRITTO *et al.*, 2010). O presente estudo teve como propósito identificar a dificuldade na comunicação entre a equipe de enfermagem em unidade básica de saúde no APH móvel e os pacientes surdos e com deficiência auditiva.

2 | MÉTODO

Para o desenvolvimento deste artigo, foi realizada uma pesquisa bibliográfica, no

banco de dados da *Scientific Eletronic Library Online* (Scielo). Para acessá-los, utilizamos como descritores as palavras: atendimento pré-hospitalar, comunicação, deficiente auditivo, surdo e Libras. Além desta base, foram consultadas leis e outras publicações online.

Como critérios de inclusão, usamos artigos publicados no Brasil, em língua portuguesa, compreendidos entre os anos de 2010 e 2019, que abordavam o assunto de forma integral.

Os critérios de exclusão foram formados por artigos em línguas estrangeiras, por materiais que não correspondiam à temática de estudo ou que não abordavam o assunto de forma íntegra.

3 | DIREITO À SAÚDE: PRINCÍPIO BÁSICO À VIDA

A saúde compreende todos os seus determinantes, sendo eles de aspectos sociais, econômicos, culturais, bem como preza pela individualidade de cada usuário que busca os serviços de saúde, ao qual deve-se guiar o tipo de assistência a ser prestada, com o propósito de garantir a qualidade desses serviços (SILVA *et al.*, 2014).

A Constituição Federal de 1988 afirma que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, prevenção e recuperação. Foi na carta magna que este tema primordial à vida foi inserido, mas somente posto em prática no ano de 1990, pela Lei Orgânica 8080, que regulariza o SUS e suas atribuições.

De natureza integral, pública e descentralizada, o Sistema único de Saúde (SUS) é resultado de reivindicações da sociedade, por meio do movimento sanitário, cujas bases foram lançadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, com o conceito de saúde como um “direito de todos e um dever do Estado”. Entretanto, após mais de 30 anos de sua criação, o SUS ainda se apresenta de maneira desigual no que diz respeito ao acesso à saúde, muito em virtude de injustiças sociais históricas. Desse modo, o princípio da equidade precisa ser mais ampliado, com a finalidade de diminuir as desigualdades existentes (SOUZA *et al.*, 2017).

Ainda perdura, em nosso país, muitos grupos sociais invisíveis, produto de um apagamento social, derivado do preconceito enraizado na sociedade que põe entraves a essa parcela da população, acarretando, assim, menor procura por assistência à saúde. Dentro desse panorama, está inserida a comunidade surda e as pessoas com deficiência auditiva, que possuem dificuldades em localizar um serviço adequado de saúde, visto que não encontram profissionais capacitados a compreender suas necessidades por não se comunicarem na língua do surdo, a Libras. Assim, esse grupo acaba sendo “esquecido” da sociedade e dos serviços que por ela poderiam ser oferecidos. Depreende-se, portanto, que como toda a sociedade, os surdos também necessitam de ambiente que possua meios

adequados e seguros para um atendimento, garantindo, assim, igualdade de direitos (SOUZA *et al.*, 2017).

É preciso que entendamos que deficiente auditivo e surdo possuem causas diferentes de surdez. A deficiência auditiva consiste na perda da audição ou diminuição na percepção dos sons. A surdez pode ser congênita ou adquirida, sendo esta ocasionada por fatores patológicos ou acidentais. As principais causas da surdez congênita ocorrem devido a fatores hereditários, sarampo, rubéola, toxoplasmose, sífilis, citomegalovírus, uso de substâncias ilícitas, álcool e outros. Em relação à surdez adquirida, pode ser provocada por diversas doenças, complicações no parto e destacando, também, as exposições diárias aos ruídos, que ao longo prazo poderá resultar na perda da audição (SILVA *et al.*, 2014).

Quanto ao que preconiza a legislação sobre os termos “deficiente auditivo” e “surdo”, fica claro que os mesmos se diferem no sentido de que a pessoa surda tem sua forma de comunicação visual gestual e uma de suas manifestações culturais ocorre por meio da Libras. Ressaltamos que essa mesma legislação claramente apresenta que uma das garantias dos surdos ou pessoas com deficiência auditiva quanto ao direito à saúde relaciona-se ao fato de orientar a família sobre a surdez, bem como a necessidade em, desde o nascimento, a criança ter acesso às línguas Libras e Português (BRASIL, 2005).

4 | ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR E A CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL

O atendimento pré-hospitalar é, na sua grande maioria, a assistência realizada fora do âmbito hospitalar, que tem como objetivo aumentar a sobrevida do acidentado e minimizar possíveis sequelas, onde se utiliza de meios e métodos disponíveis na cena até a chegada ao pronto atendimento hospitalar (ADÃO *et al.*, 2012).

O trabalho desenvolvido pela equipe de enfermagem no Atendimento pré-hospitalar (APH) é permeado pela comunicação, princípio básico para todo o atendimento. Contudo, a falta da audição em alguns pacientes, por serem surdos, compromete diretamente o atendimento, sobretudo na urgência/emergência. De modo que traz dificuldade no atendimento prestado, uma vez que a comunicação é de grande valia na identificação dos sinais e sintomas trazidos pelo doente, bem como auxilia no melhor diagnóstico e tratamento adequado (SILVA *et al.*, 2013).

Diante dessa barreira, muitos profissionais necessitam do auxílio de intérpretes de Libras para intermediar o atendimento. Entretanto, essa aglutinação de uma terceira pessoa gera tanto desconforto ao paciente quanto o contratempo de que muitos desses profissionais não possuem qualificação na área da saúde, indo, pois, de encontro à necessidade maior – oferecer um atendimento adequado (SILVA *et al.*, 2013). Sendo assim, no que diz respeito ao atendimento de urgência e emergência, vê-se a falta de preparo dos profissionais para lidar com essa parcela da sociedade (SANTOS *et al.*, 2019).

Nesse contexto, ressalta-se a importância de uma capacitação continuada para os

profissionais que atuam no APH, com fito a atenuar as discrepâncias na assistência prestada ao paciente (ADÃO *et al.*, 2012). Com isso, toda a comunidade surda e as pessoas com deficiência auditiva terão assegurados um direito adquirido em lei de ter um atendimento seguro e de qualidade.

5 | A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO EM LIBRAS PARA O APH

A comunicação é compreendida como uma ferramenta primordial para a interação entre os indivíduos na sociedade desde o nascimento. Ao longo da vida, o indivíduo percebe a necessidade de comunicar-se para transmitir mensagens, desejos, pensamentos e sentimentos. Desse modo, a comunicação torna-se imprescindível nas relações entre os sujeitos, por promover um bom relacionamento entre os indivíduos (BRITTO *et al.*, 2010).

Em relação aos processos de comunicação, estes ocorrem a partir de dois mecanismos: verbal e não verbal. A comunicação verbal refere-se ao uso das palavras escritas ou verbalizadas, e a não-verbal, que está intimamente relacionada à cultura, história de vida e crenças do sujeito (BRITTO *et al.*, 2010).

Em se tratando do surdo, sua língua natural é a língua de sinais, uma língua de modalidade visual gestual (QUADROS; KARNOPP, 2010). No Brasil, conforme supracitado, a Libras deve ser utilizada como meio de comunicação dos surdos.

No setor da saúde, a comunicação é de suma importância para a construção de uma boa relação entre a equipe de saúde e o usuário (PEREIRA *et al.*, 2020). Além disso, permite ao profissional orientar a melhor abordagem terapêutica, compartilhar experiências e proporcionar uma melhor assistência ao paciente, de forma que este perceba que não está sozinho (BRITTO *et al.*, 2010).

No contexto do atendimento pré-hospitalar, as equipes de saúde que prestam atendimentos nos serviços de urgência e emergência não se encontram capacitadas para realizar atendimentos aos surdos e às pessoas com deficiência auditiva nos serviços hospitalares públicos e privados. Isto significa que faltam profissionais qualificados e treinados para prestar atendimentos a esse público, uma vez que os profissionais de saúde desconhecem a Língua Brasileira de Sinais (Libras) utilizada pelas pessoas surdas (SANTOS *et al.*, 2019).

Devido à dificuldade na comunicação, esses usuários acabam recorrendo aos familiares, amigos ou intérpretes de Libras, para conseguir ser atendido nos serviços de saúde. Entretanto, o usuário pode não se sentir à vontade diante dos acompanhantes, e isso pode comprometer a qualidade da assistência (SANTOS *et al.*, 2019).

6 | AMPLIAÇÃO DO ENSINO DE LIBRAS PARA OS CURSOS DA ÁREA DE SAÚDE

Com base nos preceitos legais, a Língua Brasileira de Sinais (Libras) foi reconhecida

como meio legal de comunicação, com estrutura gramatical própria, após a publicação da Lei 10.436/2002, considerada um marco importante para a comunidade surda. A Libras é definida como um sistema linguístico de modalidade visual espacial, utilizada pela comunidade surda (BRASIL, 2002). Com a criação do decreto 5.625/2005, a Libras ganhou mais visibilidade no país devido à obrigatoriedade do estudo da língua nas instituições de ensino superior públicas e privadas, nos cursos de formação de professores, para o exercício do magistério em nível médio e superior, curso de fonoaudiologia e optativas nos demais cursos (BRASIL, 2005).

Vale ressaltar que a Libras não é uma língua universal. Assim como outras línguas, apresenta suas particularidades em cada país ou região. Muitos pensam que a Libras é formada só por gestos, mímicas e sinais. Além disso, é composta por cinco componentes essenciais, sendo conhecidos como parâmetros da Libras, são eles: configuração de mão, ponto de articulação, movimento, orientação/direção e expressões faciais e corporais (SILVA *et al.*, 2014).

Levando em consideração a implementação do decreto supracitado, uma grande conquista da comunidade surda, e visando melhorar ainda mais a inclusão do surdo na sociedade, faz-se necessária a capacitação dos profissionais de saúde para prestar atendimento de qualidade com base nos princípios éticos, tornando obrigatório o estudo da Libras na formação acadêmica dos discentes dos cursos da área da saúde, uma vez que os surdos encontram dificuldades para comunicar-se de forma efetiva quando procuram os serviços de saúde. Assim, a prática profissional é desenvolvida com base nas relações interpessoais, condição essencial para um bom desempenho junto à pessoa da qual cuidamos, além dos outros membros da equipe. Logo, a comunicação não existe como algo dissociado da vida em sociedade.

7 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nota-se o despreparo dos profissionais do APH para atuarem no cuidado de pacientes surdos ou pessoas com deficiência auditiva. Diante disso, fica evidente a necessidade de promover cursos voltados à educação continuada dos profissionais nos serviços de saúde, visando melhoria da qualidade na assistência prestada, de forma que cumpram o que preconiza a legislação, que todas as instituições devem ter 5% dos profissionais capacitados em Libras em todas as esferas.

Concomitantemente, enquanto não há esses profissionais capacitados, deve-se ter o profissional intérprete para minimizar as dificuldades de comunicação no atendimento, já que estes são profissionais habilitados. Logo, para que o atendimento seja satisfatório para ambas as partes, faz-se necessário dar continuidade aos estudos em Libras, promover a participação dos profissionais na autoavaliação da prática assistencial, desenvolver pesquisas e discorrer sobre os percalços encontrados no âmbito da saúde. Desse modo,

adotando tais medidas, contribuimos com a inclusão dessa parcela da população, pessoas com deficiência auditiva e surdos na área da saúde, a começar pelo Atendimento pré-hospitalar (APH), tendo como foco uma assistência de saúde humanizada e focada na inclusão de toda a sociedade. Espera-se, com isso, que barreiras sejam quebradas e o acesso à saúde, preconizado na Constituição, chegue a todos de forma profícua.

REFERÊNCIAS

ADÃO, Rodrigo de Souza; SANTOS, Maria Regina Dos. Atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar móvel. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 16, n. 4, p. 601-608, out./dez., 2012. Disponível em: <<https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v16n4a17.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2020.

BRASIL. Decreto nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005. Regulamenta a Lei nº 10.436, de 24 abril de 2002, que dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais – Libras e o art. 18 da Lei no 10.098, de 19 de dezembro de 2000. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/decreto/d5626.htm>. Acesso em: 14 de nov. 2020.

_____. Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002. Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF. 2002. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10436.htm>. Acesso em: 14 de nov. 2020.

BRITTO, Fernanda da Rocha; SAMPERIZ, Maria Mercedes Fernandez. Dificuldades de comunicação e estratégias utilizadas pelos enfermeiros e sua equipe na assistência ao deficiente auditivo. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 80-85, jan./mar., 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1679-45082010AO1339>>. Acesso em: 12 nov. 2020.

DA SILVA, Paulo Sérgio; BASSO, Neusa Aparecida De Souza; FERNANDES, Sônia Regina Chaves Martines. A enfermagem e a utilização da língua brasileira de sinais no atendimento ao deficiente auditivo. **Revista Uningá Review**, Maringá – Paraná, v. 17, n. 1, jan./mar., 2014. Disponível em: <<http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1488>>. Acesso em: 12 nov. 2020.

PEREIRA, Antônio Augusto Cláudio, *et al.* “Meu sonho é Ser Compreendido”: Uma Análise da Interação Médico-Paciente Surdo durante Assistência à Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 44, n. 4, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.4-20200028>>. Acesso em: 22 nov. 2020.

QUADROS, R. M.; KARNOPP, L. B. **Língua de Sinais Brasileira**: Estudos linguísticos. Porto Alegre: Artmed, 2010.

SANTOS, Karina, *et al.* Linguagem Brasileira de Sinais Para atendimentos de Urgência e Emergência. **Enciclopédia biosfera**, Centro Científico Conhecer- Goiânia, v. 16, n. 29, 2019. Disponível em: <<http://www.conhecer.org.br/enciclop/2019a/sau/linguagem.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2020.

SOUZA, Maria Fernanda Neves Silveira de, *et al.* Principais dificuldades e obstáculos enfrentados pela comunidade surda no acesso à saúde: uma revisão integrativa de literatura. **Revista CEFAC**, v. 19, n. 3, p. 395-405, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-18462017000300395&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 22 nov. 2020.

A RELAÇÃO ENTRE O DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM E A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA

Data de aceite: 01/11/2021

Data de submissão: 04/08/2021

Graciele de Matia

Complexo Hospital de Clínicas da Universidade
Federal do Paraná
Curitiba – Paraná
<http://lattes.cnpq.br/1777870795874450>

Ana Caroline Terres dos Santos Linhares

Clínica Linhares - Odontologia Integrada
Guarapuava - Paraná
<http://lattes.cnpq.br/5786514458233913>

Danieli Prado de Lima

Faculdade Uniandrade - Gestão em Saúde
Curitiba - Paraná
<http://lattes.cnpq.br/2367821018337850>

Fernanda Karoline Schamne

Hospital Erasto Gaertner
Curitiba – Paraná
<http://lattes.cnpq.br/2324324334553676>

Gislaine Cristina Marção

Hospital São Vicente - FUNEF
Curitiba - Paraná
<http://lattes.cnpq.br/7367050183662145>

RESUMO: Este artigo justifica-se pela necessidade de compreender qual é a importância do dimensionamento de pessoal de enfermagem na qualidade da assistência, suscitando a necessidade de fornecer subsídios para a melhora da qualidade da assistência oferecida e fomentar a discussão sobre a

necessidade do dimensionamento de pessoal para busca de resultados satisfatórios para a clientela atendida. **Objetivo:** Identificar a relação do dimensionamento de pessoal de enfermagem com a qualidade da assistência. **Método:** Revisão sistemática. **Resultados:** Conclui-se com o estudo que existe uma relação direta entre o dimensionamento de pessoal de enfermagem e a qualidade da assistência, pois, o quadro correto de profissionais possibilita assistência de qualidade à clientela, e satisfação aos trabalhadores. Este estudo mostra a importância do dimensionamento do pessoal de enfermagem e seu impacto na qualidade da assistência, para instigar a vontade de realizar e pesquisar sobre o dimensionamento para um maior aprofundamento do tema e assim servir de base para futuros profissionais.

PALAVRAS-CHAVE: Dimensionamento de Pessoal; Qualidade da Assistência à Saúde; Enfermagem.

THE RELATIONSHIP BETWEEN THE SIZING OF NURSING STAFF AND THE QUALITY OF CARE

ABSTRACT: This study is justified by the need to understand the importance of nursing staff sizing in the quality of care, raising the need to provide subsidies to improve the quality of care provided and foster discussion on the need for staff sizing for search for satisfactory results for the clientele served. **Objective:** To identify the relationship between the dimensioning of nursing staff and the quality of care. **Method:** Systematic review. **Results:** The study concludes that there is a direct relationship between the size of nursing

staff and the quality of care, as the correct staff of professionals enables quality care for the clientele, and satisfaction for workers. This study shows the importance of dimensioning the nursing staff and its impact on the quality of care, to instigate the will to carry out, research on the dimensioning for a greater depth of the theme, and thus serve as a basis for future professionals.

KEYWORDS: Personnel Downsizing; Quality of Health Care; Nursing.

INTRODUÇÃO

A área da enfermagem vem acompanhando a crescente da população brasileira, sendo contabilizado mais de 1.480.000 profissionais atualmente, porém o Brasil está abaixo da expectativa da OMS (Organização Mundial da Saúde) que preconiza uma relação de 2,0 enfermeiros por 1000 habitantes, sendo que os estudos mostram o coeficiente de 1,43 profissionais por 1000 habitantes (LUZ, 2010).

Este cenário acarreta um desafio por parte das instituições prestadoras de serviços de saúde, especialmente as hospitalares onde os profissionais de enfermagem ocupam uma parcela significativa do quadro de pessoal. Nesse sentido, o dimensionamento de pessoal de enfermagem apresenta-se como uma ferramenta importante para as instituições de saúde a fim de adequar o quadro funcional necessário para a prestação dos serviços com qualidade. Wolff (2007) apresenta o dimensionamento como uma aplicação de um processo sistemático que visa estabelecer o quadro quali-quantitativo de profissionais exigidos para prestação dos cuidados de enfermagem, ou seja, um método que determina a categoria profissional requerida para prover os cuidados de enfermagem e que garantam a qualidade do processo de cuidar dos pacientes.

O dimensionamento de profissionais de enfermagem é considerado um método que visa garantir a qualidade da assistência prestada em tempo integral. É também um meio pelo qual se reafirma a segurança das ações práticas pela Enfermagem propondo-se a realização de sua quantificação para a garantia de assecuridade e resguardo dos próprios profissionais ao servir de parâmetros para condições de trabalho que viabilizem o uso de seu potencial por completo, evitando-se condições impróprias de seu desempenho ocupacional (COREN/SP, 2011; VITURI et al., 2011).

O uso do dimensionamento de pessoal promove parâmetros aos gestores de instituições de saúde e assemelhados quanto ao planejamento, programação e priorização de ações e saúde a serem desempenhadas. Para sua aplicação é relevante considerar a instituição, a região bem como sua caracterização epidemiológica (COREN/SP, 2011).

Deve-se levar em conta, os aspectos da instituição/empresa destacam-se a missão institucional, o porte do ambiente de saúde, a estrutura organizacional e física, os tipos de serviços e/ou programas e suas tecnologias, bem como as responsabilidades e as competências dos seus membros, a política de recursos materiais e financeiros e indicadores do Ministério da Saúde.

Com relação ao serviço de enfermagem está o modelo gerencial e assistencial; os métodos de trabalho; a jornada de trabalho; a carga horária semanal; os padrões de desempenho dos profissionais; o índice de segurança técnica (IST); a taxa de absenteísmo (TA); a taxa de ausência de benefícios (TB); a proporção de profissionais de enfermagem de nível superior e médio e os indicadores de avaliação de qualidade da assistência.

O absenteísmo pode ser definido como a ausência ou o afastamento do profissional de sua atividade ocupacional. São múltiplos os motivos que podem acarretar o absenteísmo, fatores esses que vão desde adoecimento por acidentes de trabalho ou por condições insalubres do mesmo, até por agentes estressores que levam ao desequilíbrio psicológico e físico (MARTINATO et al., 2010).

Quanto à clientela, há que se considerar os pacientes que estão sob o cuidado de enfermagem em questão. A clientela precisa ser classificada conforme o Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) e, além disso, deve-se atentar para a realidade sociocultural e econômica da população assistida (COREN/SP, 2011).

O Sistema de Classificação de Pacientes (SCP), preconizado pela Resolução Cofen n.º 293/2004 permite conhecer o grau de dependência que o paciente possui em relação aos cuidados dos profissionais de enfermagem. O SCP possibilita definir a carga de trabalho requerida em unidades de internação, clínicas ou cirúrgicas, além de proporcionar a previsão de recursos materiais necessários para o cuidado aos clientes (COFEN, 2004; VIGNA, 2007; MAZUR, 2007).

A operacionalização do processo de Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem requer a aplicação de equações propostas por um método. Atualmente há dois tipos de métodos, o de Gaidzinski, Fugulin e Castilho, constituído por três variáveis: carga média de trabalho da unidade assistencial, tempo efetivo de trabalho dos profissionais de Enfermagem, e índice de segurança técnica (IST), conforme a fórmula proposta pelos autores (FUGULIN; GAIDZINSKI, 2011).

Outro método é o *e-dimensionamento* do Cofen, que é uma ferramenta *on-line* disponibilizada em seu site que foi desenvolvido pelo Tecnólogo em Análise e Desenvolvimento de Sistemas do Conselho Regional de Enfermagem (Coren) Tocantins, Rodrigo Barbosa em conjunto com a enfermeira Cleide Mazuela do Coren São Paulo (SP) (COREN/TO, 2012).

Devido às características do trabalho desenvolvido na saúde, a qualidade adquire um significado particular e diferenciado das demais áreas envolvidas na produção de bens e serviços (LIMA e KURGANCT, 2009).

Qualidade é considerada como um conjunto de propriedades de um serviço, e ou produto, que o tornam adequado à missão de uma organização, concebida como resposta às necessidades e legítimas expectativas de seus clientes (MEZOMO, 2001, apud BARBOSA e MELO, 2008).

A OMS em 1993 definiu qualidade da assistência à saúde em função de um conjunto

de elementos que incluem: um alto grau de competência profissional, a eficiência na utilização dos recursos, um mínimo de riscos e um alto grau de satisfação dos pacientes e um efeito favorável na saúde (D'INNOCENZO, ADAMI e CUNHA, 2006).

Segundo Cucolo e Perroca (2010) a avaliação quanti-qualitativa do pessoal de enfermagem pode ser considerada indicador essencial no gerenciamento por interferir, diretamente, na humanização da assistência, na eficácia e nos custos da atenção à saúde. O quantitativo de profissionais de enfermagem possibilita determinar o tempo despendido por essa equipe para atender às necessidades dos pacientes refletindo no padrão de cuidado prestado.

Sendo assim o dimensionamento de pessoal de enfermagem pode ser considerado como um indicador de qualidade em saúde, o qual é importante para a avaliação da qualidade visto que proporciona uma medida e permite o monitoramento e a identificação de oportunidades de melhoria de serviços e de mudanças positivas em relação ao alcance da qualidade a um custo razoável (D'INNOCENZO, ADAMI e CUNHA, 2006).

Avedis Donabedian foi o pioneiro no setor saúde, sendo o primeiro autor que se dedicou de maneira sistemática a estudar e publicar sobre qualidade em saúde. Este autor absorveu da teoria de sistemas a noção de indicadores de estrutura, processo e resultado adaptando-os ao atendimento hospitalar, abordagens que se tornaram um clássico nos estudos de qualidade em saúde (D'INNOCENZO, ADAMI e CUNHA, 2006).

Estabeleceram ainda sete atributos como os pilares de sustentação que definem a qualidade em saúde: a eficácia, efetividade, eficiência, otimização dos recursos, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Também fazem parte de atributos da qualidade: equidade, acessibilidade, adequação e, qualidade técnico-científica, sendo citadas ainda, a continuidade dos cuidados e a comunicação entre o profissional e o usuário (D'INNOCENZO, ADAMI e CUNHA, 2006).

Ainda segundo D'Innocenzo, Adami e Cunha (2006) assim teve início a um movimento cada vez maior pela qualidade na saúde. Em 1997, o Ministério da Saúde iniciou um programa chamado de Acreditação Hospitalar, que é de cunho voluntário e pressupõe uma ação proativa das organizações em apresentar à população, autoridades sanitárias, fornecedores e consumidores de serviços de saúde, um padrão de qualidade compatível com uma referência externa.

O enfermeiro é o profissional que coordena e gerencia todo o processo de assistência relacionado ao paciente e suas especificidades, suas necessidades, sua alta ou recuperação, portanto, deve ser realizada eficientemente, com comprometimento de quem a desenvolve, garantindo qualidade do cuidado e a satisfação do paciente e seus familiares (BARBOSA e MELO 2008).

Barbosa e Melo (2008) ainda relatam que estratégias que despertem a motivação nos membros da equipe de enfermagem devem ser estudadas e implementadas para que existam satisfação e recuperação do paciente. Este processo de empenho de todos os

membros da equipe é determinante para a qualidade da assistência.

A qualidade desta assistência é influenciada por diversos fatores como: a formação profissional, o número de profissionais, o mercado de trabalho, a legislação, as políticas, a estrutura e a organização das instituições. Sendo assim, a avaliação sistemática desses fatores deve propiciar informações para subsidiar as intervenções necessárias visando os resultados para a melhoria da qualidade (D'INNOCENZO, ADAMI e CUNHA, 2006).

Barbosa e Melo (2008) afirmam que a falta de atenção às práticas da gestão de pessoas interfere diretamente no alcance dos objetivos organizacionais, bem como na qualidade, visto que esta resulta de um comportamento positivo e concentrado dos colaboradores, portanto para alcançar a excelência e a competitividade no mercado, as organizações precisam considerar atualmente que gerir pessoas significa estimular o envolvimento e desenvolvimento das mesmas para assim atingir a qualidade almejada.

Diante da realidade apresentada este estudo justifica-se pela necessidade de compreender qual é a importância do dimensionamento de pessoal de enfermagem na qualidade da assistência, suscitando a necessidade de fornecer subsídios para a melhora da qualidade da assistência oferecida e fomentar a discussão sobre a necessidade do dimensionamento de pessoal para busca de resultados satisfatórios para a clientela atendida.

OBJETIVO

Identificar a relação do dimensionamento de pessoal de enfermagem com a qualidade da assistência.

METODOLOGIA

Para o desenvolvimento desta pesquisa foi utilizado o método de revisão sistemática de Souza, Silva e Carvalho (2010), com as seguintes fases:

Foi formulada para este estudo a seguinte questão norteadora: Qual é a relação entre o dimensionamento de pessoal de enfermagem e a qualidade da assistência?

Os critérios de inclusão estabelecidos neste estudo foram: artigos disponíveis na íntegra, publicações nos idiomas português, inglês e espanhol, publicados no período de 2003 a 2013 na base de dados eletrônica Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e que retratam a relação entre o dimensionamento de pessoal de enfermagem e a qualidade da assistência.

As palavras chave foram: Dimensionamento de Pessoal; *Personnel Downsizing*; *Reducción de Personal*; *Downsizing Organizacional*; Qualidade da Assistência à Saúde; *Quality Of Health Care*; *Calidad de La Atención de Salud*; padronizados pelos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS/Bireme), sendo utilizados os booleanos AND e OR.

Já os critérios de exclusão foram: teses e dissertações, artigos em outras línguas que não o português, inglês e espanhol, fora do período estabelecido, redundâncias, não relacionados ao tema, artigos apenas com o resumo disponível.

Como filtro de pesquisa utilizou-se os critérios de inclusão citados na etapa anterior obtendo como resultado da busca com o boleano AND 54 publicações, sendo que destas 13 estavam disponíveis como textos completos, destes 11 eram em português inglês e espanhol, 10 foram publicados no período escolhido, sendo que 2 eram repetidos, 3 não foram possíveis visualizar e 1 era artigo de revisão integrativa, finalizando com 4 artigos.

Na pesquisa com o boleano OR foram obtidas 127 publicações das quais 36 eram textos completos, sendo que destes 33 estavam escritos nos idiomas escolhidos, 31 publicados durante o período determinado, 9 estavam duplicados, 5 não foi possível visualizar, 8 artigos não estavam relacionados ao tema e 3 artigos eram teses de mestrado e graduação, restando assim 6 artigos para análise.

Para o processo de análise foi elaborado um instrumento amparado em preceitos metodológicos com o total de 10 artigos a serem analisados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na busca dos artigos para esta revisão integrativa, foi possível capturar nos anos de 2007, 2008, 2009, 2011 e 2012 a proporção de 02 (20%) artigos referentes à temática em cada ano.

Na análise relacionada à base de dados verificou-se que os 10 artigos capturados, 100% da amostra foram encontrados no Lilacs.

Em relação ao tipo de pesquisa, verificou-se que 7 (70%) dos artigos são pesquisas com abordagem quantitativa e 3 (30%) dos artigos são pesquisas com abordagem qualitativa.

Em relação à análise do número de publicações relacionadas aos periódicos, nas Revistas Brasileira de Cancerologia, Acta Paulista de Enfermagem, Revista Gaúcha de Enfermagem, Texto e Contexto Enfermagem, Revista Latino Americana de Enfermagem e Revista Brasileira de Enfermagem 01 (10%) artigo em cada, já na Revista da Escola de Enfermagem da USP e Revista Eletrônica de Enfermagem publicaram 2 (20%) artigos cada, referentes à temática.

Pode-se observar que 4 (40%) artigos do total capturados entrevistaram a equipe de enfermagem para obter o resultado do estudo, outros 4 (40%) artigos buscaram respostas em fichas e prontuários de instituições, 01 (10%) artigo classificou pacientes como participantes de seu estudo e 1 (10%) artigo entrevistou gerentes de serviços de saúde para obter as respostas desejadas.

Com a leitura dos artigos e análise dos mesmos foi possível estabelecer as seguintes categorias:

Categoria I – A Importância do Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem;

Categoria II – A Implantação do Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem;

Categoria III – Modelos de Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem;

Categoria IV - A Relação do Dimensionamento de Enfermagem com a Qualidade na Assistência.

A Importância do Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem

Na primeira categoria veremos a importância do dimensionamento de enfermagem no que diz respeito aos artigos utilizados para o presente estudo, nos mostrando como o dimensionamento é percebido pela equipe de enfermagem.

O dimensionamento de pessoal de enfermagem precisa ser analisado num todo, incluindo todas as suas categorias e, para tal, devem ser utilizadas metodologias e critérios que permitam dimensionar a quantidade de trabalhadores necessários à assistência de enfermagem, o que implica em identificar e caracterizar a clientela no que se refere à demanda de cuidados, estruturando a equipe com vistas a atender a essas necessidades e melhorar a qualidade da assistência (SIMÕES E SILVA et al, 2009).

Os mesmos autores revelam em seu estudo, cujo objetivo é identificar a opinião dos enfermeiros de um hospital acreditado sobre indicadores que avaliam a qualidade da assistência de enfermagem, que apesar de haver maior valorização dos resultados dos processos assistenciais específicos da enfermagem para avaliação da qualidade da assistência pelos enfermeiros, ao analisar o indicador distribuição de técnicos de enfermagem X leitos verifica-se que 100% dos enfermeiros entrevistados o definem como indicador da qualidade da assistência de enfermagem, e o indicador Enfermeiro X leito a porcentagem teve 94,4% de concordância entre os mesmos. Portanto esse estudo mostra uma grande valorização pelos enfermeiros dos indicadores relacionados aos processos assistenciais específicos da enfermagem, bem como a satisfação dos clientes com a enfermagem e o dimensionamento do pessoal técnico de enfermagem (SIMÕES E SILVA et al, 2009).

Com relação à importância do dimensionamento de pessoal de enfermagem, Maria, Quadros e Grassi (2012) revelam em seu trabalho, que objetivou analisar a viabilidade de implantação da SAE em um serviço de urgência e emergência hospitalar, que entre os principais problemas identificados está o dimensionamento humano desproporcional em relação ao fluxo de pacientes o que acaba resultando em sobrecarga de trabalho, rodízios de horários e sistema de plantão são fontes de pressão no exercício das atividades, e o prolongamento da jornada de trabalho acaba intensificando o desgaste físico e psicológico do trabalhador, ocasionando em fator desencadeante de estresse e sofrimento mental.

O estudo realizado por Laus e Anselmi (2004) caracterizou o grau de dependência em relação ao cuidado de enfermagem dos pacientes internados nas unidades de internação médicas e cirúrgicas, utilizando o Sistema de Classificação de Pacientes de

Perroca (2000), constataram que embora predominem em todas as unidades de internação pacientes em cuidados mínimos, na maioria delas também foram encontrados pacientes em cuidado intensivo, semi-intensivo e intermediário, o que significa que a enfermagem atende, dentro de uma mesma unidade, a uma clientela com exigências diversificadas em termos de cuidados e que para isso deve contar com um quadro de pessoal, qualitativa e quantitativamente adequado.

O DPE inserido neste contexto torna-se indispensável para o planejamento de uma assistência integral e humanizada, Nicola e Anselmi (2005) traz em seu estudo a importância do DPE como um instrumento gerencial para os enfermeiros, uma vez que possibilita avaliar, planejar e distribuir o quantitativo necessário de recursos humanos nas unidades de internação, o estudo apresenta uma reflexão sobre o processo de trabalho desenvolvido pelos enfermeiros nas dimensões tanto gerencial quanto assistencial, mostra que o número insuficiente de enfermeiros tem levado os profissionais a desdobrarem-se para atender várias unidades e desenvolverem múltiplas funções, o que acarreta ao profissional dificuldades e restrições ao estabelecer vínculos que possibilitaria o desenvolvimento de um trabalho mais articulado e integrativo, resultando em uma assistência de enfermagem de melhor qualidade.

Ainda neste contexto Campos e Melo (2007) buscando conceituar o DPE segundo o entendimento dos profissionais que o utilizam, revelam que os profissionais de enfermagem valorizam a sua aplicação e afirmam que com o correto dimensionamento obtêm-se não só a previsão dos profissionais, mas a garantia da operacionalização do trabalho da enfermagem e o atendimento da expectativa do cliente com relação às suas necessidades, ou seja, o profissional tem entendimento sobre a importância do correto dimensionamento e das suas necessidades, porém, não tem conseguido aplicar e desenvolver esse instrumental, para adequar o seu quantitativo de recursos humanos, pois não utilizam toda a instrumentalização necessária para o uso do DPE.

A Implantação do Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem

Nessa categoria podemos ver resultados de estudos que relatam a implantação do dimensionamento de pessoal de enfermagem, ou parte deste, em instituições, nos levando a refletir sobre a necessidade e benefícios que o dimensionamento acarreta na qualidade da assistência.

Almeida et al (2007) relata em seu estudo, que tem por objetivo contribuir para o estabelecimento de parâmetros adequados ao dimensionamento da força de trabalho, necessária ao atendimento em unidades hospitalares especializadas de alta complexidade, como a definição de parâmetros para a quantificação e a distribuição da força de trabalho em unidades assistenciais possibilita a implementação de processos efetivos de planejamento e gestão, e a conseqüente melhoria da qualidade da assistência prestada à população.

Da mesma forma Pinto et al (2012) revela em sua pesquisa, cujo objetivo foi analisar

as práticas de enfermagem em um ambulatório de especialidades, que no dimensionamento da equipe de enfermagem, a estrutura de recursos humanos do serviço é insuficiente para a assistência de qualidade prestada pela equipe de saúde, o que resulta em sobrecarga e descontentamento da equipe e ressalta que por este motivo no dimensionamento de pessoal de enfermagem, devem ser utilizados critérios e metodologias que permitam adequação dos recursos humanos às reais necessidades de assistência, de modo que o paciente receba cuidado de qualidade que lhe proporcione segurança.

Com o objetivo de classificar pacientes em uma unidade de hemodinâmica segundo grau de dependência dos cuidados de enfermagem, Hammermuller et al (2008) considera que a classificação dos pacientes segundo suas necessidades de cuidados, além de minimizar custos para o hospital, propicia melhor aproveitamento tanto da área física como da equipe de enfermagem, encaminhando seu estudo à chefia do setor e aos responsáveis que, com os dados apresentados, puderam perceber a necessidade de ampliação da sala de recuperação, além do quadro de pessoal, para a melhoria da qualidade do atendimento prestado.

Nesse mesmo sentido, Alves et al (2011) em seu trabalho, que teve como objetivo caracterizar os pacientes internados em uma enfermaria de ortopedia, de acordo com o grau de dependência em relação aos cuidados de enfermagem e o dimensionamento de pessoal, destaca que uma assistência de enfermagem segura e efetiva depende do quadro de funcionários para garantir qualidade assistencial, e ainda salienta que é necessário que os dirigentes entendam que para se ter um cuidado com qualidade é necessário condições ideais para isso, sendo, número de profissionais adequado com o grau de dependência dos pacientes a serem atendidos.

O mesmo autor revela que é essencial a observação e avaliação dos pacientes de acordo com suas necessidades, por instrumentos específicos e validados, a fim de possibilitar o planejamento da assistência individualizada, o dimensionamento de pessoal de enfermagem, melhores condições de trabalho para a equipe, maior prestígio para a instituição e maiores chances de reabilitação em um menor intervalo de tempo para o paciente (ALVES et al, 2011).

Maya e Simões (2011) também apresentam em seu estudo a necessidade de um dimensionamento correto para melhorar a assistência ao paciente, o estudo buscou dimensionar e avaliar a adequação do quadro de profissionais de enfermagem de um hospital universitário e ainda refletir sobre a implicação do dimensionamento de pessoal no desempenho das competências do enfermeiro, os resultados mostraram que o número total de funcionários está dentro dos valores esperados, porém quando avaliada a categoria de enfermeiros observou-se que está em desacordo com o preconizado pelo COFEN, segundo parâmetros mínimos estabelecidos.

Este número reduzido de profissionais resulta em sobrecarga de trabalho e acúmulo de tarefas para os enfermeiros, os quais interferem na forma de organizar a assistência

de enfermagem impossibilitando a implantação de modelos assistenciais, ou seja, o dimensionamento de pessoal implica diretamente no desempenho das competências do enfermeiro, mostra a necessidade de adequar o número de pessoal de enfermagem na busca da melhor qualidade da assistência e da humanização da saúde, tanto em relação ao cliente, como em relação ao enfermeiro, que merece exercer suas competências e habilidades em ambiente e condições dignas de trabalho (MAYA e SIMÕES, 2011).

Modelos de Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem

Essa categoria mostra o que os artigos revelam a respeito de modelos de dimensionamento de pessoal de enfermagem que podem ser utilizados em nosso cotidiano a fim de facilitar a operacionalização do mesmo.

Ben e Gaidzinski (2007), com o objetivo de identificar os critérios utilizados por gerentes e enfermeiras, para dimensionar o pessoal de enfermagem e, propor um modelo que norteie a sistematização do dimensionamento do pessoal de enfermagem em assistência domiciliária (AD), revela que a percepção dos gerentes e das enfermeiras de serviços públicos e privados em AD, não difere no que se refere ao dimensionamento do pessoal de enfermagem. Esta pesquisa permitiu indicar um caminho na construção de um modelo de dimensionamento de pessoal de enfermagem em AD, fundamentado no método desenvolvido por Gaidzinski, considerando as etapas: identificação da carga média de trabalho diária na assistência domiciliária; determinação da proporção da categoria profissional da enfermagem; jornada de trabalho da equipe de enfermagem e índice de Segurança Técnica.

Por outro lado, Martins, Arantes e Forcella (2008) buscaram a validação clínica, por meio de testes de confiabilidade e validade de um instrumento para classificação do nível de dependência em enfermagem psiquiátrica, além da verificação de sua aplicabilidade na prática gerencial do enfermeiro. Como resultado do estudo o instrumento obteve sua validação clínica para implementação na prática assistencial da especialidade, denotando a possibilidade de melhoria do atendimento do paciente, tanto na qualidade do serviço como na evidência do dimensionamento de pessoas, sendo ainda necessário estudar outros aspectos relacionados ao tema.

Vituri et al (2011) realizou uma pesquisa para dimensionar a enfermagem de um hospital universitário público do Paraná, segundo metodologia proposta pela Rede de Observatórios de Recursos Humanos em Saúde do Brasil, considerando aspectos de estrutura, processo e necessidades da clientela. Por meio desta proposta foi possível considerar as especificidades das unidades da instituição estudada e as necessidades de assistência dos pacientes atendidos, com base num levantamento histórico das variáveis de estudo. Esse estudo nos leva a refletir sobre a necessidade de buscar formas e metodologias que fundamentem as reivindicações de pessoal junto aos Órgãos competentes e subsidiem a previsão de recursos humanos para projetos de ampliação e criação de unidades de

assistência.

Analisando os estudos apresentados é visto que os modelos de dimensionamento de pessoal de enfermagem facilitam a operacionalização do trabalho e dá subsídios para buscar adequação da força de trabalho, esse fato é confirmado com o resultado do estudo realizado por Yanaba, Giúdice e Casarin (2013) que buscou analisar o dimensionamento do pessoal de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva de Adultos (UTI-A) por meio do Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) de Perroca (2000) e da Resolução COFEN nº. 293/2004, os autores acrescentam que a aplicação do SCP ajustado às recomendações da Resolução COFEN nº. 293/2004 podem contribuir para o dimensionamento adequado dos trabalhadores e favorecer as condições de trabalho buscando alcançar uma assistência de Enfermagem de qualidade e segurança tanto para os pacientes como para os profissionais que o executam. Os autores comentam ainda que o dimensionamento oferece subsídios para a argumentação em processos de autorização pela diretoria administrativa frente à necessidade de contratação, tornando-se fundamental para iniciar o processo de adequação de pessoal.

Os estudos apresentados sobre os modelos de dimensionamento de pessoal de enfermagem mostram a real importância de aplicá-los nas diversas áreas de atuação de enfermagem, mas que se faz necessário a atualização dos métodos e busca de novos modelos como é apresentado pelos autores Inoue e Matsuda (2009), em estudo também realizado na UTI-A, com o objetivo de verificar a adequação quantitativa do pessoal de enfermagem à Resolução COFEN nº. 293/2004 onde observou que mesmo a maioria dos pacientes demandarem cuidados intensivos o SCP utilizado tem uso limitado para este setor, pois não contemplam os cuidados realmente requeridos pelos pacientes e procedimentos realizados em UTI.

Quando se refere ao quantitativo de trabalhadores de enfermagem da UTI-A, os autores Inoue e Matsuda (2009), afirmam que se faz necessário realizar novos estudos e talvez, desenvolver novos métodos, para redimensionamento de pessoal utilizando-se instrumentos mais completos e específicos à quantificação da real carga de trabalho de enfermagem no setor.

O estudo realizado por Meneguetti et al (2013) cujo objetivo foi identificar metodologia, parâmetros e instrumentos utilizados na prática para DPE nos serviços de saúde hospitalares, complementa a necessidade de aplicar novos modelos, pois nota-se que a discussão sobre o DPE envolve não somente o cálculo adequado do número de profissionais que atenda à demanda exigida pela clientela, mas inclui questões políticas, éticas e financeiras, pois apesar do desenvolvimento de ferramentas que possibilitam calcular o quantitativo adequado às necessidades dos serviços, estes quando são realizados apresentam grande defasagem de profissionais, o autor conclui que existe a necessidade de adequação das instituições hospitalares quanto ao quantitativo de profissionais e a necessidade de aplicar os modelos para o DPE rotineiramente e que novos estudos relacionados à carga de

trabalho e indicadores de qualidade sejam desenvolvidos.

A Relação do Dimensionamento de Enfermagem com a Qualidade na Assistência

Nesta categoria podemos perceber que o termo qualidade na assistência está ligada ao dimensionamento correto de pessoal de enfermagem.

Os pacientes buscam qualidade de atendimento nos serviços de saúde e os hospitais oferecem serviços de assistência, diagnóstico, tratamento e reabilitação, contando com o trabalho e dedicação de equipes multiprofissionais. Cabe à enfermagem a prestação de cuidados físicos, emocionais e espirituais, que variam de intensidade e complexidade de acordo com as necessidades de cada paciente. (WOLFF, 2007)

Em estudo realizado através do Observatório de Recursos Humanos do Ministério da Saúde, no ano 2002, com a presença de gestores, Secretário Municipal de Saúde e trabalhadores foram analisados as necessidades de se trabalhar com os gestores na construção de um serviço de qualidade e de se atingir a satisfação do usuário, considerando que os recursos humanos representam a chave fundamental para o alcance de boa gestão em saúde e, também, que a avaliação do desempenho dos servidores é instrumento para elevar a produtividade e a qualidade dos serviços.

A gestão de pessoas na área de enfermagem em hospitais é imprescindível para garantir recursos humanos suficientes e competentes para o alcance, manutenção da qualidade da assistência. A metodologia de dimensionamento é um instrumento valioso para o alcance de parâmetros mínimos para suprir as necessidades dos pacientes, com vistas à melhoria da qualidade da assistência e satisfação da equipe nas atividades diárias. (NICOLA e ANSEMI, 2005).

No dimensionamento de pessoal de enfermagem, devem ser utilizados critérios e metodologias que permitam adequação dos recursos humanos às reais necessidades de assistência, de modo que o paciente receba cuidado de qualidade que lhe proporcione segurança (INOUE e MATSUDA, 2010).

O primeiro passo para o dimensionamento dos profissionais de enfermagem é identificar e diferenciar os pacientes de acordo com a maior ou menor necessidade de cuidado, isto é, caracterizar o paciente quanto ao maior ou menor grau de dependência em relação à equipe de enfermagem. Esse dimensionamento de pessoal de enfermagem reflete a necessidade de um instrumento específico que objetive conhecer o perfil do paciente, bem como o motivo de sua inserção em determinada unidade e redimensionar os profissionais, conforme a necessidade (ALVES, 2011).

Os métodos utilizados para essa finalidade são os sistemas de classificação de pacientes, que consistem na observação do cuidado individualizado e na categorização dos pacientes de acordo com suas necessidades, de modo a subsidiar a reflexão, o dimensionamento dos membros da equipe de enfermagem e a disponibilidade de profissionais capacitados, materiais adequados e instalações adaptadas, contribuindo

assim para a melhoria da assistência prestada (CARMONA, 2002).

Os sistemas de classificação de pacientes possibilitam, direta ou indiretamente, melhor planejamento da assistência por parte do enfermeiro, maior envolvimento da equipe com a assistência prestada, maior controle sobre materiais e equipamentos utilizados na unidade, potencializa ações educativas específicas e aumenta a satisfação dos usuários e familiares (LAUS e ANSELMINI, 2004).

O termo “qualidade” ou “melhoria contínua da qualidade”, nos conceitos contemporâneos, é um processo dinâmico, ininterrupto e de exaustiva atividade permanente de identificação de falhas nas rotinas e procedimentos, que lhe confere a capacidade de satisfazer as necessidades implícitas e explícitas dos clientes e demais partes interessadas (MANUAL DE QUALIDADE, 2006 apud FELDMAN e CUNHA, 2006).

A qualidade se torna cada vez mais presente nos hospitais, os quais devem comprometer-se com o pleno atendimento das necessidades de seus clientes internos e externos, procurando aumentar o nível de satisfação dos usuários para que recebam assistência efetiva e segura com qualidade técnica dos processos assistenciais e em condições estruturais e éticas adequadas (FELDMAN e CUNHA, 2006).

O atendimento das necessidades da clientela, na busca de uma melhor qualidade possível da atenção mediante uma previsão apropriada de pessoal de enfermagem, as instituições de saúde podem racionalizar custos e otimizar a dinâmica assistencial.

Para a efetivação de uma assistência de qualidade é necessário que se conheça os níveis de cuidado assistencial dos pacientes internados. Mensurar e avaliar os efeitos da assistência prestada ao paciente internado é de extrema relevância, pois possibilita a adequação do quantitativo de enfermagem às necessidades de cuidado do paciente, de maneira individualizada (KROKOSZ, 2007).

Segundo Simões e Silva (2009) que esta qualidade precisa estar presente em todo o processo de discussão do cuidado, uma vez que o foco de assistência de enfermagem deve ser o indivíduo e o atendimento de suas necessidades. Sob essa ótica, a melhoria contínua da qualidade assistencial é considerada um processo dinâmico e exaustivo de identificação constante dos fatores intervenientes no processo de trabalho da equipe de enfermagem e requer do profissional enfermeiro a implementação de ações e a elaboração de ferramentas, como os indicadores de desempenho, que possibilitem avaliar de maneira sistemática os níveis de qualidade dos cuidados prestados.

Este estudo possibilitou uma análise do dimensionamento de pessoal de enfermagem e a relação com a qualidade da assistência por meio de uma revisão sistemática das publicações científicas relacionadas a essa temática.

Evidenciou pela análise das publicações, a importância, a implementação, os modelos do dimensionamento de pessoal de enfermagem e a relação do dimensionamento de enfermagem com a qualidade na assistência, porém este último tópico necessita ser explorado, e descrito na literatura com maior ênfase e interesse, fato percebido após

encontrarmos apenas duas publicações anuais sobre o assunto entre os anos de 2007 e 2012.

Faz-se necessário, descrever a real relação de dimensionamento e qualidade, compartilhando vivências de diversas realidades para que desperte o interesse de outros profissionais e de gestores na área.

É imprescindível aos enfermeiros gestores, conhecimento, responsabilidade e legalidade para seguir e defender a atuação do profissional com respaldo nas legislações vigentes, evidenciando a importância de um dimensionamento correto de pessoal de enfermagem, valorizando a atuação do profissional enfermeiro e preconizando um atendimento com qualidade na assistência.

Aos enfermeiros é necessário que haja interesse na melhoria contínua da assistência, através do trabalho eficiente e eficaz de um quadro bem dimensionado de pessoal de enfermagem. Para a presente revisão sistemática foi possível capturar 10 artigos, mas muitos repetem seus interesses e suas áreas de atuação.

Nesse momento faz se necessário, conhecer a realidade do trabalho da Enfermagem em cada ambiente de cuidado a fim de ter um subsídio para a realização do dimensionamento de pessoal, que se torna um instrumento essencial para a atuação do enfermeiro gestor em saúde no que se refere a reivindicações por melhores condições de trabalho e de prestação de serviço.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como finalidade averiguar a relação entre o dimensionamento de pessoal de enfermagem com a qualidade da assistência, sendo que ficou claro uma relação direta entre estes, pois o quadro correto de profissionais atuantes possibilita uma assistência de qualidade para o paciente, bem como satisfação aos trabalhadores.

Entender a relação entre a qualidade da assistência e um quadro profissional de enfermagem corretamente dimensionado é de extrema importância para que o dimensionamento de enfermagem seja real nas instituições de saúde, não seja visto como trabalho desnecessário por enfermeiros gestores e como gasto por diretores de instituições de saúde.

Fica evidenciada a relação direta entre o dimensionamento de pessoal de enfermagem e a qualidade da assistência neste estudo visto que 100% dos artigos citam o dimensionamento como um fator para que exista qualidade ou como um indicador de qualidade institucional.

Para que o dimensionamento de pessoal de enfermagem seja eficiente e eficaz é necessária uma mudança de comportamento dos enfermeiros gestores, que são os profissionais executantes do dimensionamento, porém a percepção atual desta classe é de que o dimensionamento além de trabalhoso, não será posto em prática pelos gestores

das instituições de saúde. Porém se houver uma mudança nessa percepção, o enfermeiro gestor ao realizar o dimensionamento, estará também iniciando uma mudança na percepção e quiçá na forma de atuação da sua instituição ao comprovar aos seus gestores que o quadro de funcionários corretamente dimensionado é garantia de segurança e qualidade em curto prazo, e sim, de economia em longo prazo, pensando em redução de possíveis consequências de eventos decorrentes de erros por falta de profissionais.

Entretanto, para que haja uma mudança por parte dos enfermeiros gestores é necessário, e colocamos aqui como sugestão a futuros trabalhos, que esse tema seja fruto de pesquisas futuras, pois foi evidenciado um número reduzido de publicações, sendo que foram utilizados 10 artigos para análise, onde destes foram encontradas duas publicações anuais nos anos de 2007, 2008, 2009, 2011 e 2012.

Acreditamos que através deste estudo possamos mostrar a real importância do dimensionamento do pessoal de enfermagem e seu impacto na qualidade da assistência e assim instigar em outros profissionais a vontade de realizar e pesquisar sobre o dimensionamento para um maior aprofundamento do tema e assim servir de base para futuros profissionais.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA VML de, et al Dimensionamento da força de trabalho necessária às Unidades Hospitalares do Instituto Nacional de Câncer/MS. **Revista Brasileira de Cancerologia**. 2007; vol 53, n.1, p.71-78. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/Rbc/n_53/v01/pdf/secacao_especial1.pdf> Acesso em: 20 mai 2014.

ALVES MVMFF, et al. Avaliação do grau de dependência de pacientes em enfermaria de ortopedia de um hospital escola. **Rev. Eletr. Enferm**, 2011 vol.13, n.4, p 612-619. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n4/v13n4a04.htm>> Acesso em: 21 mai 2014.

BARBOSA LR, MELO MRA da C. Relações entre qualidade da assistência de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Rev Bras Enferm**, 2008 v.61, n.2, p 366-370. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a15v61n3.pdf>> Acesso em: 18 mai 2014.

CAMPOS LF, MELO MRAC. Visão de coordenadores de enfermagem sobre dimensionamento de pessoal de enfermagem: conceito, finalidade e utilização. **Rev Latino-Am de Enfermagem**, 2007, vol. 15, n 6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/pt_06.pdf> Acesso em 08 ago 2014.

CARMONA LMP, EVORA YDM. Sistema de classificação de pacientes: aplicação de um instrumento validado. **Rev. esc. enferm. USP**, 2002. vol.36, n.1, pp. 42-49. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v36n1/v36n1a06.pdf>> Acesso em 20 ago 2014.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN 293/2004**. Fixa e Estabelece Parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde e Assemelhados. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resolucao-cofen-2932004_4329.html>. Acesso em: 08 fev. 2014.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Lei n.º 7.498 de 25 de junho 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Rio de Janeiro (RJ), 1986. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4161> Acesso em: 29 jul 2014.

COREN – TO. Conselho Regional de Enfermagem – Tocantins. **Servidor do Coren-TO desenvolve ferramenta para cálculo de dimensionamento. Tocantins, 2012**. Disponível em: <<http://www.corentocantins.org.br/portal/noticia.php?id=41>> . Acesso em: 08 fev. 2014.

CUCOLO, DF.; PERROCA, MG. Reestruturação do quadro de pessoal de enfermagem e seu impacto sobre as horas de assistência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 2010 v.18, n.2. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/pt_06.pdf> . Acesso em: 15 fev 2014.

BEN LWD, GAIDZINSKI RR. Proposta de modelo para dimensionamento do pessoal de enfermagem em assistência domiciliária. **Rev. Esc. Enferm. USP** 2007, vol.41, n.1, p. 97-103. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n1/v41n1a12.pdf>> Acesso em: 18 mai 2014.

D'INNOCENZO M.; ADAMI NP; CUNHA ICK. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Rev. Bras. de Enferm.** Brasília, 2006 v.59, n.1. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n1/a16v59n1.pdf>> Acesso em: 10 mai 2014.

FELDMAN LB, CUNHA ICKO. Identificação dos critérios de avaliação de resultados do serviço de enfermagem nos programas de acreditação hospitalar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2006, vol.14, n.4, p. 540-545. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/v14n4a11.pdf>> Acesso em: 05 set 2014

FUGULIN, FMT, GAIDZINSKI, RR. **Dimensionamento da equipe Enfermagem em unidades de internação**. In: HARADA, M. J. C. A. Gestão em Enfermagem: ferramenta para prática segura. São Paulo: Yendis, 2011.

HAMMERMULLER, A. et al. Classificação de pacientes atendidos em uma unidade de hemodinâmica segundo o grau de dependência dos cuidados de enfermagem. **Acta paul. enferm.** 2008, vol.21, n.1, p. 72-76. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n1/pt_10.pdf> Acesso em: 20 mai 2014.

INOUE KC, MATSUDA, LM. Dimensionamento da equipe de enfermagem da UTI-adulto de um hospital ensino. **Rev. Eletr. Enf.** 2009, vol. 11 n. 1, p.55-63 Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n1/pdf/v11n1a07.pdf> Acesso em: 21 ago 2014.

INOUE KC, MATSUDA, LM. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva para adultos. **Acta paul. enferm.** 2010, vol.23, n.3, p. 379-384. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n3/v23n3a11.pdf>> Acesso em: 21 ago 2014.

KROKOSZCZ, DVC. **Efeitos da alocação de pessoal e da carga de trabalho de enfermagem nos resultados da assistência em unidades de internação médico-cirúrgicas**. São Paulo, 2007. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo.

LAUS, AM; ANSEMI ML. Caracterização dos pacientes internados nas unidades médicas e cirúrgicas do HCFMRP-USP, segundo o grau de dependência em relação ao cuidado de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2004, vol.12, n.4, p. 643-649. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n4/v12n4a10.pdf>> acesso em 22 ago 2014.

LIMA, AFC; KURGANCT, P. Indicadores de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem. **Rev Bras Enferm.** 2009, v.62, n.2 p. 234-239. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n2/a10v62n2.pdf>> Acesso em: 28 jul 2014.

LUZ, S. **Enfermagem: Quantos Somos X Onde Estamos.** Disponível em: <http://www.portaldaenfermagem.com.br/destaque_read.asp?id=1279> Acesso em 05 fev.2014.

MAYA, CM; SIMOES AL de A. Implicações do dimensionamento do pessoal de enfermagem no desempenho das competências do profissional enfermeiro. **Rev. bras. enferm.** 2011, vol.64, n.5, p. 898-904 Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a15v64n5.pdf>> Acesso em: 30 ago 2014

MARIA MA, QUADROS FAA, GRASSI MFO. Sistematização da assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência: viabilidade de implantação. **Rev. Bras. Enferm.** 2012, vol.65, n.2, p. 297-303. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n2/v65n2a15.pdf>> Acesso em: 20 jul 2014.

MARTINATO, MCNB. et al., Absenteísmo na enfermagem: uma revisão integrativa. **Rev Gaúcha Enferm.** 2010, v. 31, n. 1, p. 160-166. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n1/a22v31n1.pdf>>. Acesso em: 08 fev. 2014.

MARTINS, PASF; ARANTES, EC; FORCELLA HT. Sistema de classificação de pacientes na enfermagem psiquiátrica: validação clínica. **Rev Esc Enferm USP.** 2008, vol.42, n.2, p. 233-241. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp> Acesso em: 18 mai 2014.

MAZUR, CS. **Aspectos quali-quantitativos do dimensionamento de pessoal de Enfermagem em uma unidade cirúrgica de um hospital de ensino** (dissertação). Curitiba: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Universidade Federal do Paraná; 2007.

MENEGUETI, MG. et al. Dimensionamento de pessoal de enfermagem nos serviços hospitalares: revisão integrativa da literatura **Rev. Eletr. Enf.** 2013 vol.15, n. 2, p. 551-563. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n2/pdf/v15n2a30.pdf> Acesso em 20 ago 2014.

NICOLA, AL; ANSELMI; ML. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em um hospital universitário. **Rev. bras. enferm.** 2005, vol.58, n.2, p. 186-190. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n2/a11.pdf>> Acesso em 22 ago 2014.

PINTO, IC. et al. As práticas de enfermagem em um ambulatório na perspectiva da integralidade. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** 2012, vol.20, n.5, p. 909-916. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/pt_13.pdf> Acesso em 20 jun 2014.

SIMÕES E SILVA, C; GABRIEL, CS; BERNARDES, A; ÉVORA, YDM. Opinião do enfermeiro sobre indicadores que avaliam a qualidade na assistência de enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm.** 2009 vol. 30, n.2, p. 263-27. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/7586/6684>> Acesso em: 05 ago 2014.

SOUZA, MT; SILVA, MD; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer, 2010. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1134-Einsteinv8n1_p102-106_port.pdf>. Acesso em 30 nov. 2013.

VIGNA, CP; PERROCA, MG. Utilização de sistema de classificação de pacientes e métodos de dimensionamento de pessoal de Enfermagem. **Arq. Ciênc. Saúde,** v. 14 n. 1, p. 8-12. 2007. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-14-1/id215.pdf>. Acesso em: 08 fev. 2014.

VITURI, DW. et al. **Dimensionamento de enfermagem hospitalar: modelo OPAS/OMS.** *Rev. Texto Contexto Enferm.* v. 20, n. 3, p. 547-556. Florianópolis, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n3/17.pdf>>. Acesso em: 08 fev. 2014.

YANABA, DS; GIÚDICE, CAR; CASARIN, SNA. Dimensionamento da equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva para adultos. *J Health Sci Inst.* 2013, vol. 31, n. 3, p. 279-285. Disponível em: <http://200.136.76.129/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2013/03_jul-set/V31_n3_2013_p279a285.pdf> Acesso em: 20 ago 2014.

WOLFF, LDG. et al. Dimensionamento de pessoal de Enfermagem na unidade semi-intensiva de um hospital universitário. *Cogitare Enfermagem*, n. 2, v. 2, p. 171-182. Paraná, 2007. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/download/9823/6734>>. Acesso em: 08 fev. 2014.

CONTRIBUIÇÃO DA AUDITORIA PARA A ALOCAÇÃO DE RECURSOS EM SAÚDE: REVISÃO DE LITERATURA

Data de aceite: 01/11/2021

Aline dos Santos Duarte

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Porto Alegre – Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0000-0002-5357-1179>

Bibiana Fernandes Trevisan

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Porto Alegre – Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0000-0002-9028-8073>

Mari Ângela Victoria Lourenci Alves

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Porto Alegre – Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0000-0002-2297-416X>

Michelle Batista Ferreira

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Porto Alegre – Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0000-0002-6934-3058>

Rodrigo D Ávila Lauer

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Porto Alegre – Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0000-0002-8260-3766>

Tábata de Cavata Souza

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Porto Alegre – Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0000-0002-7758-218X>

RESUMO: Com o objetivo de conhecer a contribuição da Auditoria como ferramenta para orientar a melhor Alocação de Recursos em Saúde, o presente estudo propôs buscar na literatura científica a relação entre esses

dois conceitos. Realizou-se busca de estudos desenvolvidos nos últimos dez anos na base de dados Pubmed. Utilizou-se os descritores padronizados do DECS: *Audit and Resource Allocation or Health Management*. A partir desta busca, trinta e dois artigos foram recuperados. Estes foram avaliados e selecionados de acordo com a relevância ao tema proposto finalizando nove artigos. Desta seleção final, se fez leitura analítica para resumir as informações significativas neles contempladas. Os estudos analisados utilizam a Auditoria como instrumento para identificar fragilidades e itens a serem melhorados nos processos de trabalho. Tais achados contribuem para o desenvolvimento de estratégias que colaboram para a melhor alocação dos mais diversos recursos, tais como: recursos humanos, materiais, do ambiente, educacionais, expertizes dos colaboradores e etc. Os achados desta Revisão Bibliográfica corroboram com a relação entre a Auditoria e Alocação de Recursos evidenciando como auditar processos de trabalho pode apontar para uma melhor alocação de diferentes recursos com enfoque nas potencialidades dos colaboradores e das instituições.

PALAVRAS-CHAVE: Alocação de recursos. Auditoria. Gestão em saúde.

AUDIT'S CONTRIBUTION TO ALLOCATION OF HEALTH RESOURCES: LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: Aiming at knowing the contribution of Auditing as a tool to guide the best Allocation of Resources in Health, this study proposed to

seek in the scientific literature the relationship between these two concepts. We searched for studies developed in the last ten years in the Pubmed database. The standardized DECS descriptors were used: Audit and Resource Allocation or Health Management. From this search, thirty-two articles were retrieved. These were evaluated and selected according to their relevance to the proposed theme, finishing nine articles. From this final selection, an analytical reading was carried out to summarize the significant information included in them. The analyzed studies use the Audit as an instrument to identify weaknesses and items to be improved in the work processes. Such findings contribute to the development of strategies that contribute to a better allocation of the most diverse resources, such as: human, material, environmental, educational resources, employees' expertise, and so on. The findings of this Literature Review corroborate the relationship between Auditing and Resource Allocation, showing how auditing work processes can point to a better allocation of different resources focusing on the potential of employees and institutions.

KEYWORDS: Resource Allocation. Audit. Health Management.

1 | INTRODUÇÃO

A Auditoria em Serviços de Saúde pode ser empregada com o objetivo de contribuir para uma melhor utilização dos recursos institucionais uma vez que a avaliação da qualidade da estrutura organizacional pode apontar estratégias para melhor alocação dos recursos desta organização.

Evidências mostram que a Auditoria pode reduzir a corrupção e o desperdício melhorando a infraestrutura dos serviços (De Lao e García, 2014). A Auditoria eficaz deve ser prioridade em uma instituição de saúde devido ao seu potencial para melhorar os resultados através da otimização dos recursos disponíveis (European Society of Radiology, 2018).

Com o objetivo de encontrar evidências de que a Auditoria pode servir como ferramenta para orientar a melhor Alocação de Recursos em Saúde, o presente estudo propôs pesquisar na literatura científica a relação entre esses dois conceitos buscando exemplos de estudos que evidenciem os benefícios do emprego da Auditoria para uma melhor alocação dos recursos disponíveis nas instituições de saúde.

2 | MÉTODO

Para Goldim (2004) a Alocação de Recursos em Saúde, por sua vez, envolve um processo complexo de tomada de decisão, abrangendo aspectos referentes ao recurso em si e aos critérios utilizados em sua alocação. Estes aspectos devem ser contemplados de forma integrada para garantir a adequação das decisões tomadas.

Angelis, Kanavos e Montibeller (2017) afirmam que um dos principais desafios que os sistemas de saúde enfrentam é a escassez de recursos em combinação com a crescente demanda por serviços, colocando sua sustentabilidade em perigo. Entretanto,

apenas através de uma abordagem metodológica é possível alocar recursos de uma maneira eficiente e justa dando legitimidade às decisões.

Para exemplificar e evidenciar a relação entre esses dois conceitos, o presente estudo teve como objetivo conhecer, através de Revisão Bibliográfica, a contribuição da Auditoria para a Alocação de Recursos em Saúde. Realizou-se busca de estudos desenvolvidos nos últimos dez anos na base de dados Pubmed. Foram utilizados os descritores padronizados do DECS: *Audit and Resource Allocation or Health Management*.

A partir desta busca, trinta e dois artigos foram recuperados. Estes foram avaliados e selecionados de acordo com a relevância ao tema proposto finalizando nove artigos. Desta seleção final de nove artigos, se fez leitura analítica para resumir as informações significativas neles contempladas apresentadas a seguir.

3 | DESENVOLVIMENTO

De Lao e García (2014) realizaram um estudo controlado em uma cidade mexicana testando a hipótese de que as auditorias federais e estaduais aumentam a conformidade e otimizam a utilização da infraestrutura de serviços municipais. Para avaliar se as auditorias cumprem seus objetivos, os pesquisadores utilizaram medidas eficazes de avaliação. Como resultado, observou-se que ao avaliar o desempenho dos processos de trabalho, pode-se obter indicadores que orientam a melhor utilização de recursos da infraestrutura municipal local.

Subbe *et al* (2015) avaliaram o desempenho de um Serviço de Emergência em uma cidade do Reino Unido com o objetivo de identificar a qualidade da assistência ofertada através de auditoria dos indicadores. Observou-se que a qualidade assistencial estava pior no início da noite e que quando há menos de quarenta admissões de pacientes no serviço, há mais qualidade no desempenho da equipe.

Essa análise sugeriu que alocação de recursos humanos está relacionada com a qualidade dos indicadores e que as equipes precisarão de fortalecimento nas primeiras horas da noite.

A European Society of Radiology (2018) realizou uma pesquisa na União Européia avaliando o estado atual da auditoria a nível nacional e explorando o potencial para uma cooperação e colaboração no desenvolvimento e avaliação de processos de auditoria clínica. Em geral, as respostas indicaram um aumento conscientização sobre a importância da auditoria clínica, mas destacaram deficiências na infraestrutura e nos recursos necessários para o aprimoramento e desenvolvimento de sistemas de auditoria clínica existentes.

Esse estudo evidenciou a necessidade de maior adequação e priorização de recursos para que haja as mudanças necessárias para melhorar este quadro geral. Reforçando a necessidade da conscientização sobre os benefícios da auditoria alocando como recurso para esta finalidade estratégias de educação continuada em serviço.

Hooshmand *et al.* (2015) realizaram estudo de validação de uma ferramenta de auditoria de serviços realizado no Irã incluindo como indicadores a avaliação de desempenho, treinamento e desenvolvimento, motivação pessoal, eficácia clínica, gerenciamento de risco, políticas e estratégias, auditoria externa, gerenciamento do sistema de informação, pesquisa e desenvolvimento.

Os resultados obtidos com essa avaliação nortearam estratégias para uma melhor utilização de recursos como a expertise e as potencialidades dos profissionais em todo o país. Os pesquisadores sugeriram a combinação desse modelo com outros recursos de melhoria da qualidade, como acreditação e segurança do paciente.

Hasler *et al.* (2014) desenvolveram um estudo de coorte para prever a sobrevivência em pacientes com trauma. Foram auditadas as ferramentas de triagem para estratificar pacientes do serviço de emergência de acordo com o risco de morte. As escalas avaliadas melhoraram a classificação de risco podendo, portanto, facilitar a alocação de recursos hospitalares, orientando com sucesso a triagem de grandes traumas e aumentando as chances de sobrevivência.

Leonard *et al.* (2018) realizaram um estudo retrospectivo transversal em Londres com objetivo de auditar a profilaxia para infecção por *Streptococcus* em puérperas e recém-nascidos para avaliar as diretrizes nacionais de vacinação. Os resultados evidenciaram que esta infecção continua sendo um potencial risco de morbimortalidade pós-parto sendo necessário alocar mais recursos na profilaxia entre neonatos.

Entendendo que as organizações precisam gerenciar a saúde e a segurança com excelência, Shelmerdine e Williams (2010) realizaram um estudo no Reino Unido para desenvolver uma ferramenta de auditoria com a finalidade de avaliar a gestão de saúde ocupacional de Intuições de Saúde.

Através desta auditoria pôde-se verificar se o serviço de saúde ocupacional estava atendendo às necessidades dos colaboradores ajudando a identificar os recursos necessários para melhorar a saúde no trabalho.

Preocupado com a redução da cobertura vacinal, que caiu abaixo de 95% desde 2014 para muitas vacinas pediátricas, o Ministério da Saúde Italiano utilizou a auditoria para avaliar a situação do sistema vacinal, analisando as principais barreiras para sua implementação (Poscia, A. *et al.* 2017). Durante vinte reuniões, a auditoria envolveu onze profissionais de cinco centros de vacinas. Estes colaboradores reconheceram a auditoria como uma ferramenta valiosa para melhorar seu trabalho.

Dessa análise ficou evidente a necessidade de utilizar recursos como a organização de uma rede de fornecimento facilmente acessível e eficiente além de melhorar a cobertura vacinal em profunda colaboração com todos os profissionais de saúde. Utilizou-se também de metas e prazos entre os vários profissionais levando a uma colaboração positiva e frutífera de todos os especialistas que trabalham nos centros de vacinação.

As modificações realizadas a partir da auditoria mostraram não apenas uma melhoria

significativa na cobertura vacinal, mas também um aumento importante no número de sessões de vacinas e no número total de vacinas administradas.

Para alcançar uma melhor eficiência e segurança dos resultados de saúde, Nasić, M. *et al.* (2005) realizaram auditoria, durante um período de dois anos, no Departamento de Oftalmologia do University Hospital Center, em Zagreb, Croácia. Os itens auditados foram: recursos humanos, equipamento médico, qualidade de atendimento, implementação de diretrizes clínicas e critérios para admissão eletiva, qualidade da gerência de risco e qualidade de registros médicos. Após introdução de recursos de melhores práticas assistenciais e de processos de trabalho, os itens avaliados obtiveram resultados 46% melhores ao final de dois anos.

Os estudos analisados apontam a Auditoria como instrumento para identificar fragilidades e itens a serem melhorados nos processos de trabalho. Tais achados contribuem para o desenvolvimento de estratégias que colaboram para a melhor alocação dos mais diversos recursos, tais como: recursos humanos, materiais, do ambiente, educacionais, expertizes dos colaboradores e etc.

4 | CONCLUSÃO

A leitura analítica dos resultados da Revisão Bibliográfica veio ao encontro da proposta deste trabalho ao trazer exemplos de que a Auditoria pode servir como ferramenta para nortear uma melhor Alocação de Recursos em Saúde. Desta Revisão resultaram estudos que abordam a Auditoria através da sua contribuição para a otimização dos diferentes recursos disponíveis em Serviços de Saúde.

Os estudos utilizaram a Auditoria como ferramenta de identificação dos itens a serem melhorados apontando para uma melhor utilização dos recursos materiais e humanos. Os achados desta Revisão Bibliográfica corroboram com a relação entre a Auditoria e Alocação de Recursos evidenciando como auditar processos de trabalho pode apontar para uma melhor alocação de diferentes recursos com enfoque nas potencialidades dos colaboradores e das instituições.

REFERÊNCIAS

Angelis, A., Kanavos P., Montibeller G. Resource Allocation and Priority Setting in Health Care: A Multi-criteria Decision Analysis Problem of Value? **Global Policy**, Durham, v. 8, n. 2, p. 76–83, Mar. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1111/1758-5899.12387>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1758-5899.12387>. Acesso em: 08/09/2021.

DeLaO, A., García, F. Do federal and state audits increase compliance with a grant program to improve municipal infrastructure (AUDITstudy): study protocol for a randomized controlled trial. **BMC Public Health**, London, v. 3, n. 14, p. 912-922, Set. 2014. DOI: 10.1186/1471-2458-14-912. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25185483>. Acesso em: 08/09/2021.

European Society of Radiology (ESR). The current status of radiological clinical audit - an ESR Survey of European National Radiology Societies. **Insights into imaging**, Berlin, v. 10, n. 1, p. 51-55. Dec. 2019. DOI: 10.1186/s13244-019-0736-4. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6509288/>. Acesso em: 08/09/2021.

Goldim, J. Ética Aplicada à Alocação de Recursos Escassos. Porto Alegre, 2014. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/bioetica/aloca.htm>. Acesso em: 08/09/2021.

Hasler, R. *et al.* Validation and reclassification of MGAP and GAP in hospital settings using data from the Trauma Audit and Research Network. **Journal of Trauma and Acute Care Surgery**, Hagerstown, v. 77, n. 5, p. 757-763, Nov. 2014. DOI: 10.1097/TA.0000000000000452. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25494429/>. Acesso em: 08/09/2021.

Hooshmand, E. *et al.* Validating and determining the weight of items used for evaluating clinical governance implementation based on analytic hierarchy process model. **International journal of health policy and management**, Kerman, v. 4, n. 10, p. 645–651. Out. 2015. DOI: 10.15171/ijhpm.2015.79. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4594104/>. Acesso em: 08/09/2021.

Leonard, A. *et al.* Severe group A streptococcal infections in mothers and their newborns in London and the South East, 2010-2016: assessment of risk and audit of public health management. **International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, Oxford, v. 126, n. 1, p. 44-53. Jan. 2019. DOI: 10.1111/1471-0528.15415. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30070056/>. Acesso em: 08/09/2021.

Nasić, M. *et al.* Internal quality audit and quality standards as a method of quality improvement at the Department of Ophthalmology, University Hospital. **Collegium antropologicum**, Zagreb, v. 29, s. 1, p. 21-24, Jan. 2005. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/7570689_Internal_quality_audit_and_quality_standards_as_a_method_of_quality_improvement_at_the_Department_of_Ophthalmology_University_Hospital. Acesso em: 08/09/2021.

Poscia A. *et al.* Audit as a tool to improve the efficiency of the immunization services: the experience of a Local Health Authority in Rome. **Sanita Pubbl**, Roma, v. 73, n. 5, p. 507-521, Set. 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/323166155_Audit_as_a_tool_to_improve_the_efficiency_of_the_immunization_services_the_experience_of_a_Local_Health_Authority_in_Rome. Acesso em: 08/09/2021.

Shelmerdine, L., Williams, N. Occupational health management: an audit tool. **Occupational Medicine**, Oxford, v. 53, n. 2, p. 129–134, Mar. 2003. DOI: 10.1093/occmed/kqg026. Disponível em: <https://academic.oup.com/occmed/article/53/2/129/1519730>. Acesso em: 08/09/2021.

Subbe, C. *et al.* Relationship between input and output in acute medicine - secondary analysis of the Society for Acute Medicine's benchmarking audit 2013 (SAMBA '13). **Clinical medicine**, London, v. 15, n. 1, p. 15–19, Fev. 2015. DOI: 10.7861/clinmedicine.15-1-15. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4954516/>. Acesso em: 08/09/2021.

CAPÍTULO 20

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE ATRAVÉS DE PROTOCOLO ASSISTENCIAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 01/11/2021

Adelita Noro

Universidade do Vale do Rio dos Sinos
UNISINOS - Campus São Leopoldo RS
Lattes: 8969791609890061

Paula de Cezaro

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFRGS - Porto Alegre
Lattes: 4018054670501319

Lisiane Paula Sordi Matzenbacher

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

Débora Rosilei Miquini de Freitas Cunha

Universidade Luterana do Brasil ULBRA
Campus Canoas/RS
Lattes: 9700642894433746

Mariana Neiva Assunção

Universidade Federal de Viçosa
Lattes: 0074053689311641

Ana Paula Wunder Fernandes

Universidade do Vale do Rio dos Sinos
UNISINOS - Campus São Leopoldo/ RS
Lattes:8155341323375365

Yanka Eslabão Garcia

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFRGS Porto Alegre
Lattes: 6480211634865499

Marlize Müller Monteiro de Oliveira

Universidade Luterana do Brasil -Ulbra Canoas

Ana Paula da Silva Costa Dutra

Universidade Luterana do Brasil ULBRA
Canoas/ RS
Lattes: 6412157236671184

Elisiane Goveia da Silva

Universidade Luterana do Brasil ULBRA
Canoas/ RS
Lattes: 6384713911928455

RESUMO: A meta de identificação correta do paciente é uma das mais discutidas nos processos de trabalho ao longo dos anos, sempre sendo desafiadora e complexa. O objetivo deste estudo é descrever como a meta 1 vem sendo realizada e consolidada pelos profissionais nos tempos atuais. O mesmo é um relato de experiência, que visa descrever como a identificação do paciente é realizada como o processo de segurança do paciente em um hospital geral de Porto Alegre, Rio Grande do Sul (RS). A implementação de um protocolo assistencial se faz necessário para determinar as diretrizes no atendimento. A colocação de uma pulseira branca, no membro superior direito, no início do atendimento com o nome completo e o registro do prontuário eletrônico, utilizando dois identificadores. No momento de aplicabilidade do processo, o profissional explica a importância do ato e deixa claro o significado de conferir a pulseira em todas as etapas do processo da assistência. Esse simples mecanismo de educação é fator de mudança e assertividade na instituição acompanhada da sensibilização das equipes e demais integrantes do processo de

atendimento. Entendemos que muito ainda devemos discutir sobre o tema para que no futuro tenhamos menos riscos e eventos relacionados a identificação do paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do paciente. Qualidade da assistência, Identificação do paciente .

ABSTRACT: The goal of correctly identifying the patient is one of the most discussed in work processes over the years, always being challenging and complex. The aim of this study is to describe how goal 1 has been achieved and consolidated by professionals nowadays. The same is an experience report, which aims to describe how patient identification is performed as the patient safety process in a general hospital in Porto Alegre, Rio Grande do Sul (RS). The implementation of a care protocol is necessary to determine care guidelines. The placement of a white bracelet on the right upper limb at the beginning of the service with the full name and electronic medical record, using two identifiers. When the process is applicable, the professional explains the importance of the act and makes it clear the meaning of checking the bracelet at all stages of the care process. This simple education mechanism is a factor of change and assertiveness in the institution, accompanied by the awareness of the teams and other members of the service process. We understand that we still need to discuss the topic so that in the future we have fewer risks and events related to patient identification.

KEYWORDS: Patient safety. Quality of care, Patient identification.

1 | INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS), idealizou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente com o objetivo de chamar atenção para a problemática da segurança nas instituições de saúde. Esta união tem elaborado programas e diretrizes que visam sensibilizar e mobilizar profissionais de saúde e população para a busca de soluções que promovam a segurança do paciente, divulgando conhecimento e desenvolvendo ferramentas que possibilitem a mudança de realidade no cenário mundial¹.

Compreender a segurança do paciente pode ser definida como o ato de prevenir e melhorar os resultados adversos ou as lesões originadas no processo de atendimento médico hospitalar. O mesmo autor defende ainda que a segurança do paciente está relacionada à qualidade do atendimento, mas não são conceitos idênticos e ressalta que apenas evitar danos não é suficiente o melhor é reduzir os erros de todos os tipos que procure a alta confiabilidade como um componente essencial do atendimento de alta qualidade e complexidade².

A Rede Brasileira de Enfermagem (REBRAENSP) defende que os novos profissionais de saúde contribuem para a cultura de segurança dos pacientes, assumindo o compromisso de aplicar diariamente no seu trabalho os conhecimentos, habilidades e atitudes básicas de segurança³.

A resolução da diretoria colegiada RDC 36-2013 se fez necessária para que cada instituição de saúde formasse o núcleo de segurança dos pacientes, envolvendo profissionais de várias formações e com diferentes experiências profissionais, procurando

no mercado atual um novo especialista, os “gestores de risco”⁴.

A Join Commission International (JCI) descreveu para Hospitais, em suas normas, seis metas internacionais de segurança para o paciente, entre elas: meta número um a identificação correta do paciente, meta número dois a comunicação efetiva, meta número três o uso seguro de medicamentos de alta vigilância, meta número quatro cirurgia segura, meta número cinco a prevenção de risco de infecção e meta número seis a prevenção dos riscos decorrentes de quedas. A JCI descreve as metas, e não as impõe, deixando que cada instituição de saúde implemente o seu protocolo para garantir a segurança de seus pacientes. Isso se faz presente também na cartilha da Organização Nacional de Acreditação ^{5,6}.

A partir disso, a segurança do paciente se faz necessário devido às novas tendências de mercado, que atualmente vem evidenciando os eventos adversos, sentinela e quase falhas de nossas instituições de saúde. Com isso, também faz reflexão sobre a cultura de segurança, que muitas vezes se torna invisível tanto aos olhos do cuidador quanto ao dos usuários. As experiências profissionais mostram que cada vez mais estamos preocupados com a segurança dos nossos usuários, buscamos o nível de excelência em nossas instituições de saúde.

Neste sentido, objetivou-se descrever como a meta 1, a identificação correta do paciente, vem sendo realizada e consolidada pelos profissionais nos tempos atuais.

2 | MÉTODOS

O presente estudo é um relato de experiência, que visa descrever como a identificação correta do paciente é realizada e também o processo de segurança do paciente em um hospital geral de Porto Alegre - RS.

Essa leitura se faz através da construção e implementação de um protocolo assistencial, em uma rede de saúde terciária.

3 | DESENVOLVIMENTO

A meta 01 é um desafio diário entre todas as equipes assistenciais. A principal relevância é que devemos sensibilizar as equipes a respeito da importância desta medida, onde não há correto ou incorreto, somente a eficiência do processo.

Ao longo do tempo, estamos direcionando as energias em modelos que deram certo, como adotar a pulseira branca no membro superior direito (MSD), colocada no momento que o atendimento é iniciado. Para assegurar que todos os pacientes sejam corretamente identificados, é necessário usar pelo menos dois identificadores na pulseira padronizada, colocada para que seja conferida antes do cuidado.

O protocolo de identificação do paciente é uma atividade que se inicia desde o primeiro atendimento do paciente na instituição, ao receber a pulseira branca no MSD com

o nome completo e o identificador de prontuário, as orientações de solicitar a conferência do paciente, se realmente os dados são verdadeiros, e que todo o atendimento será voltado para que os dois identificadores sejam conferidos, muitas vezes até que a pulseira seja retirada, no momento de alta ambulatorial.

O material da pulseira deve ser de boa qualidade para evitar danos à pele, lavável e inspecionado a cada procedimento que foi realizado para em caso de alguma avaria seja imediatamente substituído. A meta institucional é que todos os pacientes em atendimento estejam devidamente identificados. Se em algum momento for identificado que o paciente encontra-se sem a pulseira ela imediatamente deverá ser colocada.

O paciente e seus acompanhantes deverão ser informados da motivação do ato, e que ele é coautor no processo, uma vez entendido a finalidade pelo cliente e profissional de saúde, um depende do outro. O protagonismo no cuidado é prioridade e ambos assumem o compromisso da execução da atividade.

A identificação do paciente como base para que possamos mensurar a segurança do paciente, faz uma reflexão bastante interessante sobre o tema, pois, entende-se que a responsabilidade da segurança deve ser envolvida por todos, pelas instituições de saúde, pelos profissionais e as entidades de classe, sem deixar de fora os usuários da saúde⁷.

A meta um, denominada como identificação correta do paciente, remete a uma série de pensamentos entre elas o envolvimento dos profissionais, autoridades institucionais, usuários de saúde em todo o processo de segurança do paciente. Entendendo que a meta deva ser instituída, é necessária a construção de protocolos, estrutura material, física, profissional por parte das unidades de saúde⁷.

O treinamento das equipes faz-se igualmente importante, pois muitas das vezes banalizamos atividades corriqueiras. Esse treinamento deverá constar como matriz de capacitação institucional. Sendo renovada periodicamente.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A segurança do paciente ainda é um tema a ser discutido e desenvolvido dentro das instituições de saúde, principalmente por ser um assunto de suma importância e com escassez de material acadêmico. Desde os primórdios da humanidade se faz necessário, nossa pioneira Florence Nightingale enfermeira, em 1845 além de destacar-se pelo cuidado de feridas na guerra, onde realizou anotações para trazer ao mundo fatos e dados, preocupada com os riscos envolvidos no cuidado prestado aos seus paciente da época.

Portanto, evidencia-se o quanto ainda deve se evoluir nos registros e elaboração de artigos científicos publicados, pois, apesar das realidades e resultados positivas que existem, por vezes as equipes não fazem o acompanhamento dos indicadores assistenciais para compartilhar, e assim construir os novos caminhos para a transformação da realidade com o envolvimento de toda a sociedade, nesta temática tão importante.

A construção de um novo panorama frente ao tema é fundamental, e devido à cultura individual e/ou coletiva tem se mostrado em destaque. A mídia tem participação para que a discussão seja realizada, cabendo aos protagonistas da mudança de cultura envolver toda a sociedade, conhecendo a realidade e as necessidades de cada local, pois não há existência de uma fórmula pronta para ser aplicável a todos.

O que se faz mais relevante dentro da abordagem da meta internacional de identificação do paciente, é o envolvimento das equipes e pacientes durante todo o atendimento institucional, o ato de educar e orientar sobre a real importância do protocolo implementado pela instituição. Há impacto ao perceber que o paciente assume para si a responsabilidade de ajudar os profissionais da saúde a conferirem o pulseira em todos os momentos do cuidado.

Com o presente estudo, tem-se a pretensão de deixar como legado o vasto campo de trabalho, onde a mudança será percebida por todo quando nos despiremos dos pré-conceitos estabelecidos, e dessa maneira, os profissionais forem proativos junto às frentes de trabalho, visualizando todos os riscos que podem enfrentar em uma simples tarefas, como identificar um paciente para um procedimento.

REFERÊNCIAS

1. JOINT COMMISSION RESOURCES. Temas e estratégias para lideranças em enfermagem: enfrentando os desafios hospitalares anuais; Tradução: Ana Thorell. – Porto Alegre - RS: Artemed, 2008.
2. VINCENT, Charles. Segurança do Paciente: orientações para evitar eventos adversos; Tradução: Rogério Videira. São Caetano do Sul - SP: Yendis Editora, 2010.
3. REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE. Estratégias para a segurança do paciente: Manual Para Profissionais Da Saúde; Porto Alegre, RS: EDIPUC, 2013.
4. BRASIL. Ministério da Saúde, RDC 36 2013. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_08_2021.html
5. PADRÕES DE ACREDITAÇÃO DA JOINT COMMISSION INTERNATIONAL PARA HOSPITAIS [editado por] Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços da Saúde – Rio de Janeiro, RJ: CBA, 2010.
6. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual de Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares 4ª Edição, 2003.
7. Tase.T.H. Identificação do paciente nas organizações de saúde: Uma reflexão emergente. 2013.

CAPÍTULO 21

PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS COMO COMPETÊNCIA PROFISSIONAL PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE

Data de aceite: 01/11/2021

Data de submissão: 13/10/2021

**Aline Branco Amorim de Almeida
Sacramento**

Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação
Brasília-DF
<https://orcid.org/0000-0002-4629-7597>

Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá

Universidade de Brasília
Brasília-DF
<https://orcid.org/0000-0003-0562-8975>

RESUMO: A transferência de resultados de pesquisas para a prática clínica promove a melhoria da qualidade do cuidado, por aumentar a confiabilidade das intervenções, pelo incremento dos resultados para o paciente e pela redução de custos. Por estes e outros fatores a prática baseada em evidências tem sido exigência entre profissionais de saúde, especialmente, pela incessante necessidade de prestar um cuidado efetivo e seguro. Na intenção de estimular um processo de reflexão e discussão sobre a temática o presente capítulo objetiva apresentar uma revisão narrativa sobre a prática baseada em evidências como uma competência necessária para o desenvolvimento da segurança do paciente. Realizou-se uma revisão narrativa, de caráter descritivo-discursivo, que possibilitou levantar quatro tópicos de interesse: 1. Competências profissionais para a segurança do paciente; 2. Segurança do paciente e prática

baseada em evidências nas diretrizes curriculares dos cursos de graduação na área de saúde; 3. Competências profissionais para a prática baseada em evidências; 4. Prática baseada em evidências e a translação do conhecimento. A discussão trazida não esgota a necessidade de investigar e produzir material sobre a temática a fim de continuamente subsidiar ações diretas para a entrega de um cuidado seguro, baseado em evidências.

PALAVRAS-CHAVE: Prática Clínica Baseada em Evidências; Segurança do Paciente; Competência Profissional.

EVIDENCE-BASED PRACTICE AS PROFESSIONAL COMPETENCE FOR PATIENT SAFETY

ABSTRACT: The transfer of research results to clinical practice promotes the improvement of the quality of care, by increasing research trust, by improving patient outcomes and by reducing costs. For these and other factors, the evidence-based practice has been a demand among health professionals, especially due to the incessant need to provide effective and safe care. In order to stimulate a process of reflection and discussion on the subject, this chapter aims to present a narrative review of evidence-based practice as a necessary competence for the development of patient safety. A descriptive-discursive narrative review was carried out, which made it possible to raise four of interest: 1. Professional competences for patient safety; 2. Patient safety and evidence-based practice in the curriculum guidelines of undergraduate courses in the health area; 3. Professional skills for evidence-based

practice; 4. Evidence-based practice and knowledge translation. The discussion brought up does not exhaust the need to investigate and produce material on the subject, in order to support directive actions for the delivery of safe care, based on evidence.

KEYWORDS: Evidence-Based Practice; Patient Safety; Professional Competence.

1 | INTRODUÇÃO

Competências são definidas como um saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar e transferir conhecimentos, recursos e habilidades que agreguem valor econômico à instituição e valor social ao indivíduo (FLEURY; FLEURY, 2001). De forma mais simples, pode-se definir competência como a aquisição de habilidades apropriadas para realização de uma tarefa (CAMELO; ANGERAMI, 2013). A construção da competência profissional está associada à aquisição de escolaridade e aos processos de aprendizagem informais (CAMELO; ANGERAMI, 2013).

A associação entre competências e segurança do paciente tem sido abordada na literatura, com destaque para comunicação e liderança (PAIXÃO et al., 2017). A Prática Baseada em Evidências (PBE) é uma competência essencial para os profissionais de saúde (BISSETT; CVACH; WHITE, 2016), também, no âmbito da segurança do paciente, pois permite buscar evidências para responder às dúvidas, avaliar a qualidade das evidências encontradas e colocá-las em prática, fazendo as adaptações necessárias para aplicação desse conhecimento à realidade do serviço de saúde.

Diante das demandas atuais da sociedade e do mundo da saúde que exigem profissionais melhor preparados para o cuidado em saúde, primando pela resolutividade da assistência, bons desfechos assistenciais e tendo a segurança como um eixo norteador da qualidade do cuidado e como um direito humano do paciente, o presente capítulo objetiva apresentar uma revisão narrativa sobre a PBE como uma competência necessária para o desenvolvimento da segurança do paciente.

2 | METODOLOGIA

O presente capítulo trata-se de uma revisão narrativa, de caráter descritivo-discursivo, a qual permite ao leitor adquirir conhecimento sobre uma temática específica em um tempo curto. Apresenta-se, portanto, uma discussão sobre temas de interesse científico acerca da PBE como uma competência necessária para o desenvolvimento de práticas seguras nos ambientes em que acontecem a produção do cuidado em saúde.

A partir do estudo descritivo-discursivo foram levantados quatro tópicos: 1. Competências profissionais para a segurança do paciente; 2. Segurança do paciente e prática baseada em evidências nas diretrizes curriculares dos cursos de graduação na área de saúde; 3. Competências profissionais para a prática baseada em evidências; 4. Prática baseada em evidências e a translação do conhecimento.

3 | RESULTADOS

3.1 Competências profissionais para a segurança do paciente

A preocupação em modificar a formação dos profissionais de saúde, a fim de melhorar a qualidade e a segurança da assistência, começou, em 2001, quando o *Institute of Medicine* (IOM) publicou o relatório *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Nesse, recomendou-se a realização de uma cúpula interdisciplinar para a reforma da educação profissional em saúde, a qual aconteceu em 2002 e resultou na publicação do relatório *Health professions education: a bridge to quality*. Essa publicação orienta a integração de um conjunto de competências principais na educação profissional em saúde, quais sejam: atendimento centrado no paciente, equipes interdisciplinares, prática baseada em evidências, melhoria da qualidade e informática em educação profissional em saúde (GREINER; KNEBEL, 2003). No entanto, não se definiram os conhecimentos e as habilidades requeridas pelos profissionais (WALTON et al., 2006).

Em 2004, o Conselho Australiano de Segurança e Qualidade em Saúde reconheceu que faltava uma estrutura curricular que descrevesse as competências profissionais para a segurança do paciente. Essa lacuna foi considerada como uma barreira para o alcance de uma força de trabalho em saúde competente e segura (WALTON et al., 2006). Por isso, em 2005, foi publicado o Marco Australiano sobre Educação em Segurança do Paciente (*Australian Patient Safety Education Framework – APSEF*), com objetivo de auxiliar as instituições formadoras na elaboração de currículos educacionais em saúde (OMS, 2016).

No Marco Australiano, definiram-se os conhecimentos, as habilidades e atitudes que todos os profissionais da saúde devem ter para garantir a segurança do paciente. São sete as categorias de aprendizagem: comunicação eficiente; uso de evidências; eventos adversos; trabalho seguro; conduta ética; ensino e aprendizagem; e questões específicas. Cada categoria é dividida em tópicos, os quais estão detalhados no Quadro 1.

Categorias	Tópicos de aprendizagem
Comunicação eficiente	Envolvimento de pacientes e cuidadores como parceiros nos cuidados em saúde; Comunicação de risco; Comunicação honesta com pacientes, após um evento adverso; Obtenção do consentimento; Conhecer e respeitar as diferenças culturais.
Eventos adversos	Reconhecimento, notificação e gerenciamento de eventos adversos e <i>near misses</i> ; Gerenciamento de riscos; Compreensão sobre os erros em saúde; Gestão de reclamações.
Uso de evidências	Implementação da melhor prática baseada em evidências; Uso da tecnologia da informação para melhoria da segurança.

Trabalho seguro	Trabalho em equipe e demonstração de liderança; Compreensão de fatores humanos; Compreensão sobre organizações complexas; Fornecimento da continuidade dos cuidados; Gerenciamento do estresse e da fadiga.
Conduta ética	Manutenção das aptidões para o trabalho e a prática; Prática e comportamentos éticos.
Aprendizagem contínua	Aprender no local de trabalho; Ensinar no local de trabalho.
Questões específicas	Prevenção de procedimento errado, local errado e tratamento errado do paciente; Segurança no uso de medicamentos.

Quadro 1 – Categorias e tópicos de aprendizagem do Marco Australiano sobre Educação em Segurança do Paciente

Fonte: Elaborado pelas autoras, traduzido de Walton e colaboradores (2006).

De forma semelhante, em 2008, o Instituto Canadense de Segurança do Paciente (CPSI) publicou o documento *The Safety Competences: Enhancing Patient Safety Across the Health Professions*, o qual foi atualizado em 2020. Esse apresenta os conhecimentos, habilidades e atitudes relacionadas às competências em segurança do paciente para todos os profissionais de saúde. No marco canadense, as competências são organizadas em seis domínios e incluem 26 competências-chave (CPSI, 2020), as quais estão descritas no Quadro 2.

A PBE é considerada uma estratégia para implementação das competências de segurança. Dentre as competências-chave do marco canadense, o termo PBE não é utilizado. Entretanto, pode ser compreendido em diversas competências dos domínios elencados.

Domínios	Competências-chave
Cultura de segurança do paciente	Contribuir para o estabelecimento e manutenção de uma cultura justa; Defender a melhoria da cultura de segurança do paciente; Contribuir para melhoria contínua da cultura de segurança.
Trabalho em equipe	Fazer parceria significativa com pacientes e famílias, permitindo-os ser membros-chave de suas equipes interprofissionais; Respeitar os papéis e responsabilidades dos pacientes, famílias e profissionais dentro da equipe interprofissional e integrar perfeitamente essa diversidade na entrega do serviço; Ser vigilante da dinâmica da equipe interprofissional para otimizar a segurança do paciente, a qualidade do atendimento e resultados em saúde; Demonstrar autoridade, liderança e tomada de decisão compartilhados; Comunicar-se de maneira respeitosa e responsiva; Trabalhar de forma eficaz com todos os membros da equipe interprofissional para promover a compreensão, gerenciamento das diferenças e resolução de conflitos.
Comunicação	Demonstrar habilidades efetivas de comunicação verbal e não verbal para promover a segurança do paciente; Demonstrar documentação clínica eficaz para segurança do paciente; Comunicar-se para prevenir ameaças de alto risco a segurança do paciente; Empregar tecnologias em saúde para prover o cuidado seguro ao paciente.

Segurança, risco e melhoria da qualidade	Antecipar, identificar, reduzir e mitigar o perigo, situações de rotina e contextos nos quais podem surgir problemas de segurança; Identificar sistematicamente, implementar e avaliar intervenções de melhoria da qualidade para a segurança do paciente; Manter a melhoria da qualidade e práticas de segurança em nível local e sistêmico.
Otimizar os fatores humanos e sistêmicos	Descrever os fatores individuais e ambientais que afetam o desempenho humano; Aplicar técnicas de pensamento crítico para melhorar a segurança das decisões; Discutir o impacto da interface humano / tecnologia na segurança do paciente; Reconhecer que fatores humanos são um conjunto diverso de elementos do sistema que devem ser considerados de maneira para melhorar a segurança do paciente, prevenir e mitigar perigos.
Reconhecer, responder e divulgar incidentes de segurança do paciente	Reconhecer incidentes de segurança do paciente; Envolver-se com os pacientes e famílias afetadas por incidentes de segurança do paciente para atender suas necessidades; Divulgar incidentes de segurança do paciente; Aprender com os incidentes de segurança do paciente; Lidar, profissionalmente e construtivamente, com o estresse de estar envolvido em um incidente de segurança do paciente; Para aqueles em papéis de liderança formal, apoiar pacientes, famílias e profissionais de saúde envolvidos em um incidente de segurança do paciente.

Quadro 2 – Domínios e competências-chave do Marco Canadense de Educação em Segurança do Paciente

Fonte: Elaborado pelas autoras, baseado em CPSI (2020).

Em 2011, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou o Guia Curricular de Segurança do Paciente: Edição Multiprofissional. Este abrange 11 tópicos em segurança do paciente, que foram baseados no APSEF. Para cada tópico, são apresentados casos clínicos que são usados para trabalhar os conceitos relacionados ao tema em questão, além de sugestões de atividades e métodos de avaliação para os professores aplicarem em aulas (OMS, 2016). Os tópicos do Guia Curricular são: 1. O que é segurança do paciente?; 2. Por que empregar fatores humanos é importante para a segurança do paciente?; 3. A compreensão dos sistemas e do efeito da complexidade nos cuidados ao paciente; 4. Atuar em equipe de forma eficaz; 5. Aprender com os erros para evitar danos; 6. Compreender e gerenciar o risco clínico; 7. Usar métodos de melhoria da qualidade para melhorar os cuidados; 8. Envolver pacientes e cuidadores; 9. Prevenção e controle de infecções; 10. Segurança do paciente e procedimentos invasivos; 11. Melhorar a segurança no uso da medicação.

Para implementar o Guia Curricular, não é preciso, necessariamente, modificar o currículo vigente na instituição de ensino. Os tópicos podem ser inseridos no currículo existente, em várias disciplinas, ao longo do curso, ou podem ser abordados em uma disciplina específica. Independente de qual momento do curso o aluno terá contato com os tópicos de Segurança do Paciente, é importante que os professores contextualizem o que está sendo ensinado, por meio de exemplos com os quais o aluno se identifique (OMS,

2016). Assim, fica mais fácil compreender a aplicação desse conhecimento.

3.2 Segurança do paciente e prática baseada em evidências nas diretrizes curriculares dos cursos de graduação na área de saúde

O Programa Nacional de Segurança do Paciente tem como um dos objetivos específicos fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico, de graduação e pós-graduação, na área de saúde, mediante articulação com o Ministério da Educação e do Conselho Nacional de Educação - CNE (BRASIL, 2013; 2014).

O Conselho Nacional de Saúde (CNS), por intermédio da Resolução nº 569/2017, apresentou os princípios comuns a serem incorporados nas diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação da área da saúde. Tais princípios são elementos norteadores para o desenvolvimento dos currículos e deverão compor o perfil dos egressos (BRASIL, 2017). Os princípios propostos pelo CNS estão listados no Quadro 3.

Princípios para graduação na área de saúde
Defesa da vida e do SUS como preceitos orientadores do perfil dos egressos; Atendimento às necessidades sociais em saúde; Integração ensino-serviço-gestão-comunidade; Integralidade e redes de atenção à saúde; Trabalho interprofissional; Projetos pedagógicos de cursos e componentes curriculares coerentes com as necessidades sociais em saúde; Utilização de metodologias de ensino que promovam a aprendizagem colaborativa e significativa; Valorização da docência na graduação, do profissional da rede de serviços e do protagonismo estudantil; Educação e comunicação em saúde; Avaliação com caráter processual e formativo; Pesquisas e tecnologias diversificadas em saúde; Formação presencial e carga horária mínima para cursos de graduação na área de saúde.

Quadro 3 – Princípios a serem incorporados às diretrizes curriculares dos cursos de graduação da área de saúde

Fonte: Elaborado pelas autoras com base na Resolução CNS nº 569/2017.

No inciso XI da referida Resolução é citado como princípio “Pesquisas e tecnologias diversificadas em saúde”. A implantação desse princípio nas diretrizes curriculares visa promover:

o desenvolvimento do pensamento científico e crítico e a produção de novos conhecimentos direcionados para a atenção das necessidades de saúde individuais e coletivas, por meio da disseminação das melhores práticas e do apoio à realização de pesquisas de interesse da sociedade (BRASIL, 2017, Art. XI a).

Apesar de o texto não conter o termo PBE, considera-se que a descrição do Ministério da Saúde contempla a inclusão da PBE nos currículos dos cursos de graduação na área de saúde.

Em 2007, o instituto *Quality and Safety Education for Nurses* (QSEN) definiu competências relacionadas à qualidade e segurança para enfermeiros a serem desenvolvidas nos cursos de graduação e educação continuada, a fim de garantir um padrão mínimo na formação desses profissionais nos Estados Unidos da América (EUA). As competências recomendadas são: cuidado centrado no paciente; colaboração e trabalho em equipe; prática baseada em evidência; melhoria da qualidade, segurança e informática.

Em 2017, propôs-se a inclusão da competência prática baseada em sistemas, relativa à prática de enfermagem em ambientes complexos e baseados em sistemas (STALTER; PHILLIPS; DOLANSKY, 2017). A inclusão dessa competência nos currículos dos cursos de graduação e educação continuada se justifica, pois o enfermeiro lidera sistemas complexos de assistência à saúde, colaborando para tomada de decisão baseada em evidências, conforme padrões de qualidade e segurança (STALTER; PHILLIPS; DOLANSKY, 2017). É fundamental, portanto, que enfermeiros compreendam a complexidade do sistema de saúde em que atuam e sejam capazes de tornar o processo de tomada de decisão mais assertivo, por meio da PBE.

No Brasil, as diretrizes curriculares dos cursos de Enfermagem foram reformuladas em 2001, conforme a Resolução do CNE n.3/2001 (BRASIL, 2001). Passaram-se 20 anos e, nesse período, ocorreram muitas mudanças na área da saúde no Brasil e no mundo que justificam a atualização das diretrizes curriculares de Enfermagem, de modo a incluir as competências profissionais exigidas ao enfermeiro na atualidade.

Ao analisar as matrizes curriculares de cursos de graduação em Enfermagem e Obstetrícia, na região metropolitana de São Paulo, Melleiro e colaboradores (2017) concluíram que a temática segurança do paciente estava presente, porém de maneira desarticulada e heterogênea. Consideraram imperativo buscar práticas mais significativas, que repercutam durante toda a formação do estudante (MELLEIRO et al., 2017).

A PBE é um tema escasso na formação e atuação profissional de enfermeiros, nos países da América Latina e Caribe. Além de barreiras organizacionais, a limitação na competência individual de enfermeiros para o exercício da PBE se apresenta como um dos fatores mais críticos para implementação (CAMARGO et al., 2018).

Encontra-se em tramitação no CNE uma proposta de novas diretrizes para os cursos de graduação em Enfermagem. A Resolução do CNS nº 573/2018 aprova o parecer técnico nº 18/2018 que contém as recomendações à proposta de diretrizes curriculares dos cursos de graduação em Enfermagem e foram encaminhadas para apreciação do CNE. As recomendações, anexas à referida Resolução, trazem a PBE de forma bem clara dentro do núcleo de competência Investigação / Pesquisa em Enfermagem e Saúde, na seção V, Art. 17. Além disso, a segurança do cuidado em enfermagem é trazida como tema transversal a ser desenvolvido durante todo o curso (BRASIL, 2018).

Pode-se considerar o ensino da segurança do paciente e da PBE nos cursos de graduação em saúde ainda incipiente, não apenas nos cursos de Enfermagem. Para que os

egressos possam desenvolver as competências necessárias para prestação de cuidados seguros, é necessário investir na disseminação desse conhecimento, no desenvolvimento de pesquisas e incluir essa temática nos currículos das escolas de todas as profissões da saúde (GONÇALVES; SIQUEIRA; CALIRI, 2017).

3.3 Competências profissionais para a prática baseada em evidências

A PBE requer dos profissionais de saúde um conjunto de competências específicas, as quais são objeto de investigação. Nesse sentido, um grande estudo internacional foi realizado com objetivo de desenvolver um consenso de competências essenciais para a PBE. As competências essenciais são definidas como combinação mínima de atributos, como conhecimento, habilidades e atitudes que tornam o indivíduo capaz de realizar tarefas de acordo com um padrão apropriado (ALBARQOUNI et al., 2018).

Os autores realizaram, primeiramente, uma revisão sistemática para listar as competências em PBE descritas na literatura. Após, convidaram especialistas com experiência no ensino de PBE, profissionais de saúde e representantes de sociedades de PBE de vários países que entraram em consenso sobre as competências essenciais para a PBE. O grupo definiu 68 competências essenciais que foram agrupadas em seis domínios, conforme descrito no Quadro 4.

Os autores do referido estudo concluem que as competências essenciais para a PBE devem compor o currículo de um curso introdutório em PBE para profissionais de saúde. Os educadores em PBE podem desenvolver os próprios currículos, adequando-os à realidade local e experiência prévia em PBE do público-alvo (ALBARQOUNI et al., 2018).

Domínios	Competências essenciais
Introduza	Entender definição de PBE; Reconhecer a justificativa para PBE; Para cada tipo de questão clínica, identificar os delineamentos de estudos mais adequado; Praticar os cinco passos da PBE (pergunte, adquira, interprete, aplique e avalie) Entender a diferença entre o uso de pesquisas para tomada de decisão clínica e a realização de pesquisas.
Pergunte	Explicar a diferença entre os tipos de perguntas que não podem ser respondidas tipicamente pela pesquisa e as que podem; Identificar diferentes tipos de questões clínicas, como questões sobre tratamento, diagnóstico, prognóstico e etiologia; Converter questões clínicas em questões estruturadas, usando-se da estratégia PICO.
Adquira	Descrever as categorias principais de fontes de informações de pesquisa, incluindo as bases de dados; Construir e executar estratégia de busca adequada para a questão clínica; Declarar as diferenças em tópicos amplos cobertos pelas principais bases de dados de pesquisa; Descrever estratégias para obter o texto completo do artigo e outros recursos de evidência.

Domínios	Competências essenciais
Avalie e Interprete	Identificar as principais competências relevantes para a avaliação crítica da integridade, confiabilidade e aplicabilidade da pesquisa relacionada à saúde; Interpretar diferentes tipos de medidas de associação de efeito, incluindo as principais apresentações gráficas; Avaliar criticamente e interpretar revisões sistemáticas; Analisar criticamente e interpretar estudos de tratamento; Verificar criticamente e interpretar estudos de acurácia; Distinguir diretrizes clínicas baseadas em evidências de diretrizes baseadas em opiniões; Identificar características chave e ser capaz de interpretar estudos de prognóstico; Explicar o uso do estudo de danos e etiologias para efeitos adversos das intervenções; Descrever o propósito e o processo de um estudo qualitativo.
Aplique	Engajar pacientes no processo de tomada de decisão, explicando as evidências e integrando suas preferências; Delinear diferentes estratégias para gerenciar a incerteza na tomada de decisões clínicas na prática; Explicar a importância do risco inicial de indivíduos, ao estimar o benefício individual esperado; Interpretar o grau de certeza da evidência e a força da recomendação na assistência em saúde.
Avalie	Reconhecer possíveis barreiras de nível individual à translação do conhecimento e estratégias para superá-las; Caracterizar o papel da auditoria clínica em facilitar a PBE.

Quadro 4 – Competências essenciais para a Prática Baseada em Evidências

Fonte: Elaborado pelas autoras, adaptado de Albarqouni e colaboradores (2018)

No âmbito da enfermagem, realizou-se estudo tipo *survey* nos EUA, com objetivo de descrever o estado das competências em PBE de enfermeiros e determinar os fatores associados. Utilizaram-se seis instrumentos que mensuraram conhecimentos, crenças, implementação, cultura organizacional percebida, mentoria e competências em PBE. Os resultados indicaram que os enfermeiros, de forma geral, não acreditam estar cumprindo as competências necessárias para a PBE (MELNYK et al., 2018).

Revisão integrativa teve como objetivo analisar as competências e as barreiras para implementação da PBE entre enfermeiros assistenciais, no contexto hospitalar. Apesar de os enfermeiros apresentarem atitudes favoráveis à PBE e concordarem que ela contribui para o avanço da Enfermagem, apresentaram dificuldades na implementação dessa abordagem relacionadas ao pouco conhecimento para avaliação das evidências, sobrecarga de trabalho e resistência a mudanças (CAMARGO et al., 2018).

Evidencia-se que as competências para a PBE precisam ser desenvolvidas entre os profissionais de saúde. Ações educativas são necessárias para fornecer o conhecimento requerido, mas, além disso, é preciso fornecer apoio, para que esse conhecimento seja implementado.

3.4 Prática baseada em evidências e a translação do conhecimento

A PBE é definida como uma abordagem que associa a melhor evidência científica

atual com a experiência clínica e a escolha do paciente baseada nos valores pessoais e da família (AMERICAN ASSOCIATION OF COLLEGE OF NURSING, 2012). Evidência científica é uma informação que fornece um nível de prova com base em métodos aceitos pela ciência (OMS, 2005). É utilizada para servir de base para confirmação ou negação de uma hipótese. A evidência científica é um conhecimento produzido através de pesquisas, as quais devem ser publicadas e passíveis de serem reproduzidas (PEREIRA, 2016).

O conceito de PBE surgiu da ampliação do conceito de medicina baseada em evidências (MBE), que era discutida na Epidemiologia, por Archie Cochrane, um dos primeiros pesquisadores a defender essa abordagem (IOM, 2001). O termo passou a ser usado na literatura médica na década de 1990 (CAMARGO et al., 2017) como o uso consciente da melhor prova, ou seja, da melhor evidência, na tomada de decisão no cuidado ao paciente (BROEIRO, 2015).

A inclusão da MBE nos currículos dos cursos de Medicina foi indicada pelo IOM como estratégia para combater o grande número de erros médicos que resultavam em óbitos (IOM, 2001). Assim, a MBE contribuiria para adoção de práticas assistenciais mais seguras (CAMARGO et al., 2017). Portanto, ao melhorar a segurança do paciente, por meio da PBE, também se oportuniza a melhoria da qualidade da assistência à saúde. Além disso, melhora o desfecho clínico do paciente, reduz custos, empodera os profissionais de saúde e eleva os níveis de engajamento, trabalho em equipe e satisfação no trabalho (MELNIK et al., 2018).

Atualmente, esforços têm sido desenvolvidos para disseminar achados científicos, de forma mais efetiva, e adotar a tomada de decisão baseada em evidências, na prática clínica e na formulação de políticas de saúde (OELKE; LIMA; ACOSTA, 2015). Esse processo de transpor o conhecimento teórico gerado pelas pesquisas para a prática é intitulado translação do conhecimento. O *Canadian Institute of Health Research* (CIHR) (2012, p.1) define translação do conhecimento como:

um processo dinâmico e interativo que inclui a síntese, disseminação, intercâmbio e aplicação eticamente sólida de conhecimento para melhorar a saúde, proporcionar produtos e serviços de saúde mais efetivos e fortalecer o sistema de saúde (CIHR, 2012, p.1).

A transferência de resultados de pesquisas para a prática clínica promove a melhoria da qualidade do cuidado, por aumentar a confiabilidade das intervenções, pelo incremento dos resultados para o paciente e pela redução de custos (CAMARGO et al., 2018). Para que a translação do conhecimento ocorra, é crucial adaptar o conhecimento para o contexto local, avaliar barreiras e facilitadores para o uso e dirigir o conhecimento para as necessidades das pessoas que irão usá-lo (OELKE; LIMA; ACOSTA, 2015).

A implementação da PBE envolve fatores relacionados com o contexto da organização, como a cultura organizacional, a carga de trabalho e os recursos disponíveis, além de atributos pessoais dos profissionais de saúde (SCHNEIDER; PEREIRA; FERRAZ,

2018), os quais precisam compreender os princípios da PBE e ter uma atitude crítica sobre a própria prática (BROEIRO, 2015).

A nível do indivíduo, a translação de um novo conhecimento para a prática depende do processo cognitivo, ou seja, de como o indivíduo aprende e desenvolve uma nova habilidade. O processo cognitivo ocorre em três estágios. Primeiro, no estágio declarativo, há a construção de uma memória representativa da nova informação. Em seguida, o estágio processual, no qual o conhecimento declarativo é transformado em regras para ação. Por fim, ocorre o estágio autônomo, quando as regras processuais são colocadas em prática automaticamente pelo indivíduo (GREEN; SEIFERT, 2005).

Para que a translação do conhecimento seja bem-sucedida, são necessários o desenvolvimento de habilidades pelos profissionais e suporte organizacional (MIRANDA; FIGUEIRÓ; POTVIN, 2020). Suporte organizacional à aprendizagem são estímulos da organização que favorecem a aprendizagem de indivíduos no trabalho. Fatores como cultura organizacional, disponibilização de recursos materiais, de recompensas financeiras, de tempo, apoio dos colegas e da chefia, *feedbacks*, auxílio em dúvidas e tolerância a erros podem facilitar o desenvolvimento de novas competências e aplicação na prática (CORREIA-LIMA et al., 2017).

O suporte ao aprendizado no trabalho, principalmente quando fornecido pelos supervisores e colegas, tem efeito positivo sobre a performance do profissional. Se não há na organização um ambiente favorável ao aprendizado, independente da intervenção realizada, a mudança assistencial pode ser inviabilizada (PARANAGUÁ et al, 2016). Por isso, é essencial que a organização estimule o aprendizado de seus membros e a aplicação desse novo conhecimento (COELHO JÚNIOR et al., 2016).

Além da aprendizagem individual, é importante a consolidação e disseminação do conhecimento para o grupo, gerando aprendizagem para a organização como um todo. A aprendizagem organizacional é um pressuposto para a gestão baseada em evidências (BORBA; KLIEMANN NETO, 2008).

Mais do que uma metodologia que auxilia o profissional a decidir qual a melhor opção no manejo de casos individuais, a PBE pode ser aplicada na gestão dos serviços de saúde. Para isso, é necessário incorporar as evidências no processo decisório. No processo de tomada de decisão baseada em evidências, consideram-se informações como capacidade administrativa, viabilidade econômica, localização geográfica, preferência dos pacientes, entre outros fatores (MARTÍNEZ-SILVEIRA; SILVA; LAGUARDIA, 2020).

A PBE é fundamental, ainda, para a gestão do sistema de saúde e formulação de políticas de saúde. No entanto, o uso de evidências, de forma sistemática, no desenvolvimento de políticas públicas de saúde, é ainda incipiente, entre outras razões, devido à pouca comunicação entre os pesquisadores e aqueles que tomam as decisões, principalmente nos países da América Latina (MARTÍNEZ-SILVEIRA; SILVA; LAGUARDIA, 2020).

O *Canadian Institute of Health Research* (CIHR) defende que os pesquisadores incluam em projetos de pesquisa a abordagem que será utilizada para translação do conhecimento, como forma de demonstrar os benefícios do investimento de recursos públicos na pesquisa. Os usuários potenciais do conhecimento que será produzido podem ser integrados ao longo da pesquisa e, desta forma, os resultados serão mais direcionados às necessidades dos usuários. Outra forma é ao término da pesquisa, os pesquisadores realizarem atividades de disseminação do conhecimento produzido, adaptando-o aos grupos de interesse (CIHR, 2012).

No Brasil, grande exemplo de aplicação das evidências científicas, no desenvolvimento de políticas de saúde, é a atuação da Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS). A REBRATS é uma rede de centros colaboradores e instituições de ensino e pesquisa que objetiva a geração e a síntese de evidências científicas, no campo de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS), no âmbito nacional e internacional. A REBRATS busca a excelência na relação entre pesquisa, política e gestão, através dos estudos de ATS, para o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011).

Diante dessa discussão, torna-se essencial o engajamento dos profissionais de saúde e, especialmente, das organizações de saúde para tornar a PBE uma ação cultural de modo a refletir importantes impactos nos desfechos assistenciais.

4 | CONCLUSÃO

A PBE possibilita a aplicação de estratégias sabidamente eficazes na resolução de problemas, como o grande número de eventos adversos evitáveis que ocorrem no contexto da assistência à saúde. Para tanto é necessário que os profissionais de saúde tenham esta competência.

Os currículos dos cursos de graduação na área de saúde devem contemplar a PBE de modo a formar, não apenas, profissionais conscientes da importância de embasar sua prática nas evidências científicas, mas também capazes de realizar pesquisas, avaliar a qualidade dos estudos e a aplicabilidade do conhecimento na prática clínica.

Para os profissionais em atuação, que não tiveram esse conteúdo em sua formação, são necessárias realizações de capacitações sobre o tema e mentorias para auxiliá-los a implementar a PBE na prática. Além da proatividade do profissional, o suporte organizacional certamente torna os profissionais mais motivados a pesquisar, tornar suas práticas mais seguras e cientificamente embasadas.

A PBE é um dos fatores necessários para a melhoria da qualidade e segurança da assistência em saúde. Para sua implementação, faz-se necessária a atuação conjunta dos profissionais de saúde, gestores e comunidade acadêmica em prol do cuidado seguro.

O conteúdo exposto apresentou as competências necessárias para a segurança do paciente, defendendo a PBE como um componente essencial na promoção de ações

que refletem na melhoria contínua dos processos assistenciais. Apresentou-se ainda o cenário da inserção da temática nas diretrizes curriculares nacionais, com ênfase nos cursos de graduação em enfermagem. Sugere-se a produção de material sobre a temática a fim de subsidiar um processo nacional e efetivo de mudança curricular e de investimento organizacional em prol da formação contínua de profissionais críticos, reflexivos, com ações fundamentadas em evidências científicas, colaborando com a entrega de um cuidado seguro.

REFERÊNCIAS

ALBARQONI, L. et al. Core competencies in evidence-based practice for health professionals.

JAMA Network Open, v.1, n.2, e180281, 2018. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2685621>. Acesso em: 5 abr. 2020.

AMERICAN ASSOCIATION OF COLLEGES OS NURSING. QSEN education consortium. Graduate-level. **QSEN competencies: knowledge, skills and attitudes**, September, 2012. Disponível em: <http://www.aacn.nche.edu/faculty/qsen/competencies.pdf>. Acesso em: 08 out. 2018.

BISSET, K.M.; CVACH, M.; WHITE, K.M. Improving competence and confidence with evidence-based practice among nurses – outcomes of a quality improvement project. **J Nurses Prof Dev**, v.32, n.5, p. 248-255, 2016. Disponível em: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=27648900>. Acesso em: 24 set. 2018.

BORBA, G.S.; KLIEMANN NETO, F.J. Gestão hospitalar: identificação das práticas de aprendizagem existentes em hospitais. **Saúde Soc.**, v.17, n. 1, p. 44-60, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n1/05.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES nº. 3, de 7/11/2001. Institui Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem. **Diário Oficial da União**, 09 nov 2001; Seção 1. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>. Acesso em 30 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2915, de 12 de dezembro de 2011. Institui a Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS). **Diário Oficial da União**, seção 1, p. 62-63, 13 dez 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2915_12_12_2011.html. Acesso em: 30 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. **Diário Oficial da União**, 1 abr 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 02 abr. 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 20 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 569 de 8 de dezembro de 2017. **Diário Oficial da União**, nº 38, seção 01, 26/02/2018, páginas 85 a 90. 2017. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso569.pdf>. Acesso em: 30 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 573 de 31 de janeiro de 2018. Aprova o parecer técnico nº 28/2018 contendo recomendações do Conselho Nacional de Saúde à proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de graduação Bacharelado em Enfermagem. **Diário Oficial da União**, 06 nov 2018, Seção 1, p.38. Disponível em: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/48743098/do1-2018-11-06-resolucao-n-573-de-31-de. Acesso em: 30 maio 2020.

BROEIRO, P. Prática baseada em evidência e seus limites. **Rev Port Med Geral Fam**, v.31, p. 238-40, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpmgf/v31n4/v31n4a01.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2020

CAMARGO, F.C. et al. Modelos para implementação da prática baseada em evidências na enfermagem hospitalar: revisão narrativa. **Texto Contexto Enferm.**, v.26, n.4, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v26n4/0104-0707-tce-26-04-e2070017.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2020.

CAMARGO, F.C. et al. Competências e barreiras para a Prática Baseada em Evidência na Enfermagem: revisão integrativa. **Rev Bras Enferm.**, v. 71, n. 4, p. 2148-56, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v71n4/pt_0034-7167-reben-71-04-2030.pdf. Acesso em: 02 abr. 2020

CAMELO, S.H.H.; ANGERAMI, E.L.S. Competência profissional: a construção de conceitos, estratégias desenvolvidas pelos serviços de saúde e implicações para enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v. 22, n. 2, p. 522-560, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a34.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2020.

CANADIAN INSTITUTE OF HEALTH RESEARCH (CIHR). **Guide to knowlegde translation planning at CIHR: integrated and end-of-grant aproacches**. CIHR: Canadá, 2012. Disponível em: <https://cihr-irsc.gc.ca/e/49443.html>. Acesso em: 28 abr. 2020.

CANADIAN PATIENT SAFETY INSTITUTE (CPSI). **The Safety Competencies: Enhancing Patient Safety Across the Health Professions**. 2nd Edition. Edmonton, Alberta; March 2020. Disponível em: <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/safetyCompetencies/Pages/default.aspx>. Acesso em 12 out. 2021

COELHO JÚNIOR, F. A. et al. Support to informal learning at work, individual performance and impacto f training in ampleness. **International Business Research**, v.9, n.10, p.63-74, 2016. Disponível em: <http://www.ccsenet.org/journal/index.php/ibr/article/view/61392>. Acesso em: 10 abr. 2020.

CORREIA-LIMA, B.C.et al. Inventário de suporte organizacional à aprendizagem: desenvolvimento e evidências de validação. **RAC**, v.21, n.5, p.710-29, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rac/v21n5/1415-6555-rac-21-05-00710.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2020.

FLEURY, M. T. L.; FLEURY, A. Construindo o conceito de competência. **Rev. Adm. Contemp**, v.5, edição especial, p. 183-196, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rac/v5nspe/v5nspea10.pdf>. Acesso em: 08 out. 2018.

GONÇALVES, N.; SIQUEIRA, L.D.C.; CALIRI, M.H.L. Ensino sobre segurança do paciente os cursos de graduação: um estudo bibliométrico. **Rev. enferm UERJ**, v. 25, e15460, 2017. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/15460> Acesso em: 02 abr. 2020.

GREEN, L.A.; SEIFERT, C.M. Translation of research into practice: why we can't "just do it". **J Am Board Fam Pract**. v.18, n.6, p. 541-5, November – December 2005. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16322416>. Acesso em: 09 abr. 2020.

GREINER, A. C.; KNEBEL, E. (Edit). **Health Professions Education: A bridge o quality**. Comitee on Health Profession Education Submit. Washington, 2003. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=6wqcqWLI5hCkC&dq=Health+Professions+Education&hl=pt-BR&lr=>. Acesso em: 09 maio 2020.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). **Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century**. Comitee on Health Profession Education Submit. Washington, 2001. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/crossing-the-quality-chasm-a-new-health-system-for-the-21st-century/>. Acesso em: 12 jun. 2020.

MARTÍNEZ-SILVEIRA, M.S.; SILVA, C.H.; LAGUARDIA, J. Conceito e modelos de 'knowledge translation' na área de saúde. **Rev Eletron Comum Inf Inov Saúde**, v. 14, n. 1, p. 225-246, 2020. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1677/2349>. Acesso em: 10 mar. 2020.

MELLEIRO, M.M. et al. Temática segurança do paciente nas matrizes curriculares de escolas de graduação em enfermagem e obstetrícia. **Rev Baiana Enferm.**, v. 31, n.2, e16814, 2017. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/16814>. Acesso em: 02 jun. 2020.

MELNYK, B. M. et al. The first U. S. study on nurses' evidence-based practice competencies indicates major deficits that threaten healthcare quality, safety and patient outcomes. **Worldviews Evid Based Nurs**, v.15, n. 1, p. 16-25, 2018. Disponível em: <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/wvn.12269>. Acesso em: 08 out. 2018.

MIRANDA, E.S.; FIGUEIRÓ, A.C.; POTVIN, L. Are public health researchers in Brazil ready and supported to do knowledge translation? **Cad Saúde Pública**, v.36, n.4, e00003120, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000400301. Acesso em: 28 abr. 2020.

OELKE, N.D.; LIMA, M.A.D.S.; ACOSTA, A.M. Translação do conhecimento: traduzindo pesquisa para uso na prática e na formulação de políticas. **Rev Gaúcha Enferm**, v.36, n.3, p.113-7, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/rj/rngen/a/mdQVRj5j5Fdk5dp5bzJgD9q/?lang=pt>. Acesso em: 13 out. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Fifty-eighth World Health Assembly**. 2005. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58-REC1/english/A58_2005_REC1-en.pdf. Acesso em: 20 set. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Guia curricular de segurança do paciente da Organização Mundial da Saúde**: edição multiprofissional / Coordenação de Vera Neves Marra, Maria de Lourdes Sette. Rio de Janeiro: Autografia, 2016. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44641/32/9788555268502-por.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2020.

PAIXÃO, T. C. R. et al. Competências gerenciais relacionadas à segurança do paciente: uma revisão integrativa. **Rev Sobecc**, n.22, v.4, p.245-253, out./dez. 2017. Disponível em: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/12/876634/sobecc-v22n4_pt_245-253.pdf. Acesso em: 24 set. 2018

PARANAGUÁ, T.T.B. et al. Suporte para aprendizagem na perspectiva da segurança do paciente na atenção primária em saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.24, e2271, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/r/rlae/a/xWypXnVNyQ8YMCvtcwXJbGM/?lang=pt>. Acesso em: 20 set 2020.

PEREIRA, M.G. **Evidências científicas em medicina**: a contribuição da epidemiologia. Maurício Gomes Pereira - Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <http://www.anm.org.br/wp-content/uploads/2020/11/Mauricio-Gomes-Pereira-Memoria.pdf> Acesso em: 12 out. 2021.

SCHNEIDER, L.R.; PEREIRA, R.P.G.; FERRAZ, L. A prática baseada em evidência no contexto da atenção primária à saúde. **Saúde Debate**, v. 42, n.118, p.594-605, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n118/0103-1104-sdeb-42-118-0594.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2020.

STALTER, A. M.; PHILLIPS, J. M.; DOLANSKY, M. A. QSEN institute RN-BSN task force - white paper on recommendation for system-based practice competency. **J Nurs Care Qual**, p.1-5, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28448302>. Acesso em: 24 set. 2018.

WALTON, M.M. et al. Developing a national patient safety education framework for Australia. **Qual Saf Health Care**, v.15, p.437-22, 2006. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2464900/pdf/437.pdf>. Acesso em: 01 maio 2020.

CAPÍTULO 22

QUALIDADE NO ATENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NOS SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA: REVISÃO DA LITERATURA

Data de aceite: 01/11/2021

Data de submissão: 01/09/2021

Ana Karla Da Conceição Trindade

Bacharel em Enfermagem- Faculdade
UNINASSAU- João Pessoa- Paraíba
Pós Graduanda em Emergência e Unidade
Terapia Intensiva
ORCID: 0000-0003-2998-7438

Edcleide Azevedo Pontes Da Silva

Bacharel em Enfermagem- Faculdade
Internacional da Paraíba-FPB- João Pessoa-
Paraíba. Especialista em Emergência e Unidade
Terapia Intensiva. Enfermeira assistencial no
Hospital Metropolitano Dom José Maria Pires-PB
<http://lattes.cnpq.br/4279821930483246>

Gilberto Costa Teodozio

Bacharel em Enfermagem- Centro Universitário
UNIPÊ- João Pessoa- Paraíba
Mestre em enfermagem e Envelhecimento-
Diretor assistencial no Hospital Metropolitano
Dom José Maria Pires- PB
ORCID:0000-0002-5200-4658

Kallyany Santos Sousa

Bacharel em Enfermagem- Faculdade
UNINASSAU- João Pessoa- Paraíba Especialista
em Emergência e Unidade Terapia Intensiva;
Enfermeira assistencial e diarista no Hospital
Metropolitano Dom José Maria Pires-PB
ORCID: 0000-0002-6623-9466

Lenistela Fernandes Correa

Bacharel em Enfermagem- Faculdade FESVIP-
João Pessoa- Paraíba
Enfermeira assistencial e diarista no Hospital
Metropolitano Dom José Maria Pires-PB
ORCID: 0000-0001-8681

Luciana Maria Sorrentino Caldas

Bacharel em Enfermagem- Faculdade Santa
Emília de Rodat- João Pessoa- Paraíba
Especialista em Unidade Terapia Intensiva.
Coordenadora no Hospital Metropolitano Dom
José Maria Pires- PB
ORCID: 0000-0002-5440-2537

Lindinalva Vitoriano Velez

Bacharel em Enfermagem- Centro Ciências
Médicas- João Pessoa- Paraíba
Especialista em Unidade Terapia Intensiva.
Coordenadora de enfermagem no Hospital
Metropolitano Dom José Maria Pires-PB
<http://lattes.cnpq.br/4875165848032447>

Loise Maria Alves Diniz

Bacharel em Enfermagem- Faculdade Santa
Emília de Rodat- João Pessoa- Paraíba
Enfermeira assistencial do Hospital
Metropolitano Dom José Maria Pires -PB.
Especialista em Unidade Terapia Intensiva
ORCID: 0000-0002-1107-6938

Kátia Jaqueline Da Silva Cordeiro

Bacharel em Enfermagem- Faculdade Santa
Emília de Rodat- João Pessoa- Paraíba
Gerente de enfermagem no Hospital Dom José
Maria Pires-PB
<http://lattes.cnpq.br/2596421138596474>

Talita Costa Soares Silva

Bacharel em Enfermagem- Faculdade
UNINASSAU- João Pessoa- Paraíba
Pós-graduanda em enfermagem em Terapia
Intensiva e Urgência e Emergência
ORCID: 0000-0002-4347-6063

RESUMO: Objetivo: evidenciar de acordo com a literatura a importância do atendimento de enfermagem nas classificações de riscos de acordo com as necessidades dos pacientes. **Método:** foi realizada uma revisão integrativa, com busca nas bases de dados BDNF e LILACS, sem recorte de tempo, no período de maio a julho de 2021, resultando numa amostra de 10 artigos. **Resultados:** evidenciou-se através dos dados encontrados que o enfermeiro é o profissional qualificado e habilitado para um cuidado integral em sua assistência, na totalidade do serviço de saúde. **Conclusão:** O enfermeiro deve conhecer as disponibilidades do serviço de saúde, para uma assistência e atendimento correto e de qualidade, permitindo uma boa informação entre equipe e usuário, em busca de uma minimização de agravos a saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Classificação de risco, acolhimento, enfermagem, emergência.

QUALITY IN THE SERVICE OF HEALTH PROFESSIONALS IN THE RISK CLASSIFICATION OF EMERGENCY SERVICES: LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: Objective: to demonstrate, according to the literature, the importance of nursing care in risk classifications according to the needs of patients. **Method:** an integrative review was carried out, with a search in the BDNF and LILACS databases, without a time frame, in the period from May to July 2021, resulting in a sample of 10 articles. **Results:** it was evidenced through the data found that nurses are qualified and qualified professionals for comprehensive care in their assistance, in the entire health service. **Conclusion:** The nurse must know the availability of the health service, for a correct and quality assistance and care, allowing good information between the team and the user, in search of a minimization of health problems.

KEYWORDS: Risk classification, reception, nursing, emergency.

1 | INTRODUÇÃO

A qualidade nos serviços de saúde hoje, tornou-se uma preocupação mundial. Nesse cenário surge como um instrumento de trabalho adequado para todos os trabalhadores de saúde, o acolhimento, que não se limita apenas a recepção do paciente, mas a um processo de trabalho que segue uma sequência de eventos e rotinas como orienta a Política Nacional de Humanização (PNH), programa lançado pelo Ministério da Saúde (SILVA et al., 2015).

O acolhimento é uma ferramenta que pressupõe uma atenção inicial garantida e humanizada no atendimento, a todas as pessoas que buscam os serviços de saúde. Dessa forma o acolhimento se refere à uma escuta qualificada, oferecendo uma resposta positiva e responsabilizando-se pela resolução efetiva dos problemas de saúde do paciente (CÂMARA et al., 2015).

Inserido nesse contexto, para que o processo de acolhimento com qualidade no atendimento aconteça, é imprescindível que todos os profissionais da saúde estejam envolvidos, entretanto o enfermeiro é o profissional da equipe indicado para a avaliação do quadro clínico do usuário, uma vez que o mesmo vai escutar a queixa do cliente, identificar

riscos, vulnerabilidades e respaldado com base em protocolo vai julgar qual ,a necessidade e assim estará realizando a classificação de risco, que representa uma importante mudança nas práticas de pronto atendimento das unidades de saúde. Essa modalidade mediada por protocolos de atendimento, ajuda na identificação das pessoas que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento (RONCALLI et al., 2017 SOUZA; BASTOS, 2008).

No entanto, para realizar com eficácia a aplicação do acolhimento por classificação de risco, é preciso ter domínio de todos os componentes que a cercam, conhecer e aprofundar o conhecimento acerca do mesmo. Essa modalidade, vem sendo utilizada principalmente em serviços de emergência dos hospitais, seja público ou privados do nosso país, ele funciona como porta de entrada para pessoas que buscam atendimento para diferentes tipos de problemas de saúde, buscando reorganizar e agilizar o atendimento de acordo com as reais necessidades dos pacientes.

Por tanto esse método, valoriza a combinação de dados oriundos da identificação dos problemas apresentados e as evidências constatadas a partir da análise do estado geral do paciente, a fim de permitir a classificação de risco por níveis de gravidade, que serão baseados em sinais e sintomas de alerta (CAMPOS et al., 2019).

Desse modo a classificação de risco é a reorganização do processo de trabalho, aplicada por uma equipe multiprofissional colocada na linha de frente para acolher/escutar, resultando na coordenação do cuidado responsável e resolutivo, efetivando assim a equidade, através da eliminação de barreiras que dificultam ou impedem o acesso da população aos serviços de saúde que lhe são necessários (DAVIM 2017; MACKWAY; MARSDEN 2018).

Nesse sentido, em se tratando de sistemas para classificação de risco, existem vários em uso no mundo. Entre os mais utilizados e conhecidos, destacam-se: Emergency Severity Index (ESI), utilizado nos Estados Unidos desde 1999; Australasian Triage Scale (ATS), na Austrália em meados dos anos 1970; Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS), implantada no Canadá em 1999 e Sistema de Triagem de Manchester (STM), utilizado nos serviços de emergência do Reino Unido a partir de 1996 e no Brasil a partir de 2008 (CÂMARA et al., 2015).

O Sistema de Triagem de Manchester (STM), que é usado no Brasil, consiste em um protocolo a partir do qual o profissional enfermeiro escolhe o fluxograma mais apropriado, que irá conduzir as etapas do processo, que se baseia na identificação das queixas do paciente, orientados por discriminadores com os níveis de prioridade. A estrutura dos discriminadores, são em forma de perguntas estruturadas que se iniciam a partir da prioridade mais elevada, sinais e sintomas, em direção à mais baixa (ANZILIERO et al., 2017).

Dessa forma o paciente pode ser classificado em cinco diferentes níveis de prioridade identificados por número, nome, cor e tempo aceitável para atendimento do usuário até o

início da avaliação médica que consiste em um fluxograma apropriado baseado em um protocolo (MACKWAY; MARSDEN 2018).

Diante do exposto, a justificativa pelo tema se deu pelo propósito de proporcionar um aprofundamento sobre trabalhos científicos que retratem a importância e a qualidade do atendimento dos profissionais de saúde na classificação de risco nos serviços de urgência.

Diante da importância evidenciada sobre a Classificação de Risco vinculada a qualidade do atendimento dos serviços de saúde levanta-se a seguinte questão: Como a enfermagem deve realizar a Classificação de Risco para assim proporcionar qualidade em seu atendimento, utilizando os protocolos de triagem vigentes nos serviços de saúde?

O referente artigo tem como objetivo evidenciar de acordo com a literatura disponível nas bases de dados on-line a importância do atendimento de enfermagem na Classificação de Risco de acordo com as necessidades do paciente, utilizando o Protocolo de triagem vigente nos serviços de saúde.

2 | METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como uma revisão integrativa que consiste na abordagem qualitativa, que viabiliza o reconhecimento e o entendimento a respeito do conteúdo que os indivíduos ou grupos impõem a um problema social ou humano (NASCIMENTO et al., 2011).

A Revisão Integrativa da Literatura é a mais ampla abordagem metodológica dentre as revisões, visto que permite a utilização de estudos experimentais e não experimentais para uma compreensão mais completa do fenômeno analisado (TEIXEIRA et al., 2013).

Para Mendes, Silveira e Galvão (2008) este método de pesquisa permite a síntese de vários estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo. Para a enfermagem este método é muito valioso, pois possibilita a produção de um saber fundamentado e uniforme para os enfermeiros realizarem uma prática profissional de qualidade.

Realizada uma busca nas bases de dados LILACS (Literatura Científica Técnica da América Latina e Caribe), BDEF (Banco de Dados de Enfermagem), para a presente pesquisa foram aplicados os seguintes descritores: Classificação de Risco AND emergência AND enfermagem AND acolhimento, que serão delimitados entre si pelo operador booleano AND. A coleta de dados ocorreu entre dezembro e março de 2021. Os critérios de inclusão para esta pesquisa foram: Trabalhos disponíveis na íntegra e completos, estudos escritos em português e trabalhos que estão relacionados com a temática do estudo.

Na busca realizada na Biblioteca Virtual de Saúde BVS, obteve-se um universo de 96 artigos, quando utilizado os critérios de inclusão 31 estavam disponíveis na íntegra. Nos critérios de exclusão adotados pela pesquisa, como, artigos repetidos nas bases de dados e que não estavam dentro da temática estabelecida, obteve-se uma amostra de 10

artigos. Que ficaram dispostos nos repositórios LILACS (Literatura Científica e Técnica da América Latina e Caribe) com 07 artigos e BDENF (Banco de Dados de Enfermagem) com 03, totalizando amostra final foi obtida de 10 artigos.

Os resultados da pesquisa foram apresentados em foram de tabela que contem título, autor, ano, objetivo, método, local, cidade, base de dados e Resultados, bem como gráficos que apresentam os anos de publicação dos artigos que compõem a referente pesquisa, as bases de dados utilizadas, e os locais onde foram realizados os estudos que compõem a amostra. Por fim foi realizada uma discussão sobre a temática em questão com os artigos selecionados, utilizando a referencias dos autores que os construíram.

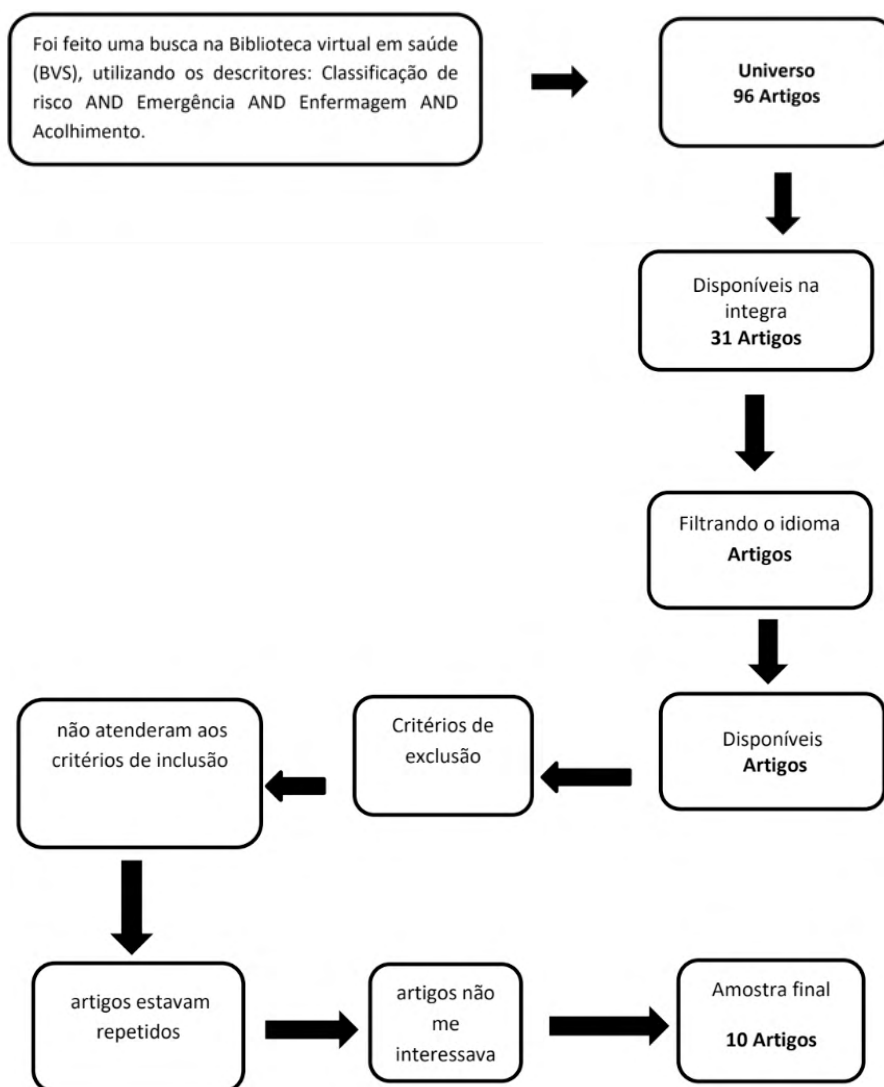


Figura 1- Distribuição dos resultados da pesquisa

3 I RESULTADOS

O quadro a seguir apresenta itens relevantes dos artigos, para uma melhor análise e leitura, resultando em 10 amostras.

Nº DE ARTIGO	TÍTULO	AUTOR	ANO	OBJETIVO	BASE
A 1	Protocolo de Manchester e população usuária na classificação de risco: visão do enfermeiro	RONCALLI et al.;	2017	Compreender a visão do enfermeiro sobre a utilização do protocolo de Manchester e a população usuária na classificação de risco de uma unidade de pronto atendimento (UPA).	LILACS
A2	Percepção da enfermagem sobre a qualidade do acolhimento com classificação de risco do serviço de emergência	DROGUETT et al.;	2018	Avaliar a qualidade do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco de um serviço de emergência segundo percepção dos profissionais de enfermagem	BENEF
A 3	Acolhimento com avaliação e classificação de risco em um pronto Socorro: estudo comparativo	Deus et al.;	2018	Identificar se a classificação de risco realizada no acolhimento com avaliação e classificação de risco do pronto socorro está de acordo com o protocolo institucional	LILACS
A 4	Satisfação de usuários com o acolhimento e classificação de risco em unidades públicas de saúde	Marques et al.;	2018	Avaliar a satisfação dos usuários de unidades municipais de saúde que realizam Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR).	LILACS
A 5	Acolhimento com classificação de risco em unidade de pronto atendimento: estudo avaliativo	Hermida et al.;	2018	Descrever a avaliação de estrutura, processo, e resultado do acolhimento com classificação de risco na perspectiva de médico e enfermeiros em uma unidade de pronto atendimento	LILACS

A 6	Percepção do enfermeiro emergencistas acerca da atuação e preparo profissional	Santos et al.;	2019	Identificar a percepção de enfermeiros classificadores acerca do acolhimento ao idoso com doença cerebrovascular e de estratégias para qualificá-los	BDENDF
A 7	Humanização da assistência: acolhimento e triagem na classificação de risco	Paula; Ribeiro; Werneck,	2019	Estabelecer relações entre a humanização da assistência e o acolhimento e a triagem na classificação de risco pela enfermagem nos serviços médicos de emergências	BDENF
A 8	Implementação do acolhimento com classificação de risco em uma unidade de pronto atendimento	Serra et al.;	2019	Analisar o processo de implementação do acolhimento com classificação de risco na unidade de pronto atendimento de uma cidade da região Recôncavo da Bahia, Brasil	LILACS
A 9	Análise do acolhimento com classificação em unidades de pronto - atendimento	Gouveia et al.;	2019	Avaliar os serviços de acolhimento com classificação de risco realizados em uma unidade pronto atendimento	LILACS
A 10	Acolhimento e classificação de risco: percepção de profissionais de saúde e usuários	Campos et al.;	2020	Conhecer a percepção de profissionais de saúde e usuários em relação ao acolhimento com classificação de risco em um serviço de urgência e emergência	LILACS

Quadro 1 – Apresentação dos artigos selecionados

Fonte: Dados da Pesquisa, 2021.

4 | DISCUSSÃO

O acolhimento classificação de risco (ACCR) é a base do processo de urgência e emergência que se norteia pela escuta qualificada; construção de vínculo; resolutividade; acesso com responsabilidade priorizando os atendimentos mais urgentes para o atendimento. Segundo o conselho federal de enfermagem (COFEN) na Resolução 423/2012) o usuário ao procurar o serviço de saúde deve ser atendido privativamente pelo profissional enfermeiro que vai evoluir e classificar as necessidades do paciente levando em consideração o protocolo estabelecido na instituição local (HERMINDA et al, 2018).

Segundo RONCALI et al (2017) o protocolo de Manchester prioriza e organiza os

atendimentos a aqueles quem tem mais risco de vida sendo os usuários classificados nas seguintes cores: vermelho (emergência); laranja (muito urgente); amarelo (urgente); verde (pouco urgente); azul (não urgente), diminuindo aglomerações, filas e confusão no serviço pois a população tem conhecimento da prioridade a ser dada a cada um respeitado sua individualidade.

Porém em outro estudo foi evidenciado a baixa adesão da padronização do protocolo de classificação de risco da instituição estudada nos atendimentos, permitindo aos gestores desta instituição a aplicação de ações para a sua devida utilização e assim melhorar a segurança e qualidade da assistência de urgência local. Ao mesmo tempo que apresenta como limitação a impossibilidade de verificar o quanto esta inadequabilidade influencia o atendimento de urgência à população (DEUS et al.2018).

Porém existem enfermeiros que se sentem incapacitados para classificar algumas patologias com receio e medo de confundir os sinais e sintomas. O estudo em questão traz como exemplo o Acidente Vascular Encefálico (AVE). É importante que seja realizado capacitações; cursos e oficinas afins de atualizar a equipe profissional com conhecimento técnico, científico e prático discutindo sobre os protocolos institucional preconizado no serviço para proporcionar aos usuários uma assistência de qualidade (SANTOS et al, 2019).

De acordo com DROGUETT et al (2018), em uma pesquisa realizada com os profissionais que atuam no serviço de urgência e emergência no setor de acolhimento e classificação de risco foi evidenciado uma grande vulnerabilidade no local, onde a estrutura do ambiente é precária não proporcionando conforto e segurança para os pacientes, falta de atualização de protocolos e treinamento para a equipe e uma humanização ineficaz por partes de alguns profissionais (CAMPOS et al, 2020).

O acolhimento na ACCR vem de ouvir as principais queixas do usuário, entender suas necessidades, ser resolutiva, ofertar conforto, segurança e privacidade ao mesmo pois todos necessitam de acolhimento e atendimento, porém de maneira holista trazendo o princípio da equidade como forma de garantir o cuidado e reconhecer as diferenças das condições de vida e saúde de acordo com suas necessidades. (SERRA et al, 2019) e (GOUVÉIA et al, 2019).

A humanização na assistência a enfermagem na ACCR no serviço hospitalar tem aproximado os usuários de maneira satisfatória proporcionando assim uma escuta acolhedora, trabalho em equipe, privacidade, avaliação e registro completo da queixa principal e conforto a suprir demanda do serviço. Eles sentem se satisfeitos com o tempo de espera dentro de sua classificação e com os atendimentos prestados pela equipe médica e de enfermagem. Durante o tempo de espera estimado na triagem os usuários recebem informação sobre seu estado/risco que os deixam menos ansiosos, pois podem acontecer de ter demandas mais urgentes (PAULA; RIBEIRO; WERNECK, 2019) e (MARQUES et al, 2018).

51 CONCLUSÃO

Através dos dados encontrados, sabe-se que, o enfermeiro sendo o profissional direcionado para a classificação de risco, necessita de treinamentos como educação permanente a fim qualificar e melhorar o serviço prestado a população trazendo meios de educação em saúde diminuindo assim os agravos a saúde, uma vez que, os usuários desejam que seus problemas sejam solucionados rapidamente permitindo,

Com a classificação de risco realizada com qualidade ocorrerá uma melhora no serviço minimizando a superlotação dos serviços de emergência, por proporcionar um fluxo de atendimento correto, onde o enfermeiro busca direcionar melhor os usuários de acordo com as suas prioridades.

Os artigos estudados evidenciam como a classificação de risco tem uma melhor resolutividade no atendimento, aumentando o fluxo dos usuários atendidos nas emergências, onde a padronização na utilização do protocolo de risco proporciona proteção legal e institui menor intervenção pessoal na norma e orienta a tomada de parecer mais preciso.

Aconselha-se a realização de novos estudos no intuito de observar as colaborações adequadas do enfermeiro e seu papel hábil, pois proporciona meios para conduzir o atendimento de forma mais competente e eficaz.

REFERÊNCIAS

ANZILIERO, F et al. Manchesterffgff System: time spent on risk classification and priority of care at an emergency medical service. **Rev. Gaúcha Enferm.** v.37, n.4, 2016.

CAMARA, Rhamaia Ferreira et al. O papel do enfermeiro no processo de classificação de risco na urgência: uma revisão. **Revista humano ser**, v. 1, n. 1, p. 99-114, 2015.

CAMPOS, Thais Santos et al. Acolhimento e classificação de risco: percepção de profissionais de saúde e usuários. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 33, p. 1-11, 2020.

COSTA, J. P da et al. Sistema de Triagem de Manchester em um serviço de emergência. **Rev Gaúcha Enferm.** 2020.

CAMPOS, Thais Santos et al. Acolhimento e classificação de risco: percepção de profissionais de saúde e usuários. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 33, p. 1-11, 2020.

DA SILVA, Maria Nauside Pessoa et al. Qualidade do acolhimento na unidade básica de saúde. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 9, n. 9, p. 9923-9928, 2015.

DEUS Gabriel Alves De et al. Acolhimento com avaliação e classificação de risco em um pronto socorro: estudo comparativo. **Rev Arq. Ciênc. Saúde**, p. 20-23, 2018.

DROGUETT. Thamy Caamaño et al. Percepção da enfermagem sobre a qualidade do acolhimento com classificação de risco do serviço de emergência. **Rev Enferm UFSM**, p. 518-529, 2018.

GOUVEIA, Mariana Tomé et al. Análise do acolhimento com classificação de risco em unidade de pronto-atendimento. **REME- Rev Min Enferm**, 2019.

HERMINDA, Patricia Madalena Vieira et al. Acolhimento com classificação de risco em unidade de pronto atendimento: estudo avaliativo. **Rev Esc Enferm USP**, 2018.

RONCALLI, Aline Alves et al. Experiências cotidianas do enfermeiro na classificação de risco em unidade de pronto atendimento. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 1743-1751, 2017.

MONTANDON, Diego Santiago et al. Acolhimento com avaliação e classificação de risco em um pronto socorro: estudo comparativo. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 25, n. 2, p. 20-23, 2018.

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*, Florianópolis, v.17, n 4, p.758- 64, out, dez, 2008.

MARQUES, Lana Aires et al. Satisfação com o acolhimento e classificação de risco em unidades públicas de saúde. **Rev. Eletr. Enf**, v. 20 a 22, 2018.

SANTOS, Alice de Andrade et al. Percepção de enfermeiros emergencistas acerca da atuação e preparo profissional. **Revista de enfermagem UFPE On line**, v.,n.,p. 1387-1393, 2019.

SERRA, Herberte Henrique Nascimento. Implementação do acolhimento com classificação de risco em uma unidade de pronto atendimento. 2018.

PAULA, Carla Fernanda Batista; RIBEIRO, Rita de Cássia Helu M; WERNECK, Alexandre Lins. Humanização da assistência: acolhimento e triagem na classificação de risco. **Revista de enfermagem UFPE On line**. v., n., 2019.

ANÁLISIS RETROSPECTIVO DEL INDICADOR DE CALIDAD, TRATO DIGNO EN PERSONAS QUE VIVEN CON VIH

Data de aceite: 01/11/2021

García Leal Susuky Elvira

Esp. Sal. Púb., Antrop. Física Susuky Elvira
García Leal, personal adscrito a la Clínica
Especializada Condesa, Ciudad de México

María Antonieta Cuevas Peñaloza

Doctora en Alta Dirección. Universidad del
Estado de México, Facultad de Enfermería y
Obstetricia, Integrante del Cuerpo Académico
Proceso de Enfermería en el área Clínica.
Toluca, Estado de México

RESUMEN: Durante 2013-2018, el Programa Sectorial de Salud se orientó en otorgar una atención de calidad integral, técnica e interpersonal, sin importar el género, edad, lugar de residencia, situación económica o condición laboral; la atención centrada en la persona propone un entorno construido en los que se incorporan al usuario, la organización y el personal de salud. **Objetivo:** realizar un análisis inferencial del indicador de trato digno en personas que viven con VIH por el personal de enfermería en la Clínica Especializada Condesa de la Ciudad de México. **Método:** estudio retrospectivo, descriptivo, cuantitativo. **Universo:** usuarios sero positivos de la Clínica Especializada Condesa. **Muestreo:** intencional. **Muestra:** 212 personas seropositivas. **Instrumento:** "Evaluación de los Indicadores de Calidad de los Servicios de Enfermería", con respuestas varían entre; excelente, bueno, regular y deficiente. **Técnica:** cuestionario auto

aplicable. **Resultados:** el 52.0 % de los usuarios percibieron durante su atención un trato amable por el personal enfermero, sin embargo, la comunicación activa durante las intervenciones de enfermería solo se presentó en un 41.0 % al explicar los procedimientos realizados al paciente; aproximadamente un 7 % nunca percibió un cuidado profesional del personal de enfermería. **Conclusión:** La principal debilidad de enfermería con el usuario son las relaciones interpersonales.

PALABRAS CLAVE: Trato digno, VIH, percepción del usuario, enfermería.

ANÁLISE RETROSPECTIVA DO INDICADOR DE QUALIDADE EM ENFERMAGEM, TRATAMENTO DIGNO EM PESSOAS VIVENDO COM HIV

RESUMO: Durante 2013-2018, o Programa Setorial de Saúde teve como foco a prestação de atenção integral, técnica e interpessoal de qualidade, independentemente de sexo, idade, local de residência, situação econômica ou condição de emprego; O cuidado centrado na pessoa propõe um ambiente construído no qual o usuário, a organização e o pessoal de saúde estão incorporados. **Objetivo:** realizar uma análise inferencial do indicador de tratamento digno em pessoas vivendo com HIV pela equipe de enfermagem da Clínica Especializada Condesa, na Cidade do México. **Método:** estudo retrospectivo, descritivo, quantitativo. **Universo:** usuários soropositivos da Clínica Especializada Condesa. **Amostragem:** intencional. **Amostra:** 212 pessoas soropositivas. **Instrumento:** "Avaliação dos Indicadores de Qualidade dos

Serviços de Enfermagem”, com respostas que variam entre; excelente, bom, regular e pobre. **Técnica:** questionário autoaplicável. **Resultados:** 52,0% dos usuários perceberam um tratamento amigável por parte da equipe de enfermagem durante o atendimento, porém, a comunicação ativa durante as intervenções de enfermagem só apareceu em 41,0% ao explicar os procedimentos realizados ao paciente; aproximadamente 7% nunca perceberam o cuidado profissional da equipe de enfermagem. **Conclusão:** A principal fragilidade da enfermagem com o usuário são as relações interpessoais.

PALAVRAS-CHAVE: Tratamento digno, HIV, percepção do usuário, enfermagem.

INTRODUCCIÓN

La calidad de la atención en salud ha retomado interés sobre el análisis de los factores que intervienen con la intención de mejorar los servicios de salud, la Organización Mundial de la Salud la define como:

“aquella atención sanitaria de alta calidad en la que se identifican las necesidades de salud de los individuos o de la población de un forma total y precisa” (OMS citado en Secretaría de Salud. Definición y conceptos fundamentales para el mejoramiento de la calidad de la atención a la salud, 2012:26).

Algunos de los trabajos relacionados por Donabedian (1982, 1984, 1992,1993) retoman: la atención, sistemas de salud y calidad; identificando dos aspectos relacionados a la atención: a) Técnico, b) Interpersonal; el primero de ellos se refiere a la atención técnica concebida como:

“la aplicación de la ciencia y la tecnología de la medicina y de las otras ciencias de la salud al manejo de un problema de salud” (Donabedian,1984:4);

el factor interpersonal surge entre la relación del equipo de salud y cliente, relacionándose más al arte, descrito como:

“la medida en que la atención prestada es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre los riesgos y beneficios” (Ibidem, 1984:12),

sensibilidad y creatividad disminuida por el personal de salud con relación a los datos por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), en el que se identificó que

“más del 15% de la población encuestada afirma que no recibieron un trato digno” (Secretaría de Salud, Evaluación de la Calidad en los Servicios de Enfermería: Tres indicadores de aplicación hospitalaria. Subsecretaría de Innovación y Calidad, 2003: 13).

Durante el 2001, la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud se presentó como una de las estrategias nacionales hacia la mejora de la calidad de los servicios de salud, con el objetivo de el

“promover el trato digno y adecuado para los enfermos y sus familiares” (Frenk, 2001:1).

Actualmente, se integran las habilidades del personal de salud al desarrollo técnico-científico para brindar la atención al individuo y población; el Instituto de Medicina de los Estados Unidos define a la calidad de asistencia médica como el

“grado en que los servicios de salud a los individuos y a las poblaciones incrementan la probabilidad de alcanzar los resultados deseados en salud que se corresponden a su vez con el nivel actual de los conocimientos profesionales (citado en Ávalos García, 2010:11).

La evaluación del trato digno se basa en la percepción subjetiva del usuario relacionada con la satisfacción del servicio otorgado por la institución, siendo aquella

“la medida en la que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumple con las expectativas del usuario” (Chang, et. al., 1999: 542).

Uno de los profesionales de la salud que mantiene un cuidado constante es el personal de enfermería, con la finalidad de evaluar la calidad de los servicios proporcionados se retoma al trato digno entendido como

“la percepción que tiene el paciente o familiar del trato y la atención proporcionada, por el personal de enfermería durante su estancia hospitalaria”, (Secretaría de Salud, Evaluación de la Calidad en los Servicios de Enfermería: Tres indicadores de aplicación hospitalaria. Subsecretaría de Innovación y Calidad, 2003: 36),

indicador de las intervenciones enfermeras evaluado desde la perspectiva del paciente.

Retomado los resultados estadísticos de la investigación “Evaluación del indicador de calidad en enfermería trato digno en personas sero positivas”, se analizará la percepción de los usuarios tomando como referencia las intervenciones asistenciales, teniendo como objetivo central conocer el análisis inferencial de la evaluación del indicador de calidad en enfermería, trato digno en personas que viven con VIH.

DESCRIPCIÓN DEL MÉTODO

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, cuantitativo de la “Evaluación del indicador de calidad en enfermería trato digno en personas sero positivas”, con la participación de 212 personas sero positivas atendidas en la Clínica Especializada Condesa de la Ciudad de México.

Implementación

La recolección de datos ocurrió durante del 16 de noviembre del 2015 al 29 de febrero del 2016, estudio retrospectivo, con una muestra intencional de 212 usuarios masculinos sero positivos, provenientes del análisis “Evaluación del indicador de calidad en enfermería trato digno en personas sero positivas”, con una antigüedad de atención médica en la unidad de por lo menos dos años.

Instrumento

El formato F1-TDE/02 de la Secretaría de Salud “Evaluación de los indicadores de calidad de los servicios de enfermería” (Secretaría de salud, Evaluación de la calidad en los servicios de enfermería: Tres indicadores de aplicación hospitalaria. Subsecretaría de innovación y Calidad, 2003:44); se retoma en el rediseño del cuestionario de 15 reactivos debido a las características de la unidad, al tipo de consulta y a las características de la población que atiende, permitiendo la evaluación de los usuarios del trato recibido.

Encuesta

Mediante la elaboración de un cuestionario se obtuvieron datos sociodemográficos, mismo que se integraron al inicio del instrumento con la finalidad de recabar: edad, género, estado civil, año de diagnóstico y de inicio de tratamiento.

Formato F1-TDE/02 (modificado)

Para abordar el tema trato digno sin violencia de género se realiza la primera modificación en relación con el registro nombre, el tiempo de espera propuesto varía en minutos debido al servicio de atención de la unidad, consulta externa; la integración de dos reactivos que precisan las características a evaluar, “cuidados profesionales otorgados por el personal de enfermería” y “seguridad del paciente”, ítems 12 y 13 respectivamente. El instrumento se conformó por dos reactivos abiertos (ítems 10 y 11) con el objetivo de identificar los servicios y el personal de enfermería en los que el usuario percibió ser atendido con un mejor trato; 13 reactivos cerrados (preguntas dicotómicas: ítems 2 y 4; once preguntas de valoración: ítems 1, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 13, 14 y 15). La escala de valoración del indicador trato digno en personas que viven con VIH es de: 31 a 35 puntos “Excelente”; de 26 a 30 puntos se considera “Bueno”; de 25 a 21 puntos “Regular”; y “Deficiente” con menos de 20 puntos.

Análisis estadístico

Se realizó una base de datos en Excel para su posterior análisis inferencial en el programa SPSS en español Versión 25.

RESULTADOS

Características de la población

La edad promedio de las personas sero positivas es 42.23 años ($DE=10.4$ años), con edades de entre 20 a 73 años y predominio de 40-41 años; una media del año de diagnóstico durante el 2005 y su posterior inicio de tratamiento durante el 2006, un 30.2% (64) de los usuarios refirieron haber concluido estudios con nivel superior.

Características sociodemográficas	Frecuencia	Porcentaje	Media
Edad (años)			42 años (DE10.4)
Año de diagnóstico			2005 (DE= 6.1)
Años de inicio de tratamiento			2006 (DE=5.4)
Edad (años)			
Nivel escolar			
Primaria	25	11.8	
Secundaria	52	24.5	
Preparatoria	59	27.8	
Técnica	7	3.3	
Especialidad	64	30.2	
Licenciatura	5	2.4	

Cuadro No. 1 Característica generales de la población.

Validación del formato F1-TDE/02 (modificado)

La fiabilidad del instrumento (Alfa de Cronbach) se prueba con el 0.884 de consistencia interna del formato modificado F1-TDE/02; y una distribución normal del valor $z=0.227$ con la prueba Kolmogorov-Smirnov.

		Ítem	Alfa de Cronbach	Chi ²
Trato digno (n=212)	13 ítems	1-13	0.884	
	Es amable	1	.69	124.4
	Se presento al inicio	2	.46	51.4
	Le trata con respeto	3	.67	108.8
	Se dirige a usted por sus apellidos	4	.25	22.8
	Explica los procedimientos	5	.63	113.7
	Procura un ambiente de intimidad	6	.40	86.8
	Procura un ambiente de confort	7	.66	157.1
	Tiempo de espera para ser atendido	8	.33	42.2
	Le enseñó los cuidados	9	.58	119.8
	Le brindó cuidados profesionales	12	.68	123.8
	Le brindó seguridad durante su estancia	13	.66	114.2
	Cómo considera el trato recibido	14	.76	173.9
	Se siente satisfecho con el trato profesional de enfermería	15	.78	157.8

Cuadro No. 2 Confiabilidad del instrumento F1-TDE/02 (modificado).

Cabe mencionar, que el resultado de las intervenciones de enfermería se agruparon

los ítems 5, 6, 7, 9, 13, actividades realizadas con fundamento científico en las que se brinda un servicio y el usuario lo percibe como un cuidado profesional de enfermería; basadas en dos competencias; el cuidado: que engloban aquellos procedimientos necesarios para la mejora en el estado de salud y, la educación del padecimiento: mediante el refuerzo de acciones saludables que disminuyan los probables desequilibrios en salud; durante la explicación los procedimientos para contribuir a la mejora terapéutica, en un medio ambiente de confort procurando la intimidad del paciente, desarrollando actividades seguras que disminuyan el riesgo de un evento adverso en la prestación del servicio de salud.

Los resultados obtenidos en la “Evaluación del indicador de calidad en Enfermería trato digno en personas sero positivas” (García, 2017) fueron intervenciones de enfermería consideradas buenas en un 50% (106), 36.3% excelentes (77), y aceptables con el 13.7% (29), sin embargo; los datos agrupados evalúan la realización de las actividades descritas sin tomar en consideración la comunicación, la amabilidad, el respeto; por lo que se considera no reflejan un trato digno, es mediante la recodificación de variables e integración de los 13 ítems, la elaboración de un perfil de las intervenciones de enfermería obteniendo finalmente, el indicador de calidad trato digno enfermería, en personas sero positivas atendidas en la Clínica Especializada Condesa durante el 2015-2016. Cabe aclarar que los ítems 10 y 11 por ser preguntas abiertas no fueron considerados en la evaluación, sólo se tomaron como punto de referencia para identificar al personal de enfermería y el servicio que los usuarios consideraron fueron atendidos con un trato digno durante su estancia en la C.E.C.

Los cuidados profesionales de enfermería percibidos por los usuarios de la C.E.C., se observan en el cuadro No.2:

a) Explica los procedimientos

El 19.8 % (42) de la información científica sobre las actividades realizadas durante las intervenciones enfermeras se relaciona con el 17.4 % (37) del cuidado percibido por el paciente, (valor de $\chi^2= 113.7$) omitir una la explicación mínima de los procedimientos realizados al paciente puede ser interpretado como la disminución del cuidado durante la atención en salud.

b) Procura un ambiente de confort resguardando la intimidad y/o pudor

Desafortunadamente, el 19.3% (41) de los usuarios nunca percibieron el cuidado en su intimidad y/o pudor, resultado relacionado al deficiente cuidado de enfermería percibido del 13.6% (29) (valor de $\chi^2=86.8$). Las actividades realizadas podrían reducirse a un nivel técnico con la debilidad en la percepción de ser atendidos por profesionales de enfermería en búsqueda de acciones integrales que mejoren la calidad de la atención en salud.

Sin embargo, con relación al confort percibido se identificó que el 18.8 % (40) fue experimentado por el cliente y se relaciona al 20.7 % (44) de un cuidado excelente y/o distinguido ($\chi^2=157.1$); los usuarios pudieran asociar el procurar un ambiente de

confort, limpio, con buena iluminación, entre otros; con la satisfacción de los servicios proporcionados por la Clínica Especializada Condesa, a diferencia las amenidades hospitalarias de unidades de salud privadas.

c) Enseñar los cuidados

El proceso de enseñanza-aprendizaje es complejo, con una inversión de tiempo constante, es por ello que uno de los factores de inclusión consistió en ser usuario de la C.E.C. con un mínimo de dos años y asistencia continua, con la intención de evaluar las herramientas adquiridas relacionadas al padecimiento sobre VIH que vive el usuario y en su caso identificar las habilidades básicas de cuidado en reinfección por VIH, la transmisión y el apego terapéutico, desafortunadamente; la docencia no se ve reflejada como una de las actividades específicas durante la atención en salud, con un resultado deficiente del 26.4% reportado con el usuario sobre la transmisión de conocimientos afines a VIH, (valor $\chi^2=119.8$).

d) Seguridad durante la estancia

La integración de la definición sobre seguridad del paciente se realizó con el objetivo de delimitar los puntos a evaluar por el cliente, mencionando las diversas acciones que el personal de enfermería debe realizar para garantizar una atención segura al usuario, identificando un 20.7% (44) como intervenciones seguras, mismas que reforzaron la apreciación sobre cuidados profesionales por el personal de enfermería en un 16.9 % (36), ($\chi^2=114.2$).

e) Tiempo de espera

Los tiempos de espera durante la atención en los servicios de salud actualmente es considerada como una barrera de accesibilidad y se retoma como parte de la satisfacción del usuario. El instrumento propuesto por la CNCSS considera la atención durante las 24 horas, característica de una unidad hospitalaria de 2do. o 3er. Nivel de atención, debido a lo anterior; el cambio realizado en el instrumento modificado establece rangos de tiempos en minutos debido a la atención de consulta externa y ambulatoria que caracteriza a la C.E.C., con valores de: 0=más de 30 minutos, 1=de 21 a 30 minutos; 2=11 a 20 minutos; 3=de 0 a 10 minutos.

Se identificó una asociación estadísticamente significativa entre el tiempo de espera y la satisfacción del usuario (valor de $\chi^2=42.2$), los pacientes que permanecieron en espera de 11 a 20 minutos (el 8.4%, 18) para recibir una atención en salud, se consideraron satisfechos por el servicio de enfermería con el 19,8 % (42).

CONCLUSIONES

La percepción del usuario relacionada al trato digno proporcionado durante la atención por el personal de enfermería en la Clínica Especializada Condesa fue deficiente

en un 36.8 % (78), en relación a la intervenciones enfermeras realizadas se consideraron “buenas” en un 50 % (106), la comunicación efectiva entre el personal enfermero y usuario se considera la principal debilidad, al inicio de la atención el 61 % (130) de los usuarios refirieron la omisión de la enfermera (o) en presentarse, a pesar de que el usuario percibió ser tratado con respeto en un 62 %, la comunicación activa no es una habilidad desarrollada por el personal de enfermería.

El perfeccionamiento de prácticas relacionadas con la atención centrada en el usuario nos permitirá cambios tangibles en la calidad de vida del usuario mediante la atención de un trato digno, con ello se comparte lo expuesto por Shein al señalar que:

“la acumulación de aprendizajes grupales basados en éxitos anteriores, y por consiguientes válidos, y que por ello deben ser enseñados a los nuevos miembros” (Shein citado en Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006, Programa de Acción: CNSS, 2002:16).

Un sustento indispensable en el quehacer enfermero es el registro de las actividades desarrolladas durante la atención en salud de la persona, familia o comunidad, sin embargo; continua un la falta de un instrumento que sustente la praxis de enfermería en la Clínica Especializada Condesa acrecentando el desempeño a nivel técnico en el mejor de los escenarios, la “Hoja Diaria” se utiliza en el vaciado de constantes vitales como nota adjunta de las notas médicas del facultativo y la ausencia permanente de un lenguaje enfermero que permita un sustento teórico-metodológico en la atención de las personas que viven con VIH en la Ciudad de México.

Finalmente, instituciones con atención especializada como ocurren en la C.E.C. debiera ser modelo a seguir en la unificación de registros con el propósito de medir, evaluar y mejorar el modelo de atención; datos publicados en el Sistema para la Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno (SESTAD) reportan:

Satisfacción, trato adecuado y digno en consulta externa

Periodo	Monitoreo institucional	Aval ciudadano
01-2021	77.08 %	73.09 %
03-2020	79.44 %	No cuenta con información
02-2020	82.08 %	No cuenta con información
01-2020	No cuenta con información	94.84 %
03-2019	87.72 %	85.58 %
02-2019	No cuenta con información	89.15 %
01-2019	No cuenta con información	No cuenta con información
03-2018	No cuenta con información	No cuenta con información
02-2018	No cuenta con información	No cuenta con información
01-2018	No cuenta con información	No cuenta con información

Cuadro No. 3 Datos reportados por la SESTAD

Información que deja inconcluso el objetivo central de la encuesta “medir la satisfacción y trato digno”, por carecer de la continuidad de datos y la realización de comparativos, por otra parte; los componentes trato digno y calidad percibida considera en sus variables la atención del médico durante la consulta. Debido a lo anterior, se reitera la falta de evaluaciones continuas en la atención del trato digno proporcionado a los usuarios por el personal de enfermería en la Clínica Especializada Condesa y da vigencia a la información obtenida durante la investigación “Evaluación del indicador de calidad en enfermería trato digno en personas sero positivas”.

REFERENCIAS

ÁVALOS GARCÍA, María Isabel. **La evaluación de la calidad en la atención primaria a la salud. Consideraciones teóricas y metodológicas**, Horizonte Sanitario. enero-abril 2020, Disponible en:< <https://www.redalyc.org/pdf/4578/457845134003.pdf>>. Accedido en: 28 de julio de 2021.

CHANG DE LA ROSA Martha, María del Carmen Alemán Lage, Mayilée Cañizales Pérez y Ana María Ibarra. **Satisfacción de los pacientes con la atención médica**, Medicina General c1999. Disponible en:< <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v15n5/mgi09599.pdf>>. Accedido en: 28 de julio de 2021.

FRENK MORA Julio. **Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud**, Presentación, 22 de enero de 2001. Disponible en:< http://salud.gob.mx/unidades/dgcs/sala_noticias/camandas/2001-01-25/cruzada-nacional.htm>. Accedido en: 28 de julio de 2021.

GARCÍA LEAL Susuky Elvira. **Evaluación del indicador de calidad en enfermería trato digno en personas ser positivas**, agosto 2017, Trabajo de tesis.

SECRETARÍA DE SALUD. **Definiciones y conceptos fundamentales para el mejoramiento de la calidad de la atención a la salud**, c2012. Disponible en: < http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/dgr-editorial_00E.pdf>. Accedido en: 28 de julio de 2021.

DONABEDIAN Avedís. **La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación**, Revista Calidad Asistencial, c2001. Disponible en: < https://www.fadq.org/wp-content/uploads/2019/07/La_Calidad_de_la_Atencion_Medica_Donabedian.pdf>. Accedido en: 28 de julio de 2021.

SECRETARÍA DE SALUD. **Evaluación de la Calidad de los Servicios de Enfermería: Tres indicadores de aplicación hospitalaria**. Subsecretaría de Innovación y calidad, Dirección General de Calidad y Educación en Salud, Comisión Interinstitucional de Enfermería, julio 2003. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/descargas/evaluación.pdf>. Accedido en: 29 de julio de 2021.

SECRETARÍA DE SALUD. **Programa Nacional de Salud 2001-2006**, Programa de Acción: Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, c2001. Disponible en: <[dgces.salud.gob.mx/ocasep/doctos/doc_03.pdf](http://www.salud.gob.mx/ocasep/doctos/doc_03.pdf)>. Accedido en: 29 de julio de 2021.

SECRETARÍA DE SALUD. **Monitoreo institucional de la encuesta de satisfacción, trato adecuado y digno**, c2019-2021. Disponible en: <https://desdgces.salud.gob.mx/sestad/index.php/publico/numeralia/rpt_tabla>. Accedido en: 2 de agosto de 2021.

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA ASSISTÊNCIA À PACIENTES COM REAÇÃO HANSÊNICA: RELATO DA EXPERIÊNCIA DE VIDA COMO ENFERMEIRO

Data de aceite: 01/11/2021

Fabrcia Araújo Prudêncio

Sonia Regina Lambert Passos

RESUMO: **Introdução:** Apesar dos avanços diagnósticos, científicos e terapêuticos, a hanseníase e o seu tratamento ainda constitui problema de magnitude global por impactar contextos epidemiológicos, sociais, econômicos e de saúde, bem como por apresentar elevados indicadores relacionados à ocorrência de episódios reacionais, que desencadeiam eventos imunoinflamatórios, contribuindo para incapacidades e comprometimentos na qualidade de vida. Destaca-se, nesse contexto, a necessidade do atendimento especializado, dentre eles o de enfermagem, visando a redução das vulnerabilidades, a promoção da saúde e do autocuidado. **Objetivo:** Relatar a experiência vivenciada pelo enfermeiro na assistência primária prestada às pessoas com reações hansênicas. **Metodologia:** Estudo descritivo do tipo relato de experiência, realizado em uma unidade assistencial que compõe a Atenção Primária à Saúde do município de Teresina, no período de maio de 2020. A fundamentação da pesquisa foi estruturada na vivenciada de uma enfermeira que desenvolveu ações de vigilância, atenção, eliminação e controle da hanseníase em área endêmica por 16 anos. **Resultados:** Durante a assistência prestada percebeu-se forte efeito da estigmatização, que acentua-se com a presença das reações hansênicas, acometendo, em sua

maioria, os pacientes multibacilares, durante todo seguimento terapêutico. Ainda, dúvidas por parte do paciente, reações emocionais e sentimentos de incertezas da cura, medo da convivência familiar e social, preocupação com sua aparência física e angústia associados a novas medicações para tratar as reações hansênicas são comuns. Além disso, a vergonha de idas frequentes ao posto de saúde contribuem para menor adesão aos cuidados. Todos esses problemas de cunho emocional e social culminam por refletir na família e nos demais aspectos de qualidade de vida. **Conclusão:** Percebe-se a necessidade de consultas mensais mais detalhadas, esclarecendo dúvidas sobre as reações hansênicas, medicações utilizadas no tratamento, avaliações de contato, além de educação permanente para que os profissionais de saúde gerenciem de forma adequada as repercussões associadas ao problema.

PALAVRAS-CHAVE: Hanseníase. Reação hansênica. Enfermagem.

ABSTRACT: Introduction; Despite diagnostic, scientific and therapeutic advances, leprosy and its treatment is still a problem of global magnitude for impacting epidemiological, social, economic and health contexts, as well as for presenting high indicators related to the occurrence of reaction episodes, which trigger immunoinflammatory events, contributing to disabilities and compromises in quality of life. In this context, the need for specialized care is highlighted, including nursing, aimed at reducing vulnerabilities, promoting health and self-care. Objective: To report the experience of nurses in

primary care provided to people with leprosy reactions. Methodology: Descriptive study of the experience report type, carried out in a care unit that makes up the Primary Health Care in the city of Teresina, in May 2020. The foundation of the research was structured on the experience of a nurse who developed surveillance actions , attention, elimination and control of leprosy in an endemic area for 16 years. Results: During the care provided, a strong effect of stigmatization was noticed, which is accentuated with the presence of leprosy reactions, affecting mostly multibacillary patients during the entire therapeutic follow-up. Still, doubts on the part of the patient, emotional reactions and feelings of uncertainty about the cure, fear of family and social coexistence, concern with their physical appearance and anguish associated with new medications to treat leprosy reactions are common. In addition, the shame of frequent visits to the health center contributes to lower adherence to care. All these emotional and social problems culminate in reflecting on the family and on other aspects of quality of life. Conclusion: There is a need for more detailed monthly consultations, clarifying doubts about leprosy reactions, medications used in the treatment, contact assessments, as well as continuing education for health professionals to adequately manage the repercussions associated with the problem.

KEYWORDS: Leprosy. leprosy reaction. Nursing.

DIDÁTICA DE SEGURANÇA PARA ESTUDANTES DE ENFERMAGEM EM ENSINO CLÍNICO: PROCESSO E RESULTADOS ESPERADOS DA FICHA DE TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA

Data de aceite: 01/11/2021

Data de submissão: 04/08/2021

Paulo Jorge Marcos Cruchinho

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa,
Departamento de Administração em
Enfermagem

<https://orcid.org/0000-0002-5031-5727>

RESUMO: A didática de segurança para estudantes de enfermagem inclui um conjunto de várias práticas pedagógicas, em diferentes áreas da prestação de cuidados de enfermagem, com a finalidade de os estudantes terem uma supervisão adequada na aquisição e desenvolvimento de comportamentos de segurança. Para a preparação e a administração de terapêutica farmacológica foi desenvolvida uma prática pedagógica centrada em fichas, que denominamos de “Fichas de Terapêutica Farmacológica” e que teve como objetivos 1) aumentar a confiança dos estudantes em relação à preparação e administração da terapêutica farmacológica e envolver os supervisores clínicos no desenvolvimento do pensamento crítico e julgamento clínico dos estudantes em relação aos “9 Certos da Medicação”. Foi avaliado o efeito desta prática no desempenho dos estudantes e em relação à duração da percepção de confiança pessoal, relativamente à administração da terapêutica farmacológica. Os estudantes que realizaram as fichas tiveram um nível de desempenho mais elevado e reportaram

um tempo de duração maior da confiança para administrarem terapêutica farmacológica. Estes resultados parecem apoiar o pressuposto de que a aprendizagem das competências de segurança, em relação à preparação e à administração de terapêutica farmacológica, requer a aplicação de uma didática de segurança nos ensinamentos clínicos de enfermagem com supervisores clínicos.

PALAVRAS-CHAVE: Erros de medicação, estudantes de enfermagem, prática do docente de enfermagem, didática, segurança do paciente.

SAFETY DIDACTIC FOR NURSING STUDENTS IN CLINICAL THE TEACHING: PROCESS AND EXPECTED OUTCOMES OF THE PHARMACOLOGICAL THERAPEUTICS CHART

ABSTRACT: Safety didactics for nursing students include a set of several pedagogical practices to provide students with adequate supervision in the acquisition and development of safety behaviours at the different topics of nursing care. For the preparation and administration of drugs, a pedagogical practice centred on memos was developed, which we called “Pharmacological Therapeutics Chart” and which aimed to 1) increase students’ confidence at the preparation and administration of drugs, with the engagement of clinical supervisors in the development of student’s critical thinking and clinical judgment about the “9 Rights of Medication”. The effect of this practice was evaluated in the performance of students and at the duration of the perception of personal confidence regarding the administration of drugs. Students who completed the charts had a higher level of performance and reported a

longer duration of confidence to drug administration activities. These results seem to support the assumption that learning safety skills about the preparation and administration of drugs requires the application of safety didactics in clinical nursing teachings with clinical supervisors.

KEYWORDS: Medication errors, nursing students, nursing faculty practice, teaching, patient safety.

RESUMEN: La didáctica de seguridad para estudiantes de enfermería incluye un conjunto de diversas prácticas pedagógicas con el propósito de proporcionar a los estudiantes una adecuada supervisión en la adquisición y desarrollo de conductas de seguridad en diferentes asuntos de la prestación de cuidados de enfermería. Para la preparación y administración de la terapia farmacológica, se desarrolló una práctica pedagógica centrada en los registros, que denominamos "Hojas de Terapia Farmacológica" y que tenía como objetivo 1) aumentar la confianza de los estudiantes en la preparación y administración de la terapia farmacológica e involucrar los supervisores clínicos en el desarrollo del pensamiento crítico y juicio clínico de los estudiantes sobre los "9 Correctos de la Medicación". Se evaluó el efecto de esta práctica sobre el desempeño de los estudiantes y sobre la duración de la percepción de confianza personal con respecto a la administración de los medicamentos. Los estudiantes que completaron las hojas tuvieron un mayor nivel de desempeño e informaron una mayor duración de confianza para administrar los medicamentos. Estos resultados parecen apoyar el supuesto de que el aprendizaje de habilidades de seguridad, en relación con la preparación y administración de la terapia farmacológica, requiere la aplicación de didácticas de seguridad en la enseñanza de enfermería clínica con supervisores clínicos.

PALABRAS CLAVE: Errores de medicación, estudiantes de enfermería, práctica del docente de enfermería, enseñanza, seguridad del paciente.

11 INTRODUÇÃO

A supervisão da administração de terapêutica farmacológica (TF), por parte dos estudantes de enfermagem em ensino clínico, constitui uma componente fundamental, para a segurança dos doentes. Apesar disso, nem sempre os estudantes recebem um nível de supervisão adequado e isso aumenta a probabilidade de ocorrência de erros (Reid-Searl, Moxham, Walker, & Happell, 2008). A principal causa de erro com a TF, administrada por estudantes de enfermagem, está relacionada com défices de desempenho na área da segurança (Wolf, Hicks, & Serembus, 2006). Atualmente, é conhecido que antes e depois da administração de TF, os enfermeiros usam o pensamento crítico e o julgamento clínico (Eisenhauer, Hurley, & Dolan, 2007). Para além disso, os enfermeiros utilizam como instrumento de deteção de erros um conjunto de "Certos da Medicação", que a literatura descreve num número variável entre cinco (MacDonald, 2010) e dez certos (Edwards & Axe, 2015). Tudo isto, realça a importância da supervisão da aprendizagem dos estudantes, incluir não apenas a prática da preparação e da administração de TF, mas, também, no desenvolvimento da capacidade de deteção de erros antecipadamente (Sulosaari et al., 2015; Usher et al., 2018) com estratégias de ensino dirigidas ao pensamento

dos estudantes (Whitehair, Provost, & Hurley, 2014). Para os supervisores clínicos dos estudantes de enfermagem, poderem desenvolver a capacidade de reconhecimento do erro na administração de TF, é importante a criação de práticas pedagógicas que possam ser aplicadas com os estudantes em ensino clínico.

Esta prática pedagógica foi desenhada a partir da concepção de que o ensino clínico compreende uma série de ações deliberadas do professor e do supervisor, para orientar os estudantes na sua aprendizagem. Partiu, também, da concepção de que a aprendizagem é um processo através do qual os estudantes evoluem com as suas experiências clínicas e de que o professor e o supervisor, são facilitadores da aprendizagem e o estudante um participante ativo (Gaberson & Oermann, 2010). Para além disso, foi construída sobre a convicção de que as estratégias de ensino construtivistas são as mais adequadas para o desenvolvimento do pensamento crítico e do julgamento clínico dos estudantes de enfermagem (Lin, 2003).

21 DESCRIÇÃO DA PRÁTICA PEDAGÓGICA

Definimos a didática de segurança para estudantes de enfermagem em ensino clínico como um conjunto de várias práticas pedagógicas, em diferentes áreas da prestação de cuidados de enfermagem, com a finalidade de os estudantes terem uma supervisão adequada na aquisição e no desenvolvimento de comportamentos de segurança. Uma dessas práticas pedagógicas envolve o registo de informação sobre as características específicas dos fármacos num instrumento designado de Ficha de Terapêutica Farmacológica (FTF) e que pretende desenvolver os comportamentos de segurança dos estudantes de enfermagem, em relação às atividades de preparação e de administração de terapêutica farmacológica (TF).

Objetivos e público-alvo

A FTF é um instrumento que foi desenvolvido para aumentar a confiança dos estudantes de enfermagem em relação à preparação e administração de TF e envolver os supervisores clínicos no desenvolvimento do pensamento crítico e o julgamento clínico dos estudantes em relação aos “9 Certos da Medicação”. Tem como objetivos: 1) melhorar o conhecimento dos estudantes sobre as características específicas dos fármacos que vão administrar; 2) melhorar a sua perceção de confiança pessoal em relação a essas atividades e 3) desenvolver o pensamento crítico dos estudantes a partir da avaliação das condições de segurança da preparação e administração de TF. Trata-se de um instrumento que é preenchido pelos estudantes de enfermagem, em relação aos fármacos prescritos a cada doente. Para permitir a consulta de informação a mobilizar pode ser importante que as FTF estejam acessíveis em papel num dossier, ou então em ficheiros eletrónicos através de computador ou telemóvel. A possibilidade de consulta das FTF durante a

preparação de terapêutica pode aumentar a confiança pessoal dos estudantes, em relação a essas atividades. Para além disso, a visibilidade das FTF pode contribuir, também, para o desenvolvimento da confiança dos supervisores clínicos em relação à administração de TF, realizada por estudantes de enfermagem.

Metodologia

As FTF compreendem um conjunto de quadros distribuídos numa folha de tamanho A4, que é preenchida pelos estudantes individualmente, com informação sobre as características dos fármacos. Essas características incluem: 1) o nome comercial do fármaco; 2) o seu grupo terapêutico; 3) as formas de apresentação possíveis; 4) as vias de administração possíveis para comuns; 9) as interações farmacológicas; 10) as contraindicações e precauções especiais e 11) as intervenções de enfermagem necessárias, designadamente em relação à preparação do fármaco e ao ensino do doente e família (fig. 2). Estas informações são obtidas pelos estudantes através da pesquisa de informação em Resumos de Características de Medicamentos (RCM) e/ou em “handbooks” de terapêutica farmacológica. Cada uma das secções das FTF tem um resultado esperado associado. A tabela 1 discrimina o que se espera do estudante em cada uma dessas secções.

Secção	Resultado esperado
Nome genérico, nome comercial e grupo terapêutico	A informação sobre o nome genérico, o nome comercial e o grupo terapêutico do fármaco pretendem que o estudante seja capaz de questionar se o fármaco que vai administrar é o que se encontra prescrito, independentemente do nome do mesmo.
Formas de apresentação possíveis	A informação sobre as formas de apresentação possíveis tem como resultado que o estudante seja capaz de propor outras formas farmacêuticas do fármaco que este vai administrar, quando uma das formas não é possível administrar.
Vias de administração possíveis	Em relação às vias de administração, é pretendido do estudante a descrição de todas as vias de administração possíveis, independentemente se se encontrar prescrita uma determinada via e isso permite que seja capaz de propor outras vias alternativas, quando uma delas não é viável.
Ação	A informação sobre a ação do fármaco compreende a descrição da forma como o fármaco obtém um efeito terapêutico, assim como a descrição do início de ação, do pico de ação e da duração do fármaco para cada via de administração. Essas informações pretendem que os estudantes sejam capazes de inferir sobre eventuais respostas do doente associadas ao mecanismo de atuação do fármaco e sobre os tempos de início e duração dessas mesmas respostas.
Antídoto	A informação sobre o antídoto permite ao estudante verificar se esse antídoto existe no carro de emergência de forma a reverter eventuais efeitos indesejáveis que possam ocorrer em resultado do fármaco que se vai administrar.

Secção	Resultado esperado
Indicações	As informações sobre as indicações dos fármacos pretendem que os estudantes sejam capazes de justificar a administração do fármaco com as informações da história clínica do doente.
Reações adversas e efeitos colaterais	Com a informação sobre as reações adversas e sobre os efeitos colaterais, é pretendido que os estudantes saibam nomear algumas reações adversas e efeitos colaterais mais frequentes, cuja vigilância pode ser incluída no plano de cuidados aos seus doentes.
Interações farmacológicas	As informações sobre as interações farmacológicas pretendem que os estudantes sejam capazes de identificar efeitos aditivos e efeitos antagonistas entre fármacos administrados a um mesmo doente.
Contraindicações	A informação sobre as contraindicações inclui as condições de saúde, relativamente às quais os fármacos não devem ser administrados, tais como doenças preexistentes e a história de hipersensibilidade a essa droga. Em relação a esta informação, é esperado que os estudantes a confrontem com a informação da história clínica do doente e sejam capazes de justificar a administração ou não de um fármaco, com base nessa avaliação.
Precauções especiais	Nas precauções especiais, os estudantes colocam informação sobre a administração do fármaco a doentes renais e hepáticos, sinais de hipersensibilidade, sinais de sobredosagem, posologia máxima se o fármaco pode ou não ser triturado, se deve ser ingerido antes ou depois das refeições e se existem incompatibilidades com leite, café ou sumo de laranja. Com informação, pretende-se também que os estudantes sejam capazes de nomear alguns sinais de hipersensibilidade e de sobredosagem do fármaco, cuja vigilância pode ser incluída no plano de cuidados aos seus doentes.
Intervenções de enfermagem	Em relação às intervenções de enfermagem, é esperado que os estudantes descrevam as ações de ensino ao doente e família, sobre a informação que o doente necessita de saber para ser ele próprio a tomar conta da sua TF no domicílio. As intervenções relacionadas com a preparação dizem respeito à forma de preparação do fármaco, como por exemplo, se necessita de ser partido ou triturado, se requer uma diluição com um solvente e/ou um diluente específicos; se tem um tempo de administração próprio, se exige proteção da luz ou utilização de equipamento de proteção individual, se pode ser conservado no frio durante um tempo específico e se perde a estabilidade após a diluição.

Tabela 1: Resultados esperados para cada secção da Ficha de Terapêutica Farmacológica.

A procura de informação sobre as características dos fármacos para realização de FTF pretende que os estudantes desenvolvam o pensamento crítico durante a preparação e a administração da TF dirigido a “9 certos da medicação”. Com a informação pesquisada, os estudantes deverão ser capazes de ajuizar se o fármaco que vão preparar corresponde “ao fármaco certo”, se a administração é pela “via de administração certa”, se a administração é à “hora certa”, se é na “dosagem certa”, se tem a “ação certa”, se tem a “forma certa”, se requer um “ensino certo”, se envolve a “preparação certa” e se tem a “resposta certa”. Esta tipologia de certos foi estabelecida para o perfil de estudante de enfermagem, mediante a nossa experiência anterior de orientação e supervisão de estudantes em ensino clínico. A

decisão destes nove certos, decorreu do que se encontra atualmente descrito na literatura. Nesta prática pedagógica, não se incluiu como certo o “doente certo” e o “registo certo” por não requerem a utilização nem do pensamento crítico nem do julgamento clínico dos estudantes. Pelo contrário, foi incluída a “preparação certa” que não surge na literatura, por poder envolver a pesquisa de informação específica sobre a reconstituição e a diluição dos fármacos, antes da sua administração.

Para desenvolverem o pensamento crítico e o julgamento clínico dirigido aos “9 certos da medicação”, os estudantes necessitam de mobilizar as informações das FTF sobre as características dos fármacos. Essa mobilização pode ser promovida através de questões colocadas pelos supervisores clínicos em relação aos “Certos da Medicação”. Por exemplo, em relação à “forma certa”, o supervisor clínico pode questionar o seguinte: “Acha que a forma farmacêutica deste fármaco é adequada à situação do doente?”. Para cada um dos outros certos, pode colocar questões idênticas.

Avaliação

Na fase inicial da utilização das FTF, pretendeu-se apenas testar a FTF, enquanto instrumento de recolha de informação e, por isso, ficou de fora o objetivo que pretende desenvolver o pensamento crítico e o julgamento clínico dos estudantes, a partir dessa informação. Consequentemente, foi apenas avaliado o contributo das FTF para 1) o nível do desempenho dos estudantes em relação à garantia das condições de segurança e 2) em relação ao tempo de duração da confiança pessoal dos estudantes na administração da TF. Para se avaliar o contributo das FTF, no desempenho dos estudantes e no tempo de duração da confiança pessoal, compararam-se esses dois indicadores com dois grupos de seis estudantes entre setembro e dezembro de 2017. Os dois grupos realizaram o ensino clínico no mesmo local, com os mesmos supervisores clínicos. Um grupo realizou as FTF e outro não.

A informação sobre o desempenho dos estudantes foi obtida a partir das classificações atribuídas pelos supervisores clínicos ao indicador de avaliação do ensino clínico “garante as condições de segurança durante a administração de terapêutica farmacológica”. Por outro lado, o tempo de duração da confiança pessoal foi avaliado através de questão única colocada pelo docente orientador aos estudantes dos dois grupos no final do ensino clínico. A questão incidiu sobre a semana de ensino clínico, a partir da qual se sentiram totalmente confiantes com a preparação e a administração de TF. Como o ensino clínico tinha a duração de 6 semanas, as opções de resposta dos estudantes compreenderam cada uma dessas semanas, ou seja, 6 opções. O tempo de duração da confiança pessoal foi obtida a partir do valor médio das respostas obtidas dos estudantes de cada um dos grupos.

3 | RESULTADOS, IMPLICAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

Os estudantes que realizaram as FTF tiveram um desempenho de nível muito bom,

enquanto que os que não realizaram as FTF, tiveram um desempenho de nível suficiente. Para além disso, o grupo que não fez as FTF reportou, que apenas se sentiram totalmente confiantes na sexta semana de ensino clínico, enquanto que os estudantes que fizeram as FTF reportaram se sentirem totalmente confiantes a partir da segunda semana. Estes resultados parecem apoiar o pressuposto de que a aprendizagem das competências de segurança, em relação à preparação e à administração de TF, requer a aplicação de uma didática de segurança nos ensinamentos clínicos de enfermagem, constituída por uma metodologia centrada em FTF.

Na mobilização da informação pesquisada, poderá acontecer que no início os estudantes revelam dificuldade em lembrar a informação que pesquisaram. Caso isso aconteça, é importante que os estudantes saibam procurar nas FTF a informação de que necessitam para ajuizarem um determinado “certo da medicação”. Isso exige as FTF estejam acessíveis para consulta do estudante.

4 | CONCLUSÕES

Na fase inicial da utilização das FTF, foram identificados constrangimentos ao processo de aprendizagem. O tempo necessário à realização das FTF poderá ser constrangimento ao início da preparação e da administração de TF. Isso poderá ser ultrapassado se for definido o período de uma semana para o preenchimento das FTF e que durante esse período, os estudantes não preparem, nem administram TF. Para além disso, o número de FTF pode ser um fator de stress para os estudantes. Para limitar o volume de informação a pesquisar, pode ser estabelecido que os estudantes fazem unicamente as FTF da terapêutica que administram, ao invés de toda a terapêutica farmacológica prescrita aos doentes. Também o desconhecimento dos supervisores clínicos sobre as estratégias mobilização da informação pesquisada pelos estudantes, pode conduzir a uma descontinuidade na realização das FTF. Para evitar isso, torna-se necessária a definição de estratégias para os supervisores clínicos utilizarem durante a preparação e a administração de TF.

A realização de FTF parece melhorar o desempenho dos estudantes em termos de garantia das condições de segurança e em termos do tempo de duração da confiança pessoal em relação à preparação e administração de TF. É necessário continuar a testar a FTF em estudantes de enfermagem em ensino clínico de forma a obtermos resultados mais robustos. Para além disso, não foi ainda avaliado a utilização das FTF para o desenvolvimento do pensamento crítico e do julgamento clínico dos estudantes que as realizam. Com base nisso, estabelecemos como linha de trabalho futura, a avaliação, se a realização de FTF e utilização de questões dirigidas aos “9 certos da medicação” pelos supervisores clínicos, permitem aos estudantes desenvolverem o julgamento clínico em relação à segurança da preparação e da administração TF. A par disso, pretendemos,

também, explorar a relação entre os níveis de confiança pessoal dos estudantes e o nível de pensamento crítico.

REFERÊNCIAS

Edwards, S., & Axe, S. (2015). **The 10 'R's of safe multidisciplinary drug administration.** *Nurse Prescribing, 13*(8), 398–406. <https://doi.org/10.12968/npre.2015.13.8.398>

Eisenhauer, L. A., Hurley, A. C., & Dolan, N. (2007). **Nurses' reported thinking during medication administration.** *Journal of Nursing Scholarship : An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing, 39*(1), 82–87. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17393971>

Gaberson, K., & Oermann, M. (2010). **Process of clinical teaching.** In *Clinical teaching strategies in nursing*: (3th ed., pp. 59–88). Ney York, NY: Springer Publishing Company.

Lin, S.-H. (2003). **The relationships between student perception of constructivist learning environment, self-directed learning readiness, problem-solving skills, and teamwork skills.** Iowa State University. Retrieved from <https://lib.dr.iastate.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2443&context=rtd>

MacDonald, M. (2010). **Patient Safety.** *Clinical Nurse Specialist, 24*(4), 196–201. <https://doi.org/10.1097/NUR.0b013e3181e3605f>

Reid-Searl, K., Moxham, L., Walker, S., & Happell, B. (2008). **Shifting supervision: implications for safe administration of medication by nursing students.** *Journal of Clinical Nursing, 17*(20), 2750–2757. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02486.x>

Sulosaari, V., Huupponen, R., Hupli, M., Puukka, P., Tornainen, K., & Leino-Kilpi, H. (2015). **Factors associated with nursing students' medication competence at the beginning and end of their education.** *BMC Medical Education, 15*(1), 223. <https://doi.org/10.1186/s12909-015-0513-0>

Usher, K., Woods, C., Conway, J., Lea, J., Parker, V., Barrett, F., ... Jackson, D. (2018). **Patient safety content and delivery in pre-registration nursing curricula: A national cross-sectional survey study.** *Nurse Education Today, 66*, 82–89. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.04.013>

Whitehair, L., Provost, S., & Hurley, J. (2014). **Identification of prescribing errors by pre-registration student nurses: A cross-sectional observational study utilising a prescription medication quiz.** *Nurse Education Today, 34*(2), 225–232. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2012.12.010>

Wolf, Z. R., Hicks, R., & Serembus, J. F. (2006). **Characteristics of Medication Errors Made by Students During the Administration Phase: A Descriptive Study.** *Journal of Professional Nursing, 22*(1), 39–51. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2005.12.008>

METODOLOGIA PROBLEMATIZADORA APLICADA À FORMAÇÃO ACADÊMICA ACERCA DAS COMPETÊNCIAS GERENCIAIS DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Data de aceite: 01/11/2021

Data de submissão: 10/09/2021

Fernanda Norbak Dalla Cort

Pós graduanda do Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde. Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC)
Chapecó, Santa Catarina
<https://orcid.org/0000-0003-1609-4972>

Nathália Silva Mathias

Pós graduanda do Curso de Enfermagem em Cardiologia e Hemodinâmica. Instituto Ciência & Arte. Faculdade Herrero
Florianópolis, Santa Catarina
<https://orcid.org/0000-0003-3352-5885>

Clarissa Bohrer da Silva

Departamento de Enfermagem, Professora Adjunta da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC)
Chapecó, Santa Catarina
<https://orcid.org/0000-0002-1254-019X>

Francielli Girardi

Departamento de Enfermagem, Professora Colaboradora da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC)
Chapecó, Santa Catarina
<https://orcid.org/0000-0002-9367-878X>

RESUMO: O modelo de atenção à saúde e a complexidade do cuidado na atenção primária à saúde (APS) exigem inovações metodológicas na formação profissional a fim de preparar

o enfermeiro para o mercado de trabalho. O desenvolvimento das competências necessárias para atuação perpassa pelos aspectos gerenciais. Assim, objetivou-se relatar uma prática educativa alicerçada na metodologia da problematização, a partir do Arco de Maguerez, para a formação acadêmica acerca das competências gerenciais do enfermeiro na APS. A aplicação da metodologia, em uma estratégia de ensino-aprendizagem na disciplina Gestão e Gerência em Serviços de Saúde, na Graduação em Enfermagem, possibilitou embasar e subsidiar o direcionamento das atividades em prol do processo analítico-reflexivo das competências gerenciais fundamentado nos conhecimentos para uma atuação profissional responsável e consciente. A estratégia foi considerada com potencial para estimular o protagonismo e a autonomia dos estudantes.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção primária à saúde. Enfermagem. Competência profissional. Gestão em saúde. Educação superior.

PROBLEM-SOLVING METHODOLOGY APPLIED TO ACADEMIC TRAINING OF NURSES' MANAGEMENT SKILLS IN PRIMARY CARE

ABSTRACT: The health care model and the complexity of in Primary Health Care (PHC) require methodological innovations in professional training in order to prepare nurses for the job market. The development of the necessary competencies for performance goes through the managerial aspects. Thus, the objective was to report an educational practice based on the problematization methodology, from the of

Maguerez Arc, for academic training on the managerial skills of nurses in PHC. The application of the methodology, in a teaching-learning strategy in the Management and Management in Health Services discipline, in Nursing Graduation, made it possible to base and subsidize the direction of activities in favor of the analytical-reflective process of managerial competences based on knowledge for a responsible and conscious professional performance. The strategy was considered to have the potential to stimulate students' leadership and autonomy.

KEYWORDS: Primary health care. Nursing. Professional competence. Health management. College education.

1 | INTRODUÇÃO

A reformulação curricular dos cursos da área da saúde a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) (2001) foi um avanço para a mudança paradigmática estabelecida pelo modelo hegemônico de atenção à saúde biomédico para o modelo holístico, o qual incorpora o cuidado integral. As DCN orientam o modelo de formação de enfermeiros em âmbito nacional, visando à qualidade da educação superior a partir dos princípios, fundamentos e condições nas quais os projetos políticos pedagógicos dos cursos de Graduação em Enfermagem devem se organizar. Dessa forma, as instituições de ensino superior precisam corresponder ao contexto loco-regional e às necessidades sociais, visando à formação de profissionais capazes de pensar e agir de modo crítico, propositivo e transformador nas sociedades (COSTA *et al.*, 2018).

A formação profissional em Enfermagem deve contemplar os dispositivos necessários para o processo de trabalho convergente ao modelo de atenção integral à saúde, pautado na centralidade do usuário e na complexidade do cuidado. Nesse sentido, ao utilizar novas estratégias de aprendizagem analíticas, críticas e participativas nas práticas de ensino nos cenários de atenção à saúde, possibilita progressiva atualização e reflexão quanto à prática profissional (SILVA *et al.*, 2020).

Um currículo baseado em competências, na aprendizagem significativa e centrada no estudante e nos docentes como articuladores dessa aprendizagem, auxilia a preparar e motivar os enfermeiros para assumirem o protagonismo junto às políticas de saúde e a produção do cuidado global e da prática interprofissional (XIMENES *et al.*, 2020). A Organização Panamericana de Saúde (OPAS) (2019) destaca a qualidade da educação em Enfermagem na região das Américas como estratégica para o fortalecimento da profissão e para responder às necessidades dos sistemas de saúde voltados aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

Diante disso, a formação do enfermeiro precisa contemplar uma metodologia dialética no ensino-aprendizagem, capaz de desenvolver alternativas de comunicação efetiva, potencial argumentativo, elaboração de tecnologias de cuidado, dinamismo, habilidades criativas e competências gerenciais (FONTES *et al.*, 2019). Entre as competências gerenciais, incluem-se a tomada de decisão, a administração, o gerenciamento, aspectos

de liderança, e a comunicação e educação permanentes para atuar em um processo de trabalho otimizado e resolutivo diante do contexto situacional e das demandas da comunidade assistida (TROMBELLI *et al.*, 2018).

Na Atenção Primária à Saúde (APS), o exercício laboral do enfermeiro prevê um conjunto de aptidões profissionais que envolvem aspectos cognitivos, técnicos, sociais e afetivos para assegurar e liderar o bom funcionamento, a fim de garantir atendimento assertivo e satisfatório aos usuários (RIBEIRO *et al.*, 2020).

Como porta de entrada preferencial aos serviços do sistema de saúde, a APS articula os fluxos de atendimento ao usuário, necessitando de boa organização e comunicação interna e externa para fortalecer a promoção do bem-estar do indivíduo e da comunidade, tendo em vista o quesito vínculo e corresponsabilização pela saúde (BATISTA *et al.*, 2017; CAETANO *et al.*, 2016). A área de atuação do enfermeiro generalista na APS é imprescindível especialmente no tocante ao grau de autonomia na tomada de decisões, para diagnóstico e tratamento dos pacientes, processos de organização do trabalho, e sistematização das atividades até o cuidado direto aos indivíduos, famílias e comunidade (OPAS, 2018; KAHL *et al.*, 2018).

Nesse sentido, este estudo teve como objetivo relatar uma prática educativa alicerçada na problematização, a partir do Arco de Maguerez, para a formação acadêmica acerca das competências gerenciais do enfermeiro na APS.

2 | DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Trata-se de um relato de experiência, de caráter descritivo, que busca descrever e refletir acerca de uma experiência de ensino-aprendizagem das competências gerenciais do enfermeiro na APS na formação acadêmica em Enfermagem, utilizando a metodologia da problematização pautada no Arco de Maguerez.

Essa experiência de prática educativa integra as atividades da disciplina Gestão e Gerência em Serviços de Saúde, do 8º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem de uma universidade do oeste de Santa Catarina. Dentre os objetivos dessa disciplina, destaca-se o estímulo ao acadêmico no desenvolvimento de uma análise crítico-reflexiva sobre a práxis do enfermeiro gerencial no contexto da Estratégia de Saúde da Família (ESF), embasada nos modelos de gestão utilizados nos serviços de saúde. A disciplina é composta por 54 horas teóricas e 54 horas de atividade teórico-prática. Das atividades teórico-práticas, 30 horas (seis turnos) são desenvolvidas no contexto de uma unidade de APS do município, em grupos de até cinco alunos. As outras 24 horas contemplam atividades de participação no Conselho Municipal de Saúde (CMS), reconhecimento dos sistemas de informação utilizados e encontros para qualificação desenvolvida pelos acadêmicos aos profissionais de saúde.

O município em questão, em 2018, apresentava uma cobertura de equipe de

Saúde da Família (eSF) de aproximadamente 91% da população. A cobertura populacional estimada dos agentes comunitários de saúde (ACS) era de 86,16%, e a das equipes de Saúde Bucal (eSB) era de aproximadamente 61% da população.

No período de 18 a 27 de setembro de 2018, três acadêmicas de enfermagem realizaram a atividade teórico-prática, sendo acompanhadas diariamente por uma docente da disciplina. A atividade teve como cenário uma ESF, composta por três eSFs e duas eSBs, tendo como apoio um dos cinco Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) de que a rede municipal dispõe.

A equipe era formada por um médico ginecologista, um médico pediatra, três médicos, três enfermeiros, 23 agentes comunitários de saúde, quatro técnicas de enfermagem, cinco auxiliares de enfermagem, dois cirurgiões-dentistas, quatro auxiliares de saúde bucal, um auxiliar administrativo e um auxiliar de escritório (BRASIL, 2020). A equipe do NASF-AB atuante na unidade era composta por: um educador físico, uma nutricionista, um assistente social, um psicólogo, um farmacêutico. Ocorriam grupos de educação em saúde desenvolvidos pelas equipes junto ao NASF-AB, como: Grupo de Tratamento e Controle do Tabagismo, Grupo de Atividade Física, Grupo de Fisioterapia Pélvica, e Grupo de Desenvolvimento Humano Adolescente e Adulto.

As atividades da disciplina no serviço de saúde foram planejadas para que as acadêmicas identificassem e refletissem sobre a práxis do enfermeiro, em especial a sua dinâmica gerencial junto aos demais profissionais atuantes no âmbito da APS. Nesse sentido, foram utilizadas estratégias pedagógicas como a metodologia da problematização, apoiada no Arco de Maguerez, com as etapas: observação da realidade; seleção de pontos-chave; teorização; e hipóteses de solução. A última etapa do arco, que constitui a aplicação à realidade, não foi possível pelo tempo disposto de prática no serviço de saúde, mas possibilitou o seu reconhecimento para posterior execução no Estágio Curricular Supervisionado, que ocorreu nos semestres seguintes.

A dinâmica de aplicação da metodologia de problematização inicia com a “observação da realidade”. Dessa forma, a atividade teórico-prática contemplou no seu primeiro dia o reconhecimento do cenário, da estrutura física interna e externa e da ambiência da unidade de saúde, de forma que as acadêmicas observassem as adequações às normas de estrutura e as sinalizações e fluxos adequados ao tamanho da unidade de saúde, conforme preconiza o Ministério da Saúde, buscando associar a estrutura física e a ambiência com as ações gerenciais do enfermeiro (BRASIL, 2008). Nos demais dias, foi organizada uma escala de revezamento diário das acadêmicas em quatro setores do serviço (1. recepção; 2. sala de procedimentos/coleta de exames; 3. sala de vacinas; e 4. consultório de uma das enfermeiras assistenciais ou da enfermeira coordenadora da ESF), para realizar um período, de aproximadamente uma hora, de observação e de interação com os profissionais de saúde para reconhecimento e coleta de dados sobre seu processo de trabalho.

Também foram proporcionadas às acadêmicas interações com os profissionais por

meio de rodas de conversa, para reconhecimento dessas experiências no cenário, com: a coordenadora da unidade, a fisioterapeuta do NASF-AB, as agentes comunitárias de saúde e a profissional atuante no dispensário de medicamentos.

De forma a contemplar a segunda etapa do arco, “seleção de pontos-chave”, as duas horas finais da atividade do dia no cenário de prática eram destinadas para que as acadêmicas expusessem, no grupo, as suas observações e os dados coletados nas interações com a equipe e usuários do serviço, visando a desenvolver no aluno a percepção analítico-crítico-reflexiva, da vivência observacional, mediada pela docente em sala. Essa percepção analítico-crítico-reflexiva tinha o intuito de interligar o conhecimento teórico, construído em sala de aula, com a realidade do cenário vivencial.

Diante da alternância das acadêmicas entre os setores, buscou-se desenvolver a percepção da construção da coletividade no trabalho, através do acolhimento de múltiplos olhares e percepções narrados pelas colegas acerca de um mesmo contexto (setor). Assim, eram construídas novas percepções sobre a dinâmica do processo de trabalho diário, pois novos elementos eram observados e postos em discussão.

Posteriormente, as acadêmicas foram instigadas, durante a discussão no grupo, à reflexão analítica e crítica pautada na retomada de conceitos e diretrizes que preconizam o trabalho do enfermeiro na APS, abordados na carga horária teórica da disciplina e nos semestres anteriores, de forma a contemplar a etapa de “teorização” da metodologia problematizadora. Nesse sentido, as docentes forneceram documentos e artigos que embasassem uma consulta inicial ainda no cenário de prática, e a cada dia, as acadêmicas recebiam uma tarefa emergida na discussão para pesquisar em domicílio e apresentar no início da atividade do dia seguinte. Dessa forma, estimulava-se a prática baseada em evidências e a fundamentação teórica dos processos gerenciais.

Ao longo dos dias, foi instigado o exercício analítico-reflexivo de construção de um conjunto de hipóteses de soluções pelo grupo de acadêmicas, contemplando a quarta etapa do arco. Ao reconhecer as fragilidades e potencialidades do serviço, pautadas nas atribuições, ferramentas e competências gerenciais, eram estimuladas proposições que embasassem como resolver as situações caso se encontrassem na prática profissional, como enfermeira gerente da unidade da ESF.

Dessa forma, houve a produção do rearranjo das etapas do Arco de Magueréz em sincronicidade com as dinâmicas utilizadas no campo de prática, o que embasou uma formação participativa e crítica acerca das competências gerenciais do enfermeiro na APS.

3 | APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DAS ATIVIDADES

Esse relato foi organizado de forma a contemplar as etapas da aplicação do Arco de Magueréz na formação acadêmica acerca das competências gerenciais do enfermeiro na APS. A disciplina, com enfoque em problematizar as situações assistenciais e gerenciais

do cenário de prática da APS, encontrou respaldo nessa metodologia problematizadora e inovadora para tornar o ambiente de ensino construtivo e participativo.

4 | OBSERVAÇÃO DA REALIDADE

Para a observação da realidade, iniciou-se com o grupo uma análise da estrutura física interna e externa da unidade de saúde para a contemplação da ambiência. A unidade em questão apresentava uma estrutura física antiga, inadequada à dimensão atual da unidade (com três eSFs) e ao padrão preconizado (BRASIL, 2008). Apresentava necessidade de mais salas para consultório com banheiro, de recepção maior com mais lugares para os usuários, e de ambientes maiores para práticas coletivas. Também foram constatados arejamento e iluminação inadequados nos ambientes. A falta de espaço físico acarreta dificuldades na organização da demanda espontânea e programada. A ambiência dos serviços e sua organização constituem fatores que podem viabilizar ou comprometer a qualidade da assistência ou mesmo o desempenho dos profissionais, sendo que um espaço adequado e funcional proporciona um ambiente saudável e acolhedor (SILVA; CHELLES, 2017; BRASIL, 2017).

Na observação e interação com os profissionais dos diferentes setores da unidade, as acadêmicas reconheceram potencialidades e fragilidades no processo de trabalho. Como potencialidades, foram destacadas: a postura de liderança pela enfermeira na eSF, que agia ativamente nos fluxos de atendimento dimensionando os recursos, equipamentos e insumos; os instrumentos de trabalho (uso de fluxogramas, procedimentos operacionais padrão – POPs), protocolos de enfermagem e documentos norteadores de consulta de enfermagem baseados nos grupos de atendimento; e o atendimento direcionado às necessidades do usuário pautado nas competências gerenciais e cuidativas dos profissionais.

Além disso, cabe destacar também: as reuniões de equipe, realizadas em horário fixo durante o expediente de trabalho, visando elencar estratégias a serem desenvolvidas com públicos-alvo; a presença de ações do NASF-AB para o aprimoramento das condutas frente ao usuário; e iniciativas de busca de alternativas coletivas para melhorias relacionadas à comunidade e à unidade.

Entretanto, houve fragilidades visualizadas nas vivências relacionadas a: falta de ambiência; dificuldades nas relações interpessoais (falhas na comunicação e integração da equipe) e no trabalho interprofissional, diante da falta de compreensão da atividade exercida pelo colega; e processos gerenciais desprovidos de planejamentos eficientes. Contudo, foi possível reconhecer episódios pontuais de integração entre os profissionais, envolvendo também a equipe do NASF-AB, para a construção de projetos terapêuticos singulares e gestão de casos clínicos.

5.1 SELEÇÃO DE PONTOS-CHAVE

Diante das observações e interações com os profissionais da unidade de saúde, as acadêmicas conseguiram desenvolver uma análise crítico-reflexiva da realidade, ressaltando as potencialidades e fragilidades para a aprendizagem das competências gerenciais na APS. Para exploração no presente manuscrito, foi selecionado um desses aspectos discutidos, elencado como demanda principal pelas acadêmicas: a dificuldade nas relações interpessoais e no trabalho interprofissional.

Durante as discussões finais dos encontros, foram realizadas reflexões e análises construtivas do grupo para o reconhecimento dos pontos-chave que envolviam a demanda elencada, com intuito de promover desconstruções, reconstruções e ampliação da consciência coletiva para as competências gerenciais, enquanto futuras profissionais. Foram identificadas e discutidas as causas e as consequências da dificuldade do desenvolvimento de práticas e interações interprofissionais, sendo representadas as reflexões do grupo pelo Quadro 1.

Causas	Demanda	Consequências
<ul style="list-style-type: none">- Formação disciplinar em saberes da profissão;- Falta de qualificação profissional;- Corresponsabilidade dos profissionais da equipe para com o usuário;- Fragmentação das práticas e rotinas na APS;- Falta de incentivo/motivação para mudanças pautadas em socialização e integração de saberes;- Falha da gerente da unidade em promover estratégias que fortaleçam o trabalho em equipe;- Disputa de poderes e status;- Falhas em habilidades comunicacionais.	<ul style="list-style-type: none">- Dificuldade nas relações interpessoais e no trabalho interprofissional.	<ul style="list-style-type: none">- Ambiente pouco acolhedor e motivador;- Sobrecarga e tensão profissional;- Repetição de trabalho;- Desperdício de tempo;- Falta de resolatividade e efetividade das ações em saúde;- Falhas no acesso, longitudinalidade, integralidade, coordenação da atenção (atributos essenciais da APS);- Dificuldade para planejar propostas de intervenção no território;- Obstáculos para tomada de decisão clínica apropriadas;- Ôbices para a prática segura (segurança do paciente).

Quadro 1 – Representação dos pontos-chave da demanda principal elencada.

Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

A forma como a equipe se relaciona possui consequências sérias e importantes para o desenvolvimento do trabalho na APS, de modo a prejudicar os fluxos e rotinas de atendimento do serviço (PEDUZZI *et al.*, 2020). O enfermeiro precisa utilizar das ferramentas e competências gerenciais desenvolvidas ao longo da sua formação para lidar com essas situações de modo a mitigar os obstáculos e promover a participação coletiva na elaboração de estratégias que visem ao trabalho em equipe (FONTES *et al.*, 2019). Assim, constituiu-se uma oportunidade de incentivar as acadêmicas ao desenvolvimento dessas

competências por meio da teorização do ponto elencado, para posteriormente elaborar hipóteses de solução.

6 | TEORIZAÇÃO

Para fundamentar teoricamente o ponto elencado pelas acadêmicas, foi importante entender o conceito e a dimensão das práticas interprofissionais e transprofissionais, que podem trazer elementos sobre as repercussões do alto nível de interação no contexto analisado, de forma a articular com a aprendizagem das competências gerenciais do enfermeiro na APS. Nesse sentido, foram consultadas evidências a partir da busca em bases de dados e periódicos científicos da área da saúde a fim de embasar a discussão do grupo.

Destaca-se que a equipe multiprofissional é essencial para atender às atribuições da UBS, pois garante a integração de saberes, convergindo-os para determinado objetivo (CECCIM, 2018). Quanto mais se trabalha em equipe, mais se pode compartilhar dos saberes uns dos outros, ampliando-se o arsenal de competências e a capacidade de resposta dos serviços de saúde, enquanto o trabalho isolado demanda mais saber individual, sendo maior o risco de erro ou prática insegura (CECCIM, 2018). Assim, denota-se a importância da criação de espaços mais favoráveis ao diálogo e ao estabelecimento de consensos que resultam em cuidado integral e segurança do paciente, a despeito dos conflitos e das tensões próprias do processo de trabalho em saúde (SILVA; MIRANDA; ANDRADE, 2017).

7 | HIPÓTESES DE SOLUÇÃO

As hipóteses de solução, produzidas nessa análise crítico-reflexiva do cenário em estudo, perpassam pela aprendizagem das competências gerenciais necessárias ao enfermeiro que atua na APS. Dessa forma, foram apontadas como possíveis soluções para a demanda elencada pelo grupo: o exercício de liderança do enfermeiro gerente junto à equipe; o planejamento das ações e administração do tempo de forma coletiva; o aperfeiçoamento das habilidades comunicacionais (orais e escritas) com o provimento de momentos coletivos de compartilhamento, aprendizagem e escuta ativa; a utilização das tecnologias de informação e comunicação para auxiliar na qualificação das práticas e relações interprofissionais; estratégias de promoção de motivação profissional e de corresponsabilidade da equipe e usuários para alcançar as metas planejadas; o desenvolvimento de instrumento para análise da situação de saúde da comunidade, provisão de serviços e elaboração de estratégias de intervenção conjuntas da equipe; revisão de protocolos com o intuito de alinhar processos e permitir que os profissionais se apropriem desses conhecimentos; o reconhecimento e a (co)construção da estrutura organizacional do serviço diante da rede de atenção à saúde do local, assim como do escopo de cada profissional da equipe; e o desenvolvimento dos conhecimentos gerenciais

a partir de novos enfoques e modernas técnicas de gestão para atuar junto à equipe. Essas hipóteses de solução articulam as competências gerenciais do enfermeiro no contexto da APS, e depois de levantadas e organizadas pelo grupo, foram sintetizadas na construção desse manuscrito.

8 | ESTRATÉGIAS AVALIATIVAS DA APRENDIZAGEM

O acompanhamento docente nas dinâmicas utilizadas ocorria na orientação prévia das observações, na mediação das rodas de conversa e na interlocução e estimulação das discussões coletivas para construção da análise crítico-reflexiva. Dessa forma, foi adotada a avaliação formativa, considerando o processo contínuo do ensino-aprendizagem nas diferentes dinâmicas utilizadas. Nas oportunidades de interação entre docentes e discentes eram detectadas as lacunas de conhecimento e/ou dificuldades individuais, para as quais eram buscadas estratégias conjuntas para seu enfrentamento, com apoio e tempo adequado. Esse tipo de condução possibilita um importante momento de troca de experiências entre acadêmicos e docentes (SILVA; MIRANDA; ANDRADE, 2017). A Enfermagem necessita de aulas e vivências práticas que propiciem o significativo encontro do aprendente com outros estudantes, com docentes e com a comunidade para o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes essenciais à profissão (XIMENES *et al.*, 2020). A disciplina foi encerrada com uma avaliação grupal e individual de cada acadêmico visando à autoavaliação e ao reconhecimento de potencialidades e fragilidades a serem aperfeiçoadas ainda na formação em Enfermagem.

9 | O USO DA METODOLOGIA PROBLEMATIZADORA NO ENSINO DAS COMPETÊNCIAS GERENCIAIS

A metodologia de aprendizagem adotada na disciplina foi vista, por docentes e discentes, como eficiente ao proporcionar o desenvolvimento do olhar holístico diante da gama de ações que o serviço de APS oferta, sendo possível compreender o espaço, o contexto e as relações, bem como avaliar as estratégias de cuidado e de gerenciamento adotadas, os fluxos organizacionais e as habilidades comunicacionais. O envolvimento e a aproximação das acadêmicas com as funcionalidades do serviço possibilitaram relacionar teoria e prática das competências gerenciais inerentes à profissão no contexto da APS, como responsabilidade, autonomia profissional, gerenciamento e liderança. Essa estratégia tem potencial para contribuir na formação de sujeitos autônomos, participativos e comprometidos com transformações sociais, estimulando o protagonismo, a criatividade e a autonomia das acadêmicas envolvidas (SILVA *et al.*, 2020).

As dinâmicas utilizadas e a posterior discussão e reflexão acerca das percepções do grupo mediadas pelas professoras permitiram o compartilhar de saberes e de inquietudes ou expectativas. A metodologia proporciona o despertar de inquietudes através dos

problemas da realidade, possibilitando a análise prospectiva do contexto para a lapidação e o desenvolvimento de inovações tecnológicas no serviço de saúde; entretanto, a carga horária limitada das atividades no cenário de estudo foi considerada um óbice diante da falta de tempo hábil para contribuir com intervenções junto à unidade. Apesar disso, a experiência foi proveitosa e considerada importante para a formação profissional. Destaca-se que a aplicação dessa metodologia tem sido relatada em experiências exitosas no âmbito do ensino-aprendizagem na formação profissional, evidenciando o protagonismo de acadêmicos de Enfermagem (VEIGA *et al.*, 2020).

A aprendizagem acerca das competências gerenciais é indispensável para um adequado gerenciamento do cuidado e do serviço (SILVA *et al.*, 2017). Sendo assim, o enfermeiro precisa incorporar as abordagens científicas e a prática baseada em evidências a fim de fundamentar a prática profissional e subsidiar a tomada de decisão (CAMARGO *et al.*, 2018). Dessa forma, a formação acadêmica deve procurar compatibilizar as características desejáveis de um enfermeiro gestor com as diretrizes curriculares acadêmicas a fim de potencializar a inserção no mercado de trabalho dos futuros profissionais e o estímulo a novos modelos de gestão e teorias administrativas (SILVA *et al.*, 2019). Sendo que a organização do processo de trabalho na APS é essencial para que a equipe possa garantir a universalidade do acesso e a integralidade da atenção (DALLA; ZOBOLLI; VIEIRA, 2017).

10 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso da metodologia problematizadora no ensino das competências gerenciais do enfermeiro na APS aos estudantes pode ser considerado uma estratégia pedagógica inovadora para se trabalhar o conteúdo de forma participativa e reflexiva. Dessa forma, contribui para a valorização do trabalho em equipe e da relação interpessoal, em linha com os processos de trabalho gerenciais, mediante a produção de conhecimento pelos estudantes aos elementos comunicacionais, estéticos e sociais, envolvendo o grupo em um trabalho eminentemente colaborativo.

Apesar de não ter desenvolvido a aplicação à realidade das possíveis soluções, a elaboração destas, pautadas no processo analítico-reflexivo, possibilitou a sistematização dos conhecimentos, a desconstrução de crenças e preconceitos, o desenvolvimento de raciocínio lógico e habilidades de gerenciamento, a aproximação com políticas de saúde, a construção de senso de equipe e o fomento à criatividade. A metodologia da problematização estimulou a atuação profissional responsável e consciente no processo de trabalho gerencial em serviço de saúde ao descortinar as distintas barreiras que esses profissionais enfrentam na atuação na APS.

A estratégia foi considerada uma metodologia ativa com grande potencial para estimular o protagonismo e a autonomia dos estudantes, ao desencadear processos de aprendizagem por descoberta, individual e coletiva, comprometidos com a transformação

da realidade social. O acompanhamento docente direto durante o processo de construção é necessário para o enlace entre o teórico e o prático. Assim, ele prepara o discente para exercer seu conhecimento pautado em experiência real, demonstrando que o cuidado envolve estratégias, gerência, criatividade e dinamismo por parte do enfermeiro.

REFERÊNCIAS

- BATISTA C.C. *et al.* Atribuições do enfermeiro na atenção primária: uma revisão literária. **International Nursing Congress**, [S.l.], v. 01, n. 1, p. 9-12, maio, 2017. Disponível em: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:zCYb2O5fXI0J:https://eventos.set.edu.br/cie/article/download/6072/2392+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em: 28 fev. 2020.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CES n.º 3, de 7 de novembro de 2001**. Brasília: Ministério da Educação; 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/escola-de-gestores-da-educacao-basica/323-secretarias-112877938/orgaos-vinculados-82187207/12991-diretrizes-curriculares-cursos-de-graduacao>. Acesso em: 28 fev. 2020.
- _____. Ministério da Saúde. **DataSUS**. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 28 fev. 2020.
- _____. _____. Gabinete do Ministro. **Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 28 fev. 2020.
- _____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. 2a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
- CAETANO P.S. *et al.* Conduta do enfermeiro frente aos conflitos éticos e bioéticos em área vulnerável na ESF. **Rev Saude Pesquisa**, Maringá, v. 9, n. 2, p. 349-360, maio/ago., 2016. Doi: <http://dx.doi.org/10.177651/1983-1870.2016v9n2p349-360>.
- CAMARGO F.C. *et al.* Modelos para a implementação da prática baseada em evidências na enfermagem hospitalar: revisão narrativa. **Texto Contexto Enferm.**, [S.l.], v. 26, n. 4, e2070017, jan., 2018. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017002070017>.
- CECCIM R.B. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. **Interface (Botucatu)**, [S.l.], v. 22, supl. 2, p.1739-49, 2018. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622018.0477>.
- COSTA D.A.S. *et al.* Diretrizes curriculares nacionais das profissões da Saúde 2001-2004: análise à luz das teorias de desenvolvimento curricular. **Interface (Botucatu)**, [S.l.], v. 22, n. 67, p. 1183-95, 2018. Doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0376>.
- DALLA C.R.N.; ZOBOLLI E.L.C.P.; VIEIRA M.M. Sensibilidade moral em enfermeiros da Atenção Primária em Saúde. **Rev Bras Enferm**, [S.l.], v. 70, n. 2, p. 308-316, mar., 2017. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0453>.
- FONTES F.L.L. *et al.* A Enfermagem no ensino superior: estratégias utilizadas pelo enfermeiro docente para melhoria de suas práticas pedagógicas. **Rev Eletronica Acervo Saude**, [S.l.], sup. 18, p. 1-7, 2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/435/248>. Acesso em: 28 fev. 2020.

KAHL C. *et al.* Ações e interações na prática do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 52 n. 3, p. 1-7, 2018. Doi: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017025503327>.

Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. **Ampliación del rol de las enfermeras y enfermeros en la atención primaria de salud** [Internet]. Washington: OPAS; 2018. Disponível em: https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2018/2018_ops_ampliacion_rol_enferm_es.pdf. Acesso em: 28 fev. 2020.

Pan American Health Organization (PAHO). **Strategic Directions for Nursing in the Region of the Americas**. Washington, D.C.: PAHO; 2019.

PEDUZZI M. *et al.* Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trab Educ Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, sup. 1, e0024678, 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>.

RIBEIRO M.A. *et al.* (Re)Organização da Atenção Primária à Saúde para o enfrentamento do COVID-19: Experiência de Sobral-CE. **APS Ver**, [S.l.], v. 2, n. 2, p. 177-88, jun., 2020. Doi: <https://doi.org/10.14295/aps.v2i2.125>.

SILVA A.N. *et al.* O uso de metodologia ativa no campo das Ciências Sociais em Saúde: relato de experiência de produção audiovisual por estudantes. **Interface (Botucatu)**, [S.l.], v. 24, e190231, p. 1-14, 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/interface.190231>.

SILVA K.S. *et al.* Percepção de gestores e enfermeiros sobre a organização do fluxo assistencial na rede de serviços de saúde. **Rev Eletron Comun Inf Inov Saude**, [S.l.], v. 11, n. 2, p. 1-12, abr./jun., 2017. Doi: <https://doi.org/10.29397/reciis.v11i2.1226>.

SILVA M.V.S.; MIRANDA G.B.N.; ANDRADE M.A. Sentidos atribuídos à integralidade: entre o que é preconizado e vivido na equipe multidisciplinar. **Interface (Botucatu)**, [S.l.], v. 21, n. 62, p. 589-599, jul./set., 2017. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0420>.

SILVA R.P.; CHELLES P.C. Melhorando a ambiência de uma Unidade Básica de Saúde através do Programa “5S”. **Revista Eletrônica da Fainor**, [S.l.], v. 10, n. 3, p. 451-64, 2017. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/462b/d83fab0e5baf6c6ab4913785bd90300d2cc2.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2020.

SILVA R.R. *et al.* Reflexões Teóricas em Educação em Saúde: Gestão de Enfermagem na Atenção Básica. **Rev Fil Tem**, Belém, v. 4, n. 1, p. 73-78, jan./jun., 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.18542/complexitas.v4i1.8046>.

TROMBELLI F.S.O. *et al.* Competências gerenciais: análise curricular de cursos da área da saúde da rede pública. **Rev Saude Comunidade**, [S.l.], v. 1, n. 1, p. 20-26, out., 2018. Disponível em: <http://revista.unespar.edu.br/index.php/saudecomunidade/article/view/13/5>. Acesso em: 28 fev. 2020.

VEIGA G. A. *et al.* Metodologia ativa no estágio supervisionado de enfermagem: inovação na Atenção Primária à Saúde. **Rev Baiana Enferm**, [S.l.], vol. 34, e34857, 2020. Doi: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v34.34857>.

XIMENES NETO F.R.G. *et al.* Reflexões sobre a formação em Enfermagem no Brasil a partir da regulamentação do Sistema Único de Saúde. **Ciênc saude coletiva**, [S.l.], v. 25, n. 1, p. 37-46, jan., 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27702019>.

CAPÍTULO 27

OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTÁGIO OBRIGATÓRIO EM SAÚDE DA MULHER NO CURSO DE ENFERAGEM - RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 01/11/2021

Data de submissão: 20/09/2021

Lena Maria Barros Fonseca

Docente do curso de Enfermagem, graduação e pós-graduação Universidade Federal do Maranhão-UFMA, supervisora do Estágio de Saúde da Mulher São Luís-MA
<http://lattes.cnpq.br/6007134685901712>

Claudia Teresa Frias Rios

Docente do Curso de Enfermagem, graduação e pós-graduação Universidade Federal do Maranhão-UFMA, supervisora do Estágio de Saúde da mulher São Luís-MA
<http://lattes.cnpq.br/5070447576271184>

Luzinéa Maria Pastor Santos Frias

Docente do Curso de Enfermagem, graduação e pós-graduação Universidade Federal do Maranhão-UFMA, supervisora do Estágio de Saúde da mulher São Luís-MA
<http://lattes.cnpq.br/8317747009612416>

Paula Cristina Alves da Silva

Docente do Curso de Enfermagem, graduação e pós-graduação Universidade Federal do Maranhão-UFMA, supervisora do Estágio de Saúde da mulher São Luís-MA
<http://lattes.cnpq.br/0096510157426617>

Bruna Caroline Silva Falcão

Enfermeira, aluna do mestrado em Enfermagem Universidade Federal do Maranhão-UFMA São Luís-MA
<http://lattes.cnpq.br/9858347033128236>

RESUMO: O Estágio Curricular é etapa obrigatória para conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem e o espaço onde o discente vai vivenciar o processo de trabalho da futura profissão, na interação com os profissionais da área. O acompanhamento do aluno é realizado por docente do Curso de Enfermagem e enfermeiro da Instituição. O objetivo deste trabalho é descrever as experiências dos docentes do Curso de Enfermagem na operacionalização do estágio supervisionado, na área de Saúde da Mulher. Trata-se de um relato de experiência referente às atividades práticas do Estágio Supervisionado do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, campus São Luís - MA. As atividades ocorreram no segundo semestre de 2017 e foram desenvolvidas em Unidades de Saúde credenciadas pela Universidade Federal do Maranhão e no Hospital Universitário. As ações compreenderam: atenção à mulher nas várias fases de vida, enfocando atividades educativas, assistenciais e gerenciais na perspectiva do cuidar em enfermagem. Foram desenvolvidas atividades de consulta de enfermagem ginecológica e pré-natal, atenção ao planejamento reprodutivo, acompanhamento da mulher no trabalho de parto e parto, cuidados ao recém-nascido, atenção à mulher no pré-natal

especializado, na internação obstétrica e alojamento conjunto. Conclui-se que o estágio obrigatório na área de Saúde da Mulher, tem contribuído de forma efetiva para a prática dos conhecimentos teóricos dos discentes na resolução de problemas vivenciados no cotidiano das Instituições de Saúde, assim como, perceber a prática dos profissionais e permitir as condições para atuarem na atenção à saúde da mulher, na perspectiva de buscar a melhoria dos indicadores de saúde e empoderamento das mulheres. O estágio curricular viabiliza a formação e capacitação do estudante, preparando-o para assistir a população feminina em todos os seus aspectos e necessidades biopsicossociais, contribuindo para a qualificação do futuro profissional de enfermagem, de forma integral, competente e ética.

KEYWORDS: Saúde da Mulher. Ensino em Enfermagem. Atenção Básica de Saúde.

OPERATIONALIZATION OF THE MANDATORY INTERNSHIP IN WOMEN'S HEALTH IN THE NURSING COURSE – EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: The Curricular Internship is a mandatory step for completing the Undergraduate Nursing Course and the space where the student will experience the work process of the future profession, in interaction with professionals in the field. The monitoring of the student is carried out by a professor from the Nursing Course and a nurse at the institution. The objective of this work is to describe the experiences of the Nursing Course professors in the operationalization of the supervised internship in the area of Women's Health. This is an experience report referring to the practical activities of the Supervised Internship of the Nursing Course at the Federal University of Maranhão, campus São Luís - MA. The activities took place in the second half of 2017 and were developed in Health Units accredited by the Federal University of Maranhão and at the University Hospital. The actions included: attention to women in the various stages of life, focusing on educational, care and management activities from the perspective of nursing care. Gynecological and prenatal nursing consultation activities, attention to reproductive planning, monitoring of women in labor and delivery, newborn care, attention to women in specialized prenatal care, in obstetric hospitalization and rooming-in were developed. It is concluded that the mandatory internship in the area of Women's Health has effectively contributed to the practice of theoretical knowledge of students in solving problems experienced in the daily life of Health Institutions, as well as perceiving the practice of professionals and allowing conditions for working in women's health care, with a view to improving health indicators and women's empowerment. The curricular internship enables the education and training of students preparing them to assist the female population in all its aspects and needs biopsychosocial, contributing to the qualification of future nursing professionals, in a comprehensive competent and ethical manner.

KEYWORDS: Women's Health. Teaching in Nursing. Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

A atenção à Saúde da Mulher, que envolve aspectos biológicos e anatômicos do corpo feminino, interagindo com dimensões dos direitos humanos e questões relacionadas à cidadania, foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, porém, limitada às demandas relativas à gravidez e ao parto. Com a mobilização

do movimento de mulheres, as conquistas crescentes foram incorporadas a partir de 1984 com a instituição, pelo Ministério da Saúde, do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), no ano de 2000, com o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que se tornou a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, aperfeiçoada pela Rede Cegonha, implantada por meio da portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011. Esta estratégia comporta em seu conteúdo diversas leis e portarias relacionadas ao parto e nascimento e tem como princípio, organizar a rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, garantindo acesso, acolhimento e resolutividade visando reduzir a mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2011). Mas foi a partir da Constituição de 1988, com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), que indicava mudanças consideráveis no modo de conceber e produzir saúde, considerando-a como “direito de todos e dever do Estado”, e cuja institucionalização apontava para transformações no modo de atuar no campo da saúde e, conseqüentemente, influir na formação dos profissionais de saúde (BRASIL, 1988). Embora a regulação na formação dos profissionais de saúde já estivesse em pauta desde décadas anteriores, só em 2000 se destacou com a criação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos da área da saúde. Um de seus objetivos era tornar os currículos dos cursos mais flexíveis, eliminando os currículos mínimos, com seu elevado grau de detalhamento de disciplinas e cargas horárias, tendo como referencia os cursos de enfermagem, medicina e odontologia, por apresentarem uma estrutura semelhante e seus egressos atuarem na equipe de Saúde da Família (MOREIRA e DIAS, 2015). Dentre estas estruturas encontra-se o estágio, que compreende a vivência dos futuros profissionais de saúde em espaços reais de prática, em que o estudante encontra a oportunidade de expandir seus conhecimentos, associando a teoria à prática (EVANGELISTA e IVO, 2014). O Estágio Curricular Supervisionado (ECS), oferece a possibilidade do futuro profissional vivenciar e experimentar em campos realísticos as principais competências aprendidas e desenvolvidas ao longo do processo de formação curricular na graduação (MARRAN; LIMA; BAGNATO, 2015; NASCIMENTO et al., 2016). Na rede pública, O SUS assume o papel de vincular os profissionais da saúde aos espaços de assistência a população, nos vários níveis de atenção. As unidades de atenção básica em saúde, os centros de referência de atendimento especializado e o ambiente hospitalar, estabelecem conexões com toda a grade curricular da saúde, formando os acadêmicos para lidar com as especificidades da saúde pública brasileira, compondo estruturalmente os espaços para desenvolvimento dos ECS do curso de Enfermagem (ESTEVES et al., 2018). É imprescindível para o estudante de enfermagem ter a oportunidade de desenvolver habilidades e competências inerentes ao exercício da profissão. A aplicação e articulação da teoria com a prática é um denominador da formação que irá consolidar o trabalho em equipe, a atividade participativa, a criatividade, autonomia e segurança do futuro profissional (VASCONCELOS et al., 2017). Como coordenador e gerente da equipe de saúde, a(o) enfermeira(o) é integrante principal na assistência à saúde da Mulher, cabendo-lhe acompanhar e assistir a mulher em todas as suas fases

da vida, desenvolvendo ações voltadas para a atenção, promoção e prevenção em saúde desse público. A elaboração de estratégias e intervenções englobam desde atividades de educação em saúde, visitas domiciliares, consulta ginecológica de enfermagem, assistência ao pré-natal, parto e puerpério, climatério até a fase senil (VASCONCELOS et al., 2017; BRASIL, 2012). Assim, é consensual que, para efetivação das políticas e programas de atenção à saúde da mulher, um dos pilares de suma importância é o profissional de saúde devidamente capacitado e atualizado para que suas ações de cuidado à saúde assegure a continuidade no atendimento, acompanhamento e avaliação dessas ações sobre a saúde materna-perinatal.

Nessa perspectiva, o estágio obrigatório em Saúde da Mulher, dos graduandos de enfermagem, visa o aprimoramento de conhecimentos e desenvolvimento de habilidades fundamentais nessa área, de modo a contribuir com a formação do futuro profissional para melhorar os indicadores de saúde materno-infantil.

OBJETIVO

Relatar a operacionalização do estágio obrigatório de Saúde da Mulher.

DESCRIÇÃO METODOLÓGICA

Trata-se de um relato de experiência da operacionalização do estágio obrigatório de Saúde da Mulher, do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), campus São Luís, realizado no segundo semestre de 2017. Foi desenvolvido no ambulatório da Maternidade Maria do Amparo (maternidade filantrópica), no Hospital Universitário Materno Infantil, nos turnos matutino e vespertino, com uma carga horária de 135 horas. Os estagiários foram acompanhados pelas supervisoras docentes do curso e por enfermeiras do serviço, no âmbito do Hospital Universitário Unidade Materno Infantil (HUUMI). Esta dinâmica já vem sendo desenvolvida há alguns semestres neste estágio, com avaliação positiva tanto por parte dos estagiários como do serviço.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No referido curso de Enfermagem, as atividades do estágio ocorreram em dois momentos complementares: a fase preparatória e a de ação propriamente dita.

FASE PREPARATÓRIA – inicia com a semana pedagógica do estágio, período em que antecede o início das atividades de campo. São realizadas oficinas, envolvendo os docentes supervisores de cada área do estágio do 9º e 10º semestres (Saúde da Mulher, Atenção Básica, Saúde da Criança e Saúde do Adulto e Idoso I; Saúde Mental, UTI, Saúde do Adulto e Gestão em Saúde respectivamente). Entre as atividades realizadas nessa fase, tem-se: revisão do conteúdo de cada área, apresentação e discussão: das atividades a serem

desenvolvidas pelos docentes e discentes, das diversas formas e locais de execução, de todo o cronograma do estágio, da metodologia de trabalho, carga horária, componentes e metodologias de avaliação e as habilidades e competências necessárias. O objetivo é sanar as dúvidas dos estagiários com vistas a melhorar sua atuação na realização das atividades, assim com a integração do grupo com os supervisores e os servidores dos campos de estágio. No desenvolvimento do cronograma semestral os alunos são divididos em 4 grupos, por estágio diferente, permanecendo durante 21 dias em cada área e em um sistema de escala/rodízio entre os estudantes, unidades e setores.

FASE DE EXECUÇÃO - No estágio de Saúde da mulher, objeto deste relato de experiência, a supervisão dos estagiários é feita de maneira direta e integral por uma docente, nas diversas unidades de saúde conveniadas com a Universidade Federal do Maranhão, realizando as seguintes atividades: consulta de enfermagem à mulher enfocando no pré-natal, na prevenção do câncer de colo do útero e de mama, na atenção ao climatério e no planejamento reprodutivo. Nos setores do Hospital Universitário, unidade Materno-infantil (HUUMI), a supervisão dos alunos é feita pelos docentes e também pelos enfermeiros do serviço, os quais são devidamente cadastrados pela coordenação do Curso. O primeiro dia nessa instituição se dá a partir de uma visita técnica a cada setor, com as supervisoras docentes com o intuito de viabilizar a ambientação dos estagiários com seus supervisores técnicos, outros profissionais e demais servidores. Nessa visita, são apresentadas, de forma simplificada, as rotinas de cada setor, pelas enfermeiras coordenadoras do serviço de enfermagem do referido setor.

DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES POR SETOR

AMBULATÓRIO – foram/são realizadas ações educativas para mulheres, seus parceiros/parceiras e familiares, sobre todas as demandas referentes a atenção à saúde da mulher e as demais, solicitadas por esse público alvo. Além disso, a consulta de enfermagem no pré-natal; consulta de enfermagem ginecológica e coleta de material cérvico vaginal para o exame de Papanicolau e prevenção do câncer de mama; realização de teste rápido de HIV, hepatite B e C e sífilis, na gestante e no parceiro; atenção ao planejamento reprodutivo e no climatério.

Pré-natal de risco habitual - o cuidado de enfermagem à mulher inicia-se com o acolhimento da mesma e seus familiares, seguida da realização da consulta, baseada no processo de enfermagem com o histórico da gestante, realização de exame físico e obstétrico, solicitação de exames de rotina para o melhor acompanhamento da gestante e do conceito, preenchimento e entrega da caderneta da gestante com os aprazamentos para as vacinas, finalizando com as orientações, encaminhamentos e agendamentos, seguindo o protocolo do Ministério da Saúde. O cuidado pré-natal é de fundamental importância para preparar a mulher para a maternidade, com um trabalho de prevenção de intercorrências

clínico-obstétricas e assistência emocional. Uma atenção qualificada e humanizada é necessária, acontecendo com ações acolhedoras e sem intervenções desnecessárias (MATOS et al, 2017).

Consulta de enfermagem ginecológica e exame de Papanicolaou – Antes de encaminhar as mulheres para o consultório, em uma sala apropriada ou auditório, alunos junto com o docente, realizavam/realizam ações educativas, com discussão sobre o conhecimento do corpo, dos métodos contraceptivos, sexualidade, questões de gênero, infecções sexualmente transmissíveis (IST's), Prevenção do câncer de colo do útero e de mama. Esse momento é fundamental para proporcionar uma maior interação entre as mulheres e os discentes, assim como, perceber as principais demandas das usuárias. Após esse momento, as mulheres eram/são encaminhadas para os consultórios para realização do histórico de enfermagem com o levantamento dos dados, como condições de vida e saúde, antecedentes familiares e pessoais, ginecológicos e obstétricos. O exame físico em todas as mulheres, abrangendo os sistemas e com ênfase ao exame clínico das mamas, orientação da auto palpação da mama, seguido da coleta do material cérvico vaginal, orientações individuais sobre as características do colo e mama, enfatizando a importância do retorno para entrega do resultado. Para assegurar a qualidade na assistência às mulheres para a prevenção e rastreamento do câncer de colo uterino e mama, os enfermeiros tem papel essencial; e às mulheres portadoras de câncer de colo de útero (CCU), o enfermeiro deve prestar uma assistência integralizada, organizada e sem fragmentações, utilizando a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Esta, é uma ferramenta que proporciona um método de trabalho individualizado ao paciente com diagnóstico de enfermagem baseado na identificação dos problemas, fornecendo embasamento para intervenções e avaliação do resultado esperado (VARGAS et al, 2013).

Planejamento Reprodutivo - Na atenção ao Planejamento Reprodutivo, os discentes vivenciam as diversas questões que permeiam os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, como a contracepção, que ainda está muito direcionada às mulheres. Ações educativas, acolhimento, aconselhamento e consulta individual fazem parte das ações direcionadas às mulheres que os alunos vivenciam.

INTERNAÇÃO HOSPITALAR – foram realizados cuidados à mulher em trabalho de parto e parto normal e cirúrgico, no pós-parto e ao recém nascido, a mulheres gestantes e não gestantes com intercorrências como a hipertensão arterial, acolhimento e classificação de risco.

No centro obstétrico (CO) – setor onde as gestantes são admitidas em trabalho de parto e ocorrem os partos. Os alunos eram/são estimulados a construir o raciocínio clínico como fonte norteadora da assistência, sendo motivados a vivenciarem a rotina do setor, desde o acolhimento da parturiente, acompanhamento do trabalho de parto, assistência ao parto até a recepção e cuidados imediatos ao recém-nascido. Nesse sentido, a vivência no Centro Obstétrico, inicia com o conhecimento e identificação da estrutura

física do setor, das normas e rotinas do serviço e com a interação entre alunos e os profissionais. Inicialmente os alunos são conduzidos pelo setor, conhecendo e identificando o espaço, estrutura física e profissionais, e conseqüentemente compreendendo a rotina e as atividades desenvolvidas. A visita de enfermagem, realizada na passagem do plantão, oportuniza o contato direto com a parturiente e acompanhante, somado posteriormente as informações de prontuário, permitindo clareza na elaboração e tomada de decisões da assistência de enfermagem a ser ofertada durante o plantão. Especificamente no trabalho de parto, quando oportuno, realizaram/realizam procedimentos que eles relataram/relatam pouco conhecimento e prática durante as aulas prática da disciplina de Saúde da Mulher, como a ausculta do batimentos cardíacos fetais (BCF), dinâmica uterina, toque vaginal, preenchimento do partograma, orientações sobre o processo do parto para a gestante/acompanhante, a oferta de medidas não farmacológicas para o alívio da dor e promoção do conforto. Os relatos demonstraram/demonstram que muitas parturientes tiveram uma rápida evolução do trabalho de parto com os métodos não farmacológicos para o alívio da dor, tais como: as massagens, uso de bola suíça, aromaterapia e utilização de banquetas, levando os alunos a perceberem que a evolução foi favorecida pelo procedimento e pela interação harmoniosa e de confiança entre a mulher e o docente/estagiários durante a assistência. Ainda neste setor, quando oportuno, os alunos acompanharam/acompanham as cirurgias cesarianas, identificando os tempos cirúrgicos, realizando a assistência de sala, recepção e monitorização da paciente, cateterismo vesical de demora, degermação de sítio cirúrgico e instrumentação cirúrgica. Também acompanham e realizam os primeiros cuidados ao recém-nascido estável como aferição das medidas e perímetros antropométricos, peso, curativo do coto umbilical, administração da Vitamina K, profilaxia da conjuntivite neonatal, aferição dos sinais vitais e identificação dos principais reflexos do neonato. O enfermeiro participa da equipe multiprofissional e desempenha importante papel no cuidado prestado à gestante. Por meio do Processo de Enfermagem (PE) o enfermeiro integraliza a assistência de enfermagem à parturiente, planejando e promovendo um cuidado específico conforme suas necessidades (FRAGA et al, 2018).

No Alojamento Conjunto (ALCON) e Internação Obstétrica e ginecológica (IOG) – o ALCON é setor onde a mulher e seu filho são admitidos após o parto até a alta hospitalar. Foi oportunizado aos discentes a participação junto com os profissionais de enfermagem do setor, o processo de implantação da SAE, onde o recebimento das mulheres ocorria ainda com utilização do prontuário físico, mas com treinamento os próprios alunos colaboraram para implantação do prontuário eletrônico. A realização do histórico de enfermagem, exame físico, diagnósticos de enfermagem, prescrição e evolução de enfermagem, viabilizou aos alunos colocar em prática o conhecimento obtido desde o início da graduação em enfermagem. A SAE é uma exigência nas Instituições a partir da resolução 358/2009, a qual estabelece que o Processo de Enfermagem (PE) deve ser realizado em todos os ambientes públicos ou privados em que ocorre o cuidado de enfermagem (COFEN, 2009).

A visita diária no ALCON juntamente com toda a equipe multiprofissional foi excelente exercício para vivenciar o trabalho em equipe naquele setor. Além disso, puderam realizar as seguintes atividades: orientações quanto à alimentação, cuidados com recém-nascido, retorno ambulatorial, imunizações, contracepção, apoio ao aleitamento materno. Já na IOG, setor onde são admitidas mulheres gestantes e não gestantes com alguma intercorrência. Houve realização de algumas atividades como a ausculta fetal, palpação obstétrica, orientações sobre as intercorrências e alta hospitalar, curativo, preparo e administração de medicamentos, aferição de sinais vitais e outros. Entre as atividades daquele setor, houve a realização de estudo de caso de forma individual, sobre alguma intercorrência de mulheres internadas, especialmente de agravos que eles pouco conheciam ou mesmo desconheciam, para ser discutido no grupo.

Acolhimento e Classificação de Risco e Pré-natal Especializado - Esses setores, estão situados no HUUMI e por serem mais reservados e em um consultório, portanto, com um espaço menor do que os de internação, os alunos demonstraram que a vivência foi de grande valia pelo amadurecimento no desenvolvimento das ações. Em cada local/setor de estágio, assim como nas consultas e nos atendimentos, buscaram o acolhimento à mulher e seu acompanhante e uma boa convivência com os funcionários das instituições. Perceberam que o acolhimento é a principal estratégia para o estabelecimento de vínculo e de confiança mulher/acadêmicos, permitindo assegurar a garantia do sigilo e da confidencialidade das informações relatadas pelas usuárias durante as consultas e demais atendimentos. De acordo com a Política Nacional de Humanização, o acolhimento traduz-se em recepção do usuário nos serviços de saúde, desde a sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações. Implica prestar um atendimento com resolutividade e corresponsabilização, orientando, conforme o caso, o usuário e a família, garantindo a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário (BRASIL, 2014). Todas as atividades do estágio relacionadas com o cuidado à mulher, foram permeadas pela educação em saúde, assim como o aconselhamento, visando contribuir para melhorar o auto cuidado da mulher, família e conceito, desenvolver a autonomia e aumentar os conhecimentos e confiança dos estagiários. Utilizou-se como base do cuidado às mulheres a teoria do Auto Cuidado e a Teoria das Necessidades Humanas Básicas (OREM, 1971; HORTA, 1979).

No pré-natal especializado, os alunos vivenciaram/vivenciam o cuidado prestado a gestantes portadora de algum risco obstétrico, onde esse cuidado requer tomada de atitude que venha interferir no curso de uma gestação que possui maior chance de ter um resultado desfavorável, de maneira a diminuir o risco ao qual estão expostos a gestante e o feto, ou reduzir suas possíveis consequências adversas. Para tanto, são seguidas as mesmas etapas da consulta pré-natal de risco habitual, o processo de enfermagem.

Alguns setores do HUUMI como ALCON, IOG, acolhimento e classificação de risco e Pré-natal Especializado, o aluno contou com a supervisão e orientação direta dos

enfermeiros da instituição, o que contribuiu para o crescimento e amadurecimento dos estagiários e dos profissionais com a troca de experiências, relatado por ambos durante as avaliações, que são realizadas com os alunos semanalmente e no final de cada grupo.

CONCLUSÃO

A operacionalização do estágio obrigatório de Saúde da Mulher foi expresso pelos alunos durante a avaliação, como uma experiência de grande importância para as ações de promoção à saúde da mulher na atenção básica de saúde e relevante na formação dos futuros profissionais de saúde. Possibilitou o crescimento dos acadêmicos e a interação destes, com as professoras e funcionários envolvidos, uma vez que não se limitaram somente aos cuidados prestados às mulheres, mas também assumiram responsabilidades na área de gerenciamento de enfermagem, no atendimento ao cliente, no preenchimento de prontuário, manipulação dos sistemas operacionais da Instituição, onde eram realizadas as prescrições de cuidados, e na tomada de decisão. E mais do que isso, incentivou a busca incessante da qualidade e da humanização da assistência à Saúde da Mulher. Acredita-se que, assistir as mulheres de forma integral e humanizada exige de todos os acadêmicos e profissionais de saúde, competência, ética e habilidade técnica, além de profissionais disponíveis e capacitados para oferecerem oportunidade aos alunos e contribuírem na consolidação dos conhecimentos para a formação dos futuros profissionais.

CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

Acredita-se que, para alcançar a máxima qualidade do estágio supervisionado oferecido ao aluno, necessita-se de campo com infraestrutura satisfatória, supervisores docentes e técnicos capacitados, com boa interação, bem como planejamento das atividades para que possam superar as dificuldades que se apresentem, utilizando-as como momentos de aprendizagem. O estágio curricular supervisionado em Saúde da Mulher viabiliza a formação e capacitação do estudante, preparando-o para assistir a população feminina em todos os seus aspectos e necessidades biopsicossociais, contribuindo para a qualificação do futuro profissional de enfermagem, de forma competente e ética, como o mercado de trabalho exige.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática**. Brasília (DF); 1984.
2. _____. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: 1988.

3. _____. Portaria GM/MS n.569, de 01 de junho de 2000. **Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 ago. 2000. p.112. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000.html>. Acesso em: 08 maio 2016.
4. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.
5. _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.351/GM/MS, de 5 de outubro de 2011. **Altera a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 27 jul. 2011. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2351_05_10_2011.html>. Acesso em: 04 maio 2016.
6. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
7. CORREA, S. O.; PIOLA, S. F. Balanço 1998-2002: **aspectos estratégicos, programáticos e financeiros.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
8. COSTA, G.R.S.; CHEIN, M.B.C.; GAMA, M.E.A.; COELHO, L.S.C.; COSTA, A.S.V.; CUNHA, C.L.F.; BRITO, L.M.O. **Caracterização da cobertura do pré-natal no Estado do Maranhão, Brasil.** Rev Bras Enferm, v.63, n.6 p.1005-1009, 2010;
9. ESTEVES, L. S. F.; CUNHA, I. C. K. O.; BOHOMOL, E.; NEGRI, E. C. **O estágio curricular supervisionado na graduação em enfermagem: revisão integrativa.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 71, n. suppl 4, p. 1842-53, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s4/pt_0034-7167-reben-71-s4-1740.pdf. Acesso em: 07 de Setembro de 2021.
10. EVANGELISTA, D. L.; IVO, O. P. **Contribuições do estágio supervisionado para a formação do profissional de enfermagem.** Revista Enfermagem Contemporânea. 2014 Dez;3(2):123-130.
11. FRAGA, T.F.; MATOS, E.; COSTA, R.; SALUM.; MALISKA I. C. A. **Processo de enfermagem em centro obstétrico: perspectiva dos enfermeiros.** Texto & contexto - Enferm. 27 (3). 2018. DOI: 10.1590/0104-070720180004600016
12. HORTA, W. A. Processo de Enfermagem. São Paulo: EPUIEDUSP, 1979,99p.
13. MATOS, M.R.S.; CONDAS, B. A.; CAPPELLETTI, C.; SKUPIEN, S.V.; **Atuação do profissional enfermeiro no pré-natal: Educando para saúde.** Educere. 2017.
14. MARRAN, A. L.; LIMA, P. G.; BAGNATO, M. H. S. **As políticas educacionais e o estágio curricular supervisionado no curso de graduação em enfermagem.** Revista Trabalho, Educação e Saúde, v.1, n. 1, p. 89-108, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v13n1/1981-7746-tes-1981-7746-sip00025.pdf>. Acesso em: 07 de Setembro de 2021.

15. MOREIRA, C.O.F.; DIAS, M.S.A. **Diretrizes Curriculares na saúde e as mudanças nos modelos de saúde e de educação**. ABCS Health Sci. 2015; 40(3):300-305
16. OREM, D. E. Nursing: concepts of practice . New York , Mac Graw-Hill , 1971. 23 2p.
17. NASCIMENTO, M. S. et al. **Oficinas pedagógicas: Construindo estratégias para a ação docente–relato de experiência**. Saúde. com, v. 3, n. 1, 2016. Disponível em: <http://www.uesb.br/revista/rsc/ojs/index.php/rsc/article/view/65/435>. Acesso em: 06 de Setembro de 2021.
18. RESOLUÇÃO COFEN – 358/2009. **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem**. Disponível em: www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html/print.
19. VASCONCELOS, M. I. O. et al. **Intervenção Educativa em Saúde com Grupo de Gestantes: Estudantes de Enfermagem em Ação Extensionista no Interior do Ceará**. Expressa Extensão, v. 21, n. 2, p.108-118, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/expressaextensao/article/view/9248>. Acesso em: 06 de Setembro de 2021.
20. VARGAS, M.A.O; ALMEIDA, A.M; RADÚNZ, V. et al. Módulo VIII: **Linhas de cuidado: oncologia (câncer de mama, câncer de colo de útero e tumores de próstata)**. Florianópolis: UFSC; 2013; 123p.

SOBRE O ORGANIZADOR

MARCUS FERNANDO DA SILVA PRAXEDES - Possui Pós-Doutorado em Medicamentos e Assistência Farmacêutica pelo Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica (PPGMAF) da Universidade Federal de Minas Gerais (2019). Enfermeiro (2009) e mestre em Saúde, Sociedade e Ambiente (2013) pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Doutor em Medicamentos e Assistência Farmacêutica pelo PPGMAF/UFMG (2015). Líder do Grupo de Pesquisa CNPq - Prática Baseada em Evidência e Segurança do Paciente. Professor Adjunto da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), lotado no colegiado de Enfermagem e Residência em Enfermagem em Cardiologia. Atua como orientador/coorientador de trabalhos de conclusão de curso, iniciação científica, mestrado e doutorado. Revisor de importantes periódicos nacionais e internacionais indexados. Desenvolve pesquisas nas áreas de Segurança do Paciente, Farmacovigilância, Anticoagulantes, Adaptação transcultural e validação de instrumentos em saúde, Teoria de Resposta ao Item e Prática Baseada em Evidências

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acidente vascular cerebral 1, 3, 4, 15

Assistência ao paciente 1, 3, 17, 70, 81, 110, 127, 128, 131, 132, 134, 167, 178

Assistência perioperatória 42, 43

Atenção primária à saúde 8, 9, 10, 11, 16, 17, 18, 214, 234, 244, 246, 255

Atitudes 4, 28, 32, 59, 110, 111, 112, 113, 115, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 195, 201, 202, 206, 207, 211, 252

Avaliação cardíaca 50

B

Benefícios 34, 42, 61, 109, 146, 147, 172, 177, 189, 190, 210

Bilirrubina 88, 89, 90, 91, 92

C

Câncer 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 121, 184, 260, 261, 266

Centro cirúrgico 34, 42, 50, 56

Complicações pós-operatórias 34, 42, 43

Coronavírus 65, 67, 127, 129, 130, 134, 135

Crise hipertensiva 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19

Cuidado paliativo 21, 30, 31, 106, 107

Cuidados de enfermagem 5, 7, 10, 14, 19, 21, 24, 26, 31, 32, 43, 45, 46, 47, 56, 58, 60, 69, 75, 76, 80, 93, 112, 127, 135, 139, 151, 171, 178, 185, 236, 238

Cuidados pré-operatórios 43

D

Diagnóstico 3, 5, 16, 17, 43, 45, 56, 59, 61, 66, 94, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 109, 135, 166, 181, 206, 228, 229, 246, 261

Doença de Alzheimer 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 31, 32

E

Enfermagem 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 66, 69, 72, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 108, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 125, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 141, 142, 144, 146, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158,

159, 160, 161, 162, 163, 164, 166, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 195, 198, 205, 207, 211, 212, 213, 215, 216, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 234, 236, 237, 238, 239, 240, 242, 244, 245, 246, 247, 249, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267

Enfermeiro 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 13, 17, 18, 25, 26, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 48, 50, 56, 58, 59, 61, 62, 67, 69, 70, 71, 72, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 87, 94, 102, 106, 108, 110, 111, 113, 115, 119, 127, 131, 132, 134, 135, 137, 141, 142, 147, 148, 150, 151, 153, 156, 157, 160, 161, 163, 169, 173, 176, 178, 179, 182, 183, 184, 186, 205, 216, 217, 220, 221, 223, 224, 234, 244, 245, 246, 247, 248, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 261, 262, 265, 267

Enfermeiros 1, 3, 4, 5, 7, 12, 27, 42, 43, 46, 50, 72, 78, 81, 82, 86, 101, 108, 114, 119, 120, 121, 123, 137, 139, 140, 141, 143, 144, 147, 148, 151, 155, 157, 169, 171, 176, 177, 178, 183, 184, 205, 207, 218, 220, 221, 222, 224, 237, 245, 247, 254, 255, 260, 261, 264, 265

Equipe de enfermagem 2, 5, 12, 17, 19, 26, 28, 31, 43, 44, 45, 46, 56, 59, 66, 77, 81, 84, 86, 88, 90, 92, 93, 113, 120, 123, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 138, 142, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 162, 163, 164, 166, 173, 175, 176, 178, 179, 181, 182, 185, 187, 225, 226

F

Fototerapia 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94

I

Idoso 21, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 31, 32, 78, 86, 96, 97, 103, 106, 135, 221, 259

Idoso hospitalizado 96, 97, 103

J

Jejum 43, 44, 45, 46, 47

L

Lesão 13, 15, 16, 17, 64, 66, 67, 69, 70, 71, 72, 73, 75, 76, 77, 78, 79, 81, 83, 84, 85, 86, 87

M

Mastectomia 58, 59, 60, 61, 62

Morte 9, 15, 17, 46, 72, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 125, 133, 149, 191

N

Neonatal 52, 53, 88, 89, 90, 93, 94, 138, 262

P

Pacientes 2, 4, 5, 6, 8, 10, 11, 14, 17, 19, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 32, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 55, 56, 58, 59, 60, 61, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 78, 79, 80, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 93, 96, 98, 103, 104, 105, 107, 110, 113, 118, 119, 120, 121, 123,

125, 129, 131, 132, 134, 136, 151, 153, 163, 164, 166, 168, 171, 172, 173, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 184, 185, 186, 190, 191, 195, 196, 197, 198, 201, 202, 203, 207, 209, 216, 217, 222, 231, 233, 234, 246

Pandemia 64, 65, 66, 67, 120, 123, 127, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136

Pandemia COVID-19 127

Pré-operatório 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 50, 56, 57

Pressão 9, 10, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 68, 69, 70, 73, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 85, 86, 87, 132, 176

Processo de enfermagem 1, 3, 4, 5, 6, 9, 18, 25, 27, 32, 56, 97, 260, 262, 263, 265, 266

Profissionais de enfermagem 16, 41, 56, 72, 88, 89, 90, 93, 111, 112, 113, 117, 121, 122, 123, 125, 130, 132, 134, 135, 136, 137, 144, 148, 171, 172, 173, 177, 178, 181, 184, 220, 262

R

Recuperação 2, 10, 17, 21, 30, 34, 42, 43, 44, 46, 59, 61, 84, 129, 141, 160, 165, 173, 178

Registros de enfermagem 96, 99

T

Terapia intensiva 7, 69, 70, 71, 75, 76, 77, 78, 79, 84, 85, 86, 87, 88, 90, 93, 134, 136, 151, 153, 161, 180, 185, 187, 215

Trombólise 1, 3, 5


V


Visita pré-operatória 34, 41, 42


SABERES, ESTRATÉGIAS E IDEOLOGIAS DE ENFERMAGEM I



www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

@atenaeditora 


www.facebook.com/atenaeditora.com.br 


SABERES, ESTRATÉGIAS E IDEOLOGIAS DE ENFERMAGEM

I



www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

@atenaeditora 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 